

UNIVERSIDAD DE PANAMA  
Facultad de Medicina  
Escuela de Salud Pública



UNIVERSIDAD DE PANAMA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

**PROPUESTA DEL PROGRAMA MEDICO FUNCIONAL PARA LA  
PLANEACION DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL  
PSIQUIATRICO NACIONAL 2002-2004**

**POR:**

**LICDA. ANATAIDE RODRIGUEZ**

*Trabajo de Graduación para optar al  
Título de Maestría en Salud Pública  
con Énfasis en Administración,  
Planificación y Organización de  
los Servicios de Salud.*

UNIVERSIDAD DE PANAMA  
Facultad de Medicina  
BIBLIOTECA

Panamá, República de Panamá

2005

635  
Bdy. 28 MAR. 2006

## APROBACIÓN

Tesis Titulada

### PROPUESTA DEL PROGRAMA MEDICO FUNCIONAL PARA LA PLANEACION DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL 2002-2004

Presentado Por:

*LICDA. ANATAIDE RODRIGUEZ*

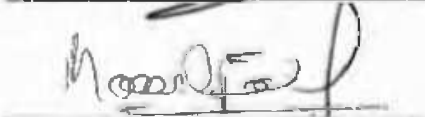
Para la obtención de el Grado de Maestría en  
Salud Pública con Enfoque en Administración, Planificación  
Y Organización de los Servicios de Salud

#### JURADO CALIFICADOR

Dr. Abdiel Velarde  
Director de Tesis

  
\_\_\_\_\_

Dr. Manuel Escala L.  
Miembro del Jurado

  
\_\_\_\_\_

Dr. Cirilo Lawson  
Miembro del Jurado

\_\_\_\_\_

Prof. Yolanda López  
Representante de la Vice Rectoría  
de Investigación y PostGrado

\_\_\_\_\_

Fecha: 13 de julio de 2005

## **DEDICATORIA**

- A mi Madre por todo su apoyo y amor incondicional.
  
- A Rafael por su eterno apoyo.
  
- A Isabel de Mendoza en su memoria.

## **AGRADECIMIENTO**

- A Dios por la salud y fortaleza que me ha brindado para culminar mi meta.
- A mi profesor Asesor Doctor Abdiel Velarde quién siempre me brindó todo su tiempo y comprensión.
- Al Doctor Manuel Escala por su guía y orientación.
- A Elizabeth, Ángela y Amarelys por su apoyo y voz de aliento.
- A todas aquellas personas que de una u otra forma estuvieron apoyándome.

**Gracias ...**

## INDICE GENERAL

	No. Pág.
Página de Presentación .....	i
Aprobación de la Tesis .....	ii
Dedicatoria .....	iii
Agradecimiento.....	iv
Tabla de Contenido .....	v
Indice de Cuadros .....	x
Indice de Figuras .....	xi
Indice de Anexos.....	xiii
Resumen.....	1
Summary.....	1
Introducción .....	2
<b>CAPITULO 1: MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3.1 OBJETIVO GENERAL ....</b>	<b>14</b>
<b>1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>14</b>
<b>1.4. PROPÓSITO.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. LA PLANIFICACIÓN DE HOSPITALES.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.1 EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN. ....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.2. TIPO DE PLANIFICACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.2.1. La Planificación Estratégica. Marco Estratégico....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.2.2. Planificación Empresarial, Funcional y de Acción....</b>	<b>20</b>

2.1.3.	<b>HERRAMIENTAS DE LA PLANIFICACIÓN.</b>	
	<b>DESCRIPCIÓN GENERAL.....</b>	29
2.1.3.1.	<b>El Análisis de FODA.....</b>	29
2.1.3.2.	<b>El Análisis de PEST.....</b>	30
2.1.3.3.	<b>Visión de Futuro.....</b>	31
2.1.3.4.	<b>Análisis de los Interesados.....</b>	31
2.1.3.5.	<b>Análisis de los Espacios.....</b>	32
2.1.3.6.	<b>Análisis del Marco Lógico (AML).....</b>	32
2.1.4	<b>EL PROYECTO DE LA INVERSIÓN.....</b>	33
2.2.	<b>LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....</b>	38
2.3.	<b>LA PLANIFICACIÓN DE HOSPITALES Y DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.....</b>	51
2.3.1.	<b>EVOLUCIÓN DE LA PLANEACIÓN Y DISEÑO DE LOS HOSPITALES.....</b>	55
2.3.1.1.	<b>Hospitales de Primera Generación.....</b>	56
2.3.1.2.	<b>Hospitales de Segunda Generación.....</b>	56
2.3.1.3.	<b>Hospitales de Tercera Generación.....</b>	57
2.4.	<b>PROGRAMA MEDICO FUNCIONAL Y EL PROGRAMA MEDICO ARQUITECTÓNICO DEL HOSPITAL Y DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN .....</b>	64
2.4.1.	<b>ETAPAS EN LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA MÉDICO FUNCIONAL.....</b>	66
2.4.1.1.1	<b>Estudio del Área de Influencia / Espacio-Población....</b>	67
2.4.1.1.2	<b>Estudio Epidemiológico .....</b>	67
2.4.1.1.3	<b>Estudio Socioeconómico .....</b>	67
2.4.1.1.4	<b>Estudio de la Demanda de Atención Médica.....</b>	68
2.4.1.1.5	<b>Estudio de la Situación Actual... ..</b>	70
2.4.1.1.6	<b>Proyección de la Población.....</b>	70
2.4.2.	<b>PROGRAMA MÉDICO-ARQUITECTÓNICO.....</b>	72
2.4.3.	<b>ESTÁNDARES PARA EL DISEÑO DE HOSPITALES, DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN Y DE UNIDA- DES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS.....</b>	79
2.5	<b>EL MODELO DE ATENCIÓN EN PSIQUIATRIA .....</b>	81
2.5.1.	<b>ANTECEDENTES DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN PSIQUIATRÍA.....</b>	82

2.5.1.1.	<b>El Nuevo Modelo de Atención Psiquiátrica en Europa y Estados Unidos.....</b>	85
	<b>ITALIA.....</b>	85
	<b>INGLATERRA.....</b>	88
	<b>FRANCIA.....</b>	89
	<b>ESPAÑA.....</b>	89
	<b>ESTADOS UNIDOS.....</b>	90
2.5.1.2.	<b>El Nuevo Modelo de la Atención Psiquiátrica en América Latina.....</b>	91
2.5.1.3.	<b>Los Modelos Alternativos de Atención en Psiquiatría.....</b>	94
	<b>2.5.1.3.1 Los Modelos Alternativos de Atención en Psiquiatría.....</b>	94
	<b>2.5.1.3.2. El Hospital de Noche.....</b>	94
	<b>2.5.1.3.3. El Hospital de Día.....</b>	95
	<b>2.5.1.3.4. Los Albergues Comunitarios.....</b>	96
	<b>2.5.1.3.5. Las Residencias Supervisadas.....</b>	96
2.6.	<b>LA ATENCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN PANAMA.....</b>	96
2.7.	<b>EL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL.....</b>	100
	<b>2.7.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....</b>	100
	<b>2.7.2. LA SALA PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS CON TRASTORNOS MENTALES EN FASE AGUDA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.....</b>	108
2.8.	<b>HIPOTESIS.....</b>	113
2.9.	<b>VARIABLES DEL ESTUDIO.....</b>	113
	<b>2.9.1. VARIABLE.....</b>	113
	<b>2.9.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....</b>	114
	<b>2.9.2.1. Demanda Social.....</b>	114
	<b>2.9.2.2. Oferta.....</b>	114
	<b>2.9.2.3. Programa Médico Funcional.....</b>	114
	<b>2.9.2.4. Programa Médico Arquitectónico.....</b>	115
2.10.	<b>RELACIÓN DE VARIABLES.....</b>	117
<b>CAPITULO III MARCO METODOLOGICO.....</b>		118
3.1.	<b>TIPO DE ESTUDIO.....</b>	118
3.2.	<b>AREA DE ESTUDIO.....</b>	118

<b>3.3. POBLACIÓN.....</b>	119
<b>3.4. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS</b>	119
<b>3.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS</b>	121
<b>3.6. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS .....</b>	122
<b>3.6.1. CALCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL Y DEL           NUMERO DE CAMAS NECESARIAS .....</b>	122
 <b>CAPITULO IV .....</b>	 126
<b>4.1. PROGRAMA MEDICO FUNCIONAL PARA LA SALA       DE AGUDO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL .....</b>	 126
<b>4.1.1. INTRODUCCIÓN.....</b>	126
<b>4.2. EL AREA DE INFLUENCIA DE LA SALA DE AGUDOS DEL       HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL .....</b>	 127
<b>4.2.1. ANTECEDENTES .....</b>	127
<b>4.2.2. DINÁMICA DE LA POBLACIÓN .....</b>	127
<b>4.2.3. NIVEL Y ESTRUCTURA DE LA SALUD .....</b>	131
<b>4.2.3.1. La Mortalidad .....</b>	131
<b>4.2.3.2. Situación Ambiente .....</b>	133
<b>4.2.3.3. Características Socio Económicas .....</b>	134
<b>4.3. ESTUDIO DE LA SITUACION ACTUAL .....</b>	136
<b>4.3.1. LOS SERVICIOS DE ATENCION DE PROBLEMAS           MENTALES EN FASE AGUDA .....</b>	 136
<b>4.3.2. CAPACIDAD INSTALADA, PRODUCCION Y PRODUC-           TIVIDAD DE LOS RECURSOS DE LA SALA DE AGUDO           DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL .. ...</b>	 139
<b>4.3.2.1. ANTECEDENTES .....</b>	139
<b>4.3.2.2. RECURSOS HUMANOS .....</b>	141
<b>4.3.2.3. INDICADORES DE LA SALA DE AGUDO               DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL....</b>	142
<b>4.4. ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE LA SALA DE AGUDO DEL       HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL Y DEL TAMAÑO       DEL PROYECTO (No. de Camas Necesarias) .....</b>	 145
<b>4.4.1. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL           DISTRITO DE PANAMÁ .....</b>	 145
<b>4.4.2. SUPUESTO PARA EL CÁLCULO DEL           TAMAÑO DEL PROYECTO .....</b>	 147

<b>4.5. CLASIFICACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL Y DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS COMO PARTE DEL HOSPITAL .....</b>	<b>149</b>
<b>4.5.1. TIPO DE INSTALACIÓN .....</b>	<b>149</b>
<b>4.5.2. TIPO ATENCIÓN .....</b>	<b>149</b>
<b>4.5.3. NIVEL DE ATENCIÓN .....</b>	<b>149</b>
<b>4.6. MISIÓN DE LA SALA DE AGUDO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL .....</b>	<b>149</b>
<b>4.7. FUNCIONES DE LA SALA DE AGUDO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL .....</b>	<b>150</b>
<b>4.8. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE AMBIENTES PARA LA SALA DE AGUDO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL ...</b>	<b>149</b>
<b>4.8.1. AREA ADMINISTRATIVA .....</b>	<b>153</b>
<b>4.9. PROGRAMACION FUNCIONAL DE LAS SECCIONES DE LA SALA DE AGUDO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL .....</b>	<b>156</b>
<b>4.9.1. JEFATURA MEDICA DEL SERVICIO .....</b>	<b>156</b>
<b>4.9.2. JEFATURA DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>156</b>
<b>4.9.3. HOSPITALIZACIÓN – AREA DE LA SALA DE AGUDO ..</b>	<b>156</b>
<b>4.10. POLITICAS DE OPERACIÓN DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL .....</b>	<b>159</b>
<b>4.11. PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO PARA LA SALA DE AGUDO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL .....</b>	<b>162</b>
<b>4.11.1 ORIENTACIÓN Y FACTORES CLIMÁTICOS DEL PROYECTO .....</b>	<b>162</b>
<b>4.11.2. CARACTERÍSTICAS DEL TERRENO DEL PROYECTO... </b>	<b>162</b>
<b>4.11.3. MATERIALES .....</b>	<b>163</b>
<b>4.11.4. SOLUCIÓN ARQUITECTÓNICA .....</b>	<b>164</b>
<b>4.11.5. PROPUESTA DE AMBIENTES, CIRCULACIONES Y DIMENSIONES DE LA SALA DE AGUDO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL .....</b>	<b>167</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>169</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>172</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>178</b>

## INDICE DE CUADROS

CUADRO	TITULO	Pag. No.
<b>No. 1</b>	<b>POBLACIÓN DEL DISTRITO DE PANAMÁ SEGÚN CORREGIMIENTO, POR SEXO. AÑO 2000.....</b>	<b>128</b>
<b>No. 2</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ Y DEL DISTRITO DE PANAMÁ. CENSO 2000.....</b>	<b>129</b>
<b>No. 3</b>	<b>NACIMIENTOS VIVOS Y TASA DE NATALIDAD DEL DISTRITO DE PANAMÁ. AÑOS 2000-2001.....</b>	<b>130</b>
<b>No. 4</b>	<b>ESPERANZA DE VIDA EN AÑOS AL NACER. DISTRITO DE PANAMÁ. AÑOS 1999 – 2001.....</b>	<b>131</b>
<b>No. 5</b>	<b>DEFUNCIONES EN EL DISTRITO DE PANAMÁ SEGÚN LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE. AÑO 2001.....</b>	<b>132</b>
<b>No. 6</b>	<b>VIVIENDAS CON ACCESO A AGUA POTABLE Y SERVICIO SANITARIO. DISTRITO DE PANAMÁ. AÑO 2000.....</b>	<b>133</b>
<b>No. 7</b>	<b>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA Y DEL DISTRITO DE PANAMÁ. AÑO 2000.....</b>	<b>136</b>
<b>No. 8</b>	<b>RECURSO CAMA E INDICADORES DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LOS HOSPITALES NACIONALES UBICADOS EN EL DISTRITO DE PANAMÁ. 2002 .....</b>	<b>137</b>

CUADRO	TITULO	Pag. No.
<b>No. 9</b>	RECURSO HUMANO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA HOSPITALES SANTO TOMÁS Y COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO. AÑO 2004. ....	138
<b>No. 10</b>	RECURSOS HUMANOS DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. 2004.....	141
<b>No. 11</b>	ESTADÍSTICAS E INDICADORES DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. AÑOS 2000, 2001, 2002 .....	142
<b>No. 12</b>	PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE INGRESO A LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. AÑOS 2001 - 2002.....	143
<b>No. 13</b>	PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS A LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. AÑO 2001.....	144
<b>No. 14</b>	PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS RESIDENTE EN EL DISTRITO DE PANAMÁ. AÑOS 2000 – 2020.....	145
<b>No. 15</b>	PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS RESIDENTE EN EL DISTRITO DE PANAMÁ SEGÚN SEXO. AÑOS 2000 – 2020 .....	146
<b>No. 16</b>	EGRESOS POTENCIALES DE LA SALA DE AGUDO 2005 – 2020.....	147
<b>No. 17</b>	NÚMERO DE CAMAS NECESARIAS PARA LOS AÑOS DE VIDA UTIL DEL PROYECTO .....	148
<b>No. 18</b>	DIMENSIÓN.....	168

**INDICE DE FIGURAS**

<b>FIGURA</b>	<b>TITULO</b>	<b>Pag. No.</b>
<b>No. 1</b>	<b>CICLO DE VIDA DE UN PROYECTO .....</b>	<b>34</b>
<b>No.2</b>	<b>PROCESO DE EVALUACIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>No.3</b>	<b>DETERMINANTES DE LA SALUD .....</b>	<b>40</b>
<b>No.4</b>	<b>PASOS EN LA PL ANIFICACION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD.....</b>	<b>42</b>
<b>No.5</b>	<b>ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO NACIONAL.....</b>	<b>105</b>
<b>No.6</b>	<b>INFRAESTRUCTURA FISICA .....</b>	<b>108</b>
<b>No.7</b>	<b>RELACION DE LA VARIABLE .....</b>	<b>117</b>

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO	TITULO	Pag. No.
<b>No.1</b>	Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.....	179
<b>No.2</b>	Declaración de Caracas.....	194
<b>No.3</b>	Estandares Consultados para la Identificación de Ambientes de la Sala de Agudos .....	197
<b>No.4</b>	Formato para la Elaboración del Programa Médico Funcional y Médico Arquitectónico.....	200
<b>No.5</b>	Encuesta sobre Ambiente y Estándares de Habilitación para la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. 2004.....	202
<b>No.6</b>	Formato creado para Calcular la Cantidad y el Dimensionamiento de los Ambientes de la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. 2004.....	204
<b>No.7</b>	Egresos Esperados y Camas Esperadas.....	205
<b>No.8</b>	Proyección de la Población Residente del Distrito de Panamá. Según Grupo de Edad y Sexo. Años 2000 – 20020.....	206
<b>No.9</b>	Estándares Utilizados para Calcular el Dimensionamiento de Los Ambientes de la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. 2004.....	207
<b>No.10</b>	Resultado de la Encuesta sobre Ambientes y Estándares de Habilitación para la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. 2004.....	210
<b>No.11</b>	Foto Maqueta .....	212
<b>No.12</b>	Foto de la Construcción de Sala Nueva.....	213

## **RESUMEN**

Este es un estudio, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado con el objetivo de establecer la demanda y la oferta de una nueva sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional así como la propuesta del Programa Médico Funcional y Médico Arquitectónico para la planeación de la sala de Agudos.

En esta investigación se hace énfasis en la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en toda América Latina como aspecto importante al desarrollar la propuesta.

Los métodos e instrumentos de recolección de datos se basaron en información estadística y en la aplicación de encuestas a personal médico y de enfermería, lo que nos permitió determinar la demanda y establecer la propuesta de los ambientes que requiere la nueva Sala de Agudos a construir.

Los resultados estimaron una demanda potencial de 561 egresos para el 2005, 642 egresos para el año 2010, 722 para el año 2015 y en 808 egresos para el año 2020. La necesidad de camas para satisfacer la demanda potencial para los años de vida útil del proyecto (20 años) es de 42 camas. La encuesta aplicada al recurso humano permitió identificar los ambientes que debe tener una sala dedicada al manejo de pacientes psiquiátricos

## **SUMMARY**

This is a descriptive, transversal and retrospective research done with the purpose to establish the supply and demand of a new Acute Medical Room of the National Psychiatric Hospital, as well as to consider the proposal made by the Medical Functional and Medical Architectural Program regarding the design of the Acute Medical Room.

In this research emphasis is made on the Restructure of the Attention to Psychiatric Patients taking part in all Latin America and which becomes an important aspect in shaping this proposal.

The methods and instruments in collecting the data were based on statistic information and in the application of opinion polls to physicians and nurses' personnel. This information allowed us to determine the demand in order to suggest the correct environment that the new Acute Room may require for its construction.

The results displayed a potential demand of 561 discharged patients by 2005, 642 discharged patients by 2010, 722 discharged patients by 2015 and 808 discharged patients by 2020.

The demand for beds in order to meet this potential demand for a period of 20 years service program is about 42 beds.

The applied opinion polls on human resources allowed to identify the environments that such a room should require when dealing with psychiatric patients.

## INTRODUCCIÓN

En los estudios realizados a la Red Hospitalaria Nacional en la década de los noventa se demostró que nuestros hospitales funcionaban en edificios con infraestructuras físicas muy antiguas, que habían sufrido numerosas y desordenadas remodelaciones provocando grandes deficiencias físicas y funcionales traduciéndose en una baja eficiencia administrativa y poca capacidad resolutive de las demandas por parte de la población.

El Hospital Psiquiátrico Nacional no es la excepción, esta institución de salud tiene estructuras de más de 30 años como lo es la Sala de Agudos que brindan servicios de hospitalización y que no satisface las demandas de atención ni responde al nuevo modelo de reestructuración de atención psiquiátrica, que orienta hacia una más humana organización de la atención de salud al enfermo mental y que como estrategia incluye la construcción de infraestructuras diseñadas para salvaguardar la dignidad y los derechos humanos y permitir una rápida recuperación e integración a sus comunidades.

El concepto de hospital ha cambiado, esto se debe a la gran responsabilidad que tiene ante el individuo, su familia y la comunidad en general, por los avances técnicos, científicos, los nuevos modelos de atención así como los de gestión.

La construcción o remodelación de un hospital, una sala o cualquier servicio de salud debe ser el resultado de un juicioso estudio de planeación realizados por expertos en la materia.

Este estudio a través de la aplicación del Programa Médico Funcional y el Programa Médico Arquitectónico en donde se realizan estudios demográficos, epidemiológicos entre otros; ofrece una propuesta para la construcción de una sala de Agudos que asegure de una manera continua la calidad de la atención y la mayor eficiencia en la utilización de sus recursos todo esto enmarcado en el Modelo de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica.

En el primer capítulo presenta el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos del estudio.

El segundo capítulo comprende la revisión exhaustiva de la literatura existente que sustenten los hallazgos de la investigación.

El tercer capítulo describe la metodología utilizada durante el proceso de la investigación que incluye el tipo de estudio, el área de estudio, la población, el instrumento de recolección de datos, plan de tabulación y análisis.

En el capítulo cuarto se presentan los resultados es aquí donde se presenta la propuesta del Programa Médico Funcional y Programa Médico Arquitectónico.

Por último se presentan las conclusiones.

**CAPÍTULO I:**  
**MARCO CONCEPTUAL**

## **CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.**

La atención integral de las personas con problemas mentales en fase aguda, basada en técnicas y procedimientos adecuados, es una intervención que propende a la rápida estabilización del paciente y a su permanencia en su medio comunitario. Sin embargo a pesar de la existencia de directrices políticas y de un modelo de atención que orienta estas acciones, existen dificultades de orden financiero, de recursos humanos y materiales que obstaculizan la puesta en práctica de estas directrices. Entre estos últimos, está la inexistencia o escaso desarrollo de una red por niveles de atención, que incluye la construcción de nuevas infraestructuras y la adecuación de las existentes, que permitan la aplicación del nuevo modelo de atención.

#### **1.1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

El actual diseño arquitectónico y el estado de la estructura física de la sala destinada al tratamiento de personas con trastornos mentales en fase aguda del Hospital

Psiquiátrico Nacional de Panamá dificulta la aplicación del nuevo modelo de atención que requieren los usuarios de este servicio. La declaración de los "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental" (ONU 1991) (Anexo 1), en su Principio 13, establece cuáles son las características que debe exhibir una institución para la atención de enfermos psiquiátricos. Por otra parte, tal como veremos más adelante, el Hospital Psiquiátrico Nacional acogió los lineamientos de la Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (Anexo 2), la cual insta hacia el respeto a los derechos humanos de los pacientes, respeto que incluye la existencia de instalaciones sanitarias que permitan proteger la dignidad y la pronta reintegración de los pacientes a la comunidad.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

El Hospital Psiquiátrico Nacional es una institución que tiene como responsabilidad la atención, en régimen de internación, de todas las personas mayores de 18 años aseguradas y no aseguradas con trastornos mentales residentes en la República de Panamá. Es un hospital

categorizado como de 3er. nivel de atención, especializado, de concentración y referencia en Salud Mental y Psiquiatría.

La "Sala de Agudos" del Hospital Psiquiátrico es una unidad operativa donde se realizan los procesos de admisión, hospitalización y en muchos casos de consulta externa de todos los usuarios que solicitan atención mediante referencia de otras instituciones, del juzgado nocturno o por iniciativa propia.

En el año 2000, el número de pacientes admitidos en el Hospital Psiquiátrico Nacional fue de 770, con un promedio de 340 días de estancia. De estas admisiones, el 100% ingresó por la Sala de Agudos y el 81% (624 personas) permaneció hospitalizado en esta sala un promedio de 20 días antes de ser transferido a otra sala o dado de alta<sup>(1)</sup>. Además de los pacientes admitidos, fueron evaluados al momento de su llegada y no admitidos 350 usuarios que no cumplían con los criterios de admisión contemplados en las

---

<sup>1</sup> Estadísticas del Hospital Psiquiátrico Nacional MINSA, 2000

Normas de Atención de la Institución. Estos pacientes y sus familiares fueron orientados y referidos a otras instalaciones de salud u organizaciones sociales, según cada caso.

En agosto del 2001, la Sala de Agudos, con una estructura física de más de 35 años, colapsa, cayéndose su techo, lo que motivó la inmediata reubicación de este servicio en otra sección del hospital. Esta nueva ubicación tiene una estructura física inadecuada para el manejo





y tratamiento de los pacientes que demandan sus servicios. Por ejemplo, los pacientes que, luego de varios días de hospitalización, presentan mejoría de sus síntomas o síndromes urgentes (agitación psicomotora, ideas suicidas, entre otras) pueden presentar recaídas debidas al tener que compartir una misma sala con pacientes con diferentes conductas y estados, especialmente aquéllos con agitación psicomotriz y alto grado de agresividad.

Lo anterior se traduce en un aumento de la estancia hospitalaria y de los costos financieros para la institución, el paciente y su familia. El personal de

Salud también está expuesto a riesgos en su seguridad y estrés al no contar con las condiciones adecuadas para el manejo de los pacientes. Todo esto deja claramente establecido que la calidad de atención brindada a los usuarios internos y externos es deficiente.

El Ministerio de Salud en la formulación de los lineamientos políticos y estratégicos 1999-2004, orienta a que se garantice un modelo de atención y prestación de servicios que asegure la productividad de los servicios de salud con eficiencia, eficacia y efectividad. (MINSA 2000).

Siendo la sala Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional el servicio en donde se atiende los casos de **urgencias psiquiátricas** tanto internas como externas, ya que hasta el momento no se han podido fortalecer las Redes de Atención Primaria de Salud así como las salas de urgencias de los hospitales generales para la atención de pacientes en estado de crisis, agitación u otros síndromes de urgencias; la planeación de la Sala de Agudos debe tomar en cuenta la estrategia de salud que establece el "Fortalecimiento de la capacidad resolutoria y gerencial de

los servicios de urgencia"; así como implementar programas de equipamiento médico y planta física de los servicios de urgencias" (MINSA, 2000-2001).

Por otra parte, el Hospital Psiquiátrico Nacional ha acogido los lineamientos de la Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (resuelto No 01282 del 5 de septiembre de 1991) que orienta hacia una "más humana organización de la atención de salud al enfermo mental". Entre las estrategias para alcanzar esta meta se incluye la construcción de infraestructuras diseñadas para salvaguardar la dignidad y los derechos humanos de los pacientes y permitir una rápida integración a sus comunidades y la subsiguiente atención en instalaciones de menor complejidad (centros de salud, policlínicas).

