

## LA COLMENA

### Arquitectura hospitalaria



Valentín Martín-Pero Aparicio

Enfermero

La evolución de la arquitectura hospitalaria, responde, por un lado, a criterios de especialidad, de demanda potencial, y tecnológico, por otro, a factores político – sociales y antaño a otros de carácter principalmente religiosos.

Desde un principio este sentimiento de religiosidad presidió la construcción de los hospitales. Se conocen datos de hospitales en la India, Imperio Hitita y Egipto donde el hospital incluía, además de su carácter religioso, un albergue para peregrinos.

En la Grecia de Hipócrates se sabe que los templos de Apolo y Santuarios del Epidaurio cumplían una función asistencial. En el mundo romano aparecen los “medicatrinos” o dispensarios y especialmente los “veletudiaris”, hospitales o lazaretos que acompañaban a las legiones y las casas para esclavos enfermos.

Es quizás, con la aparición y desarrollo del cristianismo, cuando es más importante el desarrollo de una arquitectura hospitalaria íntimamente ligada a la Iglesia, como concepto de caridad y misericordia. Es característica de

estas construcciones el que desde cualquier punto de las “salas de enfermos” fuese visible el Altar donde los clérigos oficiaban sus rituales. No hay que olvidar que la enfermedad era sinónimo de castigo divino y la proximidad a esa divinidad era fundamental para la sanación de los enfermos. En un principio,

con el Imperio Bizantino surgieron los albergues abiertos a mendigos y enfermos, siendo quizá el primero la llamada “Ciudad para Enfermos” construida por Basilio el Grande en el año 370 d.c. sirviendo de ejemplo, incluso, para el Imperio Árabe que posteriormente desarrolló las llamadas “Casas de Enfermos” al amparo de las Mezquitas,

posteriormente, ya en el siglo XII, aparecen las grandes construcciones hospitalarias como San Gall, ejemplo de hospital medieval, más tarde las reformas de Cluny y la Cisterciense plantearon soluciones a problemas tecnológicos, de ventilación y evacuación en casos de siniestro.

Tanto el nacimiento de la Burguesía como la Reforma dan origen a un tipo de arquitectura que podemos llamar civil, especialmente en los Países Bajos, Nórdicos e Inglaterra. Los criterios asistenciales surgirán con las Sociedades Médicas de principios del XVIII y aparece la Enfermería como lugar de diagnóstico, diferenciadas en crónicos, agudos o infecciosos.

Al final del siglo XVIII se construirán

los Hospitales de Pabellones. En España tenemos ejemplos muy importantes en el Hospital de San Pau de Barcelona, obra de Doménech, el de Basurto o el Marqués de Valdecilla, que es posiblemente el último Hospital de Pabellones que se construye en Europa. Este tipo de construcción incorporó la tecnología punta de la época, y avances como la circulación entre pabellones y la centralización de algunos servicios. En ese momento se recogió un grado importante de satisfacción tanto en enfermos como en el personal ya que solucionó los problemas de masificación de diseños anteriores.

El desarrollo de los aparatos elevadores y los sistemas de ventilación mecánica dan paso a la solución “mono bloc” originada en EEUU a partir de principios del siglo XX que es el modelo de la Arquitectura Hospitalaria Española en la creación de Hospitales del Seguro Obligatorio de Enfermedad, llamados posteriormente Residencias Sanitarias para eliminar la idea de Hospital como lugar de pobreza y difícil curación que desde el Medioevo ha perseguido a este tipo de instituciones.

Las Plantas del hospital se asemejarán, en casi todos ellos, al tipo de avión, donde los servicios técnicos son mínimos y las enfermerías, con capacidad para 30 – 40 pacientes se distribuyen en habitaciones de 6, 4, 2 y 1 camas, ocupando la mayor parte de su superficie.

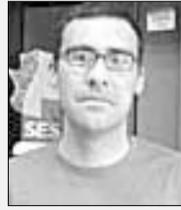
El INSALUD en los años 80 ante la necesidad de remodelar los hospitales construidos en décadas anteriores, reconoce que aún siendo innegable cuestionar la tendencia mundial de no sobrepasar la cifra de dos camas por habitación,

recomienda mantener tres camas por habitación, estableciendo casos singulares de dos y una cama. Como medida para mejorar la calidad se construyeron aseos en cada habitación.

Actualmente, la idea de Hospital, además de incorporar los modernos conceptos de desarrollo tecnológico, de diseños de Control de las Enfermerías, de una mejor relación con los diagnósticos y tratamientos etc, van teniendo en cuenta nuevos estándares sobre los conceptos de privacidad, calidad y confort propios de la sociedad del siglo XXI.

Ya nadie duda que las preferencias de los usuarios van en ese sentido, prefieren la habitación individual y con el máximo confort. Lo que antes era patrimonio casi exclusivo de los trabajadores del sistema y sus allegados ahora se va a hacer extensivo a toda la población extremeña gracias a la apuesta realizada por la Junta de Extremadura para que todas las habitaciones hospitalarias gestionadas por el Servicio Extremeño de Salud se adapten a las pretensiones de sus ciudadanos.

### Deterioro cognitivo



Pablo Duque San Juan

Coordinador del Plan de Deterioro Cognitivo en Extremadura

cuáles son las mejores estrategias de acción para dicho camino.

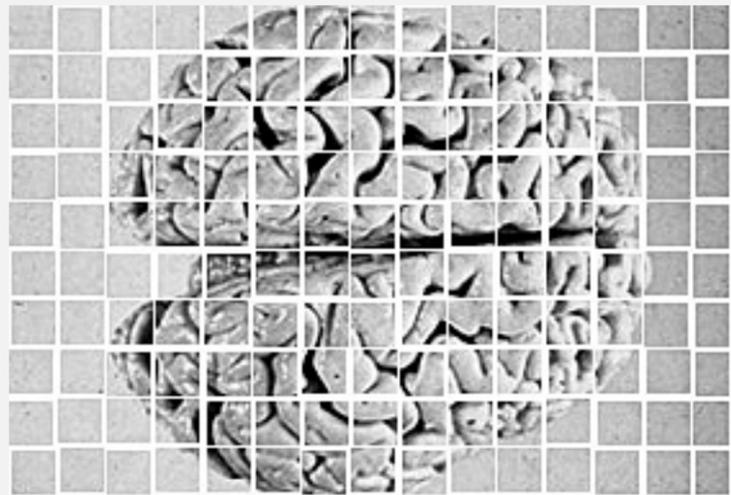
Los Planes Integrales se definen por estar “centrados en las personas, ya sean pacientes potenciales, estén en situación de riesgo o estén desarrollando o hayan desarrollado la enfermedad” y son fundamentales en el abordaje de determinadas enfermedades de relevancia sociosanitaria, basándose en la evidencia científica y en el consenso. Tal es el caso del deterioro cognitivo. ¿A qué se llama deterioro cognitivo? Podríamos definirlo como el menoscabo de una o más funciones cognitivas [memoria, atención, razonamiento, lenguaje, etc.]. Dicho deterioro forma parte -a veces de forma

Por qué llevar a cabo planes integrales de actuación? ¿Por qué en una patología en concreto y no en otras? Estas y otras preguntas surgen a diario en la reflexión de diferentes profesionales preocupados por el ser humano: qué debemos hacer, qué camino es el más adecuado entre varios que son buenos y

res en determinados núcleos de Extremadura y se hayan creado -por nombrar algunos- protocolos específicos de cuidados de Enfermería, programas de estimulación cognitiva o guías de actuación sociales. Pero, ¿es suficiente una motivación personal que lleve a los trabajadores del ámbito sanitario y social a ser buenos profesionales y a autodotarse de guías, “herramientas” de trabajo y buenas intenciones? Vuelve a ser obvia la respuesta: no.

La Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo, junto con la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Bienestar Social, han puesto la primera piedra para resolver esta cuestión: la creación del Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo, que estructura cómo se debe llevar a cabo, quién la debe hacer y qué recursos son necesarios para llevarla a cabo.

Las primeras directrices corresponden a la atención de pacientes con deterioro cognitivo degenerativo [p. ej., demencias tipo Alzheimer, Pick o Cuerpos de Lewy], de los que existen al menos 500.000 casos en España, 17.000 de los cuales estarían en Extremadura. Desde mayo hasta noviembre de 2005, doce grupos de trabajo del ámbito sanitario y social trabajaron para consensuar un



principal y otras como un síntoma más de varias enfermedades del sistema nervioso central -como la Enfermedad de Alzheimer o los Traumatismos Craneoencefálicos-, puede ser reversible o irreversible y puede generar dependencia. Para su abordaje, no sólo las estructuras sanitarias y las sociales tienen que estar estructuradas y tener protocolos de prevención, detección, diagnóstico, seguimiento y tratamiento, sino -y quizá principalmente- estar coordinadas.

¿Existe en Extremadura una estructura capaz de dar una cobertura sociosanitaria a pacientes con deterioro cognitivo? ¿Existen planes específicos para los deterioros cognitivos degenerativos y para los potencialmente recuperables? ¿Y para sus familias dada la gran carga sociofamiliar que generan dichas patologías? La respuesta es obvia y evidente: no. Sin embargo, el alto nivel de profesionalidad de nuestros trabajadores del ámbito sanitario y de los servicios sociales hace que, aun no existiendo hasta la actualidad un plan específico para el abordaje integral de esta patología, se hayan llevado a cabo acciones particu-

modelo de funcionamiento y unas guías de actuación en el deterioro cognitivo degenerativo, en el marco del Programa de Atención Sociosanitaria, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y del Servicio Extremeño de Salud, el Plan de Salud de Extremadura, el II Plan de Atención para las Personas con Discapacidad y el Plan de Acción para las Personas Mayores [estos dos últimos del IMSERSO], pero con las adaptaciones pertinentes a nuestra comunidad.

Durante este año comenzará la implantación de dicho plan y se comenzará a delimitar la segunda parte del mismo: la atención a pacientes con deterioro cognitivo secundario a diferentes daños cerebrales. Hacerlo realidad no es sólo asunto de los responsables de las consejerías de Sanidad y Bienestar Social.

No desistamos en este camino ya emprendido para detenernos a escuchar los ladridos de los perros que ladran en el camino y persigamos el objetivo que el que fue creado el plan [el único objetivo posible para este y otros planes de atención sociosanitaria]: el bien para el ser humano.