

Ambulatorios Públicos en Venezuela^(*)

Por Sonia Cedrés de Bello**

C.I.V. 11.660

RESUMEN: *En el año 1986 el Gobierno Nacional inició un plan de construcción masiva de ambulatorios el cual contemplaba unas 220 edificaciones hasta el año 1992. En la realización de estas obras se usaron tres proyectos tipo que se repitieron por todo el país, sin variaciones para adecuarse a las necesidades locales de programas de atención médica y condiciones geográficas. En este artículo se expresan resultados de un estudio evaluativo de estas edificaciones nuevas, habiéndose encontrado ambulatorios usados con criterios diferentes a como fueron programados, acarreado modificaciones en su estructura física para adaptarse a otros usos; edificaciones abandonadas por inadecuada localización, y otras con sus espacios congestionados. Se recomienda otro tipo de soluciones distintas a los proyectos tipo que presenten flexibilidad en el diseño y la programación, y que sean factibles de adaptarse a las necesidades de la comunidad a servir.*

> Introducción

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Sanidad, (MSAS) como planificador y el Ministerio del Desarrollo Urbano, (MINDUR) como ejecutor de las obras, ha emprendido un plan de construcción de Ambulatorios en las áreas urbanas desde 1986, siguiendo la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (10) de extender la Atención Primaria de Salud a toda la población para el año 2000 (la que en Venezuela se estima en 25 millones de hab.).

Este plan contemplaba la construcción de aproximadamente 220 edificaciones ubicadas en poblaciones mayores de 10.000 hab. Estas edificaciones están clasificadas en tres tipos dependiendo de los servicios ofrecidos y sus niveles de complejidad: de la atención médica básica a las especialidades (4). Estos tres tipos de edificaciones se han realizado según tres diseños básicos que se han repetido por toda la geografía nacional, siendo el más pequeño, el Tipo I, el más construido.

* Ponencia presentada en el XII Congreso Internacional de Ingeniería Hospitalaria. MAYO 25-29; 1992. Bologna, Italia.

** M. Arch; Profesor-investigador del Instituto de Desarrollo Experimental de la Construcción (IDEC), Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Universidad Central de Venezuela. Apdo. 47169. Caracas 1041-A.

Para finales de 1990, las etapas del Plan de Construcción eran las siguientes:

el funcionamiento final de la edificación está íntimamente relacionado con estos aspectos: la población a ser-

número de consultas realizadas en los servicios ambulatorios públicos en el año estudiado (43.001.704 consultas), y la población a servir (17.564.000 hab. = 89% del total, el otro 11% se estima que usa los servicios privados), el índice de utilización fue de 2.4 consultas/hab./año; el cual resulta estar ubicado entre el índice de utilización considerado por la OMS como el umbral mínimo para países en desarrollo de 1.4 y los índices de los países desarrollados que se ubica entre 3-6 consultas/hab./año ⁽⁶⁾. Sin embargo en nuestro estudio asumimos un índice de utilización para la planificación de los nuevos ambulatorios de 3 consultas/hab./año, como meta para el año 2000 a fin de promover el nivel de la calidad del servicio y ampliar la cobertura poblacional.

Cuadro N° 1

Cantidad de Ambulatorios contemplados en el Plan de Construcciones del M.S.A.S.

AÑOS	ETAPA	TIPO			TOTAL
		I	II	III	
86-90	Construidos o en ejecución	107	10	4	121
90-92	Programados para su construcción	46	29	14	89
	TOTAL	153	39	18	210

Fuente: Memorias de MINDUR 86-89. Programas de Actuaciones Urbanísticas, 1990-94. M.S.A.S.

Junto al MSAS, existen también otras instituciones públicas que están construyendo el mismo tipo de edificaciones de atención médica ambulatoria con sus propios proyectos, alcanzando un total de 252 ambulatorios a ser construidos por el sector público en ese período estudiado, 1986-1992. De estas instituciones las principales son: el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IPASME) con 12 ambulatorios y la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal (JBPDF) con 30 ambulatorios.

En 1991, en la Universidad Central se realizó un estudio evaluativo ⁽²⁾ de las nuevas edificaciones, construidas y en funcionamiento, a fin de identificar aspectos que puedan contribuir a racionalizar su proceso de construcción, debido a que ello representa una gran inversión para nuestro país (aprox. Bs. 5.000 millones por 252 ambulatorios, sin incluir el equipamiento total), y es deseable que estas edificaciones alcancen su objetivo, de ser adecuados y accesibles.