En concórdancia con estas políticas y con la finalidad de reemplazar edificios con más de 30 años de construcción, deteriorados y que se contraponían a una atención basada en los principios y derechos de las personas con Enfermedad Mental, se inició a partir de 1994, la construcción y

remodelación de las salas del Hospital Psiquiátrico Nacional.

El proyecto de construcción de una instalación, precisa de un estudio de factibilidad que contenga un análisis de la demanda, de la oferta, de las necesidades de infraestructura y equipamiento y de los costos de apertura y funcionamiento. Esta fase de planificación permite, en el caso concreto de la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional, construir un servicio con capacidad resolutive acorde con las necesidades de los usuarios y que considere los lineamientos técnicos (diseño y proceso) para el manejo y tratamiento de las personas con trastornos mentales.

El Programa Médico Funcional es un criterio técnico que abarca el análisis de la demanda social, de la oferta y del modelo de atención, planteado anteriormente. Este Programa antecede al Programa Médico Arquitectónico y ambos aseguran la optimización de la planificación, desarrollo y ejecución de los proyectos de inversión en infraestructura de salud.

Todos los elementos arriba planteados sustentan la propuesta de diseñar El Programa Médico Funcional y Arquitectónico para la sala de manejo de pacientes mentales en fase aguda del Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá.

### **1.3. OBJETIVOS.**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

- Establecer la demanda social y la oferta para
- la nueva Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional.
- Elaborar una propuesta de Programa Médico Funcional y Médico Arquitectónico para la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer la proyección de la demanda social de la nueva Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional.
- Establecer la proyección de la oferta de la nueva Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional.

- Diseñar un Programa Médico Funcional para la nueva Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional.
- Diseñar un Programa Médico Arquitectónico para la nueva Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional.

#### **1.4. PROPÓSITO**

Esperamos que este trabajo de investigación contribuya a brindar aportes a la gerencia del Hospital Psiquiátrico Nacional de que el proyecto de construcción de las nuevas instalaciones destinadas para el manejo de los pacientes con trastornos mentales en fase aguda, sea coherente con las demandas de los usuarios internos y externos, con el nuevo modelo de Atención Psiquiátrica, con las políticas de salud. En definitiva, construir una instalación, que en su fase de operación pueda cumplir con los criterios de eficiencia, eficacia, calidad y equidad.

Al mismo tiempo, esperamos que la propuesta de Programa Médico Funcional y Arquitectónico de esta sala, sirva de guía en la planificación de proyectos de construcción de otros servicios similares.

**CAPITULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. LA PLANIFICACIÓN DE HOSPITALES**

#### **2.1.1. EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN**

La planificación es el proceso de prever el futuro y proponer estrategias para desarrollarse y crecer en el contexto futuro. La función de planificación supone, por tanto, proyectar la vida de la organización a lo largo del tiempo, mediante un proceso de formalización, que a partir del momento actual trate de diseñar lo que va a ser la actividad de la organización en el futuro, por lo cual debe en función de esta previsión, coordinar esfuerzos y recursos. (Garza 2002).

Un buen plan se establece en función de las siguientes preguntas: ¿dónde estamos?, ¿a dónde queremos ir?, ¿qué debemos hacer para lograrlo? Planificar consiste en dar respuesta a estas preguntas, lo que supone conocer la situación presente de la organización, los recursos con que cuenta y las limitaciones existentes.

Realizar el proceso de planificación conlleva una serie de ventajas para la organización, a saber:

- Ayuda a identificar prioridades y tomar decisiones.
- Proporciona una clara comprensión de los elementos necesarios para lograr los objetivos de desarrollo.
- Permite formular, de manera objetiva, las estrategias de la organización.
- Permite analizar sistemáticamente el rumbo deseado.
- Orienta el uso óptimo de los recursos, concentrando los recursos más limitados en las acciones que beneficiarán el trabajo de mejor manera.
- Disminuye el nivel de incertidumbre del medio.
- Facilita la adaptación a las condiciones cambiantes de los factores sociales, políticos, tecnológicos, culturales, etc.
- Integra todas las decisiones de la organización.
- Permite mantenerse en contacto con el contexto: a nivel mundial, nacional o local.
- Proporciona una herramienta de ayuda para comunicar las intenciones a otras personas;
- Prevee mecanismos de control y de evaluación.

Un plan, que es el documento resultado de la planificación, eficaz tiene las siguientes características:

- Es realista, es decir, se puede llevar a la práctica.
- Está basado en recursos y limitaciones conocidos.
- Supone el compromiso de los que participan en diseñarlo y aplicarlo.
- Es flexible y puede adaptarse a las condiciones cambiantes del entorno.
- Sus logros y resultados pueden medirse y evaluarse.

### **2.1.2. TIPOS DE PLANIFICACIÓN**

Existen diversas clasificaciones del proceso de planificación.

➤ **Según el alcance del plan se habla de:**

- **Planificación Estratégica:** Aquella que involucra a toda la organización. En este tipo de planificación se determinan los propósitos principales de la organización, los que generalmente se fundamenta en una visión a largo plazo. Este proceso implica considerar las oportunidades y problemas presentes

en el entorno de la organización así como las fortalezas y limitaciones de la organización. La planificación estratégica se debe entender como la principal herramienta de la dirección empresarial para concebir un futuro deseable para la empresa y diseñar los medios y alternativas adecuados para llegar a él.

▪ **Planificación empresarial, funcional y de acción:**

Constituye el apoyo necesario de los planes estratégicos porque atiende a su aplicación a corto plazo. Este proceso identifica actividades específicas, asignando recursos y definiendo estándares de actuación.

➤ **Según el horizonte de tiempo:**

▪ **Planificación a corto plazo:** en los planes a corto plazo, la mayoría de las variables pueden ser controladas por la administración de la empresa.

▪ **Planificación a largo plazo:** en los planes de largo plazo todas las condiciones se plantean

como posibilidades sujetas a variación. Generalmente se acepta que un plan a un año o menos es de corto plazo y de cinco años o más es de largo plazo.

➤ **Según el nivel de objetivos que se pretende alcanzar:**

- **Propósito o Misión:** la misión indica una dirección hacia la que hay que dirigirse, pero que no es realizable necesariamente. En el plano operativo, la misión consiste en la definición de una política que traza grandes orientaciones hacia dónde dirigirse. Esta clase de planificación se encuentra a nivel de un organismo público, como un gobierno o sus distintos ministerios.
- **Fines:** representan un mayor grado de especificación que la misión. A este nivel se deciden las prioridades de acción. Se trata de la planificación estratégica, la cual tradicionalmente se ha asociado a una organización como el hospital, el centro de salud, etc.

- **Los objetivos generales y específicos:** consiste en estructurar y programar las actividades y los recursos para alcanzar los objetivos fijados. Este proceso corresponde a la planificación táctica o estructural. El producto de esta etapa es el programa y su variante, el proyecto. Los programas son actividades que perduran en la organización, pues su realización no tiene una fecha límite en la que pueda darse por concluida o que provoque su caducidad. Los proyectos tienen objetivos delimitados por el tiempo. Tienen un principio, pero deben tener una fase de conclusión.
  
- **Los objetivos operativos:** son las decisiones a más corto plazo que conciernen al desarrollo de las actividades, el calendario de ejecución, la gestión de los recursos. (Shapiro, 2003).

Con independencia de la clasificación que se emplee, los dos tipos de planificación principales son la

Planificación estratégica y la Planificación empresarial, funcional y de acción operativa.

#### **2.1.2.1. LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA /MARCO ESTRATÉGICO**

Una organización desarrolla un marco estratégico a través de una planificación estratégica. Este marco le permite determinar sus prioridades y las acciones que podrían ayudar en la consecución de su visión de futuro.

Una estrategia engloba tanto un enfoque general, fundamentado en la comprensión del amplio contexto funcional (fortalezas y debilidades), y los problemas a los que se intenta afrontar. La estrategia precisa aquello que se intenta alcanzar y el enfoque que se pretende usar. No explica en detalle actividades específicas. (Shapiro, op.cit)

La planificación estratégica le permite a una organización:

- Analizar la situación o contexto en el que funciona (social, político y económico), de modo que se entienda el contexto y se pueda formular una visión.

- Identificar el problema o problemas, dentro de una situación en la que la organización cree que está bien ubicada para tratarlo.
- Reflexionar sobre su sistema de valores para crear parámetros (un marco) para sus actividades establecer metas por sí misma.
- Formular una declaración sobre la visión y la misión, basada en un análisis e identificación de sus problemas
- Analizar sus puntos fuertes y débiles, a la hora de enfrentarse a los problemas identificados.
- Identificar oportunidades y amenazas del entorno que pudieran afectar a su trabajo.
- Dar prioridad a las necesidades.
- Revisar opciones estratégicas para alcanzar sus metas y seleccionar las más apropiadas.
- Estructurarse adecuadamente.

Hecho esto, la organización está preparada para pasar a la siguiente fase de la planificación: la planificación empresarial, funcional y de acción, que convierte la estrategia en una puesta en práctica.

Sin la fase de planificación estratégica es bastante probable que se acabe realizando una serie de actividades que no siempre tiene como resultado un esfuerzo coordinado.

El proceso de la planificación estratégica pasa por cuatro momentos importantes dentro de una organización determinada. Esos cuatro momentos que no se dan necesariamente en secuencia, se definen a continuación:

- Definición de la misión: la misión es el propósito final que justifica y legitima social y económicamente la existencia de la organización.
- Elaboración del plan estratégico: es el proceso integrado y global de adopción de decisiones para enfrentar los desafíos del ambiente y garantizar el logro de la misión. Comprende las siguientes fases analíticas:
  - Análisis del diagnóstico del ambiente externo: consiste en conocer, clasificar y vigilar los factores externos a la organización y juzgar su pertinencia e influencia, favorable o no, en la acción gerencial. Por definición los factores

externos son los asuntos incontrolables para la organización.

- Análisis y diagnóstico del ambiente interno: consiste en conocer, clasificar y vigilar los factores internos y juzgar su importancia crítica, positiva o negativa, para el desempeño de la organización.
- Análisis prospectivo: aproximación inicial al futuro. Proceso de producción de información sobre el futuro estado de la sociedad con base en los conocimientos adquiridos sobre la naturaleza de la organización y de su misión.
- Contraposición de la evaluación prospectiva y los resultados actuales: proceso de identificación de las brechas existentes entre lo deseable, lo posible y los resultados actuales.
- Búsqueda de alternativas y ventajas estratégicas: proceso de selección de diversos rumbos futuros e identificación de uso de los recursos disponibles de forma que se pueda propiciar un desempeño comparativamente más eficiente y eficaz que el previsto de ordinario.

- Decisiones estratégicas fundamentales: significa la opción entre alternativas que colocarán a la organización en una posición óptima en su medio de actuación.
  
- Implementación estratégica: es el proceso de adaptación de la organización a las opciones estratégicas por medio del logro de los objetivos, la revisión de las estructuras, la elaboración de planes de acción y la definición de las funciones organizacionales y los métodos gerenciales.
  
- Evaluación y revisión: es el proceso de producción de información sobre el valor de los resultados para saber si la estrategia y la ejecución siguen siendo coherentes con los objetivos previstos.

Al proceso de formulación de la estrategia le sigue el proceso de presupuestación estratégica y operativa, el cual se refiere a la definición de los presupuestos de las áreas funcionales. El presupuesto es el resultado esencial de la planificación, que integra la asignación de los recursos, la definición de las responsabilidades y la asunción de los

compromisos necesarios para la adecuada implantación de las estrategias. Con el presupuesto, cada nivel y cada unidad organizativa tienen una declaración, una información, un objetivo y un plan de acción concreto para desarrollar su actividad.

#### **2.1.2.2. PLANIFICACIÓN EMPRESARIAL, FUNCIONAL Y DE ACCIÓN**

Es la identificación de las tareas a realizar para lograr los objetivos. El plan de acción recoge aquello que debe hacerse, la fecha en la que debe completarse, la persona responsable de que esté terminado y los recursos materiales, financieros y humanos necesarios para llevarlo a cabo (presupuesto).

Un buen plan de acción:

- Obliga a una organización o proyecto a decidir el modo de alcanzar un objetivo.
- Ayuda a la organización o proyecto a pasar de una administración de crisis a una planificación sensata y el empleo de recursos.
- Ayuda a resolver asuntos de secuencia o el orden en el que deben hacerse las cosas.

- Proporciona una base para responsabilizar a las personas por su trabajo.
- Proporciona una base para medir el progreso y revisar el progreso del trabajo.
- Proporciona una base para la descripción de empleos.
- Proporciona una base para realizar presupuestos.

### **2.1.3. HERRAMIENTAS DE LA PLANIFICACIÓN DESCRIPCIÓN GENERAL**

#### **2.1.3.1. EL ANÁLISIS FODA**

**Propósito:** Identificar los puntos fuertes y débiles internos de una organización o proyecto al igual que las oportunidades y amenazas externas a las que se enfrenta.

El mejor momento para este tipo de análisis es después de examinar el progreso y explorar el entorno.

Las siglas FODA (*SWOT* en sus siglas inglesas) corresponden a:

F = Fuerzas (S= Strengths)

O - Oportunidades (O= opportunities)

D = Debilidades (W= weaknesses)

A = Amenazas (T= Threats)

Los puntos fuertes y débiles constituyen factores internos de la organización y pueden tratarse dentro de ésta. En cambio, las oportunidades y las amenazas son factores externos que proporcionan retos para la organización.

### **2.1.3.2. EL ANÁLISIS PEST**

**Propósito:** Explorar el entorno exterior para encontrar aquellas fuerzs y tendencias que pueden constituir oportunidades o amenazas para el proyecto u organización, es decir, ayudar al proyecto u organización a comprender su contexto.

Quizá, el mejor momento para llevar a cabo este análisis sea antes del *Análisis FODA (SWOT)*.

Las siglas PEST corresponden a:

- P = Político
- E - Económico
- S - Social
- T = Tecnológico

### 2.1.3.3. VISION DE FUTURO

**Propósito:** Permitir que un grupo se libere de las limitaciones de su trabajo y contexto actual, para que de ese modo, pueda desarrollar una verdadera visión de futuro ideal.

Quizá, el mejor momento para llevarlo a cabo sea antes de que el grupo intente desarrollar una declaración de la visión o la misión.

### 2.1.3.4. ANÁLISIS DE LOS INTERESADOS

**Propósito:** Identificar a los interesados directos de la organización o proyecto junto con sus preocupaciones y expectativas, además de explorar el modo en el que pueden influenciar a la organización.

Un interesado directo es cualquier persona, grupo, institución o estructura que tiene algún tipo de participación en la organización o proyecto.

### 2.1.3.5. ANÁLISIS DE LOS ESPACIOS

**Propósito:** identificar aquellos espacios que han de ser tratados entre la posición en la que se encuentra la organización en la actualidad y la que pretende ocupar en el futuro.

Es una buena técnica para llevar a cabo después de haber hecho la declaración de visión y misión, el diagnóstico organizativo, la exploración del entorno, y por último, la planificación del programa. Como introducción, conviene planificar aquellos cambios internos necesarios para alcanzar las metas y objetivos.

### 2.1.3.6. ANÁLISIS DEL MARCO LÓGICO (AML).

**Propósito:** El AML es una herramienta de planificación global que emplea una estructura de registro o matriz (tabla) con columnas y filas para ayudar a planificar un proyecto. (Chicas de Márquez, 1995)

Las filas constituyen una jerarquía (de arriba a abajo) de metas y objetivos, que van desde la meta global hasta

las actividades. Las columnas representan el modo en el que se verifica el logro de cada una de estas metas y objetivos (muestran que se han conseguido). Esta estructura hace que el AML sea considerado como una buena herramienta de planificación para el seguimiento y la evaluación.

### **2.1.3. EL PROYECTO DE INVERSIÓN**

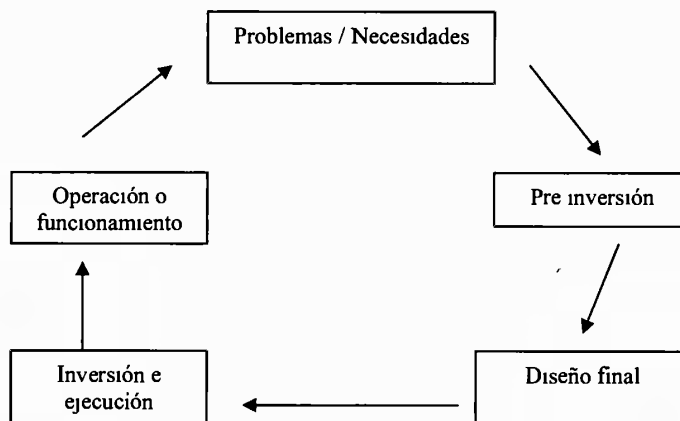
Se puede describir como un plan que, si se le asigna determinado monto de capital y se le proporcionan insumos de varios tipos, podrá producir un bien o un servicio, útil al ser humano o a la sociedad en general. (Rosales, 1999).

En la actualidad, una inversión inteligente requiere una base que la justifique. Dicha base es precisamente un proyecto bien estructurado y evaluado que indique la pauta que debe seguirse.

Aunque cada estudio de inversión es único y distinto a todos los demás, la metodología que se aplica en cada uno de ellos tiene la particularidad de poder adaptarse a cualquier proyecto.

Todo proyecto de inversión, desde su gestación hasta su término, pasa por un ciclo, ciclo de vida del proyecto: Preinversión, Inversión, Operación y Terminación .

**Figura 1. Ciclo de Vida de un Proyecto.**



**Fuente** Rosales Posas, Ramón Formulación y Evaluación de Proyectos ICAP 1999

La preinversión es la fase donde se elabora el documento de proyecto. Consiste en identificar los proyectos, formularlos, evaluarlos y seleccionar los más rentables desde el punto de vista del mercado, técnico, financiero, económico, social y ambiental. Es la fase en que se dan todos los elementos necesarios y suficientes para la toma de decisiones referidas al futuro del proyecto.

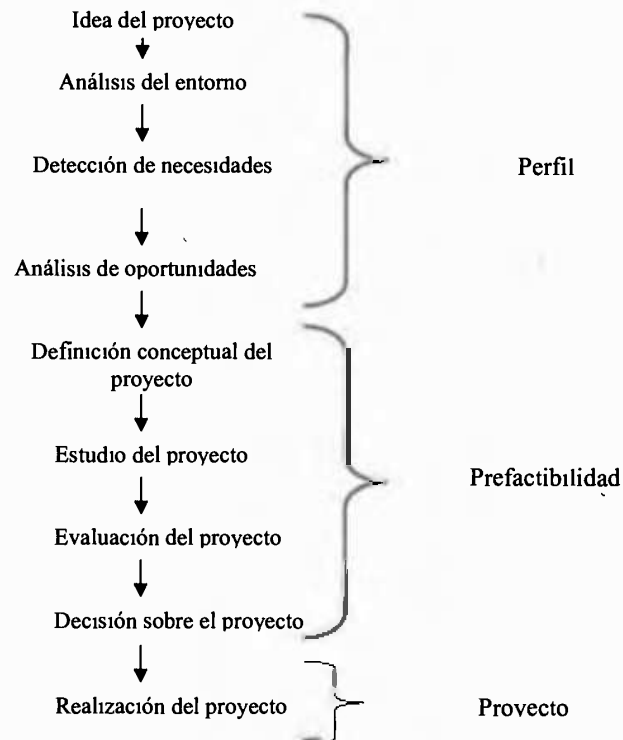
Para la realización de esta fase se requiere de insumos importantes como: la existencia de un problema, metodologías para formular y evaluar proyectos, recursos humanos capacitado. El producto de esta fase es el documento de proyecto, el cual puede estar a cuatro niveles de profundidad; identificación, perfil, prefactibilidad y factibilidad. (Rosales, op.cit).

- Identificación: es un documento con información muy precisa sobre el problema o la necesidad a resolver, la viabilidad política, la disponibilidad o posibles recursos, diferentes alternativas de solución, logro de objetivos y la importancia de la posible inversión. Es un documento que debe permitir tomar decisiones.
  
- Perfil: es un documento bien estructurado, coherente, con cierto grado de información y análisis de los siguientes aspectos: contexto del proyecto, antecedentes, necesidad/problema, justificación, objetivos, metas, ámbito del mercado, aspectos técnicos, financieros, económicos-sociales y ambientales del proyecto. Este documento debe

permitir al responsable tomar una decisión respecto de si el proyecto se debe acometer, abandonar, postergar o estudiar más a fondo debido a su complejidad.

- Prefactibilidad.: Es un documento bastante acabado, coherente, con información y análisis muy profundo sobre variables importantes como el mercado, la tecnología, la rentabilidad financiera, económica-social y el impacto ambiental. Es un documento con niveles mínimos de incertidumbre.
  
- Factibilidad: es un documento completo con toda la información y análisis sobre las variables del proyecto, contempla un análisis de los diversos escenarios en que podría actuar el proyecto, desde el punto de vista de su evaluación incorpora todos los indicadores financieros, económicos y ambientales, un análisis de sensibilidad sobre las variables más críticas o incertidumbres para visualizar su comportamiento y posible viabilidad. Se presentan las cotizaciones de la inversión, los planos arquitectónicos de la construcción, etc. (fig. 2).

**Figura 2. Proceso de Evaluación de Proyectos**



**Fuente:** Rosales Posas, Ramón Formulación y Evaluación de Proyectos ICAP 1999

La evaluación de un proyecto en la fase de preinversión se realiza con el fin de poder decidir si es conveniente o no llevar a cabo dicha inversión. Para este efecto, se debe identificar, cuantificar y valorar sus costos y beneficios, y comparar con otros proyectos.

## **2.2. LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

La planificación de la salud es un método racional para escoger, organizar y evaluar las actividades de salud más eficaces, para satisfacer las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta los recursos disponibles. El objetivo de la planificación sanitaria consiste en alargar el máximo posible la salud e intentar evitar que disminuya, ya sea de forma pasajera o permanentemente, súbita o lentamente e incluso que desaparezca.

El punto de partida de todo proceso de planificación sanitaria deber ser la salud, esto implica que los responsables del proceso comprendan el concepto de salud en toda su dimensión, de modo que se facilite la identificación de los problemas y las alternativas de solución a los mismos. (Pinealt, 1995).

La Organización Mundial de la Salud, definió la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad". Esta definición, por lo estática presenta problemas para su operacionalización. En este sentido, una de las

principales contribuciones en las últimas décadas del siglo XX, fue la ampliación y profundización del concepto Salud que hasta hace relativamente poco tiempo, concebía a la salud únicamente en función de atributos biológicos, y de manera estacionaria y subjetiva. Obviamente, esta manera de concebir la salud, subestima el hecho de que ella - la salud - es un proceso y como tal dinámico, histórico, que cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada época.

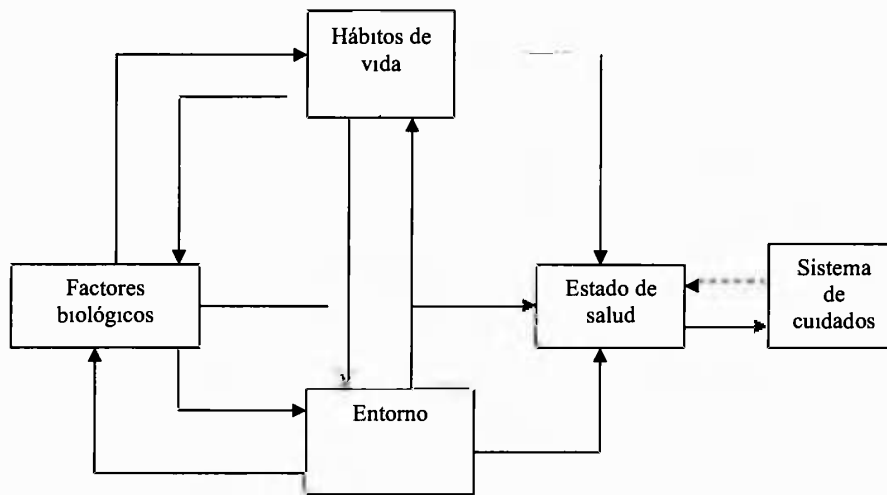
Para alcanzar los objetivos de promoción y mejora en el nivel de salud de la población, se requiere más que una definición biológica, que integre los factores que intervienen en su determinación y variación (ecología, ambiente, sociedad, cultura, etc.). En conclusión, considerarla como una variable dependiente de una serie de atributos del individuo y factores condicionantes que intervienen en su determinación y variación (Fig. 3).

Esta afirmación implica que al planificar en salud, siempre se deben tomar en cuenta los valores sociales y el

paradigma predominante o marco de salud que la afecta.  
(Denver, 1991).

En este sentido, el modelo de planificación tradicional de atención médica, que no toma en cuenta los valores sociales; se limita a establecer normas y objetivos en función de la posibilidad tecnológica de lograr algo, ignorando aquellos aspectos de la salud y la enfermedad que se refieren al estilo de vida y el medio ambiente.

