República de Colombia

DIARIO OFICIAL

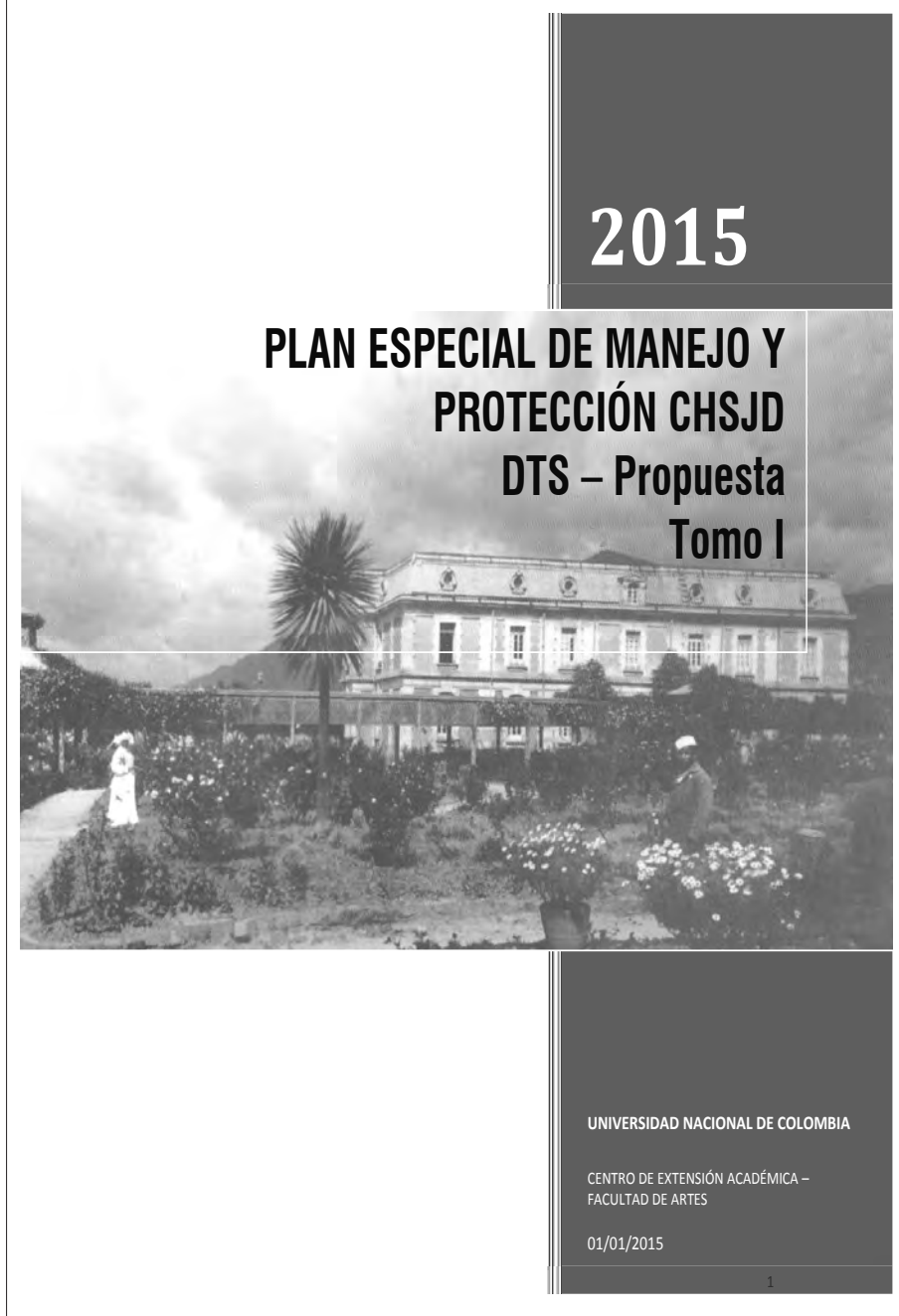
Libertad y Orden

Fundado el 30 de abril de 1864

Año CLIII No. 50.409 | Edición de 192 páginas | Bogotá, D. C., lunes, 6 de noviembre de 2017 | I S S N 0122-2112

MINISTERIO DE CULTURA

A continuación se publica el Documento Técnico de Soporte y los anexos que hacen parte de la Resolución número 0995 del 29 de abril de 2016, publicada en la edición del ***Diario Oficial*** número 49.868 del 9 de mayo de 2016, *"por la cual se aprueba el Plan Especial de Manejo y Protección del Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil, ubicado en la ciudad de Bogotá, D. C., declarado monumento nacional, hoy bien de interés cultural del ámbito nacional"*.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ARTES
CENTRO DE EXTENSIÓN ACADÉMICA

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Contrato Inter-administrativo 232 de 2013

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Contrato Inter-administrativo n°. 232 de 2013 Suscrito entre el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural, la Universidad Nacional de Colombia y el Ministerio de Cultura

DOCUMENTO TÉCNICO DE SOPORTE
PROPUESTA – TOMO 1
16 de julio de 2015

Dirección proyecto: Arq. María Claudia Romero Isaza, Arq. Juan Carlos del Castillo Daza
Valoración patrimonial: Arq. Juanita Barbosa
Coordinación técnica: Arq. Sandra Melo Rodríguez
Coordinación componente edilicio: Arq. Germán Téllez
Coordinación componente urbano: Arq. Juan Carlos del Castillo, Arq. Sandra Mondragón
Especialista en Sistemas de Información Geográfica: Arq. José David Pinzón
Coordinación componente institucional-Fase 2: Dr. Carlos Humberto Arango
Coordinación componente institucional-Fase 1: Dr. Juan Carlos García Ubaque
Asesoría jurídica: Dr. Alfredo Rueda
Coordinación componente médico arquitectónico-Fase 2: Dr. Carlos Humberto Arango
Coordinación componente médico arquitectónico-Fase 1: Dr. Álvaro Casallas
Coordinación componente socioeconómico: Dr. Oscar Rodríguez

LA IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

Informa que como lo dispone el Decreto número 53 de enero 13 de 2012, artículo 3°, del Departamento Nacional de Planeación, a partir del 1° de junio de 2012 los contratos estatales no requieren publicación ante la desaparición del Diario Único de Contratación Pública.

DIARIO OFICIAL
Fundado el 30 de abril de 1864
Por el Presidente **Manuel Murillo Toro**
Tarifa postal reducida No. 56

DIRECTOR: **JAIME OSWALDO NEIRA LA TORRE**

MINISTERIO DEL INTERIOR
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
JAIME OSWALDO NEIRA LA TORRE
Gerente General

Carrera 66 Nº 24-09 (Av. Esperanza-Av. 68) Bogotá, D. C. Colombia
Conmutador: PBX 4578000.
e-mail: **correspondencia@imprenta.gov.co**

EQUIPO DE TRABAJO

DIRECCIÓN
Arq. María Claudia Romero Isaza
CODIRECCIÓN
Arq. Juan Carlos del Castillo Daza

COORDINACIÓN
COORDINADOR TÉCNICO GENERAL: Sandra Marcela Melo Rodríguez
ARQUITECTO AUXILIAR: Mónica Coy De Márquez
ESTUDIANTE AUXILIAR: Juanita Tatiana Erasso Lozano
TÉCNICO ADMINISTRATIVO: Luz Adriana Díaz Castiblanco

COMPONENTE URBANO
DIRECTOR COMPONENTE: Juan Carlos del Castillo
COORDINADOR COMPONENTE URBANO: Sandra Jeannette Mondragón Álvarez
ARQUITECTO COMPONENTE URBANO: María del Pilar Zambrano Gómez
ARQUITECTO COMPONENTE URBANO: Antonio Orlando Amézquita Zárate
ARQUITECTO COMPONENTE URBANO: Luis Cesar Martínez Ospina
INGENIERO CIVIL ESPECIALISTA EN MOVILIDAD: Ana Luisa Flechas Camacho
ESPECIALISTA EN MEDIO AMBIENTE: Germán Camargo Ponce de León
AUXILIAR MEDIOAMBIENTE: Guibor Camargo Salamanca
AUXILIAR MEDIOAMBIENTE: Elisa Sola Moreno
ESTUDIANTE POSGRADO: Melissa Pamela Suarez Rovira
ESPECIALISTA EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA: Arq. José David Pinzón
GEÓGRAFO AUXILIAR: Juan Sebastián Rojas
GEÓGRAFO AUXILIAR: Diego Fernando Neuta
ABOGADO ESPECIALISTA EN NORMA URBANA: Mauricio Puerto Barrera

COMPONENTE EDILICIO
DIRECTOR COMPONENTE: Germán Téllez García
COORDINADOR COMPONENTE EDILICIO: Diego Augusto Fernández Price
DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA HIDRO-SANITARIA ING. HIDRÁULICO: Rodolfo Fajardo Gutiérrez EU
DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA MECÁNICA INGENIERO MECÁNICO: Diego Alejandro Castro Bulla
ARQUITECTO AUXILIAR: Ángela Rocío Cely Hostos
ARQUITECTO AUXILIAR: Mónica Coy De Márquez
ARQUITECTO AUXILIAR: Jaumer Iván Blanco López
ARQUITECTO AUXILIAR: Laura Teresa Murillo Torres
ARQUITECTO AUXILIAR: Camilo Andrés Salamanca Rodríguez
ARQUITECTO AUXILIAR: María Francesca Farné Corzo
ARQUITECTO AUXILIAR: Jeannette Marcela Jiménez Maldonado
ACTUALIZACIÓN ESTUDIO HISTÓRICO CONSTRUCTIVO: David Ernesto Arias
EVALUACIÓN ESTRUCTURAL - ING. ESTRUCTURAL: Patrimonio e Ingeniería – Juan Carlos Rivera
ESTUDIO DE SUELOS O GEOTÉCNICA - INGENIERO CIVIL: Felizzola Ingeniería Ltda.
LEVANTAMIENTO TOPOGRÁFICO- INGENIERO CIVIL: Ingeomática Ltda.