Haciendo este estudio hemos abordado aspectos de planificación, programación y diseño ⁽¹⁾, debido a que

vir, el programa de actividades, la localización y las características espaciales ⁽⁵⁾. Algunos de los resultados del estudio se presentan en este artículo.

➤ **La Planificación:**

La población de Venezuela para 1990 era aproximadamente 20.0000 hab., para los cuales el servicio de salud por consultas ambulatorias, fue prestado por las distintas instituciones en los siguientes porcentajes, a nivel nacional:

MSAS	65.6%
IVSS	19.0%
PRIVADOS	11.0%
JBPDF	2.5%
IPASME	1.9%

Estos porcentajes fueron estimados en base al número de consultas realizadas durante el año 1989 en las instituciones públicas (hospitales y servicios ambulatorios). Por carecer de registros en cuanto a consultas realizadas en los servicios privados, éstos se estimaron en base al número de camas de hospitalización y los porcentajes de utilización estimados por el MSAS ⁽¹⁾.

Haciendo una comparación entre el

Según las características de los nuevos ambulatorios, en cuanto a infraestructura física, programación de servicios y personal; con las nuevas edificaciones la cobertura de la población por atención médica básica, se incrementará en 4 millones de hab. y si funcionan a toda su capacidad, el índice de utilización se puede elevar a 3 consultas/hab./año.

Los tres tipos de ambulatorios construidos tienen las siguientes coberturas poblacionales, según la clasificación oficial, discriminada en: población directa, para servicios médicos básicos; y población indirecta o referida, para servicios médicos especializados.

Cuadro N° 2

Cobertura poblacional de los Ambulatorios Urbanos ⁽⁴⁾

	Atención Directa	Atención Referida
Tipo I	10.000-20.000 h.	0
Tipo II	20.000 hab.	50.000 hab.
Tipo III	25.000 hab.	100.000 hab.

Fuente: Normas sobre clasificación de establecimientos de Atención Médica del Sub-sector Público. Gaceta Oficial N° 32.650 de fecha 20/01/83.

Para el estudio se escogió una muestra de 30 ambulatorios, ubicados en cinco diferentes Estados del territorio nacional, 5 en Falcón, 4 en Lara, 7 en Mérida, 3 en Nueva Esparta y 11 en Sucre; escogidos en razón a obtener variedad en: tipologías, climas, condiciones geográficas, usuarios, instituciones y que estuvieran construidos en el período 1985-1990, período en el cual se construyeron el mayor número de ambulatorios urbanos con proyectos concebidos especialmente para tal fin; los aspectos analizados fueron: tipología de diseño, elementos funcionales, patrones de uso, adaptación de la edificación al sitio, cobertura poblacional real y estado físico de la edificación.

En visitas efectuadas a esa muestra de ambulatorios, se encontró que las poblaciones atendidas por cada uno de ellos, varían de menor a mayor dependiendo principalmente de su ubicación y de la existencia o no de otro servicio de salud cercano, de la credibilidad, accesibilidad y otros factores, y no de la capacidad de su oferta.

Otros aspectos observados, fueron: edificaciones abandonadas por inapropiada localización, otras terminadas de construir y esperando por años a ser ocupadas y puestas en funciona-

miento, acarreado un deterioro físico y desmantelamiento; así mismo se observaron otras congestionadas, con espacios insuficientes para atender la demanda.

Haciendo una comparación entre la capacidad de atención de los servicios existentes y el bajo número de consultas realizadas, existe una diferencia, debido quizás a la baja credibilidad de la población en este tipo de servicios, deficiencia en la prestación del mismo, ubicación con difícil acceso o prestigio institucional, que traen como consecuencia que las emergencias de los hospitales permanezcan congestionadas.

Los tres tipos de Ambulatorios, están planificados para que funcionen conjuntamente con otros servicios formando una red de referencias. Teóricamente, se supone que el 80% de los problemas de salud se deben resolver en el primer nivel de atención médica, el cual se imparte en los tres tipos de ambulatorios, el 15% pasa al segundo y tercer nivel que se realiza en los ambulatorios II y III y en los hospitales, dejando el 5% para casos de tercer nivel de atención, exclusivo de los hospitales (8). De esta manera, si la red de referencias funciona, se conseguirá descongestionar los hospitales a través del uso adecuado de los ambulatorios.

➤ La Programación:

Los programas de servicios, personal, cantidad de espacios físicos, etc. son determinados por el MSAS (7) (9), para cada tipo de ambulatorio, los cuales se pueden describir en términos generales de la siguiente manera:

Ambulatorio Tipo I:

Ofrece atención médica y odontológica básica, control

materno-infantil y de escolares.

Ambientes:

3 Consultorios de Medicina General.

1 Consultorio de Odontología.

Depósito de medicinas.

Oficina del Supervisor.

Oficina de Trabajo Social.

Sala de espera.

Horario:

12 horas.

Personal:

2-6 Médicos Generalistas.

1-2 Odontólogos.

Ambulatorio Tipo II:

Ofrece los mismos servicios del Ambulatorio tipo I y además las 4 especialidades básicas: pediatría, obstetricia, medicina interna y dermatología, adicionalmente prestan primeros auxilios, cirugía menor y servicios auxiliares: Laboratorios y Rayos X.

Ambientes:

6 Consultorios.

Laboratorios y Rayos X.

Sala de primeros auxilios y cirugía menor.

Horario:

12 horas para servicios regulares.

24 horas para primeros auxilios y consultas de emergencia.

Personal:

3-6 Médicos generalistas.

6-12 Médicos especialistas

2-4 Odontólogos.

Ambulatorio Tipo III:

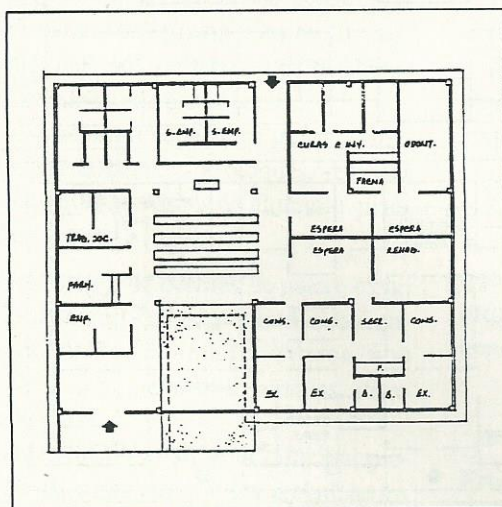
Ofrece los mismos servicios del tipo II y además otras especialidades, servicio de emergencia, servicios auxiliares. Es centro de referencias de los Ambulatorios tipo I y II para especialidades y servicios de diagnóstico, es similar al servicio de Consulta Externa de los hospitales.

Ambientes:

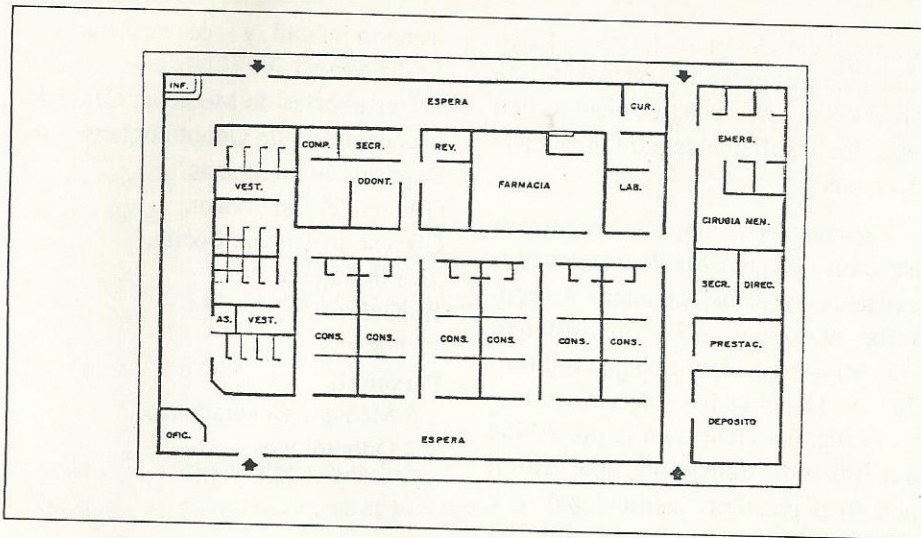
20 - 30 Consultorios.

Horario:

12 - 24 horas.



AMBULATORIO TIPO I - VERSION III - MINDUR - MSAS
AREA: 543 MS - FECHA DEL PROYECTO: 1985



AMBULATORIO TIPO II

Personal:

- 3-6 Médicos generalistas.
- 19-37 Médicos especialistas
- 4 Odontólogos.