**Figura 3. Determinantes de la Salud**



**Fuente:** Dever G. E. "An epidemiological model for health analysis" 1976 La Planificación Sanitaria

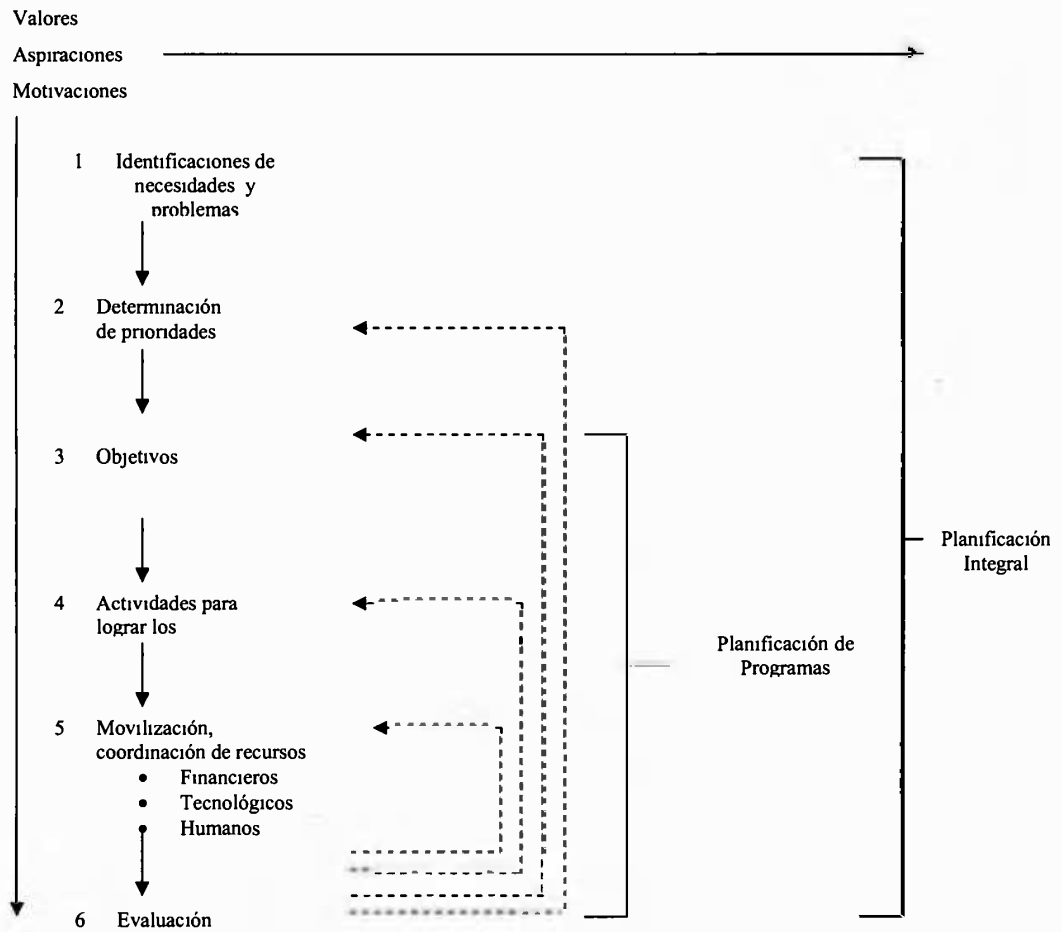
La planificación sanitaria, al igual que todo proceso de planificación, conlleva la ejecución de una serie de pasos para alcanzar los fines y objetivos de la organización sanitaria. Estas etapas son las siguientes:

- Identificación de los problemas y de las necesidades de la población: recorre el análisis de la postergación social, del estudio de la red de servicios y del análisis de los problemas de salud con su red explicativa.
- Establecimiento de prioridades.
- Fijación de los objetivos generales y específicos.
- Determinación de las actividades para alcanzar los objetivos.
- Previsión de los recursos necesarios: recursos humanos, materiales y financieros.
- Establecer un sistema para el control y evaluación del plan.
- Puesta en marcha.
- Evaluación.

Los dos primeros pasos, la identificación de necesidades o problemas y la determinación de prioridades, son anteriores a la planificación de programas. En otras

palabras la planificación de programas de salud, debe darse dentro de un proceso mayor de planificación integral. (fig.4).

**Figura 4**  
**Pasos en la Planificación de los Programas de Salud**



**Fuente:** Dever G E "An epidemiological model for health analysis". 1976 La Planificación Sanitaria

**Paso 1: Identificación de Necesidades y Problemas.**

Los conceptos de necesidad y de población objetivo resultan esenciales en cualquier nivel de planificación. El proceso comienza con la identificación de la necesidad de servicios de salud por parte de una población. Donabedian define la necesidad como cierto grado de alteración de la salud y el bienestar. La alteración es una percepción y su evaluación depende de quien la percibe. Esta necesidad puede ser vista desde dos perspectivas, según Donabedian, la del paciente (cliente) y la del profesional.

Cómo determinar las necesidades:

- Enfoque por indicadores de salud, sociales y de extrapolación/suposición.
  - Los indicadores de salud resultan del análisis de los datos de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Entre las fuentes de esta información se encuentran los informes hospitalarios de internación y altas, las estadísticas de morbilidad, las estadísticas de mortalidad materna, neonatal e infantil y las

tablas de esperanza de vida e índices de discapacidad para poblaciones específicas.

- Los indicadores sociales son relevantes para identificar las necesidades de salud por su correlación con la utilización de los servicios. Las fuentes de información para la construcción de indicadores sociales incluyen las estadísticas demográficas (edad, sexo), de educación, vivienda, trabajo y encuestas de hogares.
  - El método de extrapolación/suposición aplica los datos epidemiológicos a la prevalencia e incidencia de enfermedades y ciertas condiciones sanitarias en una pequeña población de referencia. El propósito es estimar las necesidades de salud asociadas con esas mismas condiciones en una población mayor.
- Enfoque por encuestas: incluye el análisis de la utilización, porcentaje en tratamiento, infraestructura de servicios y mano de obra y encuestas tipo.
- El análisis de la utilización examina las necesidades en términos de la demanda de

servicios, medida por el tipo y calidad de servicios efectivamente utilizados.

- El método de porcentaje de individuos en tratamiento analiza la utilización de servicios a través de la organización que presta el servicio. Esta medida de la necesidad estará sesgada a favor de aquellos que utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia.
- El método que estudia la infraestructura de servicio y mano de obra se basa en la suposición de que los individuos que reciben atención realmente la necesitan. Se compara la cantidad de profesionales de la salud y de instalaciones en el lugar de estudio con el volumen conocido de utilización de servicios. La medida en la que profesionales e infraestructura no alcanzan para cubrir la utilización real marca el grado de necesidad. La necesidad es extrapolada a partir de la existencia de personal de salud y de infraestructura de servicio.
- Las encuestas tipo de la población general determinan las necesidades reuniendo datos de

problemas de salud, discapacidad y percepción de las necesidades directamente de los encuestados que a menudo son entrevistados en sus propias viviendas.

- Enfoque orientado a la búsqueda de consenso: se centra en los medios a través de los cuales se pueden evaluar las opiniones profesionales y no profesionales de la necesidad de atención de salud en discusiones participativas de grupo. Incluye los siguientes:
- El foro comunitario es una reunión abierta en la cual se invita a todos los presentes a exponer sus opiniones sobre las necesidades del área.
  - El proceso grupal nominal consiste en una reunión muy estructurada y multifacética de individuos que se encuentran íntimamente relacionados con el área que se está evaluando. Se sigue un procedimiento ordenado preestablecido para definir las ideas individual e independientemente al principio y luego se las enumera y clarifica en conjunto. El grupo luego cataloga las ideas por votación secreta y el

resultado es una clasificación de las necesidades por él definidas.

- En el método de informantes clave, las entrevistas se realizan a miembros de la comunidad o trabajadores locales que tengan experiencia directa en el área en estudio. Las preguntas de la entrevista se refieren a los servicios existentes y a las características demográficas de la comunidad.
- La técnica Delphi ha sido definida como un método de reunión sistemática de opiniones sobre un tema en particular por medio de una serie de cuestionarios cuidadosamente diseñados que se retroalimentan en opiniones derivadas de respuestas anteriores. El resultado final es una evaluación de la naturaleza y variedad de las necesidades actuales de salud en la comunidad o un pronóstico de futuras necesidades.
- El método de impresiones comunitarias integra la información reunida en entrevistas con pequeños grupos o informantes clave con datos provenientes de una variedad lo más amplia posible de indicadores o de encuestas. La lista de necesidades confeccionada

de esta manera es luego convalidada por medio del proceso de foro comunitario.

El primer paso de la planificación, se concreta en la descripción de la población que rodea a la organización, de sus problemas de salud, y de la utilización que hace de los servicios de salud así como a un análisis de la posible etiología de los factores involucrados en dichos problemas de salud y a la identificación de los recursos existentes en la comunidad para dar respuesta a tales factores.

**Paso 2: Determinación de prioridades.**

Una vez identificado los problemas de la organización, se deben determinar cuáles son los más importantes. Son criterios para la fijación de prioridades: los plazos, alcance y grado de los problemas, partes interesadas, grado de incertidumbre, grado de complejidad y grado de consenso. Desde la perspectiva de la epidemiología los problemas de salud más importantes son aquellos que causan las mayores pérdidas y resultan más difíciles de prevenir y de mejorar.

**Paso 3: Fijación de Objetivos.**

Una vez determinada las prioridades, se realiza la planificación de los programas para cada grupo de problemas o factor de riesgo. La planificación de cada programa comienza por fijar sus objetivos.

**Paso 4: Actividades para el logro de los objetivos.**

Los objetivos a lograr se deben traducir operativamente en actividades o servicios. Esto incluye la identificación y asignación de recursos necesarios para producir esas actividades o servicios. Una vez generadas las alternativas, deben ser evaluadas aplicando un análisis costo beneficio, es decir, comparando los beneficios esperados de cada alternativa con el costo y riesgo de adoptarla.

**Paso 5: Movilización, coordinación de recursos.**

Es la prestación efectiva de servicios.

**Paso 6: Evaluación.**

Comprende tres áreas: evaluación financiera, de proceso y de resultado.

- La evaluación financiera trata de la contabilización de costos.
  
- La evaluación de procesos determina la actividad de los programas en término de: 1) la población que recibe los beneficios por edad, sexo, raza y otras variables demográficas; 2) la organización del programa, el personal y la financiación; y 3) la ubicación y distribución del tiempo del proceso. La evaluación del proceso da una medida de los esfuerzos que requiere el programa o las actividades propuestas más que los efectos o resultados de los mismos.
  
- La evaluación de los resultados mide los efectos del programa para determinar si ha habido un cambio en el estado de salud como resultado del esfuerzo.

### 2.3. LA PLANIFICACIÓN DE HOSPITALES Y DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el hospital como:

*“una parte integrante de la organización médica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención médica social completa, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar”.*

*“se entiende por hospital independientemente de su denominación, todo establecimiento dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio del internamiento, sea de dependencia estatal, privada o de la seguridad social, de alta o baja complejidad, con fines de lucro o sin él declarado en sus objetivos institucionales, abierto a la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella”. (Paganini y Novaes, 1994)*

Por unidad de Hospitalización nos referimos a la estructura física que facilita el óptimo uso de recursos humanos y materiales, encaminados a la valoración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de aquellas personas que por su enfermedad requieran del ingreso en un centro hospitalario, para mejorar al máximo su estado de salud, o bien, posibilitar el apoyo suficiente a un proceso largo o fatal de su enfermedad.

La característica más perseguida al diseñar una unidad de hospitalización y en general, al diseñar un nuevo hospital, es crear una obra arquitectónica que responda a las necesidades de funcionamiento del momento y que a su

vez, sea capaz de absorber sucesivas reformas y ampliaciones según la demandas de un futuro desconocido. Es decir crear espacios adaptables y versátiles. ( Santana e Isaza 1991).

En la actualidad para planear un hospital o una unidad de hospitalización, se parte de una definición epidemiológica local o sectorial que marque, con un mínimo margen de error, el volumen de población usuaria del proyecto, sus especificaciones de morbilidad, etc. Se continua con un minucioso estudio económico que establezca los recursos reales y potenciales para financiarlo. Se realiza un análisis geopolítico que permita alternativas de ubicación. Se definen las condiciones ambientales de los sitios preseleccionados y la accesibilidad a todos los servicios básicos.

El estudio epidemiológico cuantifica la población que requiere el servicio; hace la investigación de las condiciones básicas de vida de dicha población; estudia su situación socioeconómica; determina su estado de salud y señala las tendencias de morbilidad; define la cultura y

tradiciones de esa comunidad; establece la forma como responde actualmente a sus necesidades en relación con salud.

A partir del estudio epidemiológico, el estudio económico lleva a determinar los costos de un proyecto para responder a las necesidades planteadas; en estos costos se incluye el terreno, la adecuación, la construcción, la dotación de recursos humanos, equipos y elementos; la puesta en funcionamiento del programa; su completo desarrollo; su mantenimiento.

El estudio geopolítico determina las condiciones de todo orden del terreno que va a seleccionarse, mirando las conveniencias para su ubicación.

En general las etapas seguidas en la planeación del Hospital o de una Unidad de Hospitalización son las siguientes:

- Planificación es la que se refiere a los estudios previos que conducirán a justificar la necesidad social del hospital/unidad de hospitalización. Incluye estudio de

la región, condiciones demográficas, necesidades de atención médica etc.

- La segunda etapa es la elaboración del programa médico arquitectónico, el cual tomando en cuenta la justificación de referencia describe los diversos locales y sus conexiones, los accesos y las circulaciones y las condiciones que debe satisfacer el sitio, así como la orientación, la altura y el tipo de construcción, y la capacidad del nosocomio/unidad de hospitalización.
  
- La tercera etapa es la presentación del anteproyecto, el cual consiste fundamentalmente en un plano preliminar. El anteproyecto debe contener información relativa a edificios, pisos, departamentos, composición de los mismos, relaciones interdepartamentales, jardines, comunicaciones, accesos, ventanas, puertas, orientación, ventilación, iluminación, etc. El plano preliminar indicará además, la localización del equipo fijo y de las instalaciones de aire, hidráulicas, sanitarias, oxígeno, etc.; se acompañará de un presupuesto tentativo del costo de la construcción. En esta fase el arquitecto

y el médico especialista en planificación o administración deben trabajar conjuntamente.

- Proyecto definitivo: es la preparación de un plano definitivo, el cual se hará después de haber estudiado, analizado y corregido el anteproyecto, tomando en cuenta situaciones futuras de ampliación y remodelación, y cuantificado la obra en el tiempo.

### **2.3.1. EVOLUCIÓN DE LA PLANEACIÓN Y DISEÑO DE LOS HOSPITALES.**

En forma general, el desarrollo teórico del diseño de hospitales se mantuvo dentro del área de lo funcional, buscando incrementar los aspectos de eficiencia operativa, higiene, flexibilidad y adaptabilidad condicionados por el modelo de atención imperante. Lo anterior dio pie al surgimiento de sucesivos modelos tipológicos en lo que al diseño y construcción de hospitales o edificios para la salud. Es en este sentido que podemos hablar de distintas generaciones en lo que se refiere a los objetivos y diseño de los hospitales. (MINSA y Acción Social 1997)

### **2.3.1.1. HOSPITALES DE PRIMERA GENERACIÓN**

Dedicados a proporcionar albergue a pobres y menesterosos. Con escaso o nulo desarrollo científico ayudaban al "bien morir", aislando a los enfermos del resto de los supuestamente sanos.

La caridad y el aislamiento marcaron los objetivos programáticos del hospital lo que condicionó su modelo arquitectónico de estilo francés con hospitales pabellonados, que buscaban más que un aislamiento epidemiológico una verdadera segregación social. Cada pabellón era independiente y se autoadministraba, era en si un pequeño hospital.

### **2.3.1.2 HOSPITALES DE SEGUNDA GENERACIÓN**

El desarrollo científico tecnológico aportó al campo de la atención de la salud métodos de diagnósticos y tratamiento y una mayor profesionalización en el recurso humano. Los hospitales pasaron de recibir pacientes para ayudarlos a "bien morir", a estudiar las causas de la

enfermedad e intentar distintos esquemas y abordajes terapéuticos. El periodo de internamiento era prolongado ya sea por los tratamientos terapéuticos o por que el "Caso Clínico" tenía gran utilidad pedagógica para los estudiantes. Se atiende exclusivamente la demanda espontánea, no existe compromiso con la comunidad ni área geográfica de responsabilidad.

La arquitectura hospitalaria se modifica acompañando al nuevo modelo de atención; la necesidad de interconsultas, de interacción entre los pabellones con servicios diagnósticos y servicios centrales como quirófano, hacen inadecuados a los antiguos pabellones con jardines a su alrededor. Los nuevos hospitales se construyen siguiendo el modelo de edificio vertical. Los viejos hospitales pabellonados se readaptaron arquitectónicamente con pasillos y galerías que unían a los antiguos pabellones.

### **2.3.1.3 HOSPITAL DE TERCERA GENERACIÓN**

El modelo de atención pasa de la reparación del daño a la atención integrada, oportuna, accesible, eficaz y eficiente. El hospital tiene asignada un área programática;

área geográfica, epidemiológica y social sobre la cuál desarrolla programas de salud sobre los individuos y el medio. Se contempla no sólo la salud biológica de la población sino la psíquica y social. Se trabaja sobre la demanda espontánea pero también se analiza necesidad y se busca darle respuesta. Se incorpora la promoción, prevención, y rehabilitación al quehacer diario del hospital. Los hospitales se integran a redes de servicio como efectores de un sistema, permitiendo que por cualquiera de sus puertas de entrada se habilite para el acceso a todo el sistema.

Arquitectónicamente los hospitales tienden a extenderse nuevamente en superficie y no en altura, con un número de camas inferior a 500. Las áreas de atención ambulatoria antes minimizadas en superficie proporcional dentro del hospital, adquieren ahora una gran preponderancia en la utilización del espacio, con áreas de circulación diferenciadas, salas de espera que contemplan el volumen de pacientes atendidos y las necesidades de confort para el mismo. Este modelo considera las permanentes modificaciones que puedan tener las instalaciones hospitalarias y la

flexibilidad física y funcional para los múltiples usos y expansiones que pueda tener cada sector.

En cuanto a normas y estándares para el diseño de hospitales, en 1947, en Estados Unidos de América se definen normas para el diseño y construcción de hospitales y otros servicios de salud las cuales aparecen publicadas bajo el título de "General Standards". Hoy día este documento denominado "Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities" -luego de sufrir una serie de revisiones por sectores del gobierno federal y sector privado como la Asociación Americana de Hospitales y la Academia de Arquitectura para la Salud - es utilizado por las autoridades estatales en la expedición de licencias para la operación de los hospitales (habilitación).

Los pioneros en la conformación de equipos multidisciplinarios que serían responsables de realizar los estudios para formular un Plan Maestro de Arquitectura Hospitalaria data de los inicios de la década de los 60 en Inglaterra (Llewelyn-Davis & Week). De esta experiencia surgió la recomendación de conformar equipos multidisciplinarios de profesionales altamente calificados

(médicos, enfermeras, planificadores, administradores, ingenieros, arquitectos) cuya experticia en su área de competencia garantice una adecuada toma de decisiones en la planeación de instalaciones de salud. (Jiménez, 1980).

En cuanto al diseño y construcción de las instalaciones de salud en los países latinoamericanos, B.M Klewczkowski en 1986, dice que:

***“las normas de diseño hospitalario de la mayoría de los países de América Latina, han sido basadas en publicaciones traducidas de países desarrollados, principalmente normas norteamericanas, y no son el resultado de estudios basados en necesidades y sistemas de operación locales”.***

Las instalaciones simplemente copiadas de los países ricos empezaron a ser objeto de críticas serias cuando resultaron ser excesivamente costosas de construir y explotar, difíciles de administrar y a veces tan inadecuadas que nunca llegaron a contratarse. La falta casi total de publicaciones en que se propusieran enfoques razonables adaptados a las condiciones de los países en desarrollo hizo imposible que los planificadores y arquitectos de esos países se apoyaran en directrices comprobadas en la práctica y bien documentadas. En los países que no disponen de normas de diseño, ni de las especificaciones técnicas de operación de los establecimientos de salud, los diseñadores o arquitectos

encargados de un diseño específico, definen sus propias "normas" y especificaciones técnicas y lógicamente su diseño final no responde a las necesidades ni a los recursos disponibles, resultando en errores sumamente costosos. (B.M Klewczkowwski, op. cit).

Muchos de los hospitales de Latinoamérica, han sido el resultado de una total falta de estudios de planeación lo que provocó y sigue provocando grandes deficiencias en la calidad de atención. Estos hospitales respondían solo a intereses personales, o el cumplimiento de promesas electorales por parte de políticos:

***"...en México y en muchos países latinoamericanos ya se ha pasado la etapa en la que se decía que se podía cerrar los ojos frente a un mapa del país, marcar en él un punto con un dedo, construir ahí un centro hospitalario, y que siempre éste sería necesario." (Barquín.1992)***

Este fue el contexto en que la OMS decidió en 1972, emprender un estudio sobre la planificación, programación, diseño y arquitectura de hospitales y de otras instalaciones médicas en los países en desarrollo y difundir los resultados a través de una serie de publicaciones. Con objeto de que el estudio pudiera tener en cuenta, en la mayor medida posible, las preocupaciones de otras organizaciones interesadas, desde el principio se

consultó y se obtuvo la colaboración de las Oficinas Regionales de la OMS, de la Federación Internacional de Hospitales y del Grupo de Salud Pública de la Unión Internacional de Arquitectos.

De este interés y gran esfuerzo combinado surgió la publicación **"Criterios de la Planificación y Diseño de Instalaciones de Atención de la Salud en los Países en Desarrollo Volumen I y II"**.

En Panamá, el Estudio de la Red Hospitalaria Nacional de 1993, demostró que los hospitales del país funcionaban en edificios con infraestructuras físicas muy antiguas, que habían sufrido numerosas y desordenadas remodelaciones, con departamentos y servicios desarticulados física y funcionalmente, con comunicaciones e interrelaciones ilógicas y con escasa o limitada capacidad funcional. Igualmente exhibían grandes desperfectos en las instalaciones hidráulicas, sanitarias, eléctricas y mecánicas, entre otras. Aunado a lo anterior, existía (y existe) una evidente falta de formación gerencial, a nivel de todos los nosocomios, lo que se traducía en una muy baja eficiencia administrativa, con la consiguiente poca

capacidad resolutive y por supuesto con altos costos de funcionamiento. (Velarde, 2000-2001).

En este estudio se planteó la necesidad de construir nuevos hospitales, aplicando una metodología que permitiera a las nuevas edificaciones para hospitales ser realmente funcionales, capaces de dar respuestas a las demandas de su población de responsabilidad, ofertando servicios acordes a las necesidades de salud entendiendo éstas como un complejo formado por los problemas de Salud, las condiciones de vida y factores de riesgos. La información sobre necesidades de salud surgirán de estudios epidemiológicos, socioeconómicos, demográficos y otros de la población.

El Programa Médico Funcional y el Programa Médico Arquitectónico vienen a constituir esa metodología que sirve de guía a las autoridades de salud encargadas de la planificación y construcción de instalaciones de salud y que se ha venido aplicando desde 1992 en la planeación del hospital de Santiago de Veraguas, el hospital de Las Tablas, el hospital de Chorrera, y en los hospitales de Penonomé y Chitré, entregándose recientemente el estudio

del hospital José Domingo de Obaldía en David- Chiriquí que es un hospital Materno-Infantil. (Velarde. 2001)

#### **2.4. PROGRAMA MÉDICO FUNCIONAL Y EL PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO DEL HOSPITAL Y DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

Desde la década de los setenta la Organización Mundial de la Salud junto a organizaciones afines, Federación Internacional de Hospitales, Grupo de Salud Pública de la Unión Internacional de Arquitectos, trabajaron afanosamente en realizar estudios y proyectos en diferentes países de la Región de las Américas con el objetivo de desarrollar metodologías que sirviesen de guía para la planificación, diseño, construcción y funcionamiento de instalaciones de salud acordes con las realidades de nuestros países. (Kleczkowski.1986).

El Programa Médico Funcional es una metodología que se aplica en el proceso de planificación de nuevos hospitales, remodelaciones o ampliaciones de los mismos. Este programa a través de estudios epidemiológicos, económicos y geopolíticos, permite no sólo la justificación social del proyecto sino que define el proyecto en términos de

propósitos, campos de aplicación, volumen de actividad, funciones, requisitos y necesidades.

Esta metodología aplicada a la unidad de hospitalización, debe contemplar los siguientes apartados:

- Descripción de los objetivos, funciones y propósitos de la unidad.
- Volumen de actividad.
- Líneas generales del funcionamiento.
- Características generales del diseño.
- Detalle de cada una de las áreas que la componen: tipo y volumen de la actividad, características y conexiones con otras áreas.
- Localización y relaciones de la unidad con otras unidades y departamentos.
- Número y categoría del personal.

En cuanto a los servicios de hospitalización de pacientes con trastorno mental en fase aguda, como estos están destinados a prestar atención integral en situaciones en las cuales hay riesgo psicopatológico grave y que requieren una intervención inmediata en régimen de internamiento con actuaciones clínicas intensivas, el

programa médico funcional debe tomar en cuenta las siguientes características de esta unidad:

- Requiere de una actividad evaluativa y diagnóstica rápida.
- Los programas asistenciales básicos son de orden psicofarmacológico.
  - Se requiere un apoyo rehabilitador ocupacional.
  - La intensidad psicopatológica hace necesario disponer de dispositivos de contención, de vigilancia intensiva y de seguridad importantes (debe concebirse la unidad como cerrada) con zonas de alojamiento y zonas de estar diferenciadas, aunque cercanas.

A partir del Programa Médico Funcional, el Programa Médico Arquitectónico dimensiona cada uno de los ambientes a través de esquemas de construcción que garantizarán la articulación y el flujo ideal de actividades entre los diferentes ambientes o departamentos.

## **2.4.1. ETAPAS EN LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA MEDICO FUNCIONAL.**

### **2.4.1.1. ESTUDIO DEL ÁREA DE INFLUENCIA / ESPACIO-POBLACIÓN**

**2.4.1.1.1. Estudio Demográfico:** como su nombre lo indica permite determinar la extensión territorial (área total) del espacio población; la distribución de la población total por sexo y edad; la densidad de la población, la dinámica demográfica: índices de crecimiento o decrecimiento, tasas de natalidad, de mortalidad, el crecimiento natural de la población, la esperanza de vida, la distribución por divisiones político administrativa, la emigración o inmigración.

#### **2.4.1.1.2. Estudio Epidemiológico:**

Se consideran indispensables en la planeación de los servicios de salud ya que permiten establecer el nivel de salud de la población objetivo a través de los indicadores de morbilidad, mortalidad e incapacidad y los factores de tipo ambiental, social, económico, laboral, que de una u otra forma inciden sobre el bienestar individual o colectivo.

#### **2.4.1.1.3. Estudios Socioeconómicos:**

Permite determinar el nivel educativo, el nivel de analfabetismo, la actividad económica principal de la población, en lo en lo que se refiere a la industria, agricultura, ganadería, comercio; la población económicamente activa, el salario promedio, los niveles de desempleo, las características de la vivienda, si cuentan con luz eléctrica, televisión, radio, agua potable, disposición de excretas, vías de comunicación.

#### **2.4.1.1.4. Estudios de la Demanda de Atención Médica:**

Es el estudio o evaluación de las necesidades de tipo biológico y tipo social y las demandas efectivas atendidas o no atendidas por los organismos de salud, así como los factores que se asocian tanto a las necesidades como a las demandas.

Dentro de estos factores asociados cabe mencionar aquéllos que actúan como barrera de acceso a los servicios de salud y dentro de los cuales se pueden especificar la barrera económica, la cultural, la

geográfica y la de tipo legal. (accesibilidad geográfica, cultural y económica de los servicios de salud).