COMPONENTE INSTITUCIONAL – FASE 2
DIRECTOR CONUSLTORÍA: Dr. Carlos Humberto Arango
CONSULTOR FINANCIERO: Jorge Alberto Otero
CONSULTORA INSTITUCIONAL: Diana Rocío Chaves
CONSULTORA GESTIÓN: Ana Lucía Mujica

COMPONENTE INSTITUCIONAL – FASE 1
DIRECTOR COMPONENTE: Dr. Juan Carlos García Ubaque
MÉDICO GERENTE: Álvaro Casallas Gómez
ESPECIALISTA EN GERENCIA HOSPITALARIA: Laura Sorangel Becerra Peñaranda
MEDICO EPIDEMIÓLOGO: Francisco Palencia Sánchez
CONSULTORÍA JURÍDICA: Alfredo Luis Rueda Prada
ABOGADA ESPECIALISTA EN URBANISMO: Natalia Pedraza Mora
CONTADORA PÚBLICA: Luz Jinneth Cuevas Muñoz
MÉDICO ESPECIALISTA ADMÓN. EN SALUD Y GESTIÓN HOSPITALARIA: Jaime Forero Henríquez
SERVICIOS TÉCNICOS, SISTEMATIZACIÓN DE ENCUESTAS: Total B&C SAS
ESTUDIANTE AUXILIAR (Ciencias Económicas): Claudia Carolina Colmenares

COMPONENTE MÉDICO ARQUITECTÓNICO – FASE 2
DIRECTOR CONUSLTORÍA: Dr. Carlos Humberto Arango
ARQ. ESPECIALISTA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA: Ana María Velásquez Mejía
CONSULTOR FINANCIERO: Jorge Alberto Otero
CONSULTORA INSTITUCIONAL: Diana Rocío Chaves
CONSULTORA GESTIÓN: Ana Lucía Mujica

COMPONENTE MÉDICO ARQUITECTÓNICO – FASE 1
COORDINADOR PROGRAMA MÉDICO -ARQUITECTÓNICO: Dr. Álvaro Casallas
ASESOR PROGRAMA MEDICO-ARQUITECTÓNICO: Dr. Carlos H. Arango
ARQ. ESPECIALISTA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA: Ana María Velásquez Mejía
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO: Yesenia Castro Cely
FISIOTERAPEUTA ESP. EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO: Angélica Marcela Palacio Puentes
ECONOMISTA ESTADÍSTICO: Daniel Alfonso Garavito Jiménez

COMPONENTE SOCIOECONÓMICO
COORDINADOR COMPONENTE SOCIOECONÓMICO: Dr. Oscar Rodríguez
ECONOMISTA: Decsi Astrid Arévalo Hernández
POLITÓLOGO: Daniela Cárdenas Talero
SOCIÓLOGO: Angélica Rodríguez López
ESTADÍSTICO: Daniel Alfonso Garavito Jiménez
HISTORIADOR: Juan Jacobo del Castillo

PLAN DE DIVULGACIÓN
DISEÑADOR GRÁFICO: Martha Isabel Gómez
DISEÑADOR GRÁFICO: Nelson Beltrán

CORRECCIÓN DE ESTILO
PERIODISTA: Orlando Riaño

ÍNDICE GENERAL DEL DOCUMENTO DE PROPUESTA

TOMO I:

1 ASPECTOS GENERALES
2 DELIMITACIÓN DE ÁREAS
3 NIVELES PERMITIDOS DE INTERVENCIÓN
4 CONDICIONES DE MANEJO
4.1 Aspectos Físico Técnicos

TOMO II:

4.2 Aspectos Administrativos
4.3 Aspectos Financieros
5 PLAN DE DIVULGACIÓN

TOMO III:

SÍNTESIS DE LA PROPUESTA

TABLA DE CONTENIDO

1 ASPECTOS GENERALES DE LA PROPUESTA 15
1.1 Objetivos 15
1.2 Resumen y principios de la propuesta 17
2 DELIMITACIÓN DE ÁREAS 22
2.1 Área afectada 24
2.1.1 Criterios para la delimitación del área afectada 25
2.1.1.1 Identificación del predio: evolución histórica, determinantes físicas y la situación catastral actual: 25
2.1.1.2 Conservar la integridad del conjunto edilicio y paisajístico 31
2.1.1.3 Valor simbólico del conjunto edilicio y de la institución 33
2.1.2 Propuesta de delimitación del Área Afectada 34
2.2 Zona de Influencia 35
2.2.1 Criterios para la delimitación de la Zona de Influencia 36
2.2.1.1 Incorporar las manzanas con uso hospitalario completas. 37
2.2.1.2 Incorporar las áreas del entorno inmediato correspondientes a unidades barriales 38
2.2.1.3 Incorporar las demás manzanas complementarias para demarcar el contexto circundante necesario para proteger los valores del BIC 41
2.2.1. Propuesta de delimitación 42
3 NIVELES PERMITIDOS DE INTERVENCIÓN 45
3.1 Área afectada 45
3.1.1 Nivel 1. Conservación Integral 46
3.1.2 Nivel 2. Conservación del Tipo Arquitectónico 48
3.1.3 Nivel 3. Conservación Contextual 49
3.2 Zona de influencia 52
3.2.1 Nivel 1. Conservación integral 53
3.2.2 Nivel 2. Conservación del tipo arquitectónico 53
3.2.3 Nivel 3. Conservación contextual 54
3.2.4 Autorización de las intervenciones 56
4 CONDICIONES DE MANEJO 57
4.1 Aspectos físico-técnicos 57
4.1.1 Área afectada 57
4.1.1.1 Propuesta urbana general 57
4.1.1.2 Propuesta ambiental y de manejo de residuos 61
4.1.1.3 Propuesta de espacio de uso público y de movilidad vehicular y peatonal 72
4.1.1.4 Usos propuestos y edificabilidad 98
4.1.2 Definición de sectores normativos 107
4.1.2.1 Sector 1 (Núcleo Central) 108
4.1.2.2 Sector 2 (Pabellones) 109
4.1.2.3 Sector 3 (Edificio Central) 109
4.1.2.4 Sector 4 (Zona Sur) 110
4.1.2.5 Sector 5 –nuevos desarrollos– 110
4.1.2.6 Sector 6 –Ancianato y Lleras Acosta– 111
4.1.2.7 Sector 7 –Instituto Materno Infantil– 111
4.1.2.8 Sector 8 –Instituto Cancerológico– 111
4.1.2.9 Subsectorización del sector 5 112
4.1.3 Propuesta para la conservación de los Bienes de Interés Cultural 116
4.1.3.1 SECTOR 1. Núcleo fundacional 117
4.1.3.2 SECTOR 2. Pabellones 139
4.1.3.3 Sector 3. Edificio Central 153
4.1.3.4 Sector 4. Zona sur 155
4.1.3.5 Sector 5: Nuevos desarrollos 178
4.1.3.6 Sector 6: Ancianato, Lleras Acosta y Jardín infantil 180
4.1.3.7 Sector 7: Cancerológico e Instituto Materno Infantil 187
4.1.3.8 Ficha de mantenimiento BIC 190
4.1.3.9 Cuadro resumen de acciones para la conservación de los BIC 192
4.1.4 Zona de Influencia 199
4.1.4.1 Propuesta urbana general 199
4.1.4.2 Propuesta ambiental 224
4.1.4.3 Propuesta de espacio público y movilidad 229
4.1.4.4 Usos y edificabilidad 236
BIBLIOGRAFÍA 271

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Aerofotografía 1935. 28
Imagen 2. Aerofotografía 1955. 28
Imagen 3. Apertura de la carrera Décima desde el Hospital San Juan de Dios hacia el sur. 33
Imagen 4. Inauguración del edificio de Enfermedades Tropicales. 34
Imagen 5. Ficha de mantenimiento para Espacios Exteriores. 86
Imagen 6. Referente de transporte automatizado. 92

ÍNDICE DE PLANOS

Plano 1. Trazado propuesto por el PEMP de Área afectada y Zona de influencia 23
Plano 2. Delimitación Área Afectada actual. 24
Plano 3. El Molino de Tres Esquinas 1911, levantado en 1876 por Ruperto Ferreira, ingeniero. 26
Plano 4. Dibujo de la propuesta de Jaramillo y Manrique Martín, ingenieros y arquitectos, para el concurso del nuevo hospital en 1922. 27
Plano 5. Propuesta de Benjamín Dussan Canals para el concurso de 1921. 27
Plano 6. Plano general del CHSJD 1964. 29
Plano 7. Interpretación del plan vial de la Revista Proa no. 1 de 1946. 31
Plano 8. Área afectada propuesta por el PEMP. 35
Plano 9. Delimitación Resolución 2728 de 2010. 36
Plano 10. Incorporación manzanas hospitales. 37
Plano 11. Conformación Nodo Hospitalario 38
Plano 12. Incorporación áreas residenciales. 40
Plano 13. Incorporación manzanas complementarias. 41
Plano 14. Caracterización Zona de Influencia. 42
Plano 15. Zona de Influencia propuesta por el PEMP. 43
Plano 16. Comparativo delimitaciones Zona de Influencia. 44
Plano 17. Plano general de Niveles de Intervención. 46
Plano 18. Nivel 1. Conservación Integral. 48
Plano 19. Nivel 2. Conservación del Tipo Arquitectónico. 49
Plano 20. Conservación Contextual. 51
Plano 21. Inmuebles de Interés Cultural en la Zona de Influencia. 55
Plano 22. Niveles de Intervención Decreto 763 de 2009. 56
Plano 23. Propuesta de ordenamiento. 58
Plano 24. Propuesta de ordenamiento (Imagen 3D realizada por Arq. Franco Rodríguez). 58
Plano 25. Recolección y evacuación de residuos. 72
Plano 26.- Propuesta para la generación de nuevo espacio público y privado de uso público para la ciudad. 73
Plano 27. Jardines y zonas verdes al interior del conjunto. 79
Plano 28. Plazoletas y zonas duras al interior del conjunto. 80
Plano 29. Arborización al interior del conjunto. 81