En la muestra de los 30 Ambulatorios visitados, se observaron los siguientes cambios en los programas iniciales:

En los Tipos I:

Todos los establecimientos visitados han incorporado el Programa de Atención /Materno-Infantil (PAMI) que se ha establecido a nivel nacional, el cual consiste en distribución de leche para niños menores de dos años; para realizar esta actividad se hace uso de dos espacios, los cuales no fueron previstos, uno para depósito y entrega de la leche, y otro para control de peso y talla de los niños. Algunos ambulatorios funcionan 24 horas, teniendo que usar uno de los consultorios con baño, para reposo del médico de guardia. En otros han incorporado estudiantes de medicina en las actividades lo cual ha resultado en que los consultorios resultan pequeños, se usan consultorios como habitaciones para estudiantes y en otros casos se han construido anexos para residencias, salones de clase y de reuniones. El fregadero instalado en el área de espera para demostraciones

de puericultura, en ninguno de los casos se utiliza para ese fin.

En los Tipos II:

Algunos de ellos están atendiendo partos, para cumplir con un requerimiento de la población, dicha actividad se realiza en espacios no adecuados, y se usan los consultorios como ambiente de recuperación. En otros se ha expandido el departamento de

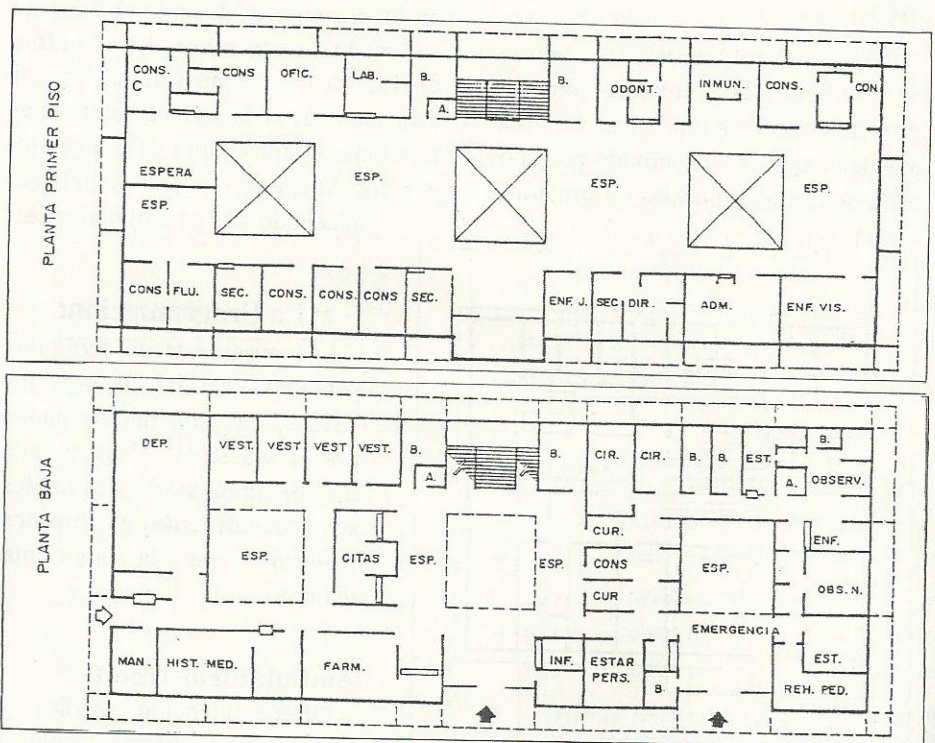
Administración incorporando oficinas para sub-director y salón de reuniones. Los consultorios diseñados inicialmente con dos ambientes separados para consulta y examen, han sido transformados en dos consultas, manteniendo la misma entrada.

En los Tipos II y III:

Los principales cambios observados en las remodelaciones y anexos fueron para servicios de: cirugía ambulatoria, hospitalización y maternidad, salas de partos, oficinas administrativas, residencias de médicos y estudiantes, salas de clases y reuniones, cuarto de pantry y cocinilla.

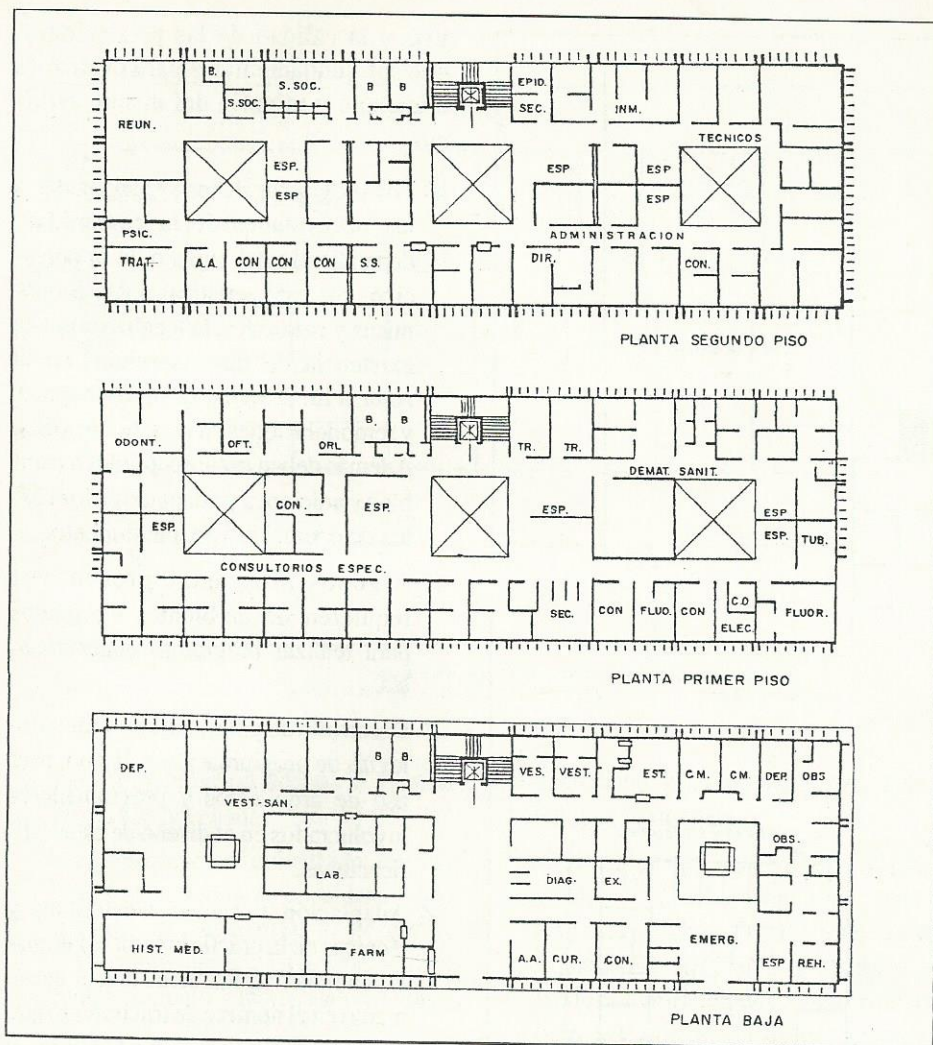
> El Diseño:

Los proyectos que se han construido fueron diseñados en 1986, pero algunos realizados en los 70 aún se están construyendo (Tipos II y III). Los esquemas obedecen a soluciones compactas debido principalmente a la ubicación en áreas urbanas donde la



AMBULATORIO TIPO II - (TIPO B)

AREA = 2.100 M2 - No. DE PISOS = 2 PROYECTO MINDUR - FECHA 1970



AMBULATORIO TIPO III - MSAS - (TIPO A)
 AREA = 3,535 No. DE PISOS = 3 PROYETO MINDUR FECHA = 1970

localización del terreno pasa a ser un factor de consideración.

❖ **Características constructivas:** en general los ambulatorios construidos presentan un sistema constructivo tradicional, no prefabricado, destacándose dos tipos estructurales:

- ✓ Estructura de concreto, techo de losa nervada, paredes de bloques, ventanas de vidrio y marcos de aluminio, pisos de granito.
- ✓ Estructura de perfiles de acero, techo de lámina metálica, plafond, aire acondicionado, tabiquería interna tipo sandwich, paredes de bloques, pisos de vinyl.

❖ **Adaptación al sitio:** el principal problema observado en los ambulatorios visitados fue de adaptación del edificio

al clima cálido, aun cuando se ha aumentado la altura del techo en algunos casos de 4 m. a 5.5. m., la temperatura interna es tan alta que obstaculiza la realización de las actividades apropiadamente. Los patios internos han sido cerrados en la mayoría de los ambulatorios tipo I visitados, para impedir la entrada de la lluvia.

Algunos ambulatorios tienen aire acondicionado en las áreas centrales que carecen de ventilación directa, otros sólo tienen en las áreas de emergencia y rayos X.

➤ **Recomendaciones:**

Para el Diseño:

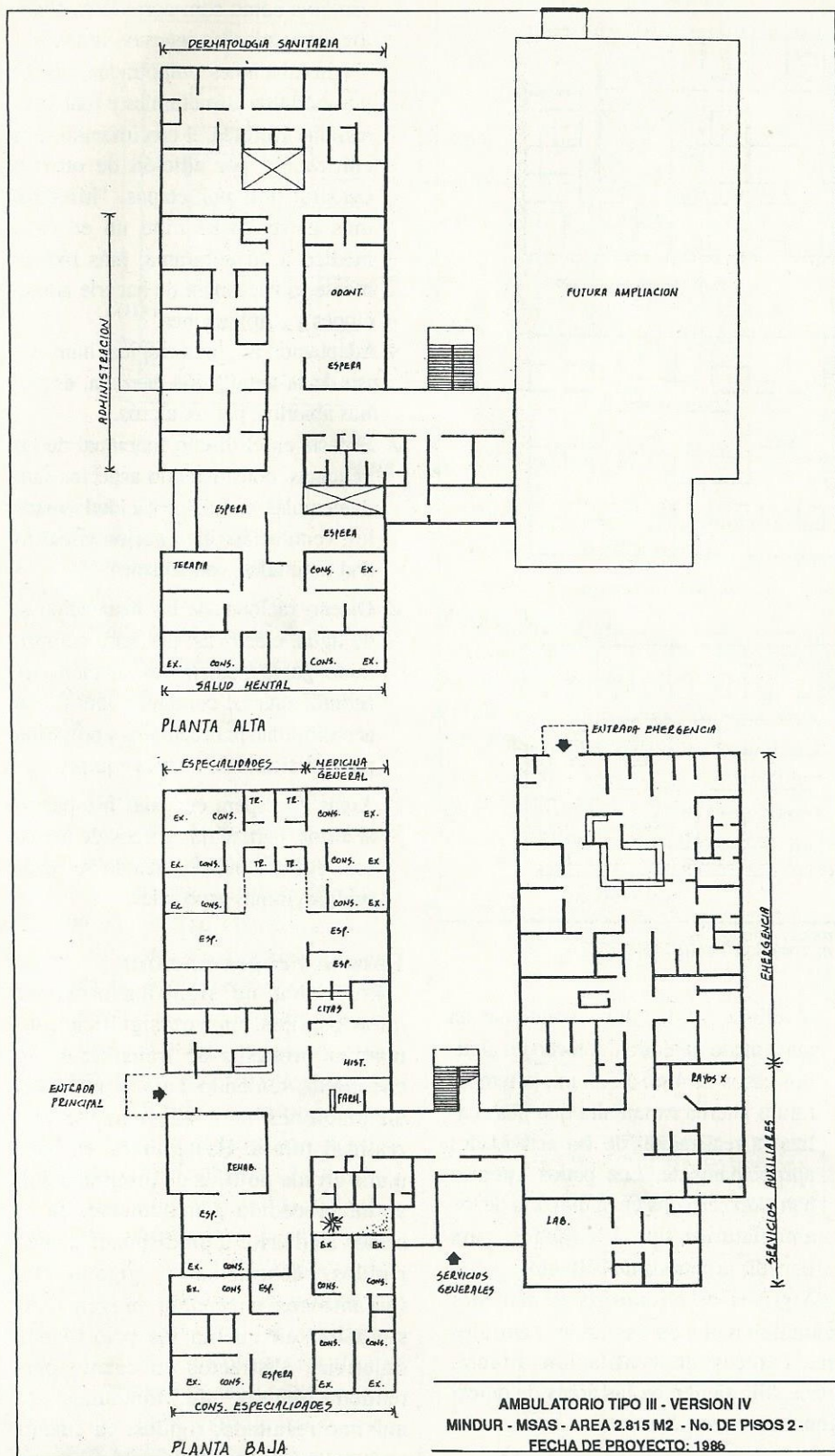
- ✓ Esquemas abiertos susceptibles a

cambios como son: corredores abiertos, cerramientos internos livianos y sin instalaciones empotradas, diseño por módulos estructurales y funcionales, que faciliten el crecimiento de la edificación por adición de otros o construcción por etapas. "Mientras más estrecho se ciñe un edificio médico a su programa, más rápidamente se necesitará de hacerle alteraciones y ampliaciones" (11).

- ❖ Adaptación al clima tropical húmedo, uso de la ventilación cruzada, esquemas abiertos, patios, aleros.
- ✓ Énfasis en el diseño funcional de las ventanas, considerando aspectos fundamentales como: privacidad, visuales, ventilación, iluminación y seguridad (animales, vandalismo).
- ✓ Diseño racional de las instalaciones: de agua, eléctricas, gas, aire comprimido, gases medicinales, succión, aire acondicionado, comunicaciones, con accesibilidad para cambios y previsión para adiciones de nuevos equipos.
- ✓ Áreas de espera cercanas a espacios abiertos, para alojar grupos de personas, eventualmente, cuando se realicen programas especiales.

Para la Programación:

Programar no significa proponer modelos fijos, en vez significa contemplar procesos de transformación constante, teniendo bajo control las adaptaciones para adecuarse a una realidad futura. Hasta ahora, en base a una errada política de programación se ha procedido generalmente, en el sector sanitario, a predisponer planes rígidos, abstractos y gigantescos (gigantescos en cuanto prevén todo sin tener en cuenta las prioridades objetivas, abstractos en cuanto pretenden obtener de inmediato el máximo resultado; rígidos, en cuanto se inspiran en modelos más o menos copiados de otras y diferentes realidades, preconfeccionados y por consiguiente escasamente susceptibles a adecuarse y modificarse).



tipo y la calidad de las prestaciones, que son fundamentales para evaluar la eficiencia y eficacia del mismo servicio.

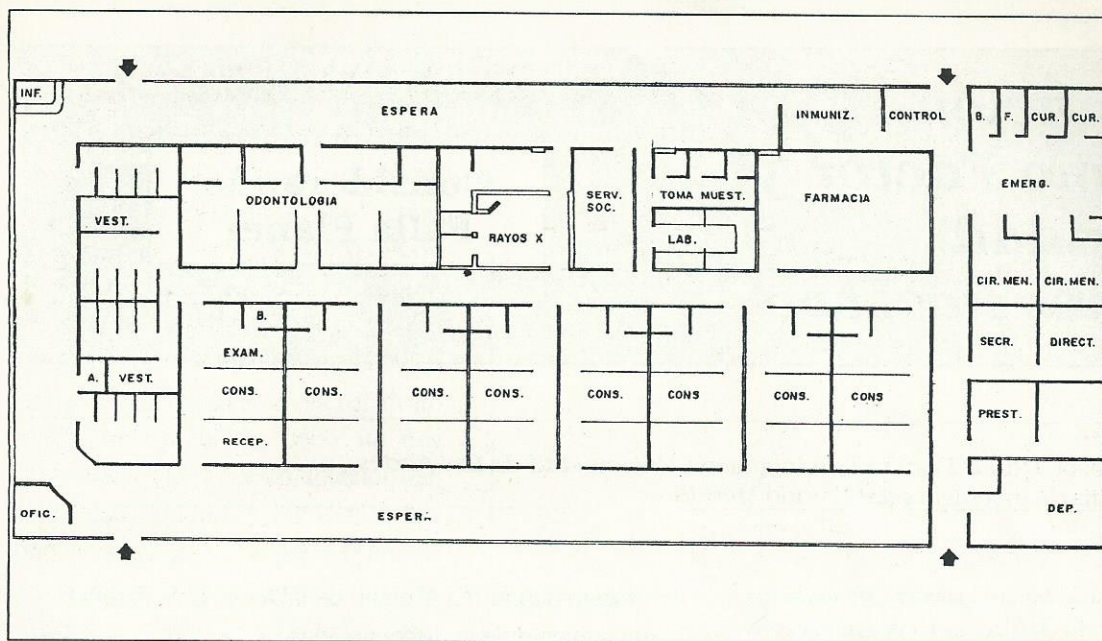
- ✓ Los programas deben ser adaptados a las necesidades de la comunidad, dependiendo del tamaño de la población, sus características socio-económicas y culturales, la localización y la existencia de otros servicios en la zona, a fin de evitar cambios mayores y remodelaciones en las edificaciones. Además deben ser susceptibles a cambios y adiciones y adaptados a los costos de operación y mantenimiento.
- ✓ Algunos programas preventivos requieren de ambientes equipados para realizar programas educacionales.
- ✓ Desarrollo de guías, índices y metodologías de programación y diseño, para uso de arquitectos y programadores involucrados en el diseño de estas edificaciones.
- ✓ Adaptación a nuevas tecnologías y técnicas de la práctica médica, las cuales cambian rápidamente con el incremento en el número de tratamiento que se realizan en forma ambulatoria y requieren modernización de ambientes y equipos especiales⁽³⁾. Existiendo la expectativa de que estas edificaciones se hayan construido y estén funcionando plenamente para el año 2000, contribuyendo en elevar los niveles de salud de la población, no es difícil pensar que algunos procedimientos terapéuticos cambiarán y los diseños hechos en los años 70' y 80' no se adaptarán apropiadamente.

Para la Planificación:

- ✓ Las recomendaciones en este aspecto van dirigidas en el sentido de estudiar la red de servicios existentes en forma integral, la ubicación de los servicios, las vías de comunicación, la demanda, las características y necesidades de la población local, a fin de construir el

Resulta que el servicio no ha sido identificado con la estructura física (Nº. de consultorios, Nº. de camas, etc.) y se ha puesto la atención única-

mente sobre el costo de la construcción y no de aquel de la gestión. Han estado ignorados y sub-valorados por otro lado parámetros tales como el



AMBULATORIO TIPO II - IVSS - 8 CONSULTORIOS
 AREA: 1.300 M² - FECHA DEL PROYECTO: 1981 - No. DE PISOS = 1

tipo de instalación adecuado y en la ubicación adecuada.

La planificación concebida de una manera integral debe considerar: programas, infraestructura, gerencia, financiamiento, costos de operación y mantenimiento, planificando acciones

a mediano y largo plazo y no solamente a corto plazo.

Al considerar planes para aumentar los servicios, se deben tomar en cuenta acciones combinadas de aumentar la capacidad de los ya existentes, aumentando el horario de funcionamiento, el personal, utilización de la capacidad

potencial, remodelaciones y ampliaciones además de nuevas construcciones.

El Dr. Montoya, consultor de la OMS, opina lo siguiente: "la infraestructura física del sistema de salud determina las coberturas, accesibilidad y efectividad del Servicio de Salud, y por consiguiente, la calidad del sistema en su totalidad. Al menos que las edificaciones asistenciales sean adecuadamente planificadas, diseñadas, ubicadas, construidas, equipadas y mantenidas, las

funciones de los servicios de salud no pueden ser realizadas en manera apropiada para satisfacer las necesidades presentes y futuras de la población"... "debemos conocer **qué, cuándo, y por qué** construimos, si esto no se hace puede ser un desastroso error" (12).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Bello S., Alvarez Y.; Koteich, Y.** (1991). "Ambulatorios Urbanos". Informe N° 1: Criterios generales de planificación. Inventario, clasificación y capacidad de la infraestructura existente, planes de construcción. Convenio TECNIDEC - MINDUR. IDEC-FAU-UCV. Junio.
2. **Bello S., Alvarez Y.; Koteich, Y.** (1991). "Ambulatorios Urbanos". Informe N° 2: Estudio evaluativo de las edificaciones existentes: ubicación, capacidad, tipología y uso, por entidad federal. Convenio TECNIDEC - MINDUR. IDEC-FAU-UCV. Julio.
3. **Bobrow M., Thomas J.; Roesch, A.** (1990) A targeting treatment, Building types study 680: Hospitals. Arch. Record. June 87-101.
4. **Gaceta Oficial.** Normas sobre clasificación de establecimientos de atención médica del Sub-sector público. Gaceta N° 32.650 de fecha 20/01/83. Venezuela.
5. **Kleczkowski, B.M.; Nilsson, N.O.** (1984) *Proyectos de instalaciones de atención de salud para los países en desarrollo: planificación, ejecución y mantenimiento.* Cuadernos de Salud Pública N° 79. Ginebra.
6. **Kleczkowski, B.M. Pibouleau, R.** (1979). *Criterios de planificación y diseño de instalaciones de salud en los países en desarrollo.* Publicación científica de la OPS N° 379; 13-14. Washington.
7. **Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.** (1985) Programación funcional y de necesidades físicas de los ambulatorios urbanos tipo I, II, III. Comité de Programas de Edificaciones Médico-Sanitarias. Caracas.
8. **Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.** (1989) *Venezuela: una visión de salud.* 1984-1988.
9. **Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.** (1989) *Programación de Empleados, equipo móvil y medicamentos.* Ambulatorios Urbanos tipo I, II, III. Comité de Programas de Edificaciones Médico-Sanitarias. Caracas.
10. **Organización Panamericana de la Salud. OPS-OMS.** (1982) *Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales.* Serie Salud para todos en el año 2000. Documento Oficial N° 179. Washington D.C.
11. **Weeks, J.** (1978) Northwick Park: *where only growth and change are constant.* Hospitals and Health Care Facilities. Mc. Graw Hill. New York. pp. 185.
12. **World Health Organization. WHO.** (1992) *Report on: meeting on guidelines for health facilities planning.* May. pp. 13. Buenos Aires.