➤ **Accesibilidad Geográfica:** es necesario que el hospital esté colocado en un sitio tal que sea fácilmente accesible tomando en consideración el tiempo que demora llegar a la población de usuarios de cada localidad al hospital por los medios de transporte regulares, así como a visitantes, médicos y demás trabajadores; la accesibilidad debe permitir el eficiente y oportuno abastecimiento de equipo y material al establecimiento de salud.

➤ **Accesibilidad Cultural y Económica:** Se tiene la experiencia de la construcción de establecimientos de salud en lugares en donde la población por sus costumbres, creencias, falta de conocimientos sobre aspectos médicos no acude a estos. (Poblaciones Indígenas).

Muchas veces se construyen establecimientos de salud en donde la población no tiene el poder adquisitivo

para usar los servicios o pagar los medios de transportes para llegar a estos.

#### **2.4.1.5. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

Se realiza un estudio de la situación actual del hospital analizando el estado de la infraestructura física e instalaciones (eléctricas, sanitarias, mecánicas, etc.), su capacidad instalada, la producción y productividad de los recursos, recurso de personal, recurso camas (egresos, promedio días de estancia, porcentaje ocupacional, giro de camas) y su relación con la red de servicios de salud.

Igualmente se analiza la producción de la Consulta Externa, Urgencias y Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

#### **2.4.1.6. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN**

Se realiza una proyección de la población objetivo (horizonte de 30 años), así como una estimación de los indicadores futuros (egresos por cien habitantes, promedio de días estancia, porcentaje ocupacional) basados en esta proyección.

En esta etapa se establece el nivel de atención, la coordinación y articulación con las otras instalaciones de la red de servicios, se define la misión y objetivos del hospital, el tipo de unidad médica y servicios que se necesitan establecer, la amplitud de las funciones del hospital, clínica, departamento o unidad en cuanto a cuidado del paciente, educación e investigación. Se estudia la reglamentación y tendencias sobre construcciones en general y de unidades médicas en particular.

Como último paso metodológico de esta etapa se determinan los diferentes ambientes que se requerirán para atender las demandas analizadas desde el inicio. En el caso particular de una unidad de hospitalización, las funciones que debe cumplir corresponden a la cobertura de las necesidades humanas, sanitarias y sociales que allí se presenten y en consecuencia determinarán totalmente su diseño.

Para la satisfacción de estas necesidades, la unidad de hospitalización debe estar diseñada para que el enfermo disfrute de:

- Facilidad para ver y comunicarse con el personal asistencial.
- Privacidad en los momentos de atención médica y de enfermería.
- Facilidad e intimidad para comunicarse con sus familiares y con exterior.
- Espacio físico suficiente y adecuado.
- Disfrutar de un medio ambiente terapéutico.

Se establecen las políticas operacionales, que servirán del guía al gerente para la administración de cada uno de los servicios en forma general e individual.

#### **2.4.2. PROGRAMA MÉDICO-ARQUITECTÓNICO**

En esta etapa se toma como referencia el programa Médico Funcional. En el Programa Médico Arquitectónico se describen y dimensionan los ambientes y locales que se requieren; se establecen los criterios para la selección del sitio y, se definen los criterios de tipo arquitectónico: los accesos, las circulaciones, la zonificación e interrelaciones, las características de

flexibilidad y crecimiento y, las instalaciones mecánicas y técnicas.

**Dimensionamiento de los Ambientes:** Se trata de crear espacios físicos a partir de los procedimientos necesarios para cumplir con las actividades. Corresponde a lo que en un proyecto de inversión se conoce como ordenamiento espacial y es la fase en la que el trabajo del médico y el arquitecto debe ser más estrecho.

En el caso de la unidad de hospitalización, el número de camas es el indicador más importante para determinar los espacios físicos necesarios. Una forma para calcular el número de camas hospitalarias es el siguiente:

- Se estima el número de posibles beneficiarios por el servicio en la zona de influencia del hospital.
- Se define la tasa de frecuentación que corresponda para la región a la que pertenece el hospital, o se aplica una tasa normatizada a partir de promedios nacionales o locales. Estos dos indicadores permiten conocer el número de hospitalizaciones que atenderá el hospital o unidad de hospitalización.

- Una vez que se ha calculado el número de hospitalizaciones, se procede a calcular el número de camas requeridas (Santana e Isaza, 1991) así:

$$\text{Número de camas requeridas} = \frac{\text{No. de hospitalizaciones} \times \text{Promedio días estancia}}{365 \text{ días del año} \times \text{Porcentaje de ocupación}}$$

**Selección del Terreno:** Es de vital importancia, ya que condiciona en cierta forma el logro de un buen diseño. Se considera necesario tener en cuenta los siguientes requisitos.

- **Topografía:** el terreno debe ser preferiblemente plano y no presentar, en sus alrededores problemas de olores, ruidos, cercanía de fábricas o cementerios.
- **Accesibilidad:** el terreno debe estar localizado en un área central o próxima a la población beneficiaria, teniendo en cuenta el desarrollo urbano, y debe estar conectado por los ejes viales más importantes para vincular al hospital con instituciones de mayor o menor nivel para referencia y contrarreferencia de pacientes. La accesibilidad debe tener en cuenta los sistemas de transporte público más usuales, así como

la facilidad para el transporte de ambulancias, los problemas de tráfico, las congestiones, etc.

- **Área:** se recomienda que el terreno tenga un área mínima entre 120-160 m<sup>2</sup> por cama para soluciones de tipo horizontal y de 80 -100 m<sup>2</sup> para soluciones de tipo vertical. Es necesario que el terreno tenga forma regular ya que en forma irregular exige una mayor superficie y dificulta su aprovechamiento.
- **Servicios Públicos:** la disponibilidad de servicios públicos (agua, luz y desagües para el alcantarillado), es requisito indispensable pues a veces se donan terrenos que no tienen servicios y su desarrollo implica costos muy elevados. Se estima que el costo del terreno no debe ser superior al 10% del costo de la inversión.
- **Orientación del Sol y del Viento:** es muy importante estudiar la orientación de los vientos para orientar así mismo la construcción del hospital y aprovechar la corriente natural que refresque el conjunto arquitectónico en los días más calurosos. Conocer la orientación del sol y estudiar las gráficas solares permite sacarle provecho a la iluminación natural. En

países de clima frío una buena orientación de la radiación solar permite evitar el gasto de combustible por la calefacción o en países tropicales permite la orientación de la construcción de las salas de hospitalización de tal forma que se evite la radiación directa sobre las unidades de los pacientes.

Los criterios de tipo arquitectónico toman en cuenta los siguientes elementos:

- El fácil acceso.
- La orientación del edificio para fines de iluminación, aireación y drenajes.
- El área especial de urgencias.
- La zona de ingreso de suministros.
- El tráfico de visitantes.
- La ubicación de los servicios básicos.
- Las zonas de lavandería y ropería.
- Los hornos crematorios para desechos orgánicos.
- Las instalaciones de calderas y cuartos de máquinas.
- La localización de las áreas de cuidado intensivo.
- La disposición de los quirófanos.
- Las zonas de ascensores.

- Las áreas de esterilización.
- Las zonas de farmacia.
- Los sitios destinados para animales de experimentación.
- La morgue.
- El área destinada al culto.
- Las salas de reuniones científicas.
- Las oficinas de administración.
- Las instalaciones para mantenimiento de materiales y equipos.
- Las áreas para aislamiento de infectocontagiosos.

**Accesos:** Se requiere en principio accesos para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados, acceso para el personal y acceso a los servicios generales y urgencias. Los accesos tienen en cuenta los flujos de personal, pacientes y suministros. Los accesos deberán ser reducidos al mínimo indispensable ya que cada uno de ellos implica personal de vigilancia para fines del control.

**Circulaciones:** se deben considerar la circulación de pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados, de

personal y suministros, etc., para evitar los cruces de circulación y la mezcla de tipo de pacientes. El ancho de las circulaciones debe ser tal que permita el tránsito de pacientes y personal en ambos sentidos, igualmente es necesario tener en cuenta, el transporte de tipo vertical por ascensores y escaleras principales y de emergencias. Es necesario vigilar la longitud de las circulaciones que no sea excesiva. Las circulaciones no deben sobrepasar un 25% del área total, incluyendo circulaciones internas, circulaciones de intercomunicación y muros.

**Zonificación e interrelaciones:** es la localización de unos departamentos con respecto a los otros y va ligado a las interrelaciones que se deseen lograr.

**Características de flexibilidad y crecimiento:** un objetivo específico del programa médico arquitectónico es la obtención de un máximo de flexibilidad para la redistribución de espacios para el crecimiento , lo cual genera la posibilidad de contar con una mayor vida útil y adaptación a nuevas tecnologías.

**Instalaciones mecánicas y técnicas:** es necesario estudiar las características de resistencia del terreno, el tipo de cimentación que se recomienda, los sistemas de aire acondicionado y las instalaciones hidráulicas, sanitarias y eléctricas debido a su impacto en el diseño.

**Materiales y Tipo de Construcción:** Se recomienda utilizar material durable y fácilmente aseable para la construcción del hospital; aún cuando la inversión inicial sea costosa, el mantenimiento de pisos, muros, techos, etc., viene resultando económico a la larga si el material es durable y de aseo fácil.

#### **2.4.3 ESTÁNDARES PARA EL DISEÑO DE HOSPITALES, DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN Y DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS.**

El Programa Médico Arquitectónico debe considerar en su fase de formulación la incorporación de las normas y estándares para la habilitación de las instalaciones, cuyo objetivo es asegurar la seguridad tanto de los pacientes y sus familiares y del recurso humano que labora en ella. El Ministerio de Salud de Panamá cuenta con estándares

mínimos de obligatorio cumplimiento para la habilitación de hospitales (MINSA 2003).

En este documento se listan los estándares que debe reunir la sala de hospitalización para las especialidades de Cirugía, Pediatría, Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia, sin hacer mención específica a las salas para el tratamiento de pacientes con trastornos mentales crónicos ni agudos. El documento "Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities" (AMA) incorpora estándares, tanto para el hospital psiquiátrico como para la unidad de hospitalización para pacientes con enfermedad mental en fase aguda.

El anexo No.3 contiene los estándares de habilitación del Ministerio de Salud (1999), los estándares propuestos por "Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities" y los estándares propuestos por M. Pilar Pili Caballero en su monografía de 1991 titulada Unidades de hospitalización: tendencias actuales de diseño.

De acuerdo al Documento de Estándares de Mínimo cumplimiento para los Hospitales del Ministerio de Salud de

Panamá, la sala de hospitalización del servicio de Medicina Interna, debe tener como mínimo los siguientes ambientes, a saber:

- Sección de apoyo administrativo
- Estación de enfermería
- Unidad del paciente
- Área de medicamentos y preparación
- Cuarto de examen y procedimientos
- Área de ropa limpia
- Área de depósito de materiales y equipo
- Área para camillas, atriles y sillas de ruedas
- Área séptica
- Cuarto de aseo.

## **2.5. EL MODELO DE ATENCIÓN EN PSIQUIATRIA**

En casi todos los países desarrollados, especialmente los de la unión europea, se han hecho grandes avances en la reordenación de los servicios de atención psiquiátrica y de salud mental con el fin de lograr la *integración* de estos servicios al sistema sanitario general como estrategia para garantizar la accesibilidad a los servicios y la equidad en la distribución de los recursos. Este

nuevo modelo de atención ha recibido el nombre de Reforma Psiquiátrica o Reestructuración de la atención psiquiátrica.

Entre las reformas propuestas por este modelo están la creación de servicios de atención especializada de salud mental en la red de servicios de atención primaria de salud dirigidos a atender los problemas de las personas que presentan un trastorno mental en cualquiera de sus etapas evolutivas; y la adecuación funcional y física de los hospitales generales al nuevo modelo, lo que da surgimiento a la aparición de los servicios de urgencia psiquiátrica y de unidades de hospitalización vinculadas a los servicios de hospitalización de agudos.

### **2.5.1 ANTECEDENTES DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN PSIQUIATRÍA.**

El modelo de atención psiquiátrica a mediados del siglo XIX, a nivel mundial, puede describirse como un modelo de atención "asilar", centrado en los hospitales psiquiátricos (conocidos como "manicomios") en donde la nota característica de la atención fue la marginación, el

aislamiento social, el institucionalismo y el estigma social que se adscribe a sus usuarios.

En estos hospitales no sólo se atendían personas que padecían patología psiquiátrica sino cualquier otra problema que produjera menoscabo, tanto desde el punto de vista clínico como social: ancianos muy deteriorados, sin familias ni recursos económicos, deficientes mentales, vagabundos internados por orden judicial o gubernativa, independientemente de la existencia de criterio clínico para su internamiento.

En el siglo XX, a partir de la Segunda Guerra Mundial, se inician una serie de movimientos en Estados Unidos y Europa que dan origen a la Reforma Psiquiátrica. Esta campaña reformadora estaba animada por el intento de renovar **la capacidad terapéutica de la Psiquiatría.**

En América latina debe mencionarse la reestructuración del Hospital Psiquiátrico de La Habana a partir de 1959. No puede obviarse esa experiencia que se realiza aun antes de que se iniciaran los movimientos señalados, porque se produce en un país que no corresponde a los altamente

desarrollados y que, si bien se combina luego con el más notable modelo internacional de desarrollo de la estrategia de atención primaria de la salud, no incluye en sus objetivos el cierre de los hospitales psiquiátricos, que ha sido cuestión emblemática de la reforma italiana, por ejemplo.

La Reforma Psiquiátrica emprendida, en primera instancia en Estados Unidos y países europeos, tuvo como principio fundamental el desplazamiento del eje de la asistencia del hospital psiquiátrico al tratamiento ambulatorio del paciente con un mantenimiento del soporte familiar y social a nivel de la comunidad. Esta reforma supone **atender los problemas de salud mental desde un enfoque comunitario**; es decir, aquellas personas que padecen un trastorno mental severo deben ser atendidas en su propio entorno social, evitando la exclusión, potenciando su integración social, familiar y laboral. También pretende potenciar **la prevención de los trastornos mentales**, mediante un trabajo continuado en el seno de la comunidad; el abordaje precoz de las patologías mentales; rehabilitar las secuelas producidas por las patologías más graves; entre otras acciones.

### 2.5.1.1. EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN EUROPA Y ESTADOS UNIDOS

#### ITALIA.

El modelo asistencial italiano a mitad del siglo XX mostraba todas las características negativas e inaceptables del llamado "modelo asilar"<sup>(2)</sup> concebido y desarrollado con énfasis en la "cultura de occidente" para lidiar con los "desvíos del comportamiento".

Es en este contexto, en la región italiana conocida como Emilia Romagna, que entre 1964 y 1978 se despliega el movimiento italiano de la "Psiquiatría Democrática", que constituyó un grupo con fuerte activismo y moviilización política y social, que enfatizó conceptualmente el estado *de enfermedad mental* en cuya patogenia y desarrollo convergen los factores biológicos, psicopatológicos y socioculturales, en tanto que los factores socioeconómicos fueron señalados como fuente predominante de la marginación y de padecimiento a largo plazo. Rechazaron fuertemente el modo como la sociedad afrontaba la enfermedad mental y

---

<sup>2</sup> Al comienzo de la reforma, Emilia Romagna tenía concentrados en sus hospitales-asilos (hoy superados) 5.000 personas.

promovieron un cambio radical en la praxis de la psiquiatría: a la aproximación clínica tradicional, enfatizaron la consideración de la experiencia subjetiva y los valores de las personas; subrayaron los factores interpersonales, tanto como componentes de las condiciones causales como en la restitución de los desajustes sociales y propugnaron cambios políticos dirigidos a desarrollar los cuidados psiquiátricos en nuevas instituciones humanizadas y comunitarias.

En 1978, se dicta La Ley de Reforma del Sistema de Atención en Salud Mental, incluida ese mismo año en la Ley General de Reforma del Sistema de Salud., lo que resulta la culminación en el Parlamento italiano del pensamiento y la acción del movimiento de la "Psiquiatría Democrática".

Los desarrollos que tuvieron lugar en esa región italiana son los que expresan de manera más homogénea e integral las aspiraciones de construir un sistema de asistencia psiquiátrica centrado e inmerso en la comunidad y es, por eso mismo, la que mayor impacto internacional ha provocado.

La desinstitucionalización psiquiátrica Italiana dio lugar a una reforma conocida a nivel internacional, porque es la única, en las sociedades industriales, que llegó a suprimir el internamiento en los hospitales psiquiátricos.

En Italia la desinstitucionalización fue un proceso social complejo, que movilizó a los actores sociales implicados, que modificó las relaciones de poder entre pacientes e institución y permitió disponer de estructuras de Salud Mental que sustituyeron el internamiento en el hospital psiquiátrico.

Entre algunos de los componentes principales del modelo de atención italiano están los siguientes:

- Suspensión de toda nueva admisión en los hospitales psiquiátricos y reducción progresiva de esta modalidad hasta su superación.
- Atención del paciente por equipos ubicados en la comunidad.
- Establecimiento de servicios de internación en los hospitales generales con un máximo de quince camas a los que ingresarán aquellos pacientes con episodios

psicopatológicos que no es posible asistir en la comunidad.

- Estrictas medidas para proteger los derechos del paciente.
- Diseño de zonas geográficas para los centros de salud comunitarios y la plena incorporación de los servicios psiquiátricos al sistema nacional de salud.

### **INGLATERRA.**

Surgió la "**comunidad terapéutica**", como alternativa o reconversión del hospital psiquiátrico y se desarrollan importantes programas de resocialización y reintegración social de los enfermos internados, todo ello englobado en una Psiquiatría Social potenciada por el Estado. Se promulga Ley de Salud Mental.

### **FRANCIA.**

En las jornadas nacionales de Psiquiatría de 1945 y 1947, se fundamentan dos principios básicos:

- " La unidad e indivisibilidad de la prevención y la Poscura"

- "La necesidad de garantizar la continuidad asistencial en los diversos tiempos de tratamiento y rehabilitación".

### **ESPAÑA.**

La asistencia psiquiátrica en España hasta mediados de la década de los años "70", se centraba fundamentalmente en el tratamiento hospitalario, con una orientación más custódial que curativa. La necesidad de renovación de la asistencia psiquiátrica, se materializó con el nombramiento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985. A partir de este momento se produce una nueva ordenación y estructuración de los recursos: disminuyen las camas de larga estancia, se crean unidades de hospitalización en los hospitales generales, equipos de salud mental ambulatorios, etc.

### **ESTADOS UNIDOS.**

La promulgación en 1963 del Mental Health Act (Acta de Salud Mental) supuso un hito en la Atención Psiquiátrica y el origen del movimiento de salud mental comunitario. En ella se hace énfasis especial en la importancia de los

programas preventivos y de cribado, la potencialidad de los recursos comunitarios para sostener al enfermo en su medio social y la necesidad de mantener la continuidad de los cuidados en la atención al enfermo mental grave.

En 1963, John F. Kennedy, presidente de los Estados Unidos, se dirigió al congreso haciendo hincapié en la prevención y la promoción de la Salud Mental, expresando su deseo de reintegrar los enfermos mentales a la comunidad. Posteriormente puso en marcha un ambicioso programa de Psiquiatría Comunitaria, consistente en la creación de numerosos centros comunitarios de salud mental y coincidente con la externalización de enfermos internados en los hospitales psiquiátricos. La actividad de esos centros se fue haciendo cada vez menos médica, introduciéndose, por la vía de la prevención y de equipos multidisciplinarios, un nuevo modelo de intervención sobre los problemas psicosociales de la comunidad.

En general se promovieron e implementaron en los países antes enumerados, leyes que aseguraran el respeto a los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales y que garantizan su cumplimiento; así como planes nacionales para

la organización de servicios comunitarios; desarrollándose nuevas modalidades o recursos alternos en la atención al enfermo mental dentro de sus comunidades.

#### **2.5.1.2. EL NUEVO MODELO DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN AMÉRICA LATINA**

En noviembre de 1990 se celebró en Caracas, Venezuela, la conferencia sobre reestructuración de la Atención Psiquiátrica. La finalidad de la misma fue formular marcos de referencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y promover su transformación en base a los principios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La conferencia culminó en una sesión plenaria en la cuál se adoptó **la Declaración de Caracas**. (Ver anexo No.2).

Los principios postulados en la Declaración se refieren a la necesidad de vincular estrechamente la atención psiquiátrica a la atención primaria y de enmarcarla dentro de los sistemas locales de salud. Esta estrategia tiene una repercusión doble; por un lado el Hospital Psiquiátrico

cesa de ser el componente central de la atención psiquiátrica y por el otro, propone que los servicios sanitarios constituyan el medio principal para lograr una atención accesible, descentralizada, integral, participativa, continua y de carácter preventivo. También aboga por la necesidad de actualizar la legislación correspondiente para anclar en un marco jurídico la reestructuración de los servicios y para salvaguardar adecuadamente los derechos humanos y civiles de los pacientes<sup>(3)</sup>.

Los países de América Latina confrontan aún grandes obstáculos para la implementación del nuevo modelo de atención tal como queda plasmado en el documento La Declaración Caracas. Existen aún limitantes con respecto a la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) entre los que se puede mencionar:

---

<sup>3</sup> En 1998 el Programa de Salud Mental de la OPS publicó el informe titulado “**Diagnóstico sobre el Estado de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedad Mental en Países de Centro América**” este estudio los Derechos de las Personas con Discapacidades Mentales y sus Familiares, reflejó que ninguno de los países estudiados cuenta con un instrumento legal específico que proteja

- El inadecuado diseño de los procesos de organización y gestión que impide el fortalecimiento de las redes locales de salud y hospitales generales para la atención de las personas que sufren de enfermedad mental.
- La limitada dotación de recursos no hospitalarios para su pleno desarrollo e implementación. (estructuras intermedias de atención antes de proceder al cierre o la transformación de los hospitales psiquiátricos).
- Determinadas orientaciones formativas en los profesionales o la ausencia de programas extensivos de información y educación sanitaria de la población, de forma que modificara su percepción de la enfermedad y el enfermo y apoyara el proceso de la Reestructuración.
- La falta aún de una adecuada planificación para la coordinación e integración administrativa y funcional de todos los dispositivos del sistema de salud para la ejecución en forma efectiva y eficiente del nuevo modelo de atención en psiquiatría.

- La ausencia de un marco jurídico y de leyes específicas sobre salud mental que permitan regular desde una perspectiva integral todos sus aspectos.

### **2.5.1.3. LOS MODELOS ALTERNATIVOS DE ATENCION EN PSIQUIATRÍA**

#### **2.5.1.3.1 La hospitalización de Media y Larga**

**Estancia:** se realiza actualmente en los hospitales psiquiátricos, aunque su tendencia es a la descentralización hacia ubicaciones comunitarias más cercanas al lugar de residencia de los usuarios actuales y futuros.

#### **2.5.1.3.2. El Hospital de Noche:**

recibe pacientes que si bien se encuentran en condiciones de alta, no tienen un espacio físico donde vivir, y han perdido además su lugar en la familia y en la sociedad.

Su principal objetivo es que el paciente pueda alcanzar y consolidar un nivel de autonomía e independencia que le permita vivir dignamente fuera del hospital; para ello un equipo interdisciplinario continúa el trabajo terapéutico

iniciado en otros servicios, reforzando los núcleos más sanos de la personalidad, estimulando la formación de nuevos lazos sociales y favoreciendo la reinserción laboral.

**2.5.1.3.3. Hospital de Día:** brinda un modelo de tratamiento ambulatorio con múltiples abordajes y recursos terapéuticos. Está destinado a pacientes de ambos sexos y edades comprendidos entre los 18 y 65 años con patología mental grave que requieren tratamiento intensivo diario. Su modalidad terapéutica aplicable tanto en los períodos de crisis y descompensaciones como en el tiempo de la reestructuración psíquica intenta romper el círculo de reinternaciones y cronicidad.

**2.5.1.3.4. Los Albergues Comunitarios Permanentes** (Hogares Protegidos): Brinda atención a pacientes que evolucionan con grave daño en su autonomía, aun con los actuales recursos terapéuticos, estos albergues para 8 a 10 personas máximo tienen como objetivo que el cuidado y la recreación queden asegurados en el mejor nivel de dignidad.

#### **2.5.1.3.5. Las Residencias Supervisadas**

Para los pacientes con un mejor nivel de desempeño social, pero que por diversos motivos no conviven con sus familias.

### **2.6. LA ATENCIÓN DEL ENFERMO MENTAL EN PANAMÁ**

En Panamá, la Política Nacional de Salud Mental está dirigida a la reestructuración de la atención psiquiátrica y a la rehabilitación psicosocial de los pacientes acogiendo así, al igual que muchos de los países de la Región los preceptos y estrategias emitidas por los OPS/OMS en la Declaración de Caracas.

El país en el marco legal del Resuelto No. 01282 del 5 de septiembre de 1991, apoya y promueve la divulgación de los principios de la reestructuración de la Atención Psiquiátrica e insta a todas las instancias apoyar la Declaración de Caracas. (Ver Anexo No.2).

Igualmente el país acoge esta Declaración en lo referente a la protección y vigilancia de los derechos del enfermo mental, los cuáles fundamentan una más humana

organización de la atención de salud, donde se asigne el reconocimiento permanente y genuino de su condición como persona.

Durante 1993 y 1994 se diseñan normas específicas para el paciente y se elaboran los criterios para el control del enfermo mental crónico en la comunidad así como el Manual de Intervención de Crisis (Comisión Intersectorial del Enfermo Mental). Se elabora el manual de atención primaria en salud mental familiar por una comisión integrada por técnicos de salud mental.

Todos estos instrumentos fueron valiosos aportes para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en el país.

En 1997 se elabora un anteproyecto de ley en el cual se establecían las disposiciones para los servicios hospitalarios y comunitarios de salud mental y la promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales, el cual no fue aprobado por la Asamblea Legislativa. Ese

mismo año se incorpora la Psiquiatría como Quinta Especialidad Básica.

Actualmente, la política de salud con respecto al Hospital Psiquiátrico Nacional contempla la reconducción, reordenación y eficiencia de los recursos y la reforma de la Atención Psiquiátrica mediante la aplicación de un nuevo modelo de gestión y atención que incluye: la organización y puesta en marcha de programas para la reinserción de pacientes con muchos años de internación a sus familias u otras organizaciones sociales; la educación y orientación por parte del equipo multidisciplinario a los familiares; la disminución del periodo de las hospitalizaciones de los pacientes y su integración lo más pronto posible a sus comunidades y a los diferentes sistemas locales de salud para sus respectivos controles de salud; la divulgación por parte del equipo de salud a través de los medios de comunicación del nuevo modelo de atención y una progresiva reducción de camas.

La construcción de una nueva sala de agudos para Hospital Psiquiátrica busca contribuir con los objetivos del nuevo modelo de atención, en donde se brindará atención

en aquellas situaciones de crisis o urgencias psiquiátricas en las que el cuadro clínico del paciente represente un riesgo para sí mismo o para terceras personas, haciendo necesario un diagnóstico y /o tratamiento que no pueda ser realizado en la comunidad y que conlleva mejores beneficios terapéuticos para el paciente.

Su objetivo principal es posibilitar una intervención terapéutica coordinada de recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, dentro de una infraestructura adecuada, acorde a las necesidades de los pacientes y los usuarios internos, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer a la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente.

## **2.7. EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL**

El Hospital Psiquiátrico Nacional, es una Institución del Ministerio de Salud especializada en la atención de los desórdenes mentales de todo panameño mayor de 18 años y ciudadano extranjero que así lo demande. Es un hospital de tercer nivel de atención al que referirán los casos para

diagnóstico, tratamiento e investigación garantizando como objetivo central la calidad de atención.

El Hospital Psiquiátrico se encuentra ubicado en la Ciudad de Panamá, específicamente en el corregimiento de Río Abajo (final), avenida Matías Hernández, detrás de Villa Lorena.

### **2.7.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

El 26 de junio de 1933 se inicia la historia del Hospital Psiquiátrico Nacional, cuando se trasladan a la Ciudad de Panamá los enfermos mentales de nacionalidad panameña y aquellos extranjeros que por orden de las autoridades estaban reclusos en el Hospital de Corozal. Eran 609 pacientes de ambos sexos que se alojaron en dos edificios de madera de dos pisos. A esta Institución se le denominó "Retiro Matías Hernández".

En 1951, bajo la administración de la Srta. Rosa Tasón enfermera especializada en Psiquiatría, la Asamblea de Diputados mediante el Decreto Ley No.1130 modifica el nombre Hospital Retiro Matías Hernández a HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. A pesar del cambio de nombre y de

que el término manicomio había sido abolido prevalecía el concepto, la aptitud asilar y custodial.

En 1957, el gobierno de la República de Panamá solicitó al Dr. J.S. Falk, un estudio sobre las condiciones y servicios de salud, en especial la situación del Hospital Psiquiátrico Nacional. Los resultados del estudio calificaron a esta institución como "desgracia nacional"<sup>(4)</sup>.

En este momento el Hospital contaba con un alto censo de pacientes. Persiste la percepción que se tenía del hospital y del paciente mental; se desvinculaba la familia del enfermo, lo que traía como consecuencia el aumento del censo recomendación de este estudio fue segregar a los pacientes agudos de los crónicos y que se desarrollaran programas para su recuperación.

---

<sup>4</sup> "El Psiquiátrico un lugar tenebroso, ignominioso para el país, el estado del Retiro".

En 1980, bajo la administración del Dr. Arístides Royo, Presidente de la República, se inicia un plan de reconstrucción con modernas instalaciones construyendo dos nuevos. Pabellones.

El año de 1990 constituye un hito para la Psiquiatría al realizarse la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Caracas Venezuela, donde 16 países y 6 Organizaciones No Gubernamentales (ONGS) estuvieron representados en el encuentro auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y se establece la declaración de Caracas el 14 de noviembre. El Hospital Psiquiátrico Nacional identifica los siguientes problemas en su gestión:

- La atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención descentralizada, comunitaria, integral, continua y preventiva.
- Hospital Psiquiátrico Nacional, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos establecidos al:

- Aislar al enfermo de su medio, generando de esta forma mayor discapacidad social.
- Crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y Civiles del enfermo.

En 1991, el Ministerio de Salud de Panamá, adopta los principios de la Declaración de Caracas mediante el Resuelto No. 01282 del 5 de septiembre de 1991, igualmente el país acoge esta Declaración sobre la protección, y vigilancia de Los Derechos Del Enfermo Mental los cuales fundamentan una atención de salud más humana y en donde se hace reconocimiento constante y genuino de su condición como persona. Estos instrumentos orientan en la actualidad el quehacer del Hospital Psiquiátrico Nacional.

En la actualidad, la misión de este Centro es ser una "Entidad rectora en la atención y manejo integral de las personas mayores de edad con trastornos mentales y Centro de investigación, formadora del recurso humano en salud mental con calidad óptima". La visión Institucional va dirigida "Hacia la vanguardia con calidad óptima de

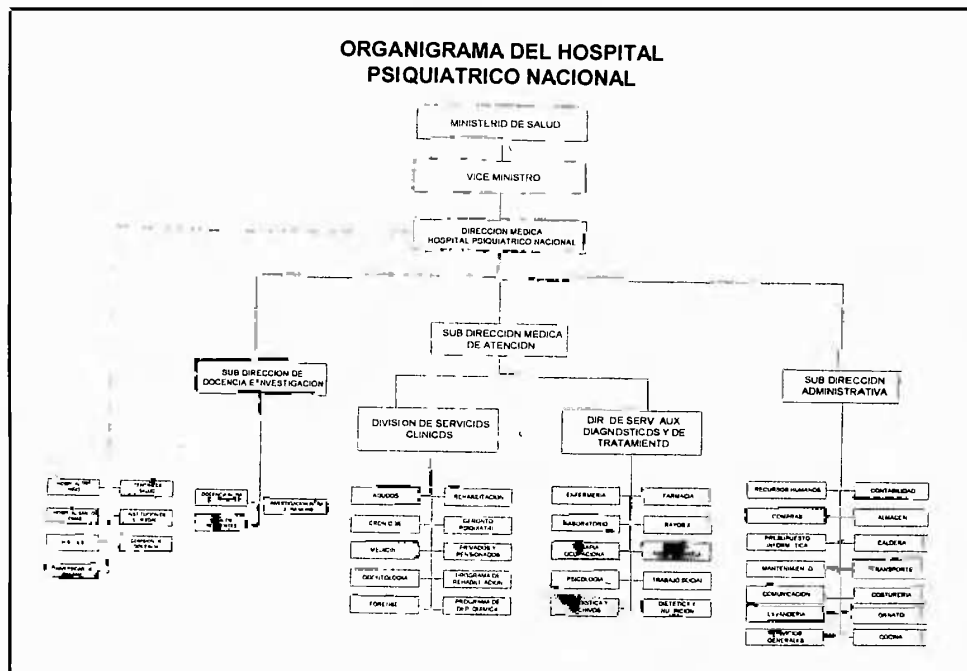
atención integral humanitaria especializada del paciente psiquiátrico, familia y comunidad".

En su modelo de gestión, persiste la modalidad de provisión directa por el Estado, de corte centralizado, pues los nombramientos y las compras mayores son desarrolladas a nivel central del Ministerio de Salud. Actualmente el modelo de atención en el Hospital Psiquiátrico Nacional, está dirigido a disminuir el número de camas, disminuir el tiempo de las hospitalizaciones de los pacientes e integrarlos lo más pronto posible a sus comunidades y a los diferentes sistemas locales de salud para sus respectivos controles de salud. Sin embargo a pesar de esta directriz, aún prevalece un modelo tradicional, biologicista, de predominio curativo, con actuación limitada sobre lo colectivo y contenidos parciales de promoción y prevención.

En cuanto a su recurso humano, el hospital cuenta 241 funcionarios administrativos y 215 técnicos, para un total de 456 funcionarios.

En cuanto a su organización funcional, el Gobierno del Hospital está constituido por la Dirección Médica con sus Subdirecciones de Atención Médica, Administrativa y de Docencia e Investigación; quedando toda la instalación dentro del Suprasistema representado por el MINSA. (Ver organigrama).

FIGURA No.5



El hospital cuenta con los siguientes servicios finales:

➤ Hospitalización:

- Sala de Agudos

- Sala de Medicina
  - Salas de Recuperación (hombres -mujeres)
  - Salas de Larga Estancia (hombres-mujeres)
  - Sala de Geriatria
  - Sala de Dependencia Química
- Odontología
  - Neurología.
  - Medicina Forense.

Los Servicios auxiliares de diagnostico y tratamiento del hospital son los siguientes:

- Laboratorio clínico
- Imagenología
- Anatomía patológica
- Medicina física y rehabilitación

Los Servicios Técnicos de Apoyo del hospital son:

- Enfermería
- Farmacia
- Alimentación y dietética
- Trabajo Social.
- Registros médicos y estadísticas

- Central de esterilización y equipos

Los Servicios Generales del hospital son:

- Aseo y limpieza
- Comunicación
- Transporte
- Vigilancia y seguridad
- Almacén
- Mantenimiento
- Lavandería y ropería

El hospital cuenta con un extenso terreno, edificios separados uno de otros, algunos son de reciente

**Figura No.6**



construcción otros muy antiguos y en condiciones físicas deterioradas. Las áreas verdes de los predios del hospital están habitadas por distintas especies de la flora y fauna (iguanas, armadillos, búhos, loros, aves, árboles frutales, teca, orquídeas, etc.).

### **2.7.2. LA SALA PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS CON TRASTORNOS MENTALES EN FASE AGUDA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL**

La Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional, es una unidad de hospitalización por donde ingresan todas las personas con trastornos mentales que requieran un tratamiento intensivo y oportuno, de manera tal que su recuperación sea lo más rápida posible para que pueda incorporarse a su familia y comunidad.

Actualmente a este servicio llegan en forma directa en busca de atención psiquiátrica:

- Personas con trastornos mentales, que son referidas por otras instituciones de salud tanto de la ciudad, así como de todas las provincias del país.

- Usuarios que por iniciativa propia buscan atención para ellos mismos; algún familiar o inclusive vecinos u otros miembros de su comunidad.
- Personas traídas por la policía, por orden de los juzgados nocturnos así como de las corregidurías por presentar trastornos del comportamiento que atentan contra la moral o el orden público.
- Personas que cumplen condenas en las Penitenciaría tanto de mujeres como de hombres, y que presentan en un momento dado trastornos del comportamiento.
- Personas con problemas de farmacodependencia que van a entrar al programa de dependencia química y que por norma del hospital, tienen que pasar 24 horas en esta sala antes de pasar a la sala de Dependencia Química.

La sala de Agudos está organizada en dos secciones: la sala de mujeres con 25 camas y la sala de varones con 30 camas. No existen divisiones dentro de la salas, las

camas tienen sólo de 3 a 4 pies de separación una de otra, lo que impide la privacidad necesaria para el descanso de los pacientes en tratamiento psicofarmacológico.



Los pacientes agitados y agresivos son contenidos a través de restringidores en sus camas lo cual es observado por el resto de los pacientes.



El diseño de la Sala (construcción) en lo que se refiere a la distribución de los espacios, altura de techos y paredes es deficiente por lo cual se dan casos de salidas sin autorización médica por parte de los pacientes de la sala.

En la sala de Agudos, en una estrecha área física ubicada en la misma entrada, se realiza el proceso de admisión. El paciente es atendido inicialmente por una enfermera quien lo entrevista e informa al médico de turno. El médico realiza una evaluación mental y física al

paciente para determinar si reúne los criterios médicos establecidos según los protocolos de admisión.

El área de admisión es un antiguo cubículo que sólo cuenta con un pupitre y sillas, y que no ofrece la confidencialidad para la realización de las entrevistas ni un área adecuada para el manejo de un paciente que llega en estado de agitación.

Si el paciente es admitido, la secretaria de registros médicos llenará la boleta de admisión y el paciente será llevado por el personal de enfermería al área de hospitalización que queda a menos de 10 metros del área de donde fue admitido.

Además de brindar servicios a los usuarios externos, la sala de Agudos recibe a todos los pacientes hospitalizados en las distintas salas que se descompensan y presentan cuadros agudos de agitación y agresividad, los cuales una vez compensados regresan a sus salas de origen.

El equipo multidisciplinario realiza todas las semanas una evaluación conjunta de los casos y se realizan reuniones con los familiares de los pacientes.

Una vez los pacientes mejoran su condición son dados de alta a sus respectivas comunidades con referencias a sus respectivos centros de salud para su controles posteriores.

## **2.8. HIPÓTESIS**

Hay una alta demanda social a satisfacer por la nueva Sala de Agudo.

## **2.9. VARIABLES DEL ESTUDIO.**

### **2.9.1. VARIABLES**

Demanda Social.

Oferta.

Programa Médico Funcional.

Programa Médico Arquitectónico

## **2.9.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES**

### **2.9.2.1. DEMANDA SOCIAL**

**Definición Conceptual:** el número de prestaciones que socialmente es deseable otorgar o que debiera esperarse que se entregue a la población del área de influencia en un determinado periodo. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.

**Definición Operativa:** los egresos potenciales de la sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional.

### **2.9.2.2 OFERTA**

**Definición Conceptual:** es la cantidad proporcionada de un bien o servicio por parte de un prestador de servicios de salud.

**Definición Operativa:** es el número de camas y ambientes que se requieren para atender la demanda social de la sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional.

### **2.9.2.3 PROGRAMA MÉDICO FUNCIONAL**

**Definición Conceptual:** es una metodología que se aplica para la construcción de un nuevo hospital, o una sala, también se aplica para remodelaciones o ampliaciones y en donde se justifica la construcción de la infraestructura sanitaria mediante una serie de estudios demográficos, epidemiológicos, socio-económicos y de la red de servicios de salud de la población y del área de influencia de la instalación de salud.

**Definición Operativa:** es el documento que sustenta la inversión en un proyecto de construcción, remodelación o ampliación de una instalación sanitaria y que contiene los estudios demográficos, epidemiológicos, económicos sociales de la población objetivo del proyecto, el análisis de la red de servicios del área de influencia de la instalación, la propuesta de tipo de instalación sanitaria, nivel de atención, misión y organización funcional.

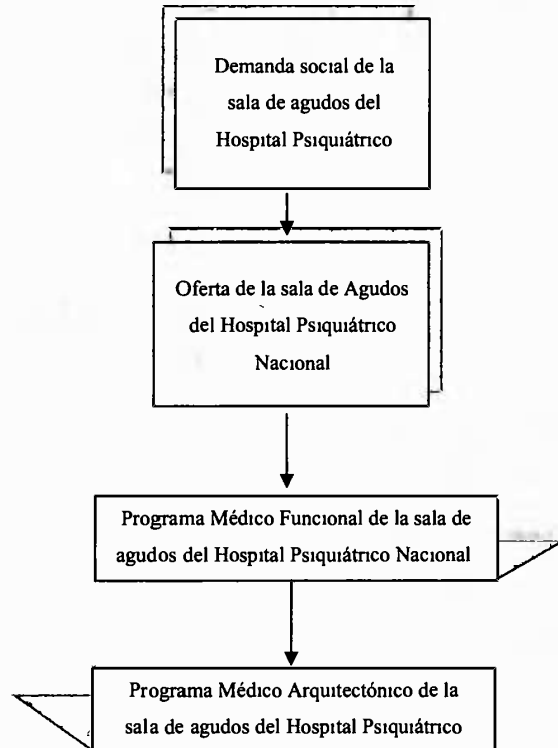
#### **2.9.2.4 PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO**

**Definición Conceptual:** es una metodología que aplica las normas generales y específicas (sanitarias) de construcción y diseño de infraestructuras a las instalaciones sanitarias para su construcción, ampliación o remodelación.

**Definición Operativa:** es el documento que describe y dimensiona los ambientes y locales que requiere la infraestructura sanitaria, que establece los criterios para la selección del sitio y, define los criterios de tipo arquitectónico: los accesos, las circulaciones, la zonificación e interrelaciones, las características de flexibilidad y crecimiento.

## 2.10 RELACIÓN DE VARIABLES

**Figura No.7**



**CAPITULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.**

### **3.1. TIPO DE ESTUDIO.**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo que describe cuantitativamente y cualitativamente las variables que intervienen en el diseño de la sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional en el periodo señalado.

### **3.2. AREA DE ESTUDIO.**

El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico Nacional, institución del Ministerio de Salud especializada en la atención de los desórdenes mentales en adultos. El Hospital Psiquiátrico se encuentra ubicado en la Ciudad de Panamá, específicamente en el corregimiento de Río Abajo (final), avenida Matías Hernández, detrás de Villa Lorena. Específicamente el trabajo de investigación se llevó a cabo en la "Sala de Agudos" del mencionado hospital, la cual es una unidad de hospitalización dedicada a la atención de personas que requieran un tratamiento psiquiátrico intensivo.

### **3.3. POBLACIÓN.**

La población que se utilizó para establecer la demanda social del Programa Médico Funcional de la propuesta fue la población de 20 y más años de edad<sup>(5)</sup>, residente en el distrito de Panamá. Esta decisión se tomó cuando se evidenció que el lugar de residencia del 89.1 % de los egresos de la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional residían en los corregimientos del distrito de Panamá. (Capítulo IV, Cuadro No.3).

La población que se utilizó para establecer la oferta de ambientes para el Programa Médico Arquitectónico de la propuesta, fue el recurso humano que labora en la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional.

### **3.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para elaborar los apartados de la primera etapa del Programa Médico Funcional relativos a la descripción de el área de influencia de la nueva sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional; la situación actual del

---

<sup>5</sup> Datos disponibles en el Departamento de Análisis y Tendencias de Salud Dirección Nacional de Políticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá

Hospital Psiquiátrico, y la proyección de la población, se revisó y utilizó la información contenida en los Boletines Estadísticos provistos por los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas del Ministerio de Salud, de la Región Metropolitana de Salud, del Complejo Metropolitano Hospitalario de la Caja de Seguro Social, del Hospital Santo Tomás y del Hospital Psiquiátrico Nacional:

- La revisión de las estadísticas de los egresos de la "Sala de Agudos" del Hospital Psiquiátrico permitió establecer la distribución por sexo y la procedencia de los egresos de la Sala de Agudos.
- El dato de la procedencia guió la identificación del área de influencia de la instalación.
- El dato del número de egresos se utilizó para construir la tasa de internación (utilizando como denominador la población del área de influencia identificada) para el periodo seleccionado.
- La tasa de internación se utilizó para calcular el número de camas censables necesarias en total y por sexo de la propuesta por periodo de vida útil del proyecto.
- Para elaborar la proyección de la población del área de influencia se utilizó la proyección de la población para el año 2000, 2005, 2010, 2015 y 2020

proporcionada por la Sección de Estadísticas del Departamento de Análisis y Tendencias de Salud del Ministerio de Salud.

Para elaborar la propuesta de los ambientes o áreas de la sala de agudos, se aplicó una encuesta a los médicos y personal de enfermería de la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico. (Ver Anexo 5). Esta estrategia permitió obtener información de primera mano sobre cuáles son los ambientes que, a juicio de los expertos, debe tener una unidad de hospitalización para pacientes con trastornos mentales en fase aguda. Para estimar la dimensión de cada ambiente y de la circulación general, se construyó una Tabla de Estándares, que contiene el nombre del ambiente, su respectivo estándar de dimensión y la fuente del dato (Ver Anexo 8).

### **3.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.**

Para aplicar la encuesta, se solicitó autorización a la Dirección Médica. Una vez autorizada la aplicación de la encuesta, se informó a las autoridades responsables de la sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional (Médico y Personal de Enfermería) sobre la razón de ser de la encuesta. Previa a la aplicación formal del

instrumento se hizo un procedimiento piloto aplicando la encuesta a dos profesionales (un médico y una enfermera), con la finalidad de ajustar el documento. Una vez realizado el ajuste se procedió a aplicar y recoger las encuestas en las fechas y horas acordadas.

### **3.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.**

Para el procesamiento de la información y los cálculos de la proyección de la población, de la tasa de internación, del número de egresos y número de camas se utilizó el programa Microsoft Office Excell 2003. Este programa también se utilizó para realizar las tablas y cuadros contenidos en los programas médico funcional y médico arquitectónico.

#### **3.6.1. CÁLCULO DE LA DEMANDA POTENCIAL Y DEL NÚMERO DE CAMAS NECESARIAS.**

La demanda potencial de la sala de agudos del hospital se estimó utilizando los siguientes supuestos y metodología:

- Se estableció como 20 años el período de vida útil de la nueva infraestructura.
- Para establecer la población objetivo de la sala de agudos, se utilizó el dato disponible (año 2001) sobre el origen de los pacientes egresados

de la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional, en el cual se indica que el 89.1% de los egresos proceden del distrito de Panamá y el 10.9% proceden del resto del país (Capítulo IV, Cuadro No.3). El supuesto para el cálculo de la demanda es que estos porcentajes se mantendrán:

- pueden incluso disminuir, debido al fortalecimiento del modelo de atención de salud mental en el resto de los hospitales del país.

➤ Para el resto de los cálculos del proyecto se estableció como año base el año 2000:

La tasa de internación o frecuentación del servicio se calculó dividiendo los egresos producidos por la sala de agudos en el año 2000 entre la población residente en el distrito de Panamá para ese periodo (2000). Se ignoró el porcentaje procedente del resto del país.

- Se proyectó a 20 años la población del distrito capital por quinquenio.
- Se multiplicó la población esperada del distrito de Panamá en 20 años por el estándar de internación o frecuentación. Esta operación permitió obtener la demanda esperada de egresos para los años de vida útil del proyecto.

- Se aplicó una regla de tres para estimar la demanda esperada procedente del resto del país. Se multiplicaron los egresos esperados del distrito capital por 10.9% y este resultado se dividió entre 89.1% que representa la demanda del distrito capital.
- La cifra anterior se sumó a la demanda de egresos esperada del distrito de Panamá para obtener la demanda final de egreso de la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico dentro de 20 años.
- Con el dato de egresos se calculó el número de camas necesarias para la nueva instalación utilizando la fórmula:  
Camas =  $(PE * E) / (365 * \% \text{ ocupación})$ , donde  
PE= promedio de días de estancia.  
E= egresos. (Ver Anexo No.7).

**3.6.2** Para determinar los ambientes de la nueva infraestructura se utilizó una encuesta aplicada al personal médico y de enfermería de la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. (Ver Anexo No.5).

**3.6.3.** Para calcular las dimensiones de los ambientes y de la circulación general se aplicaron los estándares del Anexo No.9 a cada uno de los ambientes identificados en la encuesta.

Una vez recogidos los datos, realizados los cálculos para determinar el tamaño de la demanda y del número de camas necesarias, tabulados los resultados de la encuesta en relación a los ambientes necesarios y aplicados los estándares para dimensionar cada uno de los ambientes propuestos, se vuelca la información en el formato denominado Programa Médico Funcional y Programa Médico Arquitectónico (Ver Anexo No.4).

## **CAPITULO IV**

## **CAPÍTULO IV.**

### **4.1. PROGRAMA MÉDICO FUNCIONAL PARA LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.**

#### **4.1.1 INTRODUCCIÓN**

La necesidad de crear una sala para el tratamiento intensivo de pacientes con enfermedad mental en fase aguda surge por la necesidad de reemplazar la sala actual que no está diseñada para cumplir, por una parte con los estándares de diseño y habilitación que deben cumplir las unidades de hospitalización creadas para este fin y que como expusimos en el marco conceptual, se trata de una sala improvisada debida al derrumbe de la antigua sala donde se trataba estos pacientes; y por otra parte para poder aplicar las directrices del nuevo modelo de atención psiquiátrica.

La propuesta es el resultado del estudio de la demanda por este tipo de servicio en el área de influencia, del nuevo modelo de atención psiquiátrica y de los estándares que sobre diseño y habilitación de unidades de hospitalización existen en nuestro medio. La propuesta también se enmarca dentro de las políticas de salud vigente dirigida a fortalecer os servicios de salud y de mejorar su calidad. (MINSA-2000).

## **4.2. EI ÁREA DE INFLUENCIA DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSQUIÁTRICO NACIONAL: EL DISTRITO DE PANAMÁ.**

### **4.2.1. ANTECEDENTES**

El Distrito de Panamá que es la estructura política y geográfica donde reside la ciudad capital, tiene una extensión de 2,560.8 km<sup>2</sup>, cifra que representa el 3.4% de la superficie del país<sup>(6)</sup>. La Ciudad está localizada en los 8° 54' de latitud y los 79° 19' de longitud, a 0 metros sobre el nivel del mar. Políticamente está dividido en 19 corregimientos. (Cuadro No.1)

### **4.2.2. DINÁMICA DE LA POBLACIÓN.**

De acuerdo con cifras oficiales<sup>(7)</sup> del Censo del año 2000, su población fue de aproximadamente 732,877 habitantes, que representan el 25.8 % de la población nacional (Cuadro No.1). La tasa de crecimiento poblacional promedio anual en los últimos cinco años es 1.86 %, y la densidad de población es 286 personas por kilómetro cuadrado.

---

<sup>6</sup> La superficie de la República de Panamá es de 75,517 Km<sup>2</sup>

<sup>7</sup> Población Por Sexo Según Grupos De Edad y Edad Específica República De Panamá Por Provincia Censo 2000 Censos Nacionales de Población y Vivienda. Mayo 2000.

**CUADRO No.1**  
**POBLACIÓN DEL DISTRITO DE PANAMÁ SEGÚN**  
**CORREGIMIENTO, POR SEXO. AÑO 2000.**

No.	Corregimiento	Superficie (Km2)	Total de Habitantes	Hombres	Mujeres
1	Ancón	66.5	11,526	6,182	5,344
2	Bella Vista	0.5	29,223	13,145	16,078
3	Bethania	0.9	45,537	20,422	25,115
4	Calidonia	0.2	20,313	9,667	10,646
5	Curundú	0.1	19,722	9,854	9,868
6	Chilibre	97.8	41,964	21,619	20,345
7	El Chorrillo	0.0	23,414	11,628	11,786
8	Juan Díaz	3.6	91,111	43,523	47,588
9	Las Cumbres	10.6	96,057	48,313	47,744
10	Pacora	47.9	64,001	34,849	29,152
11	Parque Lefreve	0.6	38,230	17,891	20,339
12	Pedregal	2.8	47,578	23,846	23,732
13	Pueblo Nuevo	0.6	18,711	8,722	9,989
14	Río Abajo	0.6	29,577	13,777	15,800
15	San Felipe	0.1	7,139	3,881	3,258
16	San Francisco	0.6	36,785	16,756	20,031
17	San Martín	13.4	3,694	1,961	1,733
18	Santa Ana	0.1	21,777	10,908	10,869
19	Tocumen	9.2	86,518	43,664	42,854
	<b>Total</b>	<b>2560.8</b>	<b>732,879</b>	<b>360,608</b>	<b>372,271</b>

**Fuente:** Departamento de Estadísticas y Censo Contraloría General de la República de Panamá 2000

En cuanto a la distribución de la población por grupo de edad, el 26.89 % de la población es menor de 15 años de edad, el 66.71% tiene entre 15 y 64 años de edad y el 6.4% es mayor de 65 años. La mediana de edad de la

población, según el Censo del 2000, fue de 27 años. En cuanto a la distribución según el sexo, el 50.8% de la población es del sexo femenino y el 49.2% es del sexo masculino. El índice de masculinidad es de 96.8 (Cuadro No.2).

**CUADRO No. 2**  
**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA**  
**REPÚBLICA DE PANAMÁ Y DEL DISTRITO DE PANAMÁ.**  
**CENSO 2000.**

<b>Características Demográficas</b>	<b>Distrito de Panamá</b>	<b>Nivel Nacional</b>
Población Total	732,879	
% Población < 15 años	26.89	32
% Población 15 a 64 años	66.71	61.85
% Población >65 años	6.4	6.03
Mediana de edad de la población (años)	27	25
% Población sexo femenino	50.8	
% Población sexo masculino	49.2	
Índice de masculinidad	96.8	101.8

**Fuente:** Lugares Poblados Volumen 2 Dirección de Estadística y Censo  
Contraloría General República de Panamá Año 2000

Tal como se desprende del cuadro, la población del distrito de Panamá refleja una menor proporción de población menor de 15 años que el total del país; por otra parte la proporción de población entre 15 y 64 años y de más de 64 años es superior al resto del país. Según

estos datos hay una mayor proporción de población femenina que en el resto del país, según el índice de masculinidad (este dato puede ser el resultado de una mayor migración de mujeres hacia el distrito).

El número de nacimientos vivos y la tasa de natalidad del distrito puede observarse en el Cuadro No.3.

**CUADRO No. 3**

**NACIMIENTOS VIVOS Y TASA DE NATALIDAD  
DEL DISTRITO DE PANAMÁ. AÑOS 2000-2001.**

	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Número de nacimientos vivos	14,049	14,571
Tasa de Natalidad	19.5	20.1

**Fuente:** Boletín Estadístico. Ministerio de Salud Año 2002

La Esperanza de Vida ha ido en aumento tanto globalmente como en forma particular para ambos sexos. (Cuadro No.4).

**CUADRO No.4****ESPERANZA DE VIDA EN AÑOS AL NACER.  
DISTRITO DE PANAMÁ. AÑOS 1999 – 2001.**

Esperanza de Vida. Año 1999			Esperanza de Vida. Año 2000			Esperanza de Vida. Año 2001		
Ambos Sexos	Hombre	Mujer	Ambos Sexos	Hombre	Mujer	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
76.85	74.40	79.43	77.01	74.55	79.60	77.13	74.67	79.72

**Fuente:** Boletín Estadístico Registros Médicos y Estadísticas Dirección de Políticas MINSa 2002

La estimación de la población para los próximos 20 años en el Distrito de Panamá indica que la misma sobrepasará el millón de habitantes al final de este periodo<sup>(8)</sup>. Ver (Cuadro No.14 ).

**4.2.3. NIVEL Y ESTRUCTURA DE LA SALUD.****4.2.3.1. LA MORTALIDAD**

De acuerdo a los datos de la Sección de Estadísticas Vitales de la Contraloría General de la República del año 2001, en el distrito de Panamá, se registraron 3,456 defunciones, para una tasa de 4.8 defunciones por mil habitantes. La tasa de la República fue de 4.3 defunciones por mil habitantes.

<sup>8</sup> Proyecciones de Población por el Método del diferencial de crecimiento Método de las Naciones Unidas  
Sección de Registros Médicos y Estadísticas Departamento de Análisis de Tendencias de la Salud Dirección  
Nacional de Políticas de Salud Ministerio de Salud de Panamá 2004

Las 10 principales causas de defunción en el distrito se listan en el Cuadro No.5; cómo puede observarse, sólo la Neumonía puede clasificarse como una causa atribuible a una patología infecciosa. Como tercera causa de muerte se destacan las violencias; el resto de las causas listadas son enfermedades crónicas, degenerativas en donde el componente estilo de vida y ambiente juegan un papel importante como determinantes de las mismas.

**CUADRO No.5**  
**DEFUNCIONES EN EL DISTRITO DE PANAMÁ**  
**SEGÚN LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE.**  
**AÑO 2001.**

Código	Causa	Total	Frecuencia
	<b>Total</b>	<b>3456</b>	<b>100.00</b>
025-044	Tumores Malignos	597	17.3%
53	Enfermedades Isquémicas del Corazón	472	13.7%
073-080	Accidentes, Lesiones Autoinflingidas, Agresiones y otra Violencia.	367	10.6%
55	Enfermedades Cerebrovasculares	353	10.2%
46	Diabetes Mellitus	234	6.8%
19	Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	204	5.9%
54	Otras Enfermedades del Corazón.	127	3.7%
61	Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias inferiores	119	3.4%
69	Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal	100	2.9%
59	Neumonía	88	2.5%
	Demás causas	795	23.0%

**Fuente:** Estadísticas vitales Año 2001 Defunciones Volumen III Estadística Panameña  
Dirección de Estadística y Censo Contraloría General República de Panamá

#### 4.2.3.2 SITUACIÓN DEL AMBIENTE.

El Censo del 2000, revela que el 99.9% de las viviendas disponen de acceso al agua potable y de un sistema de disposición de excretas (Cuadro No.6).

**CUADRO No. 6**

**VIVIENDAS CON ACCESO A AGUA POTABLE Y SERVICIO SANITARIO.  
DISTRITO DE PANAMÁ. AÑO 2000.**

No.	Corregimiento	Total de Viviendas	% de Viviendas con Agua Potable	% de Viviendas con Servicio Sanitario
1	Ancón	1628	100.00	99.99
2	Bella Vista	8874	99.99	100.00
3	Bethania	12984	100.00	99.99
4	Caldonia	6037	100.00	100.00
5	Curundú	4969	100.00	99.86
6	Chilibre	10066	99.96	99.96
7	El Chorrillo	6763	99.99	99.99
8	Juan Díaz	22137	100.00	99.95
9	Las Cumbres	22271	99.98	99.98
10	Pacora	14419	99.97	99.98
11	Parque Lefreve	10678	100.00	99.99
12	Pedregal	11466	99.98	99.98
13	Pueblo Nuevo	5395	99.99	99.99
14	Río Abajo	8231	99.99	99.99
15	San Felipe	2172	99.99	100.00
16	San Francisco	10894	99.99	99.99
17	San Martín	973	99.87	99.96
18	Santa Ana	6457	100.00	99.99
19	Tocumen	20333	99.99	99.99
	<b>TOTAL</b>	<b>186747</b>	<b>99.98</b>	<b>99.98</b>

**Fuente:** Departamento de Estadísticas y Censo Contraloría General de la República de Panamá 2000

#### **4.2.3.3 CARACTERÍSTICAS SOCIO ECÓNOMICAS**

La dinámica de la economía de Panamá se centra en las actividades de servicio y en la vía del Canal, en especial en la ribera del Océano Pacífico, donde se ubica el Municipio de Panamá. Se estima que por lo menos el 55% del Producto Interno Bruto del país se origina en esta Municipalidad.

Históricamente la economía panameña se ha fundamentado en el sector terciario, siendo su participación actual del 77%, destacándose las actividades de comercio, transporte, comunicaciones y financieras. En la capital se concentra la mano de obra más calificada del país, además de las infraestructuras y los centros de servicios básicos requerido por los inversionistas.

El empleo nacional depende el 64% del sector terciario, en tanto el restante 36% se distribuye equitativamente entre los sectores industrial y agropecuario respectivamente. En el Municipio de Panamá el empleo se concentra en los servicios, el comercio, la manufactura y el sector de la construcción.

Las estadísticas de empleo reflejan que la Región Metropolitana, que comprende los distritos del entorno del Canal, aglutina el 60% de la población ocupada del país, y dentro de esta Región, el Distrito de Panamá tiene el 65% del empleo registrado.

Según el Censo del año 2000, la población ocupada en el distrito fue de 282,601 personas, el % de desocupación en las personas de 10 y más años de edad fue de 13.46%.

Actualmente las perspectivas de generación de empleos se concentran en la dinámica de las inversiones en las áreas revertidas del Canal de Panamá. La mediana de ingreso de la población ocupada fue de B/. 362.40 balboas y la mediana de ingreso mensual de los hogares del distrito fue de B/.587.40 balboas,

Al momento de este censo, se identificaron, en el distrito de Panamá, un total de 10,830 analfabetas, lo que representa un porcentaje de 1.89% de analfabetismo. El promedio de años aprobados (último año aprobado) fue de 9.2 años

**CUADRO No. 7****CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA Y DEL DISTRITO DE PANAMÁ. AÑO 2000.**

<b>Características Socioeconómicas</b>	<b>Distrito de Panamá</b>	<b>Nivel Nacional</b>
Promedio de años aprobados	9.2	7.5
% de analfabetas	1.89	7.62
% de desocupados	13.466	12.98
Mediana de ingreso mensual de la población ocupada	362.40	270.9
Mediana de ingreso mensual del hogar	587.40	380.3
Promedio de hijos nacidos por mujer.		2.4

**Fuente:** Lugares Poblados Volumen 2 Dirección de Estadística y Censo  
Contraloría General República de Panamá Año 2000

En promedio, el 61% de la población ocupada del país está cubierta por la seguridad social.

**4.3. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.****4.3.1. LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PROBLEMAS MENTALES EN FASE AGUDA.**

El Cuadro No.8 muestra los servicios públicos hospitalarios, que funcionan dentro del distrito de Panamá, para la atención de problemas mentales en fase aguda. Estos servicios están ubicados en el Hospital Santo Tomás, el Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social y el Hospital Psiquiátrico Nacional. Los hospitales mencionados son hospitales

nacionales, de referencia y de tercer nivel de atención. El hospital Santo Tomás y el Complejo Metropolitano Hospitalario de la Caja de Seguro Social, son hospitales generales de alta complejidad para el manejo de pacientes agudos.

**CUADRO No. 8**  
**RECURSO CAMA E INDICADORES DEL SERVICIO DE**  
**PSIQUIATRÍA DE LOS HOSPITALES NACIONALES**  
**UBICADOS EN EL DISTRITO DE PANAMÁ. 2002.**

Recurso /Indicador	Hospital		
	Santo Tomás	Complejo Metropolitano Caja de Seguro Social	Psiquiátrico Nacional
Camas	24	25	55
Egresos	383	426	497
Giro de cama	16.0	17.3	9.0
Promedio días estancia	13.1	17.3	15.3
% de ocupación	56.6	82%	38%

**Fuente:** Boletín Estadístico del Hospital Santo Tomás 2002, Sección de Registros Médicos y Estadísticas del Complejo Metropolitano de la Caja del Seguro Social, Boletín Estadístico del Hospital Psiquiátrico Nacional. 2002.

El cuadro muestra la capacidad instalada en cuanto a camas y los principales indicadores de producción de estos servicios. El servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social evidencia un uso más eficiente de la cama hospitalaria,

de acuerdo a sus indicadores Porcentaje de ocupación y Giro de Cama.

El número y tipo del recurso humano que labora en los hospitales generales para el manejo de pacientes en fase aguda de una enfermedad mental se aprecia en el Cuadro No.9.

**CUADRO No. 9**  
**RECURSO HUMANO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LOS**  
**HOSPITALES SANTO TOMÁS Y COMPLEJO HOSPITALARIO**  
**METROPOLITANO. AÑO 2004.**

TIPO DE PERSONAL	HOSPITAL	
	SANTO TOMÁS	COMPLEJO METROPOLITANO CAJA DE SEGURO SOCIAL
Médicos especialistas	4	7
Médicos residentes	-	4
Enfermera especialista	6	11
Enfermera básica	1	1
Auxiliar de enfermería	4	11
Trabajador Social	1	1
Psicólogo	2	2
Terapeuta ocupacional		1
Secretaria	1	3
Personal de dietética		1
Personal de servicios generales.		2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>44</b>

**Fuente:** Investigación propia para el proyecto Programa Médico Funcional y Arquitectónico de la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. 2004

En el año 2003 los principales diagnósticos de egreso del servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano<sup>(9)</sup> fueron: Esquizofrenia y trastornos delirantes (39.3%), Trastornos del Humor (35.9%), Trastornos Neuróticos y Estrés y Somatomorfos (12.7%), Trastornos de Personalidad y del comportamiento en adultos (11.9%), Intento de Suicidio (11.4%) y, Trastornos Mentales Orgánicos (11.4%). Los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas constituyen la 6ª causa de egreso en el Complejo Hospitalario Metropolitano, a diferencia del Hospital Psiquiátrico Nacional, donde esta causa ocupa el tercer lugar.

#### **4.3.2 CAPACIDAD INSTALADA, PRODUCCIÓN Y PRODUCTIVIDAD DE LOS RECURSOS DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.**

##### **4.3.2.1 ANTECEDENTES**

La Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional, es una unidad de hospitalización en que atiende a personas con trastornos mentales en fase aguda que requieran un tratamiento intensivo y oportuno.

---

<sup>9</sup> Investigación propia para el proyecto Programa Médico Funcional y Arquitectónico de la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional 2004

La sala de Agudos está organizada en dos secciones: la sala de mujeres con 25 camas y la sala de varones con 30 camas. No existen divisiones dentro la salas, las camas tienen sólo de 3 a 4 pies de separación una de otra, lo que impide la privacidad necesaria para el descanso de los pacientes en tratamiento psicofarmacológico. Los pacientes agitados y agresivos son contenidos a través de restringidores en sus camas lo cual es observado por el resto de los pacientes.

El diseño de la sala (construcción) en lo que se refiere a la distribución de los espacios, altura de techos y paredes es deficiente por lo cual se dan casos de salidas sin autorización médica por parte de los pacientes de la sala.

En la sala de Agudos, en una estrecha área física ubicada en la misma entrada, se realiza el proceso de admisión. El paciente es atendido inicialmente por una enfermera quien lo entrevista e informa al médico de turno. El médico realiza una evaluación mental y física al paciente para determinar si reúne los criterios médicos establecidos según los protocolos de admisión.

El área de admisión es un antiguo cubículo que sólo cuenta con un pupitre y sillas, y que no ofrece la confidencialidad para la realización de las entrevistas ni un área adecuada para el manejo de un paciente que llega en estado de agitación.

#### 4.3.2.2 RECURSOS HUMANOS.

El cuadro muestra el tipo y cantidad de recursos humanos con que cuenta la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional:

**CUADRO No. 10  
RECURSOS HUMANOS DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO NACIONAL. 2004.**

<b>TIPO DE PERSONAL</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>Médicos Funcionarios</b>	<b>2</b>
<b>Médicos Residentes de Turno</b>	<b>6</b>
<b>Enfermera Jefe Especialista (1) Supervisora (1) Enfermeras Rotadoras Especialistas (6) Enfermeras Básicas Rotadoras (1)</b>	<b>9</b>
<b>Auxiliares de Enfermería</b>	<b>14</b>
<b>Trabajadora Social</b>	<b>1</b>
<b>Técnico de Laboratorio</b>	<b>1</b>
<b>Secretaria de Registros Médicos y Estadística</b>	<b>2</b>
<b>Secretaria de la Sala</b>	<b>1</b>
<b>Personal de dietética</b>	<b>3</b>
<b>Servicios Generales</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>

**Fuente:** Fuente: Investigación propia para el proyecto Programa Médico Funcional y Arquitectónico de la Sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. 2004.

#### 4.3.2.3. INDICADORES DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL

La sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional disponía para el año 2002 de un total de 55 camas, esta cifra se ha mantenido estable desde los dos años anteriores. (Ver Cuadro No.11).

**CUADRO No.11**  
**ESTADÍSTICAS E INDICADORES DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. AÑOS 2000, 2001, 2002**

Variable	Año		
	2000	2001	2002
Camas	55	55	55
Días camas disponible	20075	20075	20075
Admisiones	631	580	666
Egresos	461	399	497
Asegurados	69	79	116
No asegurados	392	320	381
Días estancia	9041	10568	8030
Asegurados	1213	1831	1756
No asegurados	7828	8737	6274
Díascamas utilizados	10252	8008	7631
Giro de cama	8	7	9
Promedio días estancia	22.2	20.12	15.34
% de ocupación	51	40	38

**Fuente:** Boletín Estadístico del Hospital Psiquiátrico Nacional Años 2000, 2001, 2002

De los 497 egresos del año 2002, el 76.7% de los pacientes no son asegurados. La cama de la sala de agudos muestra en el último año examinado un aumento en

el giro de cama. Se observa una tendencia a la reducción en el promedio de días estancia y en el porcentaje de ocupación de la sala, tal vez como resultado de la aplicación del nuevo modelo de atención del paciente con patología mental en fase aguda.

En cuanto a la causa de internación de los pacientes en la sala los principales diagnósticos pueden observarse en el Cuadro No.12.

**CUADRO No.12**  
**PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE INGRESO A LA SALA DE AGUDOS**  
**DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. AÑOS 2001 - 2002.**

<b>Diagnósticos</b>	<b>Año</b>			
	<b>2001</b>	<b>%</b>	<b>2002</b>	<b>%</b>
Esquizofrenia	211	36.4	282	42.3%
Trastorno del Humor	186	32.1	182	27.3%
Trastorno debido al consumo de drogas	126	21.7	138	20.7%
<b>Total de Admisiones</b>	<b>580</b>	<b>90.2</b>	<b>666</b>	<b>90.3</b>

**Fuente:** Boletín Estadístico del Hospital Psiquiátrico Nacional Años 2001, 2002

La procedencia de los egresos se observa en el Cuadro No.13. La mayor parte de los egresos proceden del distrito capital (89.9%). La mayoría, de los corregimientos de Bella Vista y San Francisco. El 10.9% procede del resto de las provincias del país,

principalmente Colón y Coclé (las provincias más cercanas a la provincia de Panamá).

**CUADRO No.13**  
**PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS A LA SALA DE AGUDOS DEL**  
**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. AÑO 2001**

<b>Procedencia.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
San Felipe	1	0.2%
El Chorrillo	4	0.7%
Santa Ana	2	0.4%
Calidonia	15	2.7%
Bethania	15	2.7%
Bella Vista	323	57.9%
Pueblo Nuevo	1	0.2%
San Francisco	114	20.4%
Ciudad de Panamá no definido	22	3.9%
Otras Provincias	61	10.9%
<b>Total</b>	<b>558</b>	<b>100.0%</b>

EL 57.7% de los egresos fueron masculinos y el 42.38% femenino

**Fuente:** Base de Datos de Egresos del Hospital Psiquiátrico Nacional  
Año 2001. MINSA

#### 4.4. ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL Y DEL TAMAÑO DEL PROYECTO (NÚMERO DE CAMAS NECESARIAS).

##### 4.4.1. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL DISTRITO DE PANAMÁ.

Utilizando información producida por la Dirección de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República, se construyeron los Cuadros No. 14 y 15. En ellos se observa el número estimado de la población según grupo de edad y sexo que residirá en el distrito de Panamá y que potencialmente puede ser usuario de la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. De acuerdo con estos cálculos, esta población para el año 2020 será de 742,125 habitantes.

**CUADRO No.14**  
**PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS RESIDENTE EN EL DISTRITO DE PANAMÁ. AÑOS 2000 – 2020.**

GRUPO DE EDAD	AÑOS				
	2000	2005	2010	2015	2020
20-24	73076	72673	78463	81084	87187
25-29	73814	74656	74530	81542	84576
30-34	66615	73583	75582	76696	83967
35-39	56726	66727	74838	78148	79575
40-44	46252	55730	66059	74975	78466
45-49	38348	45762	55892	67018	76221
50-54	30820	37164	45042	55685	67135
55-59	24055	28871	35283	43579	54125
60-64	17458	22147	26978	33715	41821
65-69	14024	15721	20171	25121	31617
70-74	11239	12342	14150	18717	23564
75-79	8904	9671	10954	12856	17177
80 y más	8511	10226	11951	14042	16694
<b>TOTAL</b>	<b>469842</b>	<b>525273</b>	<b>589893</b>	<b>663178</b>	<b>742125</b>

**Fuente 1:** Proyecciones de Población por el método del diferencial de crecimiento Método de las Naciones Unidas Departamento de Análisis y Tendencias de Salud Dirección Nacional de Políticas de Salud Ministerio de Salud de Panamá 2004

CUADRO No.15

**PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS  
RESIDENTE EN EL DISTRITO DE PANAMÁ SEGÚN SEXO.  
AÑOS 2000 - 2020**

SEXO	AÑOS				
	2000	2005	2010	2015	2020
<b>HOMBRES</b>					
20-24	36137	35741	39534	41338	44340
25-29	37353	37474	37200	41474	43488
30-34	33376	37115	37641	37820	42074
35-39	27818	33457	37711	38813	39087
40-44	22403	27358	33043	37590	38738
45-49	18376	22029	27168	33103	37693
50-54	14789	17698	21502	26840	32866
55-59	11562	13781	16686	20663	25870
60-64	8158	10517	12702	15725	19535
65-69	6342	7284	9497	11722	14592
70-74	4836	5339	6218	8339	10383
75-79	3766	4017	4559	5434	7345
80 y más	3346	4067	4710	5486	6514
<b>TOTAL</b>	<b>228262</b>	<b>255877</b>	<b>288171</b>	<b>324347</b>	<b>362525</b>
<b>MUJERES</b>					
20-24	36939	36932	38929	39746	42847
25-29	36461	37182	37330	40068	41088
30-34	33239	36468	37941	38876	41893
35-39	28908	33270	37127	39335	40488
40-44	23849	28372	33016	37385	39728
45-49	19972	23733	28724	33915	38528
50-54	16031	19466	23540	28845	34269
55-59	12493	15090	18597	22916	28255
60-64	9300	11630	14276	17990	22286
65-69	7682	8437	10674	13399	17025
70-74	6403	7003	7932	10378	13181
75-79	5138	5654	6395	7422	9832
80 y más	5165	6159	7241	8556	10180
<b>TOTAL</b>	<b>241580</b>	<b>269396</b>	<b>301722</b>	<b>338831</b>	<b>379600</b>

**Fuente 1:** Proyecciones de Población por el método del diferencial de crecimiento Método de las Naciones Unidas Departamento de Análisis y Tendencias de Salud Dirección Nacional de Políticas de Salud Ministerio de Salud de Panamá 2004

#### **4.4.2. SUPUESTOS PARA EL CÁLCULO DEL TAMAÑO DEL PROYECTO.**

**4.4.2.1** La Tasa de Internación, o Índice de frecuentación se calculó utilizando los datos del Cuadro "Estadísticas e indicadores de la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. Años 2000, 2001, 2002" y aplicando la siguiente ecuación:

Tasa de Internación o Índice de frecuentación = egresos de la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional en el año 2000 / población residente en el distrito de Panamá en el año 2000.

Tasa de internación o Índice de frecuentación =  $461/469,842 = 0.00098$  (Ver anexo 7)

**4.4.2.2** Los egresos potenciales de la sala de agudos para los años 2005, 2010, 2015 y 2020, se calcularon empleando los supuestos establecidos en el Capítulo III sobre cálculo de la demanda potencial y aplicando la siguiente fórmula:

Egresos Potenciales = (tasa de internación \* población estimada en el distrito de Panamá en los años 2005 al 2020) + {(tasa de internación \* población estimada en el distrito de Panamá en los años 2005 al 2020)\*.109} (Ver anexo 7).

**CUADRO No. 16**  
**EGRESOS POTENCIALES DE LA SALA DE AGUDO**  
**2005 – 2020**

EGRESOS	AÑOS			
	2005	2010	2015	2020
Egresos esperados por años	571	642	722	808

**4.4.2.3.** Con el dato de los egresos potenciales se calculó la necesidad de camas para los años de vida útil del proyecto. Se utilizó como promedio de estancia 15 días y un porcentaje de ocupación del 80%. La ecuación utilizada para el cálculo fue la siguiente:

Número de camas necesarias = (egresos o demanda potencial \* promedio día estancia) / (365 días por % de ocupación) (Ver anexo 7).

**CUADRO No. 17**  
**NÚMERO DE CAMAS NECESARIAS PARA LOS**  
**AÑOS DE VIDA UTIL DEL PROYECTO**

CAMAS	AÑOS			
	2005	2010	2015	2020
Número de Camas necesarias	29	33	37	42

De acuerdo con estos cálculos para el año 2020 se requerirán 42 camas para atender la demanda de problemas mentales en fase aguda. Es importante señalar que el

servicio actual cuenta con 55 camas y un porcentaje de ocupación del 38%.

#### **4.5. CLASIFICACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL Y DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS COMO PARTE DEL HOSPITAL.**

##### **4.5.1. TIPO DE INSTALACIÓN.**

El proyecto se basa en el diseño de una sala de hospitalización para el manejo de pacientes con trastornos mentales en fase aguda; la sala dispondrá, además del área de encamados, de ambientes para desarrollar intervenciones terapéuticas de carácter grupal e individual.

##### **4.5.2. TIPO DE ATENCIÓN.**

La atención será de hospitalización.

##### **4.5.3. NIVEL DE ATENCIÓN.**

Fundamentalmente atención del tercer nivel, lo cual no excluye la atención de primer y segundo nivel.

#### **4.6. MISIÓN DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.**

Ofrecer servicios de hospitalización de calidad a las personas mayores de 18 años de edad con trastornos mentales en fase aguda residentes en su área de

influencia. El objetivo final del servicio es estabilizar, recuperar y reintegrar al paciente a su familia y comunidad lo más pronto posible con garantía de seguridad.

#### **4.7. FUNCIONES DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.**

La sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico se define como la unidad que tiene por función principal la atención integral del paciente. Son funciones de la sala de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional:

- Proporcionar atención médica integral, continua, diferenciada y progresiva a los pacientes ingresados en la sala de agudos, en los campos preventivos, curativos y de rehabilitación en materia de su competencia, utilizando procedimientos que requieran reposo en cama, vigilancia médica, atención de enfermería y apoyo de métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Atender las interconsultas solicitadas por médicos generales, especialistas y residentes de otros servicios del hospital.
- Formular y revisar periódicamente los protocolos de atención de la Sala de Agudos.

- Contribuir en la formación y desarrollo del recurso humano del hospital, siguiendo las directrices de los programas de Formación y Capacitación del recurso humano del Hospital Psiquiátrico.
- Elaborar y desarrollar programas de docencia para los médicos residentes que rotan por la sala.
- Promover y realizar actividades de capacitación dirigidas al personal de la sala, sustentadas en los últimos adelantos técnico - científicos y en la Medicina basada en Evidencia con el fin de garantizar la calidad de las acciones realizadas.
- Inducir al nuevo personal sobre las actividades, funciones y procesos de trabajo de la sala de Agudos.
- Participar en actividades de asesoría y educación continua dirigida al recurso humano del primer y segundo nivel de atención.
- Participar en los programas universitarios de enseñanza de la especialidad.
- Realizar actividades de investigación básica, clínica y de servicios de salud.
- Publicar revisiones bibliográficas y los trabajos de investigación básica, clínica y de servicios de salud realizadas en la sala.

- Planificar y gestionar los recursos humanos, físicos y financieros asignados a la sala de Agudos.
- Elaborar y presentar a la Dirección Médica del Hospital el Anteproyecto de Presupuesto de la sala, de acuerdo a las necesidades de bienes y servicios requeridos.
- Velar por la conservación y mantenimiento de los recursos físicos (infraestructura y equipos) de la sala de Agudos.
- Coordinar oportunamente con la Administración del Hospital (Compras), las requisiciones para la compra de los materiales y suministros que requiere la sala.
- Suministrar información oportuna y periódica a la Dirección Médica sobre el estado de la gestión técnico-administrativa de la sala de agudos utilizando el cuadro de indicadores de costos, producción y resultados establecidos por la Dirección del Hospital Psiquiátrico Nacional
- Informar oportunamente a la Dirección Médica, sobre los problemas técnico-administrativos que confronta la sala de agudos en el desarrollo de su labor.
- Reportar oportunamente a la Dirección Médica del Hospital los problemas de calidad de los equipos,

materiales o suministros asignados a la sala de agudos.

- Evaluar, de acuerdo a la norma establecida, la gestión de la sala de agudos.

#### **4.8. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE AMBIENTES PARA LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.**

De acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada (ver anexo) la sala de agudos contará con los siguientes ambientes:

##### **4.8.1. Área administrativa**

- Oficina de Jefe del servicio
- Oficina de Enfermería
- Área de secretaria del servicio con sala de espera
- Estación de Enfermería

##### **4.8.2. Área de Uso**

- Área de trabajo
- Área de depósito de materiales
- Área de preparación de medicamentos
- Área de lavamanos, carro de curación, carro de medicamentos, nevera para medicamentos.

- Cuarto de ropa limpia
- Cuarto de examen y procedimientos
- Área de depósito de equipos
- Área para camillas, atriles y sillas de ruedas
- Cuarto séptico
- Cuarto de aseo
- Cuarto de ropa sucia
- Área social para actividades "ruidosas" (televisión, juego, comedor, etc.)
- Área social para actividades "tranquilas" (lectura)
- Área para terapia grupal
- Cocineta para el personal
- Vestidor con baño, servicio sanitario y lavamanos para el personal.
- Salón de visitas.
- Servicio sanitario con lavamanos para visitas
- Consultorios
- Área de encamados
- Baños y servicios sanitarios de pacientes.
- Jardín.
- Cancha de baloncesto y volleybal
- Estacionamientos

A la pregunta de si las habitaciones deberían ser individuales o de dos pacientes como máximo, el 36.5% respondió que las habitaciones debían ser dobles, el 32.7./% estimó que podían ser tanto individuales como dobles. El 98.0% de los encuestados no considera necesario la existencia de cuartos de seguridad para el manejo de pacientes agudos. Esto se justifica en función de los nuevos tratamientos farmacológicos que se utilizan actualmente para abortar la fase aguda de un trastorno mental. En función de que entre los encuestados se encuentran los especialistas en la materia, no se incluye esta área en el proyecto médico funcional ni arquitectónico.

Con respecto a la instalación sanitaria de cada habitación, el 56.4% de los encuestados respondió que cada habitación debía contar con baño, sanitario y lavamanos. Este dato se utilizó para realizar la propuesta arquitectónica.

Además de los ambientes propuestos, 28 encuestados (49.1%) estimaron necesario incluir un área para comedor del personal; 17 encuestados (29.8%) consideró necesario incluir un área como vestidor con ducha y servicio

sanitario para el personal. Tres encuestados consideraron necesario incluir un área para juegos al aire libre (5.3%). Hubo una propuesta que consideró necesaria una sala de reunión médica. Todas estas consideraciones se agregaron al proyecto.

#### **4.9. PROGRAMACIÓN FUNCIONAL DE LAS SECCIONES DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.**

##### **4.9.1 JEFATURA MEDICA DEL SERVICIO**

Es el lugar en donde se ubica físicamente la función de gobierno de la sala. Esta función consiste en planificar, programar, presupuestar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar las actividades médico-administrativas del servicio, de acuerdo con las políticas, planes, normas y reglamentos del Hospital.

##### **4.9.2 JEFATURA DE ENFERMERÍA**

Es el lugar en donde se ubica físicamente la función de administración de las actividades de enfermería de la sala. Esta función consiste en planificar, programar, coordinar, controlar y evaluar los servicios de enfermería de la sala.

### 4.9.3 HOSPITALIZACIÓN. ÁREAS DE LA SALA DE AGUDOS

- **Sala de Reuniones:** es el lugar donde los médicos del Servicio se reúnen durante su turno para la elaboración de notas, órdenes médicas, solicitudes de servicio, revisión de casos y descanso ocasional durante una guardia. Su ubicación es junto a la Jefatura.
- **Estación de Enfermería:** es el lugar de la sala donde se preparan y concluyen los procedimientos a realizar con el paciente. En esta área se lleva a cabo el control y vigilancia de pacientes y visitantes, la preparación de medicamentos, el control de comunicaciones y llamadas a enfermos, la preparación de curaciones, la elaboración de expedientes clínicos y guarda de medicamentos, ropa limpia, drogas, etc. Constituye el lugar de trabajo de la enfermera y por lo tanto estará provisto de escritorio, sillas, estantes para papelería, carro para historias clínicas y estantes para radiografías con su respectivo negatoscopio. Es importante que la Estación de Enfermeras se ubique en la zona central de la Unidad. La distancia permitida entre la Estación y la cama más alejada no será mayor de 25.00 metros.

- **Cuarto de Ropa Limpia:** área designada para almacenar ropa limpia de cama y del paciente de reserva. Su localización puede estar muy cercana a la Estación de Enfermeras o estar en forma distribuida en los corredores.
- **Cuarto de Examen y Procedimientos:** es el área reservada para realizar exámenes médicos y procedimientos quirúrgicos menores y no quirúrgicos que requiera el tratamiento de algún paciente.
- **Área de Depósito de Equipos:** sitio dispuesto para guardar materiales y equipos esterilizados que se puedan necesitar en un periodo de 24 horas.
- **Área para Camillas, Atriles y Sillas de Ruedas:** espacio destinado a guardar equipo para movilizar a pacientes y para instalar tratamientos endovenosos.
- **Cuarto Séptico:** cuarto destinado a la limpieza de paletas, uriniales, riñoneras, etc. Se precisa de una mesa de trabajo con cubierta de acero inoxidable con lava paletas automático y tomas de agua fría y caliente y sitio para guardar detergentes.
- **Cuarto de Aseo:** cuarto destinado a la guarda de material de aseo y limpieza y para desechar agua residuales, producto de la limpieza del área física

Requiere un vertedero para lavado de escobas y demás elementos de aseo. Se ubicará en la zona contaminada.

- **Cuarto de Ropa Sucia:** es el área destinada para depositar la ropa de cama, de camillas y de los pacientes que han sido usadas.
- **Área de Encamados:** área destinada al descanso de los usuarios del servicio. Los cuartos deben gozar de buenas condiciones de tranquilidad. La luz natural es indispensable, lo mismo que una óptima orientación para obtener una temperatura adecuada. Se recomienda ventilación natural, vista hacia un jardín, ausencia de ruidos molestos y condiciones de privacidad.
- **Áreas Sociales:** son los ambientes destinados a que los pacientes desarrollen actividades destinadas a su recuperación física y mental y con el fin de integrarlos a la comunidad.
- **Consultorios:** son los espacios destinados a la evaluación individual diagnóstica y terapéutica de los usuarios del servicio por parte del personal idóneo del servicio.

#### **4.10. POLÍTICAS DE OPERACIÓN DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.**

- La sala de agudos está dirigida por un médico especialista en Psiquiatría.
- El horario de funcionamiento de la sala de agudos es de 24 horas durante 365 días al año.
  - La sala de agudos utilizará para su operación los siguientes manuales: Organización y Funciones, Normas técnico - administrativas, Vigilancia de Infecciones Nosocomiales, Seguridad General y de Bioseguridad.
  - Se utilizarán protocolos de atención para el manejo de los pacientes de la sala.
  - La sala está dividida en sección de mujeres y hombres. Cada sección está bajo la responsabilidad de un médico especialista encargado de su funcionamiento, el cual responde ante la jefatura de la sala.
  - Las secciones de hospitalización de la sala de agudos contarán con personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) durante 24 horas y con un programa de turnos médicos.

- Cada paciente está a cargo de un médico titular y todas las indicaciones se canalizan a través de él.
- El médico titular y su equipo pasarán visita diaria a los pacientes bajo su responsabilidad. La evolución clínica y las decisiones terapéuticas se anotarán diariamente en la historia clínica del paciente. Los médicos residentes dependen del médico titular.
- Todo paciente tendrá realizada la historia clínica antes de cumplirse las 24 horas de su ingreso.
- Toda información médica será registrada en la historia clínica, incluyendo los resultados y documentación de pruebas de laboratorio, estudios de gabinete y evaluaciones realizadas.
- Se informará a cada paciente o a su guarda legal sobre los procedimientos a efectuar, su evolución, su tratamiento y las complicaciones inherentes. (Consentimiento informado).
- Se procurará la máxima utilización del recurso cama, con promedios de estancia congruentes

con los problemas de salud mental contenidos en los protocolos de atención.

- El servicio estará en estrecha relación con los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento de apoyo. (Laboratorio Clínico, Registros Médicos).
- El servicio estará en estrecha relación con el equipo de salud mental de los efectores del primer nivel de atención. Para ello utilizará un sistema de referencia y contrarreferencia de los casos.

#### **4.11. PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO PARA LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.**

##### **4.11.1 ORIENTACIÓN Y FACTORES CLIMÁTICOS DEL PROYECTO**

La orientación será tal que permita una buena iluminación y ventilación adecuada, para ello se tomará en cuenta la dirección que sigan los vientos predominantes y las gráficas solares. También se tomará en cuenta, las relaciones que guarda la sala de agudos con el resto de servicios del hospital.

#### 4.11.2 CARACTERÍSTICAS DEL TERRENO DEL PROYECTO

- Preferiblemente plano, de forma regular; alejado de zonas sujetas a erosión de cualquier tipo (aludes, etc.).
- Se evitarán hondonadas, la susceptibilidad a inundaciones y aguas subterráneas.
- Se tomará en cuenta la disponibilidad de desagüe y drenaje de aguas pluviales.
- Condiciones físicas del terreno :
  - **Tamaño:** debe permitir el desarrollo de los programas y actividades de la sala de agudos a construir, así como las ampliaciones futuras previsibles, y los espacios para estacionamiento y área verde que permitan la integración de la actividad de la sala con los espacios externos.
  - **Planimetría:** en lo posible debe ser un terreno de forma regular, casi cuadrado, superficie plana y con dos accesos como mínimo.
  - **Condiciones Físicas:** debe tenerse en cuenta las condiciones del terreno, en especial su capacidad portante (resistencia del suelo) y/o

su vulnerabilidad a inundación, desbordes, aludes.

#### **4.11.3 MATERIALES**

Se tomará en cuenta la vida útil y facilidad de aseo de los materiales. Las instalaciones eléctricas, de oxígeno entubado, de gas e hidráulicas, tendrán registros que hagan fácil su inspección y reparación.

#### **4.11.4 SOLUCIÓN ARQUITECTÓNICA**

- Para el diseño de los accesos:
  - Se analizarán y tomarán en cuenta los flujos del personal, pacientes y suministros.
  - Se tendrá presente que los mismos deben ser reducidos a los mínimos indispensables' de modo que se asegure la vigilancia, el control y la seguridad de los usuarios.
  - Las puertas de los cuartos de los pacientes tendrán 1.10 metros de ancho como mínimo, para facilitar el acceso.
- Para el diseño de las circulaciones internas y generales se tomará como principio básico el que las circulaciones de los pacientes hospitalizados y ambulatorios deben mantenerse, en lo posible,

separadas, y el que éstas deben permitir el movimiento eficaz de suministros y servicios, para alcanzar este propósito:

- Se establecerán las relaciones entre la sala de agudos con el resto del hospital.
- Se tomará en cuenta la circulación de los pacientes hospitalizados, del personal y los suministros para evitar hasta donde sea posible los cruces de circulación y la mezcla de tipo de pacientes.
- Se tendrá en cuenta que el ancho de las circulaciones debe ser tal que permita el tránsito de pacientes y personal en ambos sentidos.
- Se tomará en cuenta que la longitud de las circulaciones debe ser tal que de modo que se eviten tiempos perdidos y recorridos extensos.
- Los pasillos y puertas estarán diseñados para permitir una fácil circulación de camillas y sillas de ruedas, éstos tendrán dos metros de ancho para que circulen fácilmente las camillas.
- En los pasillos se evitará ubicar cabinas telefónicas, extinguidores, bebederos, que

obstruyan el tráfico y reduzcan el área de circulación.

- Los pasillos externos y auxiliares destinados al uso exclusivo del personal de servicio y/o de cargas tendrán como mínimo un ancho de 1.20 metros.
  - Para la circulación exterior, se dispondrá de aceras pavimentadas, techadas y con iluminación nocturna.
  - Se destinarán zonas de estacionamiento reservado exclusivamente para los vehículos de las personas con necesidades especiales. Estas zonas deben construirse en forma tal que permitan adosar una silla de ruedas a cualquiera de los lados del vehículo, con objeto de facilitar la salida y entrada de estas personas.
- Para el cálculo del dimensionamiento del proyecto y de los ambientes:
- Se analizarán los protocolos de atención y la cartera de procedimientos de la sala de Agudos con el fin de establecer el tipo de mobiliario, equipo e instalaciones que requiere cada ambiente.

- Se analizarán las actividades del servicio y los estándares internacionales.

#### **4.11.5 PROPUESTA DE AMBIENTES, CIRCULACIONES Y DIMENSIONES DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL**

Utilizando los criterios anteriores y el instrumento del Anexo 8, se procedió dimensionar los ambientes de la sala de agudos. El resultado puede verse en el siguiente cuadro.

**CUADRO No. 18**  
**DIMENSIÓN**

AMBIENTE	CANTIDAD	DIMENSIÓN (MTS <sup>2</sup> )
<b>a. Área administrativa</b>		
Oficina de Jefe del servicio con sanitario	1	10.75
Oficina de Enfermería con servicio sanitario	1	9.75
Área de secretaria del servicio con sala de espera	1	8.00
Servicios sanitarios para el personal	1	2.75
Sala de Reuniones	1	15.00
<b>b. Área de Uso</b>		
Estación de Enfermería: área de trabajo y de depósito de materiales.	1	10.00
Área de preparación de medicamentos: Área de lavamanos, carro de curación, carro de medicamentos, nevera para medicamentos.	1	10.00
Cuarto de ropa limpia	1	3.65
Cuarto de examen y procedimientos	1	11.15
Área de depósito de equipos	1	8.00
Área para camillas, atriles y sillas de ruedas	1	8.00
Cuarto séptico	1	16.80
Cuarto de aseo	1	3.00
Cuarto de ropa sucia	1	3.65
Área social para actividades "ruidosas" (televisión, juego, comedor, etc.)	1	56.00
Área social para actividades "tranquilas" (lectura)	1	56.00
Área para terapia grupal		20.90
Cocineta para el personal	1	12.00
Vestidor con baño, servicio sanitario y lavamanos para el personal.	2	36.00
Salón de visitas.	1	10.00
Servicio sanitario con lavamanos para las visitas	2	5.50
Consultorios	3	27.72
Área de encamados (habitaciones de dos camas)	21	312.06
Baños, lavamanos y servicios sanitarios de pacientes.	21	105.00
Jardín.	1	
Cancha de baloncesto y volleybal	1	
Estacionamientos	84	
Sub total		761.68
Circulaciones	35%	266.59
<b>TOTAL</b>		<b>1028.27</b>

## **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

1. La demanda potencial para el proyecto de construcción de una nueva sala para el manejo de pacientes psiquiátricos en fase aguda se estimó en 561 egresos para el año 2005, 642 egresos para el año 2010, 722 para el año 2015 y en 808 egresos para el año 2020.
2. La necesidad de camas para satisfacer la demanda potencial para los años de vida útil del proyecto (20 años) es de 42 camas, siempre y cuando se mantengan los supuestos de un uso eficiente de la cama y manejo protocolizado de los pacientes.
3. La encuesta aplicada al recurso humano que labora en el Hospital Psiquiátrico permitió identificar los ambientes que debe tener una sala dedicada al manejo de pacientes psiquiátricos en fase aguda. Estos ambientes, que respetan los estándares de habilitación del Ministerio de Salud, son los siguientes:

**a. Área administrativa**

Oficina de Jefe del servicio con sanitario

Oficina de Enfermería con servicio sanitario

Área de secretaría del servicio con sala de espera

Servicios sanitarios para el personal

Sala de Reuniones

**b. Área de Uso**

Estación de Enfermería: área de trabajo y de depósito de materiales.

Área de preparación de medicamentos: área de lavamanos, carro de curación, carro de medicamentos, nevera para medicamentos.

Cuarto de ropa limpia

Cuarto de examen y procedimientos

Área de depósito de equipos

Área para camillas, atriles y sillas de ruedas

Cuarto séptico

Cuarto de aseo

Cuarto de ropa sucia

Área social para actividades "ruidosas"  
(televisión, juego, comedor, etc.)

Área social para actividades "tranquilas"  
(lectura)

Área para terapia grupal

Cocineta para el personal

Vestidor con baño, servicio sanitario y lavamanos para el personal.

Salón de visitas.

Servicio sanitario con lavamanos para las  
visitas

Consultorios

Área de encamados (habitaciones de dos camas)

Baños, lavamanos y servicios sanitarios de  
pacientes.

Jardín.

Cancha de baloncesto y volleybal

Estacionamientos

Circulaciones

4. Utilizando estándares de dimensionamiento tanto nacionales como internacionales se estimó que la nueva sala de pacientes agudos debe ocupar un área de 1028.27 metros cuadrados.

## **BIBLIOGRAFIA**

**BIBLIOGRAFÍA**

1. **Asenjo, Miguel Ángel.** Las claves de la gestión hospitalaria. Primera Edición. Gestión 2000. Barcelona, España. 1999. 138 páginas.
2. **Baca Urbina, Gabriel.** Evaluación de Proyectos. Tercera Edición. McGraw-Hill Interamericana de México. S.A. de C.V. México. D.F. 1995. 339 páginas.
3. **Barquín, Manuel.** Dirección de Hospitales. 6ta Edición. Nueva editorial Interamericana. México. 1992.
4. **Calvo, Martín.** Aspectos Históricos de la Reforma Psiquiátrica. Publicación. Facultad de Medicina Madrid. 2000.
5. **Chicas de Márquez, Gloria.** Antología Curso de Gerencia de Proyectos de Desarrollo. Instituto Centroamericano de Administración Pública. ICAP. San José Costa Rica. 1995.
6. **Chicas de Márquez, Gloria.** Gerencia de Proyectos I. Instituto Centroamericano de Administración Pública. ICAP. Panamá 2000.
7. **Cottini, Aristides.** El Hospital Programación Arquitectónica. Universidad de Mendoza. . 1982.

8. **Dever, Alan. G. E.** Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1991. Aspen Publishers, Inc. Rockville, Maryland, E.U.A. 417 pág.
9. **Escala Luzcando, Manuel.** Planificación Estratégica en sistemas locales de Salud. Primera Edición. Editorial Universitaria. Panamá. 1997. 256 páginas.
10. **Escala, Manuel.** Planificación Estratégica en Centros de Producción de Servicios de Salud. Antología. Universidad de Panamá. 2000.
11. **Fajardo Ortiz, Guillermo.** Teoría y Práctica Administrativa. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V. México, D. F. Primera edición. 1983. 776 páginas.
12. **Garza Treviño, Juan Gerardo.** Administración Contemporánea. Segunda Edición. McGraw- Hill. México, DF. 2002. 418 páginas.
13. **Pili Caballero, M. Pilar.** Unidades de Hospitalización: tendencias actuales de diseño. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. España. 1991. 91 páginas.
14. **Pinealt, Raynald y Daveluy, Carole.** La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias. Masson, S.A. 1995. 382 páginas.

15. **Ginés, AM.** La Reforma Psiquiátrica en Emilia-Romagna y el Programa de Salud Mental en el Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2000.
16. **González, Enrique.** La Crisis de Salud Mental. Editorial Interamericana de España. 1999.
17. **Grove, B.** Reform of Mental Health Care in Europe. British Journal of Psychiatry. 1994
18. **Isaza, Pablo y Santana Carlos.** Guías para el diseño hospitalario para América Latina. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Programa de desarrollo de servicios de salud. Serie No. 61. 1991. 191 páginas.
19. **Jiménez, Elizabeth.** Plan Estratégico de Redes e Establecimientos de Salud en Proceso de Cambio. Guía de Diseño y Renovaciones. OPS. 2001.
20. **Kleczkowski, B M.** Criterios de Planificación de Instalaciones de Atención de la Salud en los Países en Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Washington. D. C. 1986.
21. **Malagón-Londoño, Gustavo, Galán Morera, Ricardo y Pontón Laverde, Gabriel.** Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. Bogotá D.C., Colombia 2000. 2ª. Edición. 628 páginas.

22. **Malagón-Londoño, Gustavo, Galán Morera, Ricardo y Pontón Laverde, Gabriel.** Auditoria en Salud para una gestión Eficiente. Primera Edición. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia. 1998.
23. **Ministerio de Salud de Panamá.** Memorias del Hospital Psiquiátrico Nacional. Panamá, República de Panamá. 1999.
24. **Ministerio de Salud de Panamá. Unidad Técnica del Consejo Nacional de Hospitales.** Estándares de Acreditación para hospitales en Panamá. Panamá, República de Panamá. 2003.
25. **Ministerio de Salud de Panamá.** Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004. Panamá, República de Panamá. 2000.
26. **Ministerio de Salud de la República del Perú.** Dirección General de Salud de las Personas. Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria Marzo 1996.  
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/dess/NorTecProyArqHosp.pdf>
27. **Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.** Hospital Público de Autogestión Marco Conceptual, Estrategias e Instrumentos Operativos. Segunda

- Edición. Marcelo Kohan, Impresión & diseño, José Cubas 4530, Capital, Argentina . 1997. 175 páginas.
28. **Organización Panamericana de la Salud.** La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Octubre 2001. Washington, D. C. 365 páginas.
29. **Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud (OPS/OMS).** Declaración de Caracas. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. 1990.
30. **Paganini, José María y de Moraes Novaes, Humberto.** El Hospital Público Tendencias y Perspectivas. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud. 1994. 320 páginas.
31. **Pinealut, Raynald y Daveluy, Carole.** La Planificación Sanitaria. Conceptos-Métodos-Estrategias. Editorial Masson. Barcelona, España. Primera edición en idioma español. 1987. 382. páginas.
32. **Rosales Posas, Ramón.** Formulación y Evaluación de Proyectos. Instituto Centroamericano de Administración Pública. ICAP. San José, Costa Rica. Primera Edición. 1999. 217 páginas.

33. **Rubio, S.** Glosario de Economía de Salud y Disciplinas Afines. Ediciones Díaz de Santos. S.A España. 1995.
34. **Santana, Carlos e Isaza, Pablo.** Guías para el diseño hospitalario para América Latina. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Serie No.61. 1991.
35. **Salvatore, Dominick.** Microeconomía. McGraw-Hill Interamericana de México. S.A. de C.V. México D.F. Tercera Edición. 1997. 436 páginas.
36. **Shapiro, Janet.** Herramienta de Descripción general de la planificación. email: [nellshap@hexnet.co.za](mailto:nellshap@hexnet.co.za).
37. **The American Institute of Architects.** Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities". The American Institute of Architects (AIA). Washington, DC. 2001. 176 páginas.
38. **Universidad de Panamá, Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública.** Programa Médico Funcional y Programa Médico Arquitectónico para el Centro Médico Sanitario de la Concepción. 1996.
39. **Velarde, Abdiel..** Gestión de Hospitales. Cuadernos Técnicos. Dirección de Políticas de Salud. Ministerio de Salud de Panamá. 2000.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

**PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL, A.G. RES. 46/119, 46 U.N. GAOR SUPP. (NO. 49) P. 189, ONU DOC. A/46/49 (1991).**

### **Aplicación**

Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

### **Definiciones**

#### **En los presentes Principios:**

- a) Por «defensor» se entenderá un representante legal u otro representante calificado,
- b) Por «autoridad independiente» se entenderá una autoridad competente e independiente prescrita por la legislación nacional;
- c) Por «atención de la salud mental» se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta;
- d) Por «institución psiquiátrica» se entenderá todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental;
- e) Por «profesional de salud mental» se entenderá un médico, un psicólogo clínico, un profesional de enfermería, un trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental;
- f) Por «paciente» se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica,
- g) Por «representante personal» se entenderá la persona a quien la ley confiere el deber de representar los intereses de un paciente en cualquier esfera determinada o de ejercer derechos específicos en nombre del paciente y comprende al padre o tutor legal de un menor a menos que la legislación nacional prescriba otra cosa,
- h) Por «órgano de revisión» se entenderá el órgano establecido de conformidad con el principio 17 para que reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica

### **Cláusula general de limitación**

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios sólo podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros

### **Principio 1 : Libertades fundamentales y derechos básicos**

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por «discriminación» se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.
5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.
6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya

capacidad se trate no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá ésta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.

7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

**Principio 2 : Protección de Menores**

Se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

**Principio 3 : La Vida en la Comunidad**

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

**Principio 4 : Determinación de una Enfermedad Mental**

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.

4 El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.

5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta

**Principio 5 : Examen Médico**

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

**Principio 6 : Confidencialidad**

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne

**Principio 7 : Importancia de la Comunidad y de la Cultura**

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.
2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.
3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales

**Principio 8 : Normas de la Atención**

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.
2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluidos la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas

**Principio 9 : Tratamiento**

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.
3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.
4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

**Principio 10 : Medicación**

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.
2. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.

**Principio 11 : Consentimiento para el Tratamiento**

1. No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio.
2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:
  - a) El diagnóstico y su evaluación;

- b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto,
  - c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
  - d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.
- 3 El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.
- 4 4 El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento
5. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado
- 6 Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurren las siguientes circunstancias:
- a) Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario,
  - b) Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presentes la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento,
  - c) Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.
- 7 La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la

información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente

- 8 Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito
- 9 Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento
10. Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario
- 11 No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.
12. Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.
13. La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente
- 14 No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de

una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

- 15 No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito
- 16 En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente principio, el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido

**Principio 12 : Información sobre los Derechos**

1. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos
2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.
3. El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

**Principio 13 : Derechos y Condiciones en las Instituciones Psiquiátricas**

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su.
  - a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley,
  - b) Vida privada,

- c ) Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura, libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes, y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión,
  - d.) Libertad de religión o creencia
- 2 El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular
- a) Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;
  - b) Instalaciones educativas;
  - c) Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, esparcimiento y la comunicación;
  - d) Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad
3. En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.
- 4 El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

**Principio 14 : Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas**

- 1 Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:
  - a) Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;
  - b) Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes,
  - c) Atención profesional adecuada;
  - d) Tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos.
- 2 Todas las instituciones psiquiátricas serán inspeccionadas por las autoridades competentes con frecuencia suficientes para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atención de los pacientes se conformen a los presentes Principios.

**Principio 15 : Principios de Admisión**

- 1 Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.
- 2 El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad
3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario, en la forma prevista en el principio 16 infra, el paciente será informado de ese derecho

**Principio 16 : Admisión Involuntaria**

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:
  - a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o Inminente para esa persona o para terceros, o
  - b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le

proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva. En el caso a que se refiere el apartado b del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.
3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional.

**Principio 17 : El Órgano de Revisión**

1. El órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento.
2. El examen inicial por parte del órgano de revisión, conforme a lo estipulado en el párrafo 2 del principio 16 supra, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario se llevará a cabo lo antes posible después de adoptarse dicha decisión y se efectuará de conformidad con los procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional.
3. El órgano de revisión examinará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional.
4. Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.

- 5 En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario
- 6 Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.
- 7 El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

**Principio 18 : Garantías Procesales**

- 1 El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar
2. Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. Cuando tales servicios sean necesarios y el paciente no los obtenga, se le facilitarán sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.
3. El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles
- 4 Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescriba la legislación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial

5. El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.
6. Si el paciente o su representante personal o defensor solicitan la presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se considere que su presencia perjudicará gravemente la salud del paciente o pondrá en peligro la seguridad de terceros
7. En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.
8. La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y defensor. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la justicia y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de terceros

**Principio 19 : Acceso a la Información**

1. El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.
2. Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

**Principio 20 : Delincuentes**

- 1 El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.
- 2 Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra.
- 3 La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.
- 4 El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra

**Principio 21 : Quejas**

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional

**Principio 22 : Vigilancia y Recursos**

Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

**Principio 23 : Aplicación**

1. Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente
2. 2 Los Estados deberán dar amplia difusión a los presentes Principios por medios apropiados y dinámicos.

**Principio 24**

**Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas**

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica

**Principio 25**

**Mantenimiento de los derechos reconocidos**

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que sólo los reconocen parcialmente

## ANEXO 2

## DECLARACION DE CARACAS

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
  - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
  - b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados,
  - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
  - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
  - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento
5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración.
6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

## INSTAN

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y **otros** prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

Este es el texto de la Declaración adoptada el 14 de noviembre 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud,, (OMS/OPS) con el apoyo técnico y financiero del Instituto de Investigaciones auspicio de las siguientes entidades:

Asociación Mundial de Psiquiatría

Asociación Psiquiátrica de América Latina

Centro Colaborador en Salud Mental de la OMS, Universidad de Umea, Suecia

Centro de Estudios e Investigación en Salud Mental de la Región de Friuli,

Trieste, Italia

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de Estados

Americanos (OEA)

Consejería de Sanidad de Asturias, España

Diputación Provincial de Valencia, Servicio de Salud Mental, Valencia, España

Dirección General de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Andalucía,

España

Instituto Andaluz de Salud Mental

Federación Mundial de Salud

Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Livorno, Italia

Servicio Psiquiátrico del Servicio Sanitario de Reggio Emilia, Italia

Sociedad Interamericana de Psicología

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

Participaron en la reunión representantes de las entidades patrocinantes; juristas; miembros de los Parlamentos de Brasil, Chile, Ecuador, España, Mendoza

(Argentina), México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela; y

delegaciones técnicas de Brasil, Colombia, Costa Rica, Curazao, Chile,  
Ecuador,  
Estados Unidos de América, México. Nicaragua, Panamá, República  
Dominicana,  
Uruguay y Venezuela.

**ANEXO 3**  
**ESTÁNDARES CONSULTADOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE AMBIENTES DE**  
**LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL.**

**A-. ESTÁNDARES MÍNIMOS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LA**  
**HABILITACIÓN DE HOSPITALES. MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ.**  
**NOVIEMBRE 1999.**

**1. SERVICIOS DE ATENCIÓN – HOSPITALIZACIÓN - MEDICINA**

1. Sección de apoyo administrativo
  - a. Área de médicos
  - b. Área de enfermería
  - c. Área de secretaría
2. Servicios sanitarios para el personal
3. Estación de enfermería
4. Unidad del paciente
5. Área de medicamentos y preparación
6. Cuarto de exámen y procedimientos
7. Área de ropa limpia
8. Área de depósito de materiales y equipo
9. Área para camillas, atriles y sillas de ruedas
10. Baño y servicio sanitario de pacientes
11. Área séptica
12. Cuarto de aseo

**B-. ESTÁNDARES PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA**  
**DEL THE AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS (AIA). WASHINGTON, DC.**  
**2001. GUIDELINES FOR DESIGN AND CONSTRUCTION OF HOSPITAL AND**  
**HEALTH CARE FACILITIES.**

1. **Habitación del paciente:** cada cuarto del paciente debe llenar el siguiente estándar.
  - a. Máximo de dos pacientes por habitación
  - b. El área mínima de la habitación del paciente que incluye cuarto de baño, armario, vestíbulo, debe ser de al menos 9 29 metros<sup>2</sup> cuando se trata de

habitaciones individuales y de 7.43 metros<sup>2</sup> por cada cama, cuando se trate de cuartos con más de una cama

- c Todo paciente debe tener acceso al servicio sanitario sin necesidad de entrar al corredor general de la unidad. Una unidad sanitaria no debe servir a más de cuatro camas y a no más de dos pacientes por habitación. El cuarto de baño debe contener un water, closet y un lavamanos y la puerta debe abrir hacia fuera.

## 2. Áreas de Servicio.

- a. Estación de enfermería.
- b. Jefatura del servicio
- c. Almacén para materiales y suministros de oficina.
- d. Lavamanos
- e. Servicios sanitarios para el personal.
- f. Cocineta
- g. Cuarto de ropa limpia.
- h. Cuarto séptico.
- i. Estación para preparar y distribuir medicamentos.
- j. Comedor para pacientes.
- k. Por lo menos dos áreas sociales separadas: una para actividades ruidosas y otra para actividades tranquilas. Las dos áreas combinadas deben medir por lo menos 2.32 metros<sup>2</sup> por paciente y un mínimo de 11.15 metros<sup>2</sup> para cada uno de los espacios.
- l. Debe proveerse un espacio para terapia grupal. Debe medir por lo menos 20.90 metros<sup>2</sup>.
- m. Debe proveerse de facilidades para lavado y secado de la ropa con una lavadora y secadora automática.

## 3. Las siguientes áreas deben ser provistas pero pueden ser compartidas con otras unidades de hospitalización:

- a. Cuarto para guardar equipo
- b. Cuarto de examen y tratamiento: debe contener lavamanos, armarios, pupitre, y un mesón. Debe medir al menos 11.15 metros<sup>2</sup>.
- c. Almacén de equipo de emergencia
- d. Sala para la visita de familiares, debe medir al menos 9.29 metros<sup>2</sup>.
- e. Cuarto para pacientes que necesiten estar solos por un periodo de tiempo pero que no requieren un cuarto de seguridad. Debe medir al menos 7.43 metros<sup>2</sup>.

- f. Consultorios con un espacio mínimo de 9.29 metros<sup>2</sup>. Se debe proveer un consultorio por cada 12 camas psiquiátricas. Debe ser diseñado para proveer privacidad acústica y visual y construido para alcanzar un nivel de privacidad en la voz de 50 STC (se escucha pero no se entiende)
4. **Cuarto de reclusión:** debe haber al menos un cuarto de reclusión por cada 24 camas. Se utiliza para el manejo de pacientes violentos o suicidas, para proveerlos de seguridad y protección.
- Debe estar ubicado bajo supervisión directa del personal de enfermería
  - Una habitación por paciente
  - Su área mínima es de 56 metros<sup>2</sup>. En caso de que se requiera cama restringidora deberá medir 743 metros<sup>2</sup>
  - Las puertas deben ser de 112 metros<sup>2</sup> de ancho y deben permitir la observación del paciente manteniendo su privacidad.
  - La altura del techo mínima es de 274 metros<sup>2</sup>
  - El acceso a este cuarto se hace a través de un vestíbulo que provee acceso a un servicio sanitario. Tanto el vestíbulo como el servicio sanitario deben ser lo suficientemente grandes para el manejo seguro del paciente.
  - Las puertas deben abrir hacia fuera
  - El material acolchado de esta habitación debe cubrir piso, paredes y techos y debe ser de material retardado para la combustión de al menos una hora.
  - El hardware para los circuitos eléctricos debe ser especial

**C-. ESTÁNDARES PROPUESTOS POR M. PILAR GILI EN SU MONOGRAFÍA  
“UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN: TENDENCIAS ACTUALES DE DISEÑO”  
FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN. BARCELONA. ESPAÑA. 1991**

**1. Condiciones Generales.**

Nombre del Estándar	Estándar
Ubicación de las unidades de hospitalización	Zona tranquila, buena iluminación natural de sus dependencias, correcta ventilación
Tamaño del área de hospitalización	40% a 50% de la superficie total del hospital
Área asignada a una cama	20 mts <sup>2</sup> a 40 mts <sup>2</sup> (OMS)
Número de camas por unidad de hospitalización	30 camas (OMS)
Número de camas en cada habitación	2 camas - máximo 4 camas (entre el 15% y 20% del total de habitaciones de la unidad sean individuales)
Distancia recomendable entre el control de enfermería- habitaciones	26 metros

## 2. Condiciones de la habitación del paciente.

Nombre del estándar	Estándar
Tamaño de la habitación	9.29 metros <sup>2</sup> (individuales), 15 metros <sup>2</sup> (dobles) 7.43 metros <sup>2</sup> /cama (múltiples)
Temperatura	24°C Recomendaciones
Distancia cama-pared lateral	0.9 -1-1.2 metros (mínima 0.5 mts)
Distancia entre pies de cama y pared	1.20 mts y 1.60 mts
Distancia entre camas vecinas	0.90 mts / 2.20 mts si ambas camas están separadas por cortinas 1.60 mts - 2.0 mts en caso de camas encaradas por los pies
Anchura de la puerta	1.20 mts - 1.60 mínimo
Servicio de lavabos y baños Elementos mínimos requeridos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 wc por c/10 camas</li> <li>• 1 lavamanos c/2 camas</li> <li>• 1 ducha c/10 camas</li> <li>• 2 lavamanos c/6 camas</li> <li>• Superficie de wc + ducha + lavamanos 4 mts<sup>2</sup></li> </ul>

## 3. Áreas de uso.

Nombre del Estándar	Estándar
Control de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe situarse en el centro de la unidad y su distancia hasta la habitación más lejano no debería ser superior a 30.5 mts. Debe permitir visualizar directamente todas las puertas de las habitaciones y/o los pilotos luminosos de los timbres de llamadas</li> <li>• Superficie 10 mts<sup>2</sup>/30 camas</li> </ul>
Zona limpia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe situarse contigua al control de enfermería</li> <li>• Tamaño 10 mts<sup>2</sup></li> </ul>
Zona sucia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Próxima al control de enfermería</li> <li>• Dos zonas: una para el lavado de material y otra para almacenar ese material una vez limpio</li> <li>• Tamaño 12-17 mts<sup>2</sup>/30 camas</li> </ul>

**ANEXO 4**

**FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA MÉDICO FUNCIONAL  
Y MÉDICO ARQUITECTÓNICO.**

**A-. PROGRAMA MÉDICO FUNCIONAL.**

4. INTRODUCCIÓN.

5. EL ÁREA DE INFLUENCIA

5.8. ANTECEDENTES.

5.9. DINÁMICA DE LA POBLACIÓN.

5.9.1. Generalidades

5.9.2. Distribución por sexo

5.9.3. La edad de la población

5.10. NIVEL Y ESTRUCTURA DE LA SALUD.

5.10.1. La Mortalidad

5.10.2. La morbilidad

5.10.3. El saneamiento ambiental

5.11. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

6. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

6.8. INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL EFECTOR.

6.9. LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

6.9.1. Antecedentes

6.9.2. Los establecimientos de salud.

6.9.3. Los recursos humanos.

6.9.4. La accesibilidad.

6.10. CAPACIDAD INSTALADA, PRODUCCIÓN Y PRODUCTIVIDAD DE  
LOS RECURSOS DEL EFECTOR.

6.10.1. Recursos humanos.

6 10.2. Recurso cama

6 10.2.1. Egresos

6 10 2 2 Promedio días de estancia.

6.10 2 3. Porcentaje ocupacional.

6 10.2.4. Giro de cama

7 PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL ÀREA DE INFLUENCIA.

7 . 8 . Proyección de la población.

7 . 9 . Políticas operación

7 9 1 Porcentaje ocupacional.

7 9.2. Promedio días estancia

7 9 3 Egresos por cien habitantes

8 CLASIFICACIÓN DEL EFECTOR.

8 . 8 . Según su ámbito de acción

8 . 9 . Según su nivel de atención.

9. MISIÓN DEL EFECTOR

## **B-. PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO.**

1. AMBIENTES Y LOCALES.

2 CONEXIONES.

3. ACCESOS.

4. CIRCULACIONES.

5 CONDICIONES DEL SITIO.

6. ORIENTACIÓN

7 ALTURA DEL EDIFICIO.

8 TIPO DE CONSTRUCCIÓN

9. CAPACIDAD DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO .

## ANEXO 5

## ENCUESTA SOBRE AMBIENTES Y ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN PARA LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. 2004.

Fecha: \_\_\_\_\_

(Día, mes, año)

Cargo  Coloque el número que corresponda. 1- Médico especialista 2- Médico residente

3-. Enfermera. 4-. Auxiliar de enfermería

## 1. ÁREAS DE TRABAJO DE LA SALA DE AGUDOS.

Coloque un gancho en la casilla que mejor indique su respuesta sobre las áreas que deba tener la sala de agudos del hospital.

AREA	RESPUESTA	
	SI	NO
<b>1. Área administrativa</b>		
Oficina de Jefe del servicio		
Oficina de Enfermería		
Área de secretaria del servicio con sala de espera		
Servicios sanitarios para el personal		
<b>2. Área de Uso</b>		
1 Estación de Enfermería		
• Área de trabajo		
• Área de depósito de materiales		
2 Área de preparación de medicamentos		
• Área de lavamanos, carro de curación, carro de medicamentos, nevera para medicamentos.		
3 Cuarto de ropa limpia		
4. Cuarto de examen y procedimientos		
5 Área de depósito de equipos		
6 Área para camillas, atriles y sillas de ruedas		
7. Cuarto séptico		

8 Cuarto de aseo		
9. Área social para actividades “ruidosas” (televisión, juego, comedor, etc.)		
10. Área social para actividades “tranquilas” (lectura)		
11. Área para terapia grupal		
12. Salón de visitas.		
13. Consultorios		
14 Cuarto de seguridad (reclusión)		
15 Área de encamados		
16. Baños y servicios sanitarios de pacientes		
17 Jardín		
18. Estacionamientos		

2-. **ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN (encamados).** Coloque un gancho en la alternativa seleccionada. Sólo escoja una alternativa.

- 1 **Habitación:** de acuerdo a sus conocimientos y experticia en el tema, lo más apropiado para el manejo de sus pacientes (evolución terapéutica y seguridad) en cuanto a el área de encamados de la sala es que los mismos:
  - a Tengan una habitación individual (una cama por habitación)
  - b Compartan una habitación con dos camas como máximo (dos pacientes por habitación).
  - c. Puede haber cuartos individuales y cuartos para alojar a dos pacientes como máximo.
- 2 **Duchas y servicios sanitarios:** de acuerdo a sus conocimientos y experticia en el tema, lo más apropiado para el manejo de los aspectos de vigilancia, seguridad del personal y de los pacientes, en cuanto a el área de duchas y servicios sanitarios es que:
  - a Cada habitación disponga de ducha y servicio sanitario.
  - b Debe existir un área especial en donde estén ubicadas las duchas y servicios sanitarios.
  - c. Debe existir un área especial en donde estén ubicadas las duchas y servicios sanitarios, diferenciada según el sexo.

## ANEXO 6

**FORMATO CREADO PARA CALCULAR LA CANTIDAD Y EL DIMENSIONAMIENTO DE LOS AMBIENTES DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. 2004.**

Ambiente	Cantidad	Dimensión
<b>a. Área administrativa</b>		
1. Oficina de Jefe del servicio con sanitario		
2. Oficina de Enfermería con sanitario		
3. Área de secretaria del servicio con sala de espera		
4. Servicios sanitarios para el personal		
<b>b. Área de Uso</b>		
1 Estación de Enfermería. incluye área de trabajo y de depósito de materiales		
• Área de preparación de medicamentos. incluye espacios para lavamanos, carro de curación, carro de medicamentos, nevera para medicamentos		
2 Cuarto de ropa limpia		
3 Cuarto de examen y procedimientos		
4 Área de depósito de equipos		
5 Área para camillas, atriles y sillas de ruedas		
6. Cuarto séptico		
7 Cuarto de aseo		
8 Cuarto de ropa sucia		
9 Área social para actividades "ruidosas" (televisión, juego, comedor, etc.)		
10. Área social para actividades "tranquilas" (lectura)		
11 Área para terapia grupal		
12. Cocineta para el personal		
13. Vestidor con baño, servicio sanitario y lavamanos para el personal.		
14. Salón de visitas.		
15. Servicio sanitario con lavamanos para visitantes		
16. Consultorios		

17. Área de encamados (habitaciones para dos camas)		
18 Baños, lavamanos y servicios sanitarios de pacientes.		
19 Jardín		
20. Cancha de baloncesto y volleyball.		
21. Estacionamientos		
22 Circulaciones		

## ANEXO 7

<b>Egresos Esperados</b>	<b>Camas Esperadas</b>
<b>Egresos esperados 2005</b>	<b>Camas esperadas 2005</b>
$(0\ 00098*525273)+(515*109)=571$	$(571*15)/(365*0\ 8)=29$
<b>Egresos esperados 2010</b>	<b>Camas esperadas 2010</b>
$(0\ 00098*589893)+(579*0\ 109)=642$	$(642*15)/(365*0\ 8)=33$
<b>Egresos esperados 2015</b>	<b>Camas esperadas 2015</b>
$(0\ 00098*663178)+(651*0\ 109)=722$	$(722*15)/(365*0\ 8)=37$
<b>Egresos esperados 2020</b>	<b>Camas esperadas 2020</b>
$(0\ 00098*742125)+(728*0\ 109)=808$	$(808*15)/(365*0\ 8)=42$

**Tasa de internación o Índice de frecuentación. Año 2000.**

Tasa de internación =  $461/469842 = 0\ 00098$

**\*Egresos y camas esperadas por quinquenios de vida útil del proyecto.**

\*Egresos y camas esperadas fueron obtenidas mediante la hoja de cálculo electrónico Excell 2003

**ANEXO 8**

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN RESIDENTE DEL DISTRITO DE PANAMÁ. SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO. AÑOS 2000– 2020

<b>Grupo de edad</b>	<b>Años</b>				
	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2020</b>
20-24	73076	72673	78463	81084	87187
25-29	73814	74656	74530	81542	84576
30-34	66615	73583	75582	76696	83967
35-39	56726	66727	74838	78148	79575
40-44	46252	55730	66059	74975	78466
45-49	38348	45762	55892	67018	76221
50-54	30820	37164	45042	55685	67135
55-59	24055	28871	35283	43579	54125
60-64	17458	22147	26978	33715	41821
65-69	14024	15721	20171	25121	31617
70-74	11239	12342	14150	18717	23564
75-79	8904	9671	10954	12856	17177
80 y más	8511	10226	11951	14042	16694
<b>Total</b>	<b>469842</b>	<b>525273</b>	<b>589893</b>	<b>663178</b>	<b>742125</b>

## ANEXO 9

ESTÁNDARES UTILIZADOS PARA CALCULAR EL DIMENSIONAMIENTO DE LOS AMBIENTES DE LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL. 2004

Ambiente	1	2	3	4	5	6
<b>a. Área administrativa</b>						
1 Oficina de Jefe del servicio	8 00					
2 Oficina de Enfermería	7 00					
3 Área de secretaria del servicio con sala de espera	4 85/8 00					
4 Servicios sanitarios para el personal	2 75					
5 Sala de reuniones						15 00
<b>b. Área de Uso</b>						
1 Estación de Enfermería		21 6		10 00		
• Área de trabajo	3 20					
• Área de depósito de materiales	3 20					
2 Área de preparación de medicamentos				10 00		
3 Cuarto de ropa limpia	3 65					
4 Cuarto de examen y procedimientos	10 90	17 28	11 15			
5 Área de depósito de equipos	8 00					
6 Área para camillas, atriles y sillas de ruedas	8 00					
7 Cuarto séptico	7 25	12 96		12/17 c 30 camas		
8 Cuarto de aseo	2 35					
9 Cuarto de ropa sucia	3 65					
9 Área social para actividades "ruidosas" (televisión, juego, comedor, etc )			(2 32/pte o 11 15) +1 39/pte			
10 Área social para actividades "tranquilas" (lectura)			2 32/pte o 11 15			
11 Área para terapia grupal			20 9			

12 Cocineta para el personal						
13 Vestidor con baño, servicio sanitario y lavamanos para el personal					0 80	/armario
14 Salón de visitas	10 00/2 75		9 29			
Servicio sanitario con lavamanos para visitantes	2 75					
15 Consultorios	12 00		9 29 (1/12 camas)			
16 Área de encamados (habitaciones para dos camas)			9 29 o 7 43 cama			
17 Baños, lavamanos y servicios sanitarios de pacientes	14 55/18 15		1 serv/4 camas- 1 ducha/6 camas			
18 Estacionamientos			2 0 pte			
19 Circulaciones	35%	25%				

## Referencias

1. **Universidad de Panamá, Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública.** Programa Médico Funcional y Programa Médico Arquitectónico para el Centro Médico Sanitario de la Concepción. 1996
2. **Santana, Carlos e Isaza, Pablo.** Guías para el diseño hospitalario para América Latina Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Serie No 61. 1991
3. **The American Institute of Architects** Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities". The American Institute of Architects. (AIA) Washington, DC 2001 176 páginas
4. **Pili Caballero, M. Pilar.** Unidades de Hospitalización tendencias actuales de diseño. Fundación Avedis Donabedian Barcelona. España 1991.91 páginas
5. **Barquín, Manuel.** Dirección de Hospitales. 6ta Edición. Nueva editorial Interamericana. México. 1992.
6. **Ministerio de Salud de la República del Perú.** Dirección General de Salud de las Personas. Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria Marzo 1996. <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/dess/NorTecProyArqHosp.pdf>

## ANEXO 10

**RESULTADO DE LA ENCUESTA SOBRE AMBIENTES Y ESTÁNDARES DE  
HABILITACIÓN PARA LA SALA DE AGUDOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
NACIONAL. 2004.**

**TIPO DE PERSONAL**

Tipo de Personal	Número	Porcentaje
Médico Especialista	4	7.0
Médico Residente	6	10.5
Enfermera	19	33.3
Auxiliar de enfermería	25	43.9
Otro	3	5.3
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100.0</b>

**ÁREAS DE TRABAJO DE LA SALA DE AGUDOS.**

AREA	RESPUESTA			
	SI	%	No	%
Oficina de Jefe del servicio	56	98.2%	1	1.8
Oficina de Enfermería	56	98.2%	1	1.8
Área de secretaria del servicio con sala de espera	57	100.0		
Servicios sanitarios para el personal	57	100.0		
Estación de Enfermería	57	100.0		
Área de preparación de medicamentos	57	100.0		
Cuarto de ropa limpia	57	100.0		
Cuarto de examen y procedimientos	57	100.0		
Área de depósito de equipos	57	100.0		
Área para camillas, atriles y sillas de ruedas	57	100.0		
Cuarto séptico	57	100.0		
Cuarto de aseo	57	100.0		

Área social para actividades "ruidosas" (televisión, juego, comedor, etc )	57	100 0		
Área social para actividades "tranquilas" (lectura)	57	100 0		
Área para terapia grupal	57	100 0		
Salón de visitas	57	100 0		
Consultorios	57	100 0		
Cuarto de seguridad (reclusión)	1	2 0%	48	98 0%
Área de encamados	57	100 0		
Baños y servicios sanitarios de pacientes	57	100 0		
Jardín	57	100 0		
Estacionamientos	57	100 0		

## 2-. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

### Habitación:

	Si	%
Tengan una habitación individual (una cama por habitación)	16	30.8
Compartan una habitación con dos camas como máximo (dos pacientes por habitación).	19	36.5
Puede haber cuartos individuales y cuartos para alojar a dos pacientes como máximo.	17	32.7
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.0</b>

### Duchas y servicios sanitarios:

	Si	%
Cada habitación disponga de ducha y servicio sanitario	31	56.4
Debe existir un área especial en donde estén ubicadas las duchas y servicios sanitarios	4	3.4
Debe existir un área especial en donde estén ubicadas las duchas y servicios sanitarios, diferenciada según el sexo.	20	36.4
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