Plano 30. Cerramientos permitidos. 83
Plano 31. Reubicación de Bienes Muebles en el espacio exterior. 85
Plano 32. Movilidad vehicular al interior del conjunto. 88
Plano 33. Movilidad vehicular al interior del conjunto. Estacionamientos Subterráneos. 94
Plano 34. Movilidad peatonal al interior del conjunto. 96
Plano 35. Usos propuestos. 101
Plano 36. Zonificación por sectores normativos. 108
Plano 37. Sector 5: Subsectorización. 112
Plano 38. Instituto Inmunológico. Liberaciones y restituciones. 119
Plano 39. Instituto Inmunológico. Edificio después de las liberaciones. 120
Plano 40. San Jorge. Liberaciones y restituciones. 123
Plano 41. San Jorge. Edificio después de liberaciones. 124
Plano 42. San Roque. Liberaciones y Restituciones. 126
Plano 43. San Roque. Edificio después de las liberaciones. 127
Plano 44. Siberia. Liberaciones y restituciones. 130
Plano 45. Siberia. Edificio después de las liberaciones. 130
Plano 46. Capilla. Desmontes y liberaciones. 134
Plano 47. Convento– Desmontes y liberaciones. 137
Plano 48. San Eduardo. Liberaciones y restituciones. 141
Plano 49. San Eduardo. Edificio después de las liberaciones. 142
Plano 50. San Lucas. Liberaciones y restituciones. 145
Plano 51. San Lucas. Edificio después de las liberaciones. 146
Plano 52. Paulina Ponce de León. Liberaciones y restituciones. 150
Plano 53. Paulina Ponce de León. Edificio después de las liberaciones. 151
Plano 54. Cundifarma. Liberaciones y restituciones. 157
Plano 55. Cundifarma. Edificio después de las liberaciones. 158
Plano 56. Santiago Samper. Liberaciones y restituciones. 161
Plano 57. Santiago Samper. Edificio después de las liberaciones. 162
Plano 58-. Enfermedades Tropicales. Liberaciones y restituciones. 166
Plano 59. Enfermedades Tropicales. Edificio después de las liberaciones. 167
Plano 60. Mantenimiento. Liberaciones y restituciones. 175
Plano 61. Mantenimiento. Edificio después de las liberaciones. 176
Plano 62. Ed. Jardín Infantil – Desmontes y liberaciones. 184
Plano 63. Ed. Jardín Infantil – Espacios disponibles. 185
Plano 64. Composición de manzanas y hospitales de la zona Hospitalaria HSJD. 211
Plano 65-. Red de servicios y zonas hospitalarias. 212
Plano 66. Sistema nodal de equipamientos y circuitos internodales – PEMP. 214
Plano 67. Sistema de eco- espacios que interactúan con la zona hospitalaria – PEMP. 215
Plano 68. Sistema funcional de espacio público y de movilidad. 216
Plano 69. Nodo hospitalario y esquema de movilidad. 220
Plano 70. Sistema nodal de equipamientos y circuitos internodales. 220
Plano 71. Movilidad Actual. 230
Plano 72. Síntesis propuesta de espacio público y movilidad: Nivel Operativo. 234
Plano 73. Síntesis propuesta de espacio público y movilidad: Nivel Táctico. 235
Plano 74. Síntesis propuesta de espacio público y movilidad: Nivel Estratégico. 236
Plano 75. Barrio San Bernardo dimensiones de manzanas y vías. 242
Plano 76. Barrio Policarpa-Sevilla, dimensiones de manzanas y vías. 244

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Huella de la Acequia los Molinos, lindero suroccidental del predio. 29
Figura 2. Relleno sobre la Acequia los Molinos. 30
Figura 3. Predio catastral del Hospital San Juan de Dios. 30
Figura 4. Izq. Predio catastral del Instituto Dermatológico Federico Lleras. 31
Figura 5. Der. Predio catastral del Instituto Materno Infantil. 31
Figura 6. Detalle Bienes de Interés Cultural en la Zona de Influencia. 55
Figura 7. Detalles de la propuesta para la generación de nuevo espacio público para la ciudad. 74
Figura 8. Alzado principal, Alameda y parque lineal occidental. 75
Figura 9. Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida Carrera 10ª. 76
Figura 10. Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida La Hortúa. 76
Figura 11. Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa. 78
Figura 12. Sector 1. Núcleo Fundacional. 117
Figura 13- Sector 2. Pabellones 139
Figura 14. Sector 3. Edificio Central. 153
Figura 16. Sector 4. Zona Sur. 155
Figura 17. Sector 5. Nuevos desarrollos. 178
Figura 18-. Sector 6. Ancianato, Lleras Acosta y Jardín infantil. 180
Figura 19. Sector 7. Cancerológico e Instituto Materno Infantil. 190
Figura 20. Ficha de mantenimiento para Bienes de interés cultural. 191
Figura 21. Esquema de la geografía de la centralidad y sus centros. 209
Figura 22. Esquema conceptual de integración de La Hortúa a la geografía de la centralidad. 210
Figura 23. Zona Hospitalaria – Nodo Urbano Integrado. 219
Figura 24. Modelado norma vigente en San Bernardo. 241
Figura 25. Barrio San Bernardo, alturas y frentes de predios. 243
Figura 26. Barrio Policarpa-Sevilla, alturas y frentes de predios. 245
Figura 27. Calle 2 entre Carreras 10 y 10A. 249
Figura 28. Avenida Hortúa con Carrera 10A. 249
Figura 29. Avenida Hortúa con Carrera 11A. 249
Figura 30. Carrera 11 hacia CHSJD. 250
Figura 31. Avenida Caracas hacia CHSJD. 250
Figura 32. Carrera 10Bis con Calle 1C sur. 250
Figura 33. Calle 3 sur entre Carreras 12A y 12B. 251
Figura 34. Calle 5 sur entre Carrera 12 y 12A. 251
Figura 35. Nodo Hospitalario. 253
Figura 36. Manzanas hospitalarias. 254
Figura 37. Contenido Programa Mantenimiento Permanente. 261
Figura 37. Sectores normativos zona de influencia 263

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Contenidos del PEMP del CHSJD. 14

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelo de identificación catastral de predios en zona de influencia (Ejemplo) 44
Tabla 2. Correspondencia niveles de intervención Decreto 606 de 2001 y Decreto 763 de 2009. 53
Tabla 3. Inmuebles de Interés Cultural. 54
Tabla 4. Propuesta general de usos para el Conjunto Hospitalario 100
Tabla 5. Edificabilidad en el área afectada. 115
Tabla 6. Cuadro resumen de acciones para la conservación de los BIC. 192
Tabla 7. Objetivos, estrategias y acciones prioritarias de la propuesta urbana de la zona de influencia 206
Tabla 8. Tabla resumen de la propuesta urbana. 222
Tabla 9. Coordinación interinstitucional de alcances normativos. 237
Tabla 10. Barrio San Bernardo dimensiones de manzanas. 242
Tabla 11. Barrio San Bernardo, alturas y frentes de predios. 243
Tabla 12. Barrio Policarpa-Sevilla, dimensiones de manzanas y vías. 245
Tabla 13. Barrio Policarpa-Sevilla, alturas y frentes de predios. 245
Tabla 14. Instituciones del Nodo Hospitalario. 253
Tabla 15. Sectores normativos zona de influencia. 264
Tabla 16. Tratamientos urbanísticos y usos de la zona de influencia 265
Tabla 17. Edificabilidad permitida en la zona de influencia 267

PRESENTACIÓN

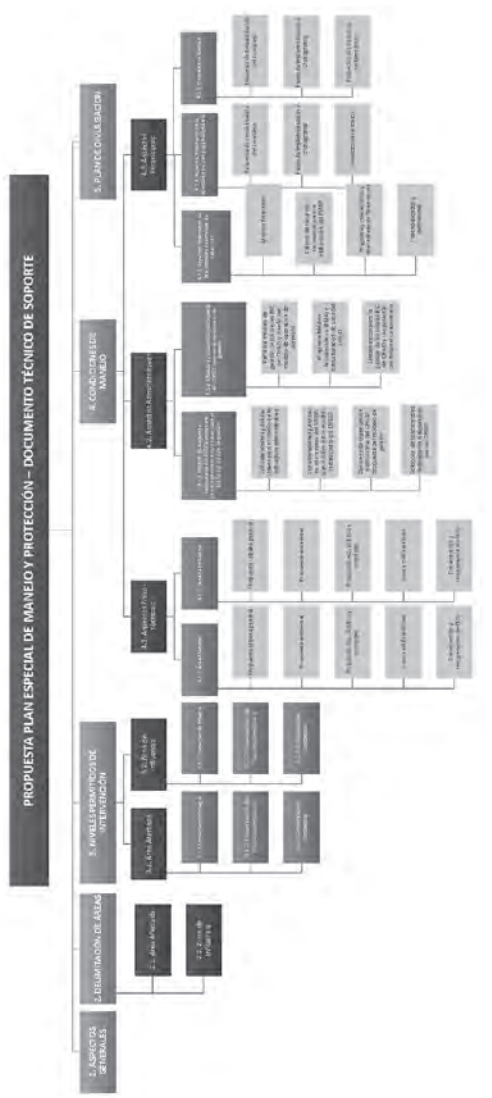
El Plan Especial de Manejo y Protección para el Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil pretende diseñar un instrumento de gestión y, adicionalmente, un programa de acciones necesarias para la recuperación y conservación del conjunto edilicio. El conjunto Hospitalario San Juan de Dios representa un caso particular y sin precedentes en el ámbito de los bienes de interés cultural, por sus particularidades históricas e institucionales, y por contar con directrices jurídicas claras y contundentes: el conjunto debe recuperarse para ser usado como hospital universitario para garantizar y consolidar de nuevo su carácter asistencial, docente y de investigación.

