

RACIONALIZACIÓN DEL PROCESO
DE PRODUCCIÓN DE LAS EDIFICACIONES
DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA (*)

Sonia Cedrés de Bello (**)
Yolanda Alvarez (***)

Se plantea un marco referencial como antecedente para la ubicación del problema de las Edificaciones de Atención Médica Ambulatoria y su importancia actual. Luego se hace una visión general panorámica de las opciones con que cuentan las instituciones prestadoras de salud para la construcción de nuevos ambulatorios y, por último, se presenta el trabajo específico de investigación en el cual se pretende dar una revisión completa del proceso de producción de estas edificaciones, desde la planificación hasta el diseño y construcción de tal manera que este proceso se pueda racionalizar para mejorar su eficiencia.

121

* Ponencia presentada en el V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, celebrado en Caracas del 19 al 23 de Marzo de 1991

** Arquitecto M. Arch. Profesor-Investigador del Instituto de Desarrollo de la Construcción (IDEC), FAU - Universidad Central de Venezuela, Apdo. 47169, Caracas 1041-A

*** Arquitecto (IDEC), FAU - Universidad Central de Venezuela, Apdo. 47169 Caracas 1041-A

Antecedentes:

Recientemente se ha hablado mucho sobre la vinculación del quehacer universitario a los sectores productivos del país¹, recomendándose la búsqueda de formas creativas para establecer relaciones **Universidad-Estado**, para el desarrollo científico-tecnológico del sector salud; así mismo se establece que la investigación universitaria debe responder a las necesidades de salud en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

En este marco de ideas se ha planteado una investigación sobre "**LAS EDIFICACIONES DE ATENCION MEDICO-AMBULATORIA**", específicamente referido a los ambulatorios urbanos a través de un convenio entre la Universidad Central de Venezuela y el Ministerio del Desarrollo Urbano (MINDUR), a fin de vincular este estudio con el organismo público ejecutor principal de tales obras.

En el país, a partir del año 1986, el Gobierno nacional ha emprendido un plan de construcción de ambulatorios urbanos, obedeciendo a la estrategia de la Organización Mundial de la Salud de extender la atención primaria de salud a toda la población. Este plan contempla la construcción de aproximadamente 200 ambulatorios entre los años 1986-1992, ubicados en poblaciones mayores de 10.000 habitantes, y están clasificados en tres tipos según su cobertura poblacional, y el tipo de servicios ofrecidos: de primero y segundo nivel de atención. Las edificaciones responden a tres proyectos tipos que se han repetido en todo el país.

Es la intención de este trabajo, recalcar que el arquitecto diseñador no es el único responsable de la eficiencia de la edificación construida, sino que el diseño es producto de una programación cuyos parámetros y limitaciones son decididos en otras instancias, las cuales en algunas ocasiones obligan a reducir áreas o espacios, a hacer edificaciones compactas, a limitarse en el uso de los materiales, a eliminar o considerar algunas instalaciones especiales, etc. Estos parámetros o limitaciones se imparten creyendo que es la mejor manera de reducir los costos de construcción, sin considerar la funcionalidad, la durabilidad y el mantenimiento. Otro aspecto es manifestar que cuando se diseña un proyecto tipo debe ser adaptable al sitio donde se ubica en cuanto a su programación y su diseño.

Introducción:

El país cuenta con 57 instituciones prestadoras de atención médica sin fines de lucro. Este universo merece estudiarse en conjunto para establecer un punto de partida sólido con el cual plantear las bases de la planificación y programación de nuevos establecimientos de salud. **“Los avances de la teoría de la planificación son principalmente del dominio del análisis de la situación, o de lo entendido clásicamente como diagnóstico, aunque esta palabra implica juicio que se desprende del análisis”.**²

Para el análisis de la situación de la infraestructura física en salud del país, es prioritario el estudio de, al menos, parte importante del universo de éstas instituciones, las que atienden por estadísticas aproximadamente entre el 60% y el 75% de la población a nivel nacional. Dichas instituciones son el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal, y el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, las cuales tienen un sistema de información centralizado, algo incompleto, aislados unos de otros, pero con estadísticas recopiladas o publicadas de manera tal, que pueden tomarse como base de datos para un análisis del conjunto.

Es de suponerse, bajo estas circunstancias, que los organismos oficialmente responsables de la planificación de salud en Venezuela: M.S.A.S. y CORDIPLAN, no poseen información actualizada de éste universo de instituciones, ni siquiera de las más importantes, como para dictar pautas y políticas de planificación en este sector acordes con la realidad.

124

Teniendo en mente estas premisas, el trabajo se planteó inicialmente como una revisión y evaluación de los proyectos arquitectónicos de los ambulatorios urbanos que están siendo construidos por el M.S.A.S., a fin de comprobar su adaptabilidad a las necesidades de las diferentes regiones donde se han construido, debido a que parten de un proyecto tipo que se ha repetido en algunos casos hasta 107 veces, sin variar su programación y diseño. Al intentar hacerlo nos vimos en la necesidad de revisar los programas de actividades a realizarse en cada uno de ellos y sus necesidades de espacio físico y equipamiento. Los programas a su vez tienen una vinculación directa con las coberturas poblacionales asignadas y con los distintos niveles de atención médica lo que conlleva a la revisión del proceso de la planificación en las diferentes instituciones prestadoras de salud, de su cobertura poblacional, y los establecimientos que conforman la oferta y de su localización, entre otros elementos.

El estudio abarca una revisión de las tres etapas: la planificación, la programación arquitectónica de las edificaciones y los proyectos de los diferentes establecimientos de salud de tipo ambulatorio, ya que se hace evidente que no puede existir una desvinculación entre los procesos de construcción y los procesos de planificación, los cuales generan los requerimientos que deben satisfacer las edificaciones médico-asistenciales.

La racionalización en el gasto de inversión está en el proceso mismo, tiene que ver con la planificación y programación de tales edificaciones, así mismo con el tiempo que tardan en construirlas (de uno a cuatro años) con los gastos de equipamiento y mantenimiento, con la cantidad de edificaciones contruidas del mismo tipo, y con algo que casi nunca se toma en cuenta: la vigencia del proyecto arquitectónico tipo; ya que generalmente suele repetirse, su construcción, hasta diez o mas años después de haberse diseñado.

Por otro lado, la atención médica ambulatoria aumenta como en una progresión geométrica; una de las razones más importantes es la dirección por donde se mueven los adelantos en los tratamientos y procedimientos de la ciencia médica: la simplificación; es decir, los procedimientos que antes necesitaban hospitalización, ahora se hacen ambulatoriamente inclusive algunos quirúrgicos; por ejemplo, el desarrollo de las técnicas medico-quirúrgicas con el rayo laser ha contribuido mucho en este aspecto. Este cambio ha estado generando a nivel mundial³, un énfasis en la creación de nuevos establecimientos de atención médica ambulatoria, que pueden sustituir parte de la acción médica hospitalaria con un costo menor. Por supuesto este cambio se traduce en términos de infraestructura física en un reordenamiento de los espacios y funciones que en esta se realizan: modificaciones en la planificación y programación y por consiguiente, el diseño.

125

Opciones con que cuentan las diferentes instituciones para la prestación de servicios:

Bajo los conceptos emitidos podemos entrar a describir las opciones que las cuatro instituciones ya mencionadas tienen para construir nuevos ambulatorios. Estas opciones podemos calificarlas de algo desordenadas, desactualizadas y totalmente descoordinadas entre sí. Tomando como ejemplo los programas médico-arquitectónicos de cada uno de los tres tipos de ambulatorios del M.S.A.S., que datan de principio de los ochenta; es decir, de diez años atrás, por lo que no es difícil imaginarse que estos adelantos de la ciencia médica antes mencionados y otros elementos no están plasmados en dichos programas, y por ende, los proyectos arquitectónicos que actualmente se encuentran en construcción fueron diseñados en la misma época y bajo esos programas, arrastrando una serie de deficiencias que

serán evidentes al momento en que comiencen a prestar servicios, trayendo como consecuencia que se comiencen a ampliar y/o transformar las edificaciones nuevas.

Las otras instituciones restantes cuentan en términos generales, con una falta de coordinación de sus estrategias de atención médica con el M.S.A.S., simplemente cada una se mira a si misma a la hora de planificar y programar. No es tampoco un secreto que los programas médico-arquitectónicos que estas instituciones establecen y ejecutan no obedecen al resultado del diagnóstico de las necesidades de salud de los asegurados y beneficiarios de sus sistemas, ni si la localización dentro del área es la más conveniente para sus beneficiarios; sino es producto de una línea genérica planteada por las instituciones, que en cierto modo se asemeja a las orientaciones del M.S.A.S.

Actualmente nos encontramos con una cantidad de ambulatorios, del M.S.A.S. y del I.V.S.S., terminados y abandonados, o sub-utilizados, bien porque están mal ubicados y la población no tiene acceso a ellos o por no corresponder su programación a las necesidades de la población ⁴. Ejemplo de ello tenemos los ambulatorios tipo I destinados a la atención del primer nivel, que teóricamente contempla entre sus funciones, actividades de educación a la comunidad y no cuentan con locales, ni equipamiento, ni personal para realizar esta actividad ⁵, debido a que no están contempladas dentro de los programas de necesidades físicas y equipamiento con que se hacen los proyectos de arquitectura.

126

Igualmente nos encontramos con edificaciones en las cuales es casi imposible realizar las funciones adecuadamente debido a la falta de confort térmico pues fueron implantados en climas calurosos sin tomar en cuenta la adecuación del diseño tipo a las diferentes ubicaciones geográficas del país.⁶

Los programas de necesidades médicas del M.S.A.S. y del I.V.S.S. para establecimientos de atención ambulatoria son rígidos, es decir, son iguales para toda la nación, no importa si donde se va a ubicar es en una población que pertenece a un estado andino, a un territorio federal ó a el área metropolitana de Caracas. Con solo imaginarse la diversidad de necesidades de atención médica en regiones tan diferentes en clima, geografía y población, dotación de servicios públicos, estratos socio-económico de la población, morbilidad, etc.; no es necesario ser un experto para reconocer que estos programas deberfan tener diferencias.

Se han encontrado ambulatorios donde se atienden partos y emergencias sin disponer de los espacios y equipamiento adecuados. Así mismo existen otros donde funcionan consultas de emergencia las 24 horas y no tienen previstos espacios de reposo para personal de guardia lo que trae como consecuencia que utilizen los

consultorios para esa función, relegando la consulta a realizarse en espacios inadecuados; algunos incorporan programas docentes, careciendo de espacios adecuados para los estudiantes.

El proceso de producción de edificaciones de atención médica ambulatoria, requiere una revisión de todas sus etapas desde la planificación hasta el diseño, construcción y equipamiento, de tal manera que el producto, en este caso la edificación, sea el resultado de la optimización de los subproductos, por ejemplo, los programas de necesidades físicas y los proyectos que son etapas del proceso, deberían ser realizados en forma flexible y con variables de manera que se puedan ajustar a situaciones particulares; y que además estos puedan ser periódicamente revisados para su actualización en forma sencilla y en un tiempo más corto. En esta forma podríamos hablar de una racionalización del proceso.

La O.M.S. establece: **“Para poder identificar los requerimientos que debe reunir la edificación, es indispensable definir antes las funciones que en ellos deben desplegarse. Para ello es necesario un proceso de planificación que permita establecer un orden de prioridades entre los problemas de salud y definir la acción indispensable para hacer frente a estos problemas en los distintos escalones. Solo después cabrá identificar las necesidades en materia de construcción, material y equipo. En resumen, la ejecución de un proyecto de construcción de edificaciones sanitarias debe seguir al proceso general de planificación del sistema de salud y no precederlo.”**⁷

En este orden de ideas, comentaremos algunos de los resultados del trabajo en ejecución, referidos a la primera etapa: “revisión de la planificación”⁸. Se estudiaron las cuatro instituciones del sub-sector público antes mencionadas y tangencialmente, debido a la falta de datos estadísticos, el sub-sector privado.

127

Tomemos como ejemplo los resultados de la más importante de las instituciones prestadoras de salud, que es además la rectora de las políticas de salud en el país y la que a más personas atiende en sus servicios: M.S.A.S. Es interesante acotar que a pesar de tener una organización muy completa no tiene definida su cobertura poblacional real. Este organismo estima en términos genéricos que atiende el 75% de la población del país, porque no toma en cuenta el solapamiento con otras instituciones, sin embargo, si tomamos en cuenta los beneficiarios y la oferta de las otras tres instituciones: I.V.S.S., J.B.P.D.F. e I.P.A.S.M.E. y la capacidad de atención del subsector privado, se nos reduce este universo a un 64,2%.

La cobertura poblacional de la atención ambulatoria en cada una de las instituciones estudiadas, la hemos estimado con los datos estadísticos de las consultas efectuadas en 1989. Es de aclarar que en la actualidad el IVSS está

atendiendo también a población no beneficiaria debido a la crisis de salud; por otro lado, al estimar el déficit del MSAS, se están absorbiendo los déficits de las otras instituciones, esto significa, que el déficit estimado a nivel nacional en lo que respecta al MSAS y al IVSS hay que asumirlo con reservas.

Cuadro Nº 1
Consultas Medico-odontológicas efectuadas en las principales
instituciones públicas prestadoras de salud en 1989.

Institución	Hospitales	Ambulatorios	Sub-Total
MSAS	10.426.843	11.433.370	21.860.213
IVSS	3.770.220	7.445.268	11.215.488
JBPDF	1.221.129	228.993	1.510.122
IPASME	-	1.129.476	1.129.476
Total			35.715.299

Fuente: elaborado con los datos suministrados por las instituciones referidas.

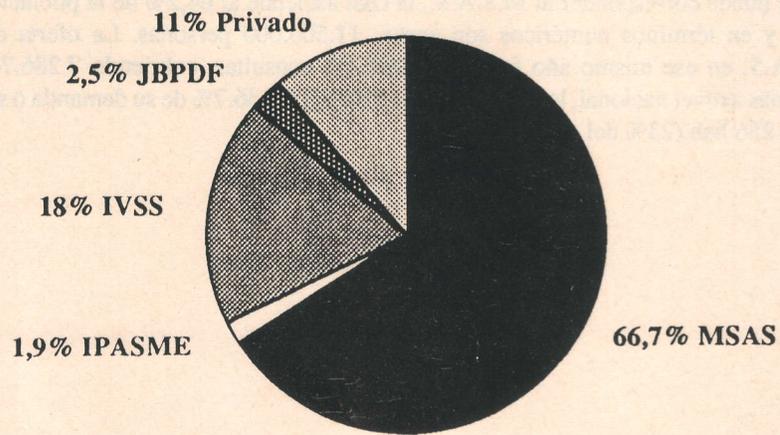
Para estimar esta cobertura hemos aplicado el índice de **3 consultas/hab/año**, el cual hemos asumido en este estudio después de hacer un análisis entre diversos índices: **1.4** es el considerado por la OMS como el umbral mínimo de utilización para satisfacer las necesidades básicas de salud de una población; de **3 a 6** para poblaciones con alto nivel de vida⁹, el IVSS ha utilizado **5** para sus programaciones¹⁰, en Cuba se ha alcanzado un índice de **3.6**¹¹, considerando promover un nivel de vida mas apropiado para nuestro país en desarrollo, no nos hemos ubicado en el umbral mínimo. Conociendo las coberturas determinamos el déficit de cada institución separadamente. La población nacional para 1990 según el censo de ese año era de **18.105.265 hab.**

Comencemos por el I.V.S.S., que realizó 11.215.488 consultas entre hospitales y ambulatorios, esto significa que cubrió una población de 3.738.496 personas (20% del total nacional); teniendo 5.750.341 beneficiarios, se puede decir que atendió al 65% de ellos y tiene un déficit del 35%. El IPASME cuenta con un universo de 1.489.600 beneficiarios, pero con 1.129.476 consultas en el año en estudio, su cobertura fue del 25% de ellos, es decir, 376.492 personas, que representan el 2% del total nacional. La J.B.P.D.F atendió 1.510.122 consultas, que representa una cobertura de 503.374 personas y el 2,8% del total nacional. Adicionalmente se puede estimar un 11% de población cubierta por el sub-sector privado en consultas externas, (el M.S.A.S. estima entre el 10% y el 15%).

Con la suma de todos estos porcentajes, que representan la cobertura real de cada una de las instituciones, se puede aproximar la demanda en servicios ambulatorios que le puede corresponder al M.S.A.S., la cual asciende al 64,2% de la población total, y en términos numéricos son aprox. 11.500.000 personas. La oferta del M.S.A.S. en ese mismo año fue de 21.860.233 consultas, cubriendo 7.286.744 personas a nivel nacional, lo que significa un déficit del 36.7% de su demanda o sea 4.213.256 hab. (23% del total nacional).

Gráfico N° 1

Cobertura Poblacional de Atención Médica Ambulatoria.



Analizando las estadísticas en relación a las metas programadas y las realizadas, por el M.S.A.S. (Cuadro Nº 2), se encontró una marcada deficiencia en las metas no alcanzadas, destacándose las consultas preventivas con un déficit del 37% y la educación sanitaria en un 59%. Por el contrario, la atención médica simplificada superó las metas programadas, así como las de las consultas curativas.

¿Por qué puede suceder esto? Pueden surgir varias hipótesis que habrá que comprobar: la falta de equipos y suministros, deficiencias administrativas, deficiencias de personal, localización inadecuada, inaccesibilidad de la población al servicio y del servicio a la población, o déficit de infraestructura física ambulatoria, etc.

Cuadro Nº 2
Ejecución Física de Metas-Ambulatorios
Urbanos I-II-III y Rurales I-II-1989

METAS	Unidad de Medidas	Trimestres 1, 2, y 4			
		Programada	Realizada	Diferencia Absoluta	%
Atención Ambulatoria:					
Consultas Curativas	Consulta	7.880.706	8.152.803	272.097	3,34
Consultas Preventivas	Consulta	7.633.184	4.801.178	2.832.006	-37
Atención Odontológica	Consulta	2.862.411	2.378.050	484.361	-17
Otras:					
Atención Domiciliaria de Enfermería	Visita	1.049.826	745.172	304.654	-29
Control Sanitario	Inspección	246.704	242.957	3.747	-2
Atención Suplementaria Nutricional	Pote de Leche	1.020.650	814.142	206.508	-20
	P.L. (Kgs.)	1.376.614	474.633	901.981	-66
	Lactovisoy	32.886	10.754	22.132	-67
Inmunizaciones Diversas	Dosis Vacuna	5.616.410	4.160.331	1.456.079	-26
Atención Médica Simplificada	Atención	2.984.366	3.323.885	339.519	10,22
Atención Servicio Social	Atención	1.139.780	553.636	586.144	-51
Visita Servicio Social	Visita	269.156	193.713	75.443	-28
Actividades de Educación Sanitaria	Charla	1.421.165	575.776	845.389	-59

131

Fuente: Dirección de Planificación y Estadísticas -M.S.A.S.-1989

Otro resultado interesante de comentar, es la base de cálculo de consultas y consultorios establecida en los programas de necesidades vigentes hasta los momentos en el M.S.A.S., para los tres tipos de ambulatorios. Esta es de 1,5 consultas/persona/año. (recordemos que la OMS estima este índice como el umbral mínimo de utilización y en este estudio hemos determinado el índice de 3 cons./hab./año como mas apropiado para nuestro país) Es de notar que a pesar del marcado déficit de oferta de consulta externa que se observa, con esos datos estadísticos, resulta un promedio de 2 consultas/persona/año para la población nacional.

Esta base de cálculo utilizada para la programación de los ambulatorios conduce a que la población que cada uno de ellos tiene programada cubrir, no alcanzaría los niveles recomendados; por ejemplo, un ambulatorio tipo I cuya cobertura asignada es de 20.000 habitantes tendría que atender una demanda de 60.000 consultas/año en atención directa, de Medicina General(3 cons/hab/año), pero el número máximo de médicos contratados es de 6, si cada uno atiende 7000 cons/año (según programación funcional de necesidades médicas, estimado por el M.S.A.S.), la capacidad del ambulatorio será de 42.000 cons/año. Trabajando a su máxima capacidad en 2 turnos con un total de 12 horas diarias, pues sólo cuenta con 3 consultorios, aún así, queda una demanda insatisfecha de 18.000 consultas al año.

Habría que tomar alternativas como las siguientes:

132

1.- Si se quiere dejar la cobertura hasta 20.000 habitantes habría que contratar 3 médicos más de 6 horas de contratación cada uno y aumentar la capacidad del ambulatorio en 2 consultorios más. Un consultorio rinde para 14.000 consultas de Medicina General/año, utilizado en 2 turnos de 6 horas cada uno, a 5 días/semana, 50 semanas/año, atendiendo 5-6 pacientes/ hora.

2.- Si se quiere dejar el ambulatorio en su capacidad actual, trabajando 2 turnos de 6 horas y 6 médicos contratados, habría que bajar la cobertura hasta 14.000 habitantes, (42.000 consultas al año/ 3 consultas por habitantes al año= 14.000 habitantes).

Otro aspecto que se ha revisado en esta primera etapa es el **Plan de Construcción de Ambulatorios y sus Inversiones**. El plan especial del programa trienal de inversiones de los años 1986-1987-1988, contempla la construcción masiva de ambulatorios por parte del gobierno. Entre 1986 y 1990, MINDUR había construído para el M.S.A.S. 121 ambulatorios urbanos, de los cuales 23 ya estaban en funcionamiento, 7 estaban terminados, pero aún no estaban funcionando y 91 en ejecución de obras.

Para los 2 años siguientes (Planes para el año 1992), estaban programados para iniciar su construcción 89 ambulatorios más, de los cuales 35 estaban en fase de contratación de proyectos por parte de MINDUR, y 54 eran solicitados por el M.S.A.S., pero aún no estaban en los planes de MINDUR.¹²

Las tipologías de estos ambulatorios contemplan los tres tipos: I, II y III. De los 121 construídos hasta 1990, corresponden 107 al tipo I, 10 al tipo II y 4 al tipo III. De los programados para su construcción ,46 son del tipo I, 29 del tipo II y 14 del tipo III.

Cuadro N° 3
Cantidad de Ambulatorios contemplados en el
Plan de Construcciones del M.S.A.S.

AÑOS	ETAPA	TIPO			T
		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

133

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

En la primera etapa se construyeron mayormente Ambulatorios tipo I, los cuales prestan solo atención de primer nivel, para la siguiente etapa se contemplaba continuar construyendo los tipo I en mayor número, pero aumentarían la cantidad de Ambulatorios II y III que tienen especialidades médicas de segundo nivel además de la atención básica de primer nivel.

Los costos de construcción de los ambulatorios han variado durante el tiempo de su ejecución entre los años 1986 y 1990, teniendo las siguientes estimaciones: el tipo I ha variado de 3 a 9 millones de bolívares, el tipo II de 11 a 25 millones y el tipo III

de 30 a 70 millones, representando esto una inversión de 980 millones de bolívares para los 121 ambulatorios construidos y en ejecución en ese período.¹³

De los ambulatorios que estaban programados se puede estimar sus costos de construcción promedio para el año 1991, de 9 millones el tipo I, 40 millones el tipo II y 90 millones el tipo III. Representando esto una inversión de casi 3000 millones de bolívares para construir los 89 ambulatorios programados. Para completar esta información cabe mencionar que dichos ambulatorios corresponden a edificaciones con 475 m² el tipo I, 2.033 m² el tipo II y 3.800 m² el tipo III.¹⁴

Según artículo de prensa¹⁵ se ha establecido un convenio de cinco años de duración entre Venezuela y España para invertir 200 millones de dólares en la construcción y equipamiento de edificaciones médico-asistenciales, de este monto MINDUR manejaría \$28 millones que servirían para concluir las obras en ejecución y construir nuevas.

Por otra parte para 1990 el IPASME tenía programado¹⁶, la construcción de 12 nuevas unidades médico-odontológicas con una inversión estimada de 1000 millones de bolívares, la Gobernación del Distrito Federal anunciaba¹⁷ la construcción de 30 nuevos ambulatorios para el ese año, de los cuales solo tenían el proyecto de arquitectura y no habían iniciado su construcción.

134

Con este panorama de inversiones, es oportuno investigar sobre las tipologías de los ambulatorios, sus criterios de diseño, su programación y planificación, pues lo más probable es que nos encontremos hacia finales de ésta década inaugurando edificaciones que ya estén obsoletas para el momento de iniciar su funcionamiento, por carecer de espacios e instalaciones para alojar las nuevas tecnologías, que aún cuando se vean muy lejanas desde la visión actual de crisis en el sistema hospitalario, no debemos olvidar que son edificaciones construidas para durar muchos años.

Como ejemplo podemos citar los ambulatorios tipo III, de los cuales estaban programados 14 para su construcción, que son establecimientos para prestar atención médica de primero, segundo y tercer nivel a través de sus 28 consultorios de especialidades, y su ejecución representaba una inversión de casi 100 millones de bolívares (sin contemplar el equipo médico). Su programa de servicios es tan completo que cabe la posibilidad de que algunos de ellos pueda complementarse con servicios de cirugía ambulatoria y de imagenología ubicados en las diferentes regiones del país según una planificación adecuada.

Esto es lo que debemos racionalizar, las inversiones, la selección del tipo de edificación más adecuado, los servicios que se ofrecen, el equipamiento, previsión de servicios que se puedan incorporar en el futuro, para poder ejecutar un plan de construcciones con eficiencia, eficacia y equidad.

NOTAS:

- 1 Seminario Internacional "USALC XXI". La Universidad y la Investigación Científica en salud. Conclusiones y Recomendaciones. Caracas, Noviembre 1990.
- 2 DURAN, Hernán. "La Planificación de la Salud". En: Revista Interamericana de Planificación. Volumen XXIII. Nº 91-92. Julio- Dic 1990. pp. 184-195.
- 3 BOBROW, M.; THOMAS, J.; ROESCH, A. "Targeting Treatment". Building Types Study 680: Hospitals. Architectural Record. June 1990. pp.87-101.
- 4 ARCIA, C. "Situación Actual de los Ambulatorios". División de atención Médica Ambulatoria. DGSS. M.S.A.S. 1990
- 5 JAEN, M.H. "La Salud en Venezuela. Atención Ambulatoria". En: Revista SIC Nº 512. Marzo 1989. pp.65-69.
- 6 CEDRES DE BELLO, S.; ALVAREZ, Y. Ambulatorios Urbanos. Estudio evaluativo de las edificaciones existentes. Inf. Nº 2. MINDUR-TECNIDEC. IDEC-FAU-UCV. 1991
- 7 KLECZKOWSKI, B.M.; NILSSON, N. O. "Proyectos de Instalaciones de Atención de Salud para los países en desarrollo: planificación, ejecución y funcionamiento". Cuadernos de Salud Pública Nº 79. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra 1984.
- 8 CEDRES DE BELLO, S.; ALVAREZ, Y. Ambulatorios Urbanos: Criterios Generales de Planificación. Inventario, clasificación y capacidad de la Infraestructura existente. Inf. Nº 1. MINDUR-TECNIDEC. IDEC-FAU-UCV. 1991.
- 9 KLECZKOWSKI, B.M.; PIBOULEAU. "Criterios de Planificación y diseño de Instalaciones de Atención de Salud en los países en desarrollo. Publicación científica de la OPS-OMS, Nº 379, 1979, pp.13-14. Ginebra.
- 10 VELASCO, Pedro. Programación para el Nuevo Centro Asistencial de Morón. Caracas, IVSS, 1974.
- 11 ROJAS OCHOA, F.; Estrategias Internacionales, Políticas Nacionales, y Proyectos locales de salud. Instituto superior de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba. Ponencia presentada en: V Congr. Lat. Medicina Social. Caracas, 1991.
- 12 Programas de Actuaciones Urbanísticas 1990-1994. M.S.A.S. Agosto 1989. Plan de Inversiones para Construcción de Obras de infraestructura social. 1990-1991. MINDUR.
- 13 Memoria y Cuenta del MINDUR años 1986-87-88-89. Informes Mensuales de Ejecución de Obras. Dirección de Construcción. MINDUR.