Este PEMP se estructura según las directrices establecidas por el Ministerio de Cultura, tocando los aspectos históricos, edilicios, urbanos, socioeconómicos e institucionales; vale la pena destacar las dimensiones físicas del conjunto por tratar de un grupo de 24 edificaciones y de un predio de 16,3 Ha, pero también es fundamental destacar la complejidad de la realidad institucional, marcada por el cierre no programado del hospital, por la incertidumbre que por años hubo sobre la propiedad de los bienes y por la presencia ilegal de antiguos trabajadores del hospital. Con fecha 27 de noviembre, según Resolución No. E-0197*, el Gerente Liquidador del Conjunto de Derechos y Obligaciones de la Fundación San Juan de Dios en liquidación y sus establecimientos hospitalarios* adjudicó a la Empresa de Renovación Urbana del Distrito Capital de Bogotá el conjunto Hospitalario del San Juan de Dios y Hospital Materno Infantil.

A diferencia de la mayoría de Planes Especiales de Manejo y Protección, el componente institucional tiene especial importancia en este caso, pues determina el tipo de hospital que debe ubicarse en el predio, así como el Programa Médico Arquitectónico, es decir el listado de servicios y la forma en la cual se implanta en la infraestructura existente. Es oportuno también destacar el interés que la administración distrital ha manifestado por adquirir y recuperar el hospital para apoyar su red de salud, por lo cual el trabajo con la Secretaría Distrital de Salud fue esencial en la identificación de necesidades y en la posterior propuesta.

La labor del PEMP es dar los lineamientos para el desarrollo del programa de recuperación física e institucional del CHSJD. Identifica las líneas que deben ser profundizadas por medio de estudios específicos y no llega al diseño arquitectónico para albergar el nuevo proyecto hospitalario. Servirá pues de guía para la puesta en ejecución de una fase previa de estudios técnicos y de gestiones jurídico administrativas necesarias para la ejecución de cualquier proyecto.

Otro de los aportes del PEMP es el diseño del plan para la reapertura del hospital, propuesto inicialmente a 10 años y estructurado en etapas que incluyen estudios técnicos, adecuación de edificios para albergar servicios y construcción de nuevos desarrollos para albergar usos especializados que requieren de infraestructura contemporánea.



Gráfica 1. Contenidos del PEMP del CHSJD.

emergencia, liberaciones para alojar los nuevos usos y en algunos casos las reconstrucciones para volver los edificios patrimoniales a su estado de integridad y composición volumétrica original.

- Definir las áreas para futuros desarrollos edilicios que incorporen centros asistenciales y de investigación especializada que requieran de infraestructura contemporánea y especificaciones técnicas difíciles de cumplir en los edificios patrimoniales.

- Definir las acciones físicas necesarias para el saneamiento ambiental del predio y de los edificios, pues es fundamental controlar y minimizar los riesgos biológicos, químicos y radioactivos que posiblemente afectan la infraestructura actual, teniendo en cuenta el uso asistencial para el cual se destinará el conjunto urbano y edilicio.

- Proponer los lineamientos generales para el diseño del nuevo hospital, con énfasis en los aspectos de accesibilidad, tráfico interno, funcionamiento operativo de suministros, evacuación de desechos, buscando minimizar los efectos sobre el patrimonio, el medio ambiente y el funcionamiento general del hospital.

- Hacer una aproximación de los recursos necesarios para la recuperación del conjunto edilicio, monto que por ley debe ser cubierto por la Nación, y que permitirá la reapertura del hospital.

- Proponer los lineamientos para promover la integración del complejo hospitalario de San Juan de Dios a la estructura urbana de la zona de influencia, fortalecer la zona hospitalaria y el área residencial y mejorar sus calidades ambientales, espaciales y urbanísticas.

- Diseñar un plan de divulgación de los valores del Hospital San Juan de Dios, identificando público objetivo y medios de comunicación mediante los cuales se pueda trasmitir a la comunidad la importancia de la institución del hospital y de su recuperación. Así mismo, se entregarán dos productos específicos diseñados y listos para difundir, actividad que deberá ser llevada a cabo por las entidades comprometidas en el proyecto de recuperación y de protección del patrimonio del San Juan de Dios.

1 ASPECTOS GENERALES DE LA PROPUESTA

1.1 OBJETIVOS

Objetivo principal

Plantear acciones y alternativas que permitan la recuperación y conservación integral del Bien de Interés Cultural del ámbito Nacional, en su planta física y como institución prestadora de servicios de salud, para preservar y potencializar los valores culturales que encarna el conjunto hospitalario y facilitar su sostenibilidad en el tiempo y reconocimiento por parte de la sociedad.

Objetivos específicos

- Plantear alternativas jurídicas y administrativas para la recuperación y manejo del futuro Hospital San Juan de Dios.

- Proponer el modelo hospitalario bajo el cual puede funcionar el San Juan de Dios, su estructura administrativa y los principios generales de su organización.

- Diseñar un plan que posibilite la reapertura del Hospital San Juan de Dios, con el fin de recuperar su uso asistencial, docente y de investigación, para dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 3° de la Ley 735 de 2002.

- Definir las fases para la reapertura del hospital y para su paulatina puesta en funcionamiento, incluyendo la identificación de las obligaciones a cargo de las entidades concurrentes en el proceso de recuperación del hospital.

- Elaborar el Programa Médico Arquitectónico para el nuevo hospital de cuarto nivel de complejidad, a partir de la identificación de necesidades en salud, de la capacidad de la planta física del conjunto patrimonial y la necesidad de incorporación a la red hospitalaria del Distrito; sugerir las funciones que albergarán los edificios en el nuevo hospital según la normativa para instituciones prestadoras de salud y el carácter de hospital universitario.

- Proponer un plan de manejo de la planta física que incluya demoliciones de edificios sin valores patrimoniales, en mal estado, obsoletos o cuya implantación dificulte el esquema general de funcionamiento; así mismo, se establecerán las acciones de primeros auxilios y obras de

1.2 RESUMEN Y PRINCIPIOS DE LA PROPUESTA

La protección y conservación de los valores patrimoniales que encarna el Complejo Hospitalario San Juan de Dios de la ciudad de Bogotá constituye el objeto y núcleo central de la propuesta que presenta este Plan Especial de Manejo y Protección. La identificación de dichos valores y los factores que los ponen en riesgo, han sido la preocupación y el objeto principal del diagnóstico de este PEMP.

El aspecto institucional

El principal factor que explica el riesgo y deterioro sufrido por el complejo hospitalario es, sin lugar a dudas, la crisis y posterior pérdida de su *soporte institucional*. Este factor igualmente se proyecta como el primer y principal problema a resolver hacia el futuro y del cual depende la recuperación y sostenibilidad de este Bien de Interés Cultural del orden Nacional. Aquí radica la particularidad de este BIC y del PEMP que debe protegerlo.

La ausencia de un *soporte institucional* explica la inactividad, por más de doce años, del complejo hospitalario, el cierre paulatino y no programado de sus instalaciones y la cesación del ejercicio de sus funciones misionales. Explica también el estado de abandono y deterioro de las instalaciones, de la infraestructura y de la dotación que tuvo el complejo hospitalario.

La crisis del soporte institucional y el posterior vacío que se generó, ha tenido componentes políticos, administrativos, jurídicos y gerenciales. Tal vacancia institucional se expresó además en incertidumbres jurídicas sobre la existencia de una persona jurídica cierta, los reales y legítimos titulares de la propiedad, los responsables de las obligaciones y acreencias y la insostenibilidad jurídica y legal de la Fundación Privada de San Juan de Dios, último modelo institucional que tuvo el complejo hospitalario.

Esta situación de vacancia institucional ha sido la causa fundamental de la ausencia de recursos e inversiones para la administración, mantenimiento y sostenibilidad de los edificios, infraestructura y dotación del complejo, así como para la solución definitiva del conflicto social con sus antiguos trabajadores.

La propuesta integral identifica en consecuencia las condiciones básicas e ineludibles de las que dependerá la protección y conservación de este BIC.

La primera de ellas es la solución del vacío institucional. De acuerdo con el diagnóstico, la ruta para solucionar este vacío comienza por la retoma de la responsabilidad de la Gobernación de Cundinamarca y de su entidad adscrita, la Beneficencia, como titulares de la propiedad del predio y las edificaciones.

En segundo lugar, de darse la decisión política de conservar esta titularidad para la conservación de BIC será posible asumir la responsabilidad de la conservación con otras entidades concurrentes o enajenar la titularidad a favor de otra persona jurídica pública para abrir una nueva ruta factible para la recuperación del complejo hospitalario.

La tercera condición necesaria es el reconocimiento pleno de la condición jurídica del complejo hospitalario como bien público, imprescriptible, inembargable e inalienable.

En cuarto lugar, se requiere del reconocimiento pleno –para cualquier titular– de la responsabilidad de la recuperación y conservación del complejo hospitalario de conformidad con lo dispuesto en el PEMP aprobado por el Ministerio de Cultura, dada su condición de Bien de Interés Cultural del orden Nacional y destinarlo para la prestación de servicios de salud.

En quinto lugar, la construcción de un soporte institucional por parte de la entidad que asuma la responsabilidad de la recuperación y reapertura del complejo hospitalario, dentro del marco normativo vigente y de los parámetros de modelo hospitalario y opciones institucionales establecidas por el presente PEMP.

La sexta condición, la solución del conflicto existente con los ocupantes de los edificios y la garantía de liberación de los inmuebles de toda forma de posesión u ocupación irregular.

La construcción de un nuevo marco o soporte institucional para el complejo hospitalario es una tarea que debe ser asumida por una entidad o conjunto de entidades. Este nuevo marco estaría liberado de las obligaciones contractuales y acreencias laborales que tuvo la anterior figura institucional del complejo hospitalario.

Las opciones de organización jurídica para el funcionamiento del conjunto hospitalario San Juan de Dios bajo la obligación legal de que funcione como Hospital Universitario, debe generar la unión de la academia y los centros de investigación, innovación y tecnología, con entidades hospitalarias integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

El aspecto urbano

El CHSJD hace parte de una pieza urbana conocida como La Hortúa. Esta pieza urbana tradicionalmente ha sido considerada como un borde externo del centro histórico con un tratamiento urbanístico de zona de periferia.
La debilidad urbanística de La Hortúa radica en su constitución como un «archipiélago» de equipamientos hospitalarios y de vecindarios levantados sobre un tejido urbano fragmentado, con escasa conectividad y baja calidad de su espacio público. La pieza de La Hortúa ha sido impactada además por el trazado y ampliación de los corredores viales de la Carrera Décima, la Avenida Caracas y la Avenida Comuneros. La Carrera Décima fraccionó y desarticuló la unidad espacial del complejo hospitalario, y junto con la Avenida Comuneros alteró significativamente la morfología, estructura y función de los contornos del barrio San Bernardo.

La propuesta del PEMP considera necesario replantear el tratamiento urbanístico de la zona de La Hortúa. En primer lugar, transformando su condición de borde, para incorporarla como pieza y parte integrante de la mayor centralidad de la ciudad. Ello implica articularla a los programas, proyectos y acciones que revitalizan los nodos de equipamientos y espacios patrimoniales emblemáticos del centro, las redes de espacio público y circuitos de movilidad urbana, la red de eco-espacios que soportan la Estructura Ecológica del Centro y la red de barrios residenciales revitalizados.

En segundo término, se debe consolidar en el sector de La Hortúa uno de sus soportes y valores patrimoniales principales: el «gran nodo hospitalario» conformado por siete hospitales mayores de escala metropolitana y urbana y tres equipamientos menores de escala zonal, dándole el tratamiento de una zona o ciudadela hospitalaria, accesible, segura y equipada.

En tercer lugar es necesario fortalecer la oferta y vocación residencial de La Hortúa, vinculando esta zona a los programas de densificación de vivienda en el centro de la ciudad y aprovechando e incrementando el potencial que tiene para acercar los sitios de trabajo y las zonas de vivienda. Esto implica fortalecer e incrementar el uso residencial en los barrios de San Bernardo y Policarpa.

La superación de esa condición de «archipiélago» de hospitales y vecindarios que tiene la zona de La Hortúa y el aprovechamiento de su gran potencial como centralidad depende de actuaciones y medidas urbanísticas que se sintetizan en: a) la reapertura y puesta en función del CHSJD para frenar el deterioro urbano y social, a través de un programa de habilitación por fases de sus instalaciones y la adopción de la estrategia de revitalización para la zona de La Hortúa de promoción de un *entorno saludable* entre los hospitales y los barrios. b) la reactivación de la Avenida de La Hortúa como el espacio articulador de la zona hospitalaria y residencial con un tratamiento urbanístico como gran corredor para flujos de peatones y usuarios de bicicletas, tráfico vehicular controlado, eje arborizado e integrado a los espacios verdes y jardines del CHSJD y de los otros hospitales y de nuevos desarrollos residenciales del barrio San Bernardo con frente sobre esta Avenida; c) la integración de la zona de La Hortúa con los nodos de equipamientos, la red de Eco-espacios y el tejido de barrios del Centro histórico, a través de la red de ciclo vías, alamedas y circuitos de movilidad; d) el incremento y densificación del uso residencial en los barrios San Bernardo, Policarpa, Las Cruces, Eduardo Santos, Sevilla y Nariño; e) el mejoramiento de las condiciones ambientales, bioclimáticas, de seguridad y de accesibilidad para todas las instalaciones hospitalarias del sector; e) el mejoramiento de las condiciones para el uso de los sistemas de transporte masivo y de sistemas de movilidad activa de peatones y ciclistas.

El aspecto patrimonial y edilicio de la propuesta

El complejo hospitalario de San Juan de Dios en más de un siglo de existencia se constituyó en el equipamiento de salud de mayores dimensiones y complejidad en Colombia. Desarrolló un polígono urbano de 16.3 hectáreas, que alberga 97 mil metros cuadrados de área construida para el uso hospitalario, distribuida en 24 edificaciones con diversos usos y tipologías edilicias, constructivas y estructurales.

Por esas circunstancias, el CHSJD, ha sido una institución que reúne elementos significativos del patrimonio cultural, científico, arquitectónico y urbanístico del equipamiento hospitalario y de servicios de salud en el país. La crisis institucional y la pérdida de su soporte organizacional han puesto en alto riesgo este patrimonio. Su recuperación y protección tiene como condición la concurrencia, voluntad y compromiso de las entidades públicas de la Nación, el Departamento y el Distrito Capital con responsabilidades en el campo de la cultura, la educación, la protección social y la protección del patrimonio.

El PEMP del San Juan de Dios será un instrumento útil para orientar la acción de este acuerdo de voluntades. En el campo específico de las acciones necesarias para la protección del patrimonio edilicio e inmueble, la propuesta se apoya en el siguiente marco general:

a. Las edificaciones del Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Materno Infantil y el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, cuentan actualmente con proyectos de restauración arquitectónica y reforzamiento estructural independientes, que este PEMP reconoce como vigentes y viables para la protección de estos componentes del BIC.
b. La propuesta define procesos de desmonte, liberaciones y demoliciones de áreas edificadas que no tienen valor patrimonial y que afectan la lectura integral de los edificios de conservación.
c. Se define el grupo de edificaciones que deberá ser sometido a un programa de *primeros auxilios de primer nivel* cuyo propósito es la estabilización estructural y constructiva de los inmuebles más afectados y la contención de procesos de deterioro de alto riesgo. Este grupo está compuesto por nueve edificios: Instituto Inmunológico, San Eduardo, Siberia, Mantenimiento, Capilla y Convento, Santiago Samper, Salud Mental y Cundifarma. El proyecto de primeros auxilios ha sido estimado inicialmente en un valor de 1.366 millones de pesos.
d. El PEMP establece un programa para el grupo de edificios clasificados con niveles de intervención I y II, con proyectos de reforzamiento estructural, conservación del tipo arquitectónico y adecuación funcional de acuerdo con el PMA. Este grupo está compuesto por los siguientes edificios: San Eduardo, San Lucas, Cirugía Plástica, San Jorge, San Roque, Instituto Inmunológico, Siberia, Capilla y Convento, Mantenimiento, Jardín Infantil, Santiago Samper, Enfermedades Tropicales y Cundifarma. El conjunto de edificios que integran el Centro de atención al adulto mayor «San Pedro Claver», conservará el uso que actualmente tiene y deberá ser objeto de un proyecto de conservación arquitectónica y reforzamiento estructural.
e. Se define un programa para el tratamiento de los edificios catalogados como de conservación contextual con proyectos de reforzamiento estructural y rehabilitación funcional. Los edificios a los que se hace referencia son los siguientes: Resonancia Magnética y Salud Mental.
f. La propuesta plantea la necesidad de diseñar un programa de renovación general de la infraestructura para los servicios domiciliarios. Este programa tiene particular importancia por los potenciales riesgos de contaminación que pudieron afectar las redes de suministro y evacuación de aguas.
g. La propuesta contempla la definición de directrices generales, que orientarán la elaboración de un futuro programa de saneamiento ambiental, que cronológicamente precederá las anteriores intervenciones. Este programa requiere partir de una rigurosa valoración del posible riesgo ambiental generado por el cierre no programado del hospital y de un plan de saneamiento global para la totalidad del polígono hospitalario.

2 DELIMITACIÓN DE ÁREAS

El CHSJD fue declarado BIC del ámbito Nacional mediante la Ley 735 de 2002, en cuyo Artículo 1 se lee: «Declárase monumentos Nacionales, el hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, ubicados en la ciudad de Bogotá, D.C., en reconocimiento a los señalados servicios prestados al pueblo colombiano durante las distintas etapas de la historia de Colombia».

Además de señalar a la Fundación San Juan de Dios y al Instituto Inmunológico Nacional como patrimonio de la Nación, la ley no delimitó área afectada ni zona de influencia del BIC. La realización del PEP 2007-2008 incluyó la delimitación de estas áreas, fundamentales para la conservación del conjunto, y la propuesta se oficializó mediante la Resolución 2728 «Por la cual se delimita el Área Afectada y la Zona de Influencia de los Inmuebles denominados Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil localizados en la ciudad de Bogotá D.C., declarados Monumento Nacional, hoy Bien de Interés Cultural del Ámbito Nacional». Sin embargo, la ausencia de reglamentación para la zona de influencia contribuyó en el deterioro urbano del sector, especialmente del barrio San Bernardo. Esta falta de norma para la zona de influencia ocasionó también la designación de los barrios Policarpa, Sevilla y San Bernardo como zonas con tratamiento de Renovación, abriendo la posibilidad de incrementos drásticos de altura e incorporación de usos variados, poniendo en riesgo la conservación del conjunto patrimonial del complejo hospitalario.

El PEMP del CHSJD volvió a considerar las áreas delimitadas previamente, pues era necesario establecer parámetros de manejo para el conjunto y para su entorno, que ayuden en la conservación del BIC, pero que a la vez ofrezcan posibilidades de desarrollo y sostenibilidad. Si bien las decisiones de delimitación de áreas realizadas por el PEP fueron pertinentes, con las nuevas indagaciones de información, el cambio de normativa urbana y conociendo los procesos de gestión de bienes culturales en el entorno nacional, se proponen algunas modificaciones.

La zona de influencia se delimitó a partir de la identificación de las unidades barriales consolidadas y del archipiélago hospitalario compuesto por los hospitales Santa Clara, La Misericordia, La samaritana, Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil. El polígono de delimitación incluye manzanas de los barrios San Bernardo, La Hortúa, Sevilla, Policarpa, Modelo Sur, Las Cruces, Eduardo Santos y San Antonio.

La delimitación del Área Afectada se realizó partiendo de la identificación del predio original, ligada a aspectos de propiedad para facilitar la gestión del conjunto patrimonial, búsqueda de la integridad del conjunto edilicio y paisajístico, y el valor simbólico de la institución. De esta manera, el Área Afectada incluye el globo de terreno del Hospital San Juan de Dios, Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, los predios del Ancianato y del Jardín Infantil, el Instituto Materno Infantil y los predios del Instituto Nacional de Cancerología; adicionalmente se incluye dentro del polígono, el espacio de la Carrera 10 comprendido entre los dos globos principales de terreno y que originalmente hacían parte del Hospital San Juan de Dios, antes de ser dividido por la construcción de dicha vía.

En el plano que se presenta a continuación se ilustran simultáneamente Área Afectada y Zona de Influencia.



Plano 1. Trazado propuesto por el PEMP de Área afectada y Zona de influencia

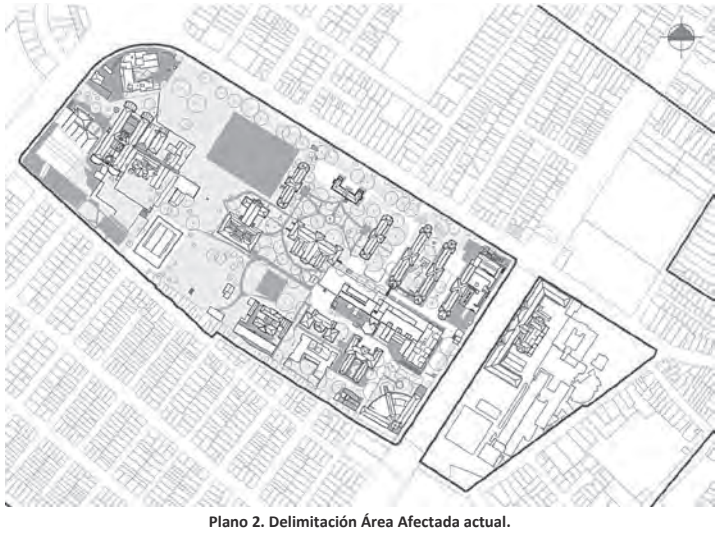
2.1 ÁREA AFECTADA

> «Es la definición física de los elementos de orden urbano y arquitectónico que sustentan los valores de lo que será objeto de la declaratoria, o de su redefinición, si es necesaria en los BIC ya declarados» *(Ministerio de Cultura, 2011, pág. 25)*.

El artículo primero de la Resolución n°. 2728 del 10 de diciembre de 2010, resuelve respecto al Área Afectada del conjunto hospitalario:

> «Delimitar como Área Afectada con la declaratoria como Bien de Interés Cultural del Ámbito Nacional del Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil localizados en la ciudad de Bogotá D.C., la correspondiente a todos y cada uno de los Bienes de Interés Cultural que conforman el complejo hospitalario, así como sus áreas libres por considerarse consustanciales con el uso cultural y buen funcionamiento de las edificaciones, los predios y las instalaciones del mismo, el cual se delimita de la siguiente manera: Por el Norte con la Avenida Hortúa – Avenida Calle 1ª; por el Oriente con la Carrera 9ª; por el Sur con la Calle 2 sur y la Calle 1ª sur; por el Occidente con la Avenida Caracas». *(Ministerio de Cultura, 2010)*

El polígono anteriormente descrito se ilustra en el plano siguiente que hace parte de la Resolución 2728 de 2010:



Plano 2. Delimitación Área Afectada actual.
Fuente: Resolución 2728 de 2010.

2.1.1 Criterios para la delimitación del área afectada

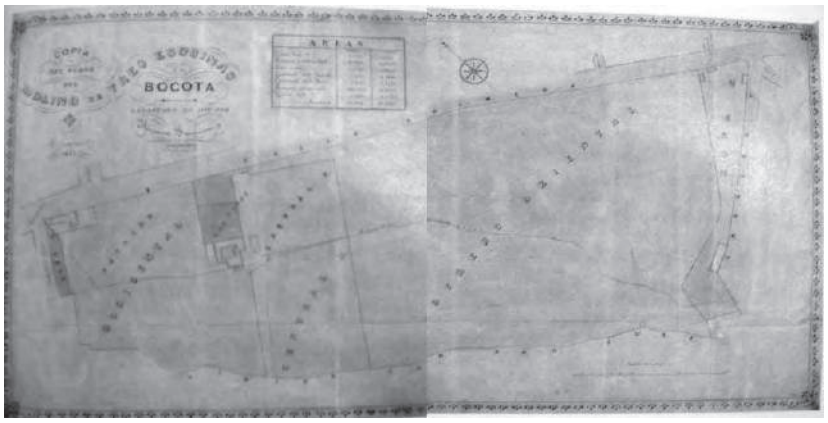
2.1.1.1 Identificación del predio: evolución histórica, determinantes físicas y la situación catastral actual:

A través de la revisión de planos históricos y aerofotografías, se pudieron aclarar los límites del terreno del conjunto hospitalario. Se comprobó además que el registro catastral de predios pone en evidencia la existencia de varias unidades prediales, lo que certifica la existencia de varios propietarios, información que se pretendía cotejar con el Estudio de Títulos que debía ser entregado por la Secretaría de Salud, pero que nunca fue suministrado al proyecto.

Con base en esto se considera que no es procedente incluir dentro del área afectada predios que están bajo el dominio o propiedad de personas naturales o jurídicas distintas al CHSJD, salvo los casos del Instituto Materno Infantil y del Instituto Dermatológico Federico Lleras, que hicieron parte del predio original y del proyecto urbano arquitectónico del hospital.

El primer registro planimétrico analizado corresponde al plano del Molino de Tres Esquinas, de finales del siglo XIX, donde se registra la existencia de algunas estructuras aparentemente construidas y de varias subdivisiones prediales; es evidente que el borde sur de la propiedad era un límite natural constituido por la Acequia de los Molinos, que se desprendía del Río Fucha. La cartografía registra que el globo de terreno estaba limitado por los caminos a Cáqueza al oriente, la calle 1ª y el Camino a Usme.

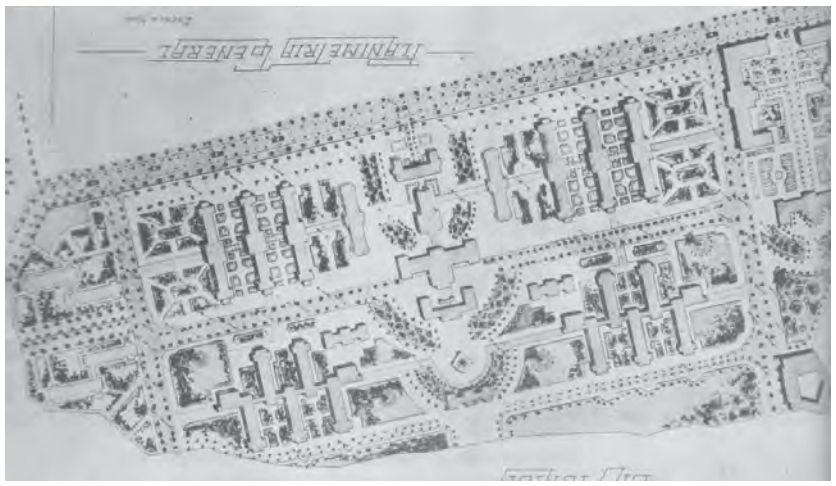
Esta información es relevante pues todavía no se evidencian los trazados de la Carrera 10ª, la Avenida Caracas y la Avenida de la Hortúa, que afectaron la estructura predial y la unidad del conjunto hospitalario, separando los terrenos del Instituto Nacional de Radium y del Instituto Materno Infantil y demoliendo el pabellón para los médicos internos, obra de Pablo de la Cruz.



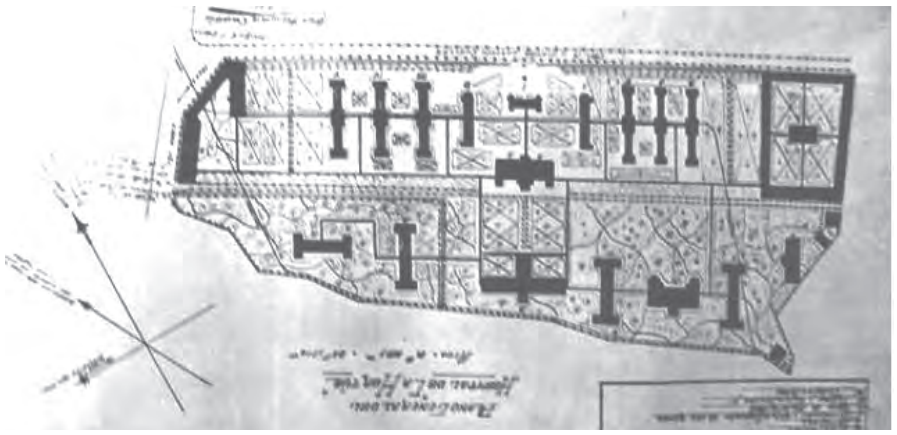
Plano 3. El Molino de Tres Esquinas 1911, levantado en 1876 por Ruperto Ferreira, ingeniero.
Fuente: Historia de Bogotá, tomo III, pág. 49.

El borde irregular impuesto por la Acequia de los Molinos o quebrada La Galera, se evidencia también en la serie de planos de los proponentes del concurso de 1922, en planos generales posteriores y en aerofotografías[1].

[1] Los planos históricos y sus leyendas se presentan originalmente con el norte hacia abajo, pero para seguir con la convención establecida de Norte hacia arriba usada a lo largo del documento, los planos se rotan aun cuando los textos incluidos pierdan legibilidad.



Plano 4. Dibujo de la propuesta de Jaramillo y Manrique Martín, ingenieros y arquitectos, para el concurso del nuevo hospital en 1922.
Fuente: El Nuevo Hospital de San Juan de Dios en la Hortúa, Anteproyectos Memorias Descriptivas y Estudio Higiénico Sanitario; Anexos del informe que rinde la Junta Departamental de Beneficencia en 1922.



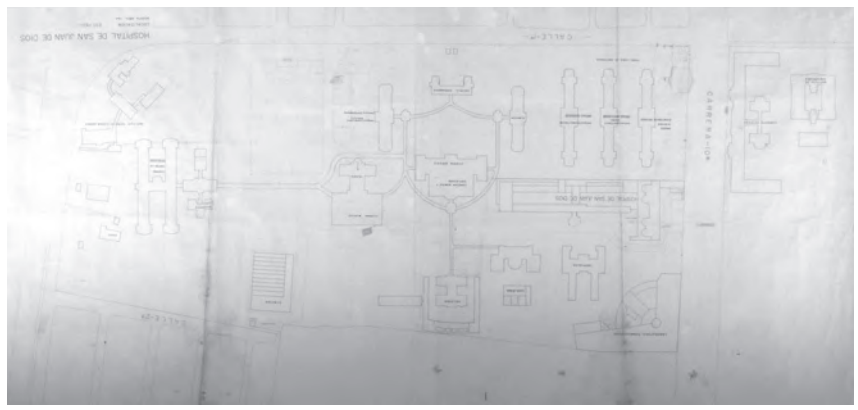
Plano 5. Propuesta de Benjamín Dussan Canals para el concurso de 1921.
Fuente: El Nuevo Hospital de San Juan de Dios en la Hortúa, Anteproyectos Memorias Descriptivas y Estudio Higiénico Sanitario; Anexos del informe que rinde la Junta Departamental de Beneficencia en 1922.



Imagen 1. Aerofotografía 1935.
Fuente: IGAC.



Imagen 2. Aerofotografía 1955.
Fuente: IGAC.



Plano 6. Plano general del CHSJD 1964.
Fuente: Archivo CHSJD.

El reconocimiento realizado lleva a proponer la modificación del Área Afectada, a partir de la situación de la naturaleza del lote del conjunto hospitalario, de manera que se pueda recuperar el límite del terreno original, considerando que las construcciones que arman el borde colindante con el barrio Policarpa Salavarrieta están construidas sobre la quebrada que fue objeto de relleno.



Figura 1. Huella de la Acequia los Molinos, lindero suroccidental del predio.
Fuente: vuelo oblicuo IGAC 1964, tomada de Historia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

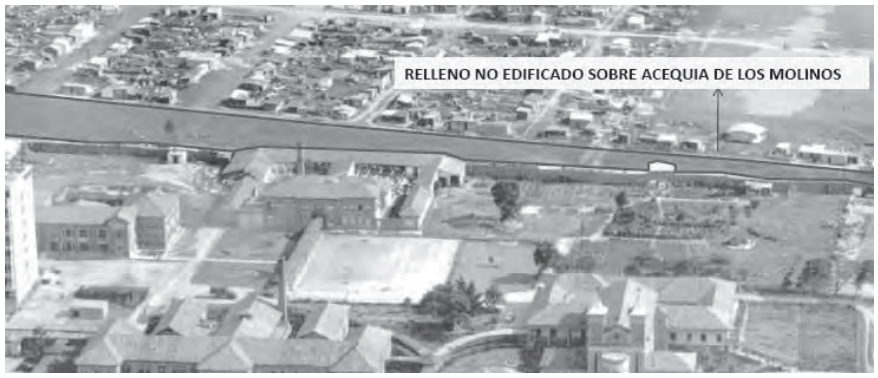


Figura 2. Relleno sobre la Acequia los Molinos.
Fuente: vuelo oblicuo IGAC 1964, tomada de Historia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

El análisis minucioso de la cartografía histórica y el reconocimiento catastral del objeto de estudio, permitieron reconocer líneas prediales que excluyen del área del CHSJD un fragmento de lote en la parte suroccidental; sin embargo, estos planteamientos deben ser constatados en el Estudio de Títulos, para confrontar claramente la equivalencia entre las unidades catastrales reconocidas y las diferencias de propiedad.



Figura 3. Predio catastral del Hospital San Juan de Dios.
Fuente: Sinupot, Secretaría Distrital de Planeación.

En 1947, durante la primera alcaldía de Fernando Mazuera Villegas se empezaron las obras que concluirían definitivamente en 1960.

> «Se trataba de ampliar una angosta callejuela, que se interrumpía en el hospital de la Hortúa, por el sur, y en la calle 23 por el norte, para convertirla en una avenida de 40 metros de ancho, como una enorme cirugía de cinco kilómetros –desde San Diego a la avenida Primero de Mayo y a la calle 27 sur-. Para ello fue necesario arrasar más de 30 metros, repartidos en ambos costados, de las manzanas que encontraba a su paso, y afrontar un sinnúmero de circunstancias de propiedades y vidas, para que allí surgieran los prismas racionales, la valorización inmobiliaria y modernas empresas financieras». *(Niño Murcia & Reina Mendoza, 2010, pág. 59)*.

Para 1951 las obras llegaban desde San Diego hasta la Avenida Jiménez. Los años siguientes se gestionaron varios préstamos para la ampliación de lo que faltaba de la décima, y de otras vías importantes como la Avenida Caracas. En la aerofotografía del IGAC de 1956 se observan trabajos de excavación frente al CHSJD; en 1959 la pavimentación llega a la calle 1a y se aceleran las obras hacia el sur, dividiendo finalmente el predio del conjunto hospitalario del San Juan de Dios; en 1960 se concluyen los trabajos.

> «El arquitecto Carlos Martínez, en su calidad de jefe de la Oficina de Planeación Distrital, informa que en junio comenzarán los trabajos para completar la carrera Décima de la calle Primera hacia el sur. En realidad falta poco, pues la avenida ya está lista en la zona de Ciudad Jardín, así como en el barrio El Sosiego, donde ya hay alcantarillado, sardineles y pavimentación; solo faltan las cuadras que hay entre la Primera y la calle 13 sur. Lo que resta debe quedar completa para fin de año». [El Tiempo, 1960-4-9, pág. 25, en *(Niño Murcia & Reina Mendoza, 2010, pág. 137)*].

A raíz de la división del hospital y para buscar facilitar el funcionamiento de las dependencias, en la década de los sesenta se construye un túnel que comunicaba las dos manzanas.

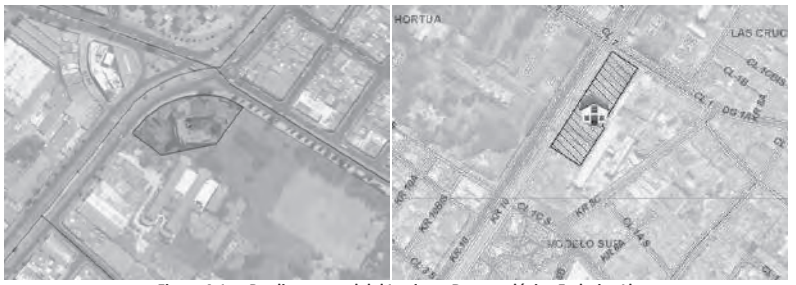


Figura 4. Izq. Predio catastral del Instituto Dermatológico Federico Lleras.
Figura 5. Der. Predio catastral del Instituto Materno Infantil.
Fuente: Sinupot, Secretaría Distrital de Planeación.

2.1.1.2 Conservar la integridad del conjunto edilicio y paisajístico

Debe recordarse que el conjunto urbano arquitectónico del hospital estuvo configurado por un gran predio hasta el momento en que se realizó la ampliación de la carrera 10ª, lo cual generó la división en dos manzanas, separando el Instituto Materno Infantil y el Instituto de Cancerología del resto del conjunto. En 1946 se publicó, en la primera edición de la revista Proa, un esquema para la ampliación diseñado por el arquitecto Edgar Burbano, que buscaba la modernización del centro de la ciudad; la ampliación de la carrera 10ª se planteaba desde San Diego hasta la Hortúa, pero no planteaba afectar los predios hacia el sur, como se evidencia en el siguiente plano:



Plano 7. Interpretación del plan vial de la Revista Proa no. 1 de 1946.
Fuente: La Carrera de la Modernidad, Construcción de la Carrera Décima. Bogotá 1945-1960, pág. 48.



Imagen 3. Apertura de la carrera Décima desde el Hospital San Juan de Dios hacia el sur.
Fuente: Saúl Orduz, en La Carrera de la Modernidad, Construcción de la Carrera Décima. Bogotá 1945-1960, pág. 144.

La propuesta de Área Afectada del PEMP incluye el fragmento de la carrera 10ª entre la avenida de la Hortúa y la calle 1ª sur, teniendo en cuenta que hay construcciones subterráneas, y que el conjunto original estaba contenido dentro de un gran globo de terreno.

2.1.1.3 Valor simbólico del conjunto edilicio y de la institución

Desde la inauguración del Hospital San Juan de Dios en el predio de la Hortúa han transcurrido 88 años durante los cuales se estableció un imaginario colectivo sobre, tal vez, el más importante centro de salud que se ocupó tanto de bogotanos como de nacionales; la institución que funcionó paralelamente al desarrollo y modernización de la medicina, aun hoy se identifica con enorme claridad en el imaginario de las gentes del común. Han pasado más de 13 años desde que dejó de cumplir sus labores asistenciales, educativas e investigativas, y sin embargo, la mayoría de ciudadanos sabe cuál es la manzana del San Juan de Dios. Por lo tanto, si bien el valor simbólico pudiese referirse prioritariamente a la institución, las características físicas de su predio, al estar delimitado por dos importantes vías de la ciudad en su recorrido norte-sur, y su proximidad a otras muy importantes instituciones hospitalarias, hacen del CHSJD un mojón destacado en la estructura urbana y en la estructura ambiental del sector.

La Calle de la Hortúa y el Hospital de la Hortúa marcaron una referencia urbana muy fuerte en la estructura oriente–occidente de la ciudad, de manera tal que la vía que se proyectó desde los cerros orientales y hasta la Avenida Cundinamarca, hoy carrera 30, configuró una porción de ciudad con

un predio muy visible que garantizó por muchos años un lugar de acogida pero que a la vez, marcó un límite físico al crecimiento hacia el sur de la ciudad.

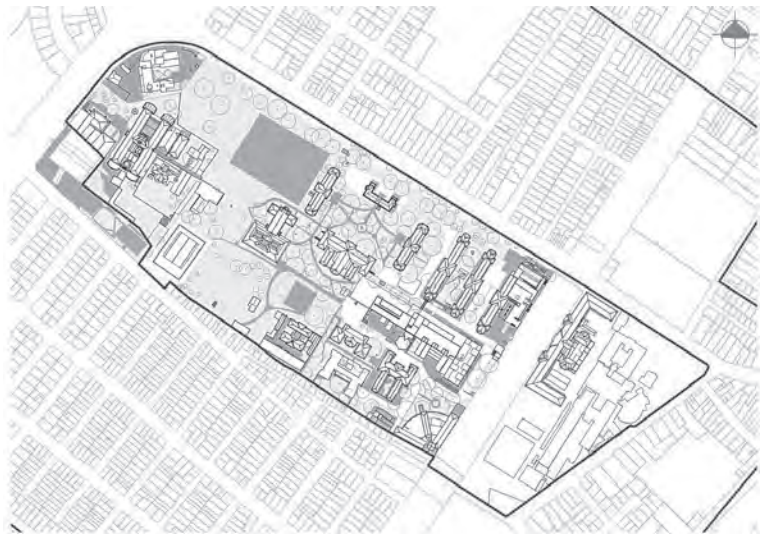
El valor simbólico del San Juan de Dios a la luz de su posible reapertura permitirá recuperar también la idea de un recinto urbano compuesto por hospitales muy especializados, centros de investigación destacada y lugar de aprendizaje en salud. El área afectada que se propone en esta etapa del PEMP, pretende recuperar la noción de conjunto, que se vio afectada por la construcción de la carrera 10 y por los diferentes procesos institucionales y administrativos; de este modo se plantea un único polígono para el área afectada, que recupere la noción del hospital histórico.



Imagen 4. Inauguración del edificio de Enfermedades Tropicales.
Fuente: Cromos no. 967 de 1936. Tomada de Historia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, pág. 100.

2.1.2 Propuesta de delimitación del Área Afectada

El área afectada que propone el PEMP del CHSJD es la siguiente:



Plano 8. Área afectada propuesta por el PEMP.

2.2 ZONA DE INFLUENCIA

De acuerdo con la Guía para la Formulación e Implementación de Planes Especiales de Manejo y Protección, la zona de influencia se entiende como:

> « (…) el contexto circundante o próximo del BIC, necesario para garantizar su recuperación y sostenibilidad, y que a su vez permita mitigar los impactos que puedan afectar los valores del bien. Para delimitarla se debe realizar un análisis de las potencialidades, amenazas y/o riesgos que puedan afectar el bien». *(Ministerio de Cultura, 2011, pág. 25)*.

Para el ajuste final de la Zona de Influencia del CHSJD, se partió nuevamente de la Resolución n°. 2728 de 2010 del Ministerio de Cultura en la que se definió la zona en referencia, incorporando fundamentalmente la planteada por la Fase I del PEP como Zona de Influencia A (Ministerio de Cultura, 2010).



Plano 9. Delimitación Resolución 2728 de 2010.
Fuente: elaboración propia con base en la Resolución 2728 de 2010 (Ministerio de Cultura, 2010).

Teniendo como base dicha Resolución y el análisis adelantado en el Diagnóstico de este PEMP sobre el entorno del BIC, se orientó la decisión final en busca de cumplir con lo establecido sobre la materia en el artículo 19 del Decreto Nacional 763 de 2009, que establece:

> «La zona de influencia es la demarcación del contexto circundante o próximo del inmueble, necesario para que los valores del mismo se conserven. Para la delimitación de la zona de influencia, se debe realizar un análisis de las potencialidades y de las amenazas o riesgos que puedan afectar al bien, en términos de paisaje, ambiente, contexto urbano e infraestructura» *(Presidencia de la República de Colombia, 2009)*

2.2.1 Criterios para la delimitación de la Zona de Influencia

Entre los resultados del Diagnóstico y como producto de los análisis adelantados, se encuentra la identificación de las debilidades y fortalezas, oportunidades y amenazas, que aportaron los elementos necesarios para la caracterización y definición de la Zona de Influencia del BIC, en la que en síntesis se aplicaron los siguientes criterios:

- Incorporar las manzanas completas en las que se encuentran los hospitales localizados en el entorno del CHSJD.
- Incorporar las áreas del entorno inmediato correspondientes a unidades barriales.
- Incorporar las demás manzanas complementarias para demarcar el contexto circundante necesario para proteger los valores del BIC.

La delimitación de la Zona de Influencia se sustenta en los objetivos y directrices urbanas trazadas para este PEMP, específicamente en la conservación y preservación de valores a partir de conformar una pieza urbana que permita, con actuaciones específicas, construir o reconstruir las relaciones nuevas o perdidas, según sea el origen del problema identificado.

2.2.1.1 Incorporar las manzanas con uso hospitalario completas.



Plano 10. Incorporación manzanas hospitales.

A la Zona de Influencia del CHSJD, se le ha atribuido la función de consolidar el Nodo de Equipamientos Hospitalarios, razón por la cual se incluyó en su perímetro a las instituciones de salud de condición históricamente similar por ser especializadas, por su escala de cobertura urbana, por tratarse de BIC del orden nacional o distrital, o por ocupar globos de terreno de mayor extensión en contraste con el tejido urbano que los circundan. Fuera de las que conforman el área de afectación,

las instituciones referidas son el Hospital de La Misericordia, el Hospital Santa Clara y el Hospital de La Samaritana.



Plano 11. Conformación Nodo Hospitalario.

Al incluir dichas instituciones, el polígono se extiende en sentido noroccidente hasta incorporar las manzanas completas que contienen a los hospitales de La Misericordia y Santa Clara, y en sentido suroriente hasta incorporar la manzana completa que contiene al Hospital de La Samaritana. La consolidación del que se ha llamado nodo de equipamientos de borde, por el Plan Zonal del Centro, que básicamente es la articulación de las instituciones hospitalarias resaltadas en el plano anterior, se convierte en una de las estrategias orientadas a garantizar la integración del BIC a la dinámica urbana, a través de la apuesta de consolidar dicho nodo con una actividad central históricamente desarrollada en la zona, hasta la fecha en forma desarticulada.

2.2.1.2 Incorporar las áreas del entorno inmediato correspondientes a unidades barriales

Los otros sectores incorporados a la Zona de Influencia son las áreas residenciales inmediatas localizadas al norte y sur del CHSJD, cuyas relaciones de carácter urbano con el mismo no han sido resueltas. Se busca así enmarcarlas en las directrices urbanas para el fortalecimiento de las áreas residenciales aprovechando la localización estratégica como parte del centro de la ciudad. Son relevantes los barrios San Bernardo[2], Policarpa y Sevilla que se caracterizan por el desarrollo de vivienda con actividad económica, la consolidación y aglomeración de comercio y servicios[3], y en la construcción de las relaciones e integración del CHSJD y el nodo de equipamientos hospitalarios.

El barrio San Bernardo, vecino inmediato al costado norte del CHSJD, representa un potencial de desarrollo para consolidar las actividades de soporte y complementarias al nodo de equipamientos hospitalarios, como área principalmente residencial con comercio y servicios, que pueda garantizar hacia el futuro la funcionalidad integral de la pieza urbana, teniendo en cuenta que la administración distrital en cabeza de la Empresa de Renovación Urbana (ERU) ha venido adelantando gestiones para el desarrollo de planes parciales en este barrio orientados en la misma dirección. La normativa para el barrio mencionado de origen residencial y en proceso de alto deterioro, contempla la renovación urbana como tratamiento para su desarrollo, lo cual genera expectativas sobre la utilización potencial que se pueda hacer de esas manzanas para la mencionada complementación funcional del nodo de equipamientos hospitalarios y el amortiguamiento de impactos en forma planificada, ya que es un área que hace parte del eje estructural de proyectos, contemplados por el Plan Zonal del Centro –PZCB– localizados en la franja entre las avenidas Décima y Caracas, y desde el Centro Internacional hasta la avenida de la Hortúa rematando en el Nodo de Equipamientos Hospitalarios-CHSJD.

La incorporación del barrio San Bernardo a la Zona de Influencia no se hace como unidad barrial completa, dado que constituye un área de mayor extensión que la misma Zona de Influencia y se encuentra sectorizada funcionalmente, en su interior, por la caracterización del circuito inter barrial de la Calle 2ª la cual hace parte del sistema de movilidad local de la zona, y delimita el área que en proporción de influencia sobre el CHSJD presenta las condiciones más equilibradas para definir acciones y actuaciones desde el PEMP. Adicionalmente, esta calle hace parte de uno de los proyectos estratégicos planteados para la zona.

[2] El barrio San Bernardo como pieza se encuentra entre la Cr 10ª, la Av. Caracas y entre las calles 1ª y 6ª; la vida barrial se desarrolla al centro del mismo, convirtiéndose en referente e hito el Colegio San Bernardo de La Salle, por lo tanto, la inserción de una parte en la zona de influencia permitirá potenciar la dinámica barrial al interior y recuperar los bordes deteriorados.

[3] Los barrios Policarpa y Sevilla se encuentran entre la Cr 10ª y la Av. Caracas y entre las Calles 1ª sur y 5ª sur. Al barrio Policarpa le fue conferida la legalización mediante la Resolución 285 de 1986 del Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Así mismo, en la evolución del barrio se evidencia un tránsito del uso residencial en los inicios del barrio pasando por el uso comercial y de pequeña industria en los 90; para consolidarse en una zona de comercio textil durante los últimos diez años, llegando a ser reconocido en la ciudad por ser una aglomeración de micro y pequeñas empresas del sector de la confección en el cual se incluyen proveedores y comercializadores de insumos, confeccionistas y comercializadores de productos terminados. A partir de ello la Secretaria de Desarrollo Económica entregó, en 2014, el ZASCA para empresarios del barrio Policarpa, el cual tiene como objetivo incrementar la productividad de los microempresarios del sector que se enmarca en el proyecto distrital: «Potenciar zonas de aglomeración de la economía popular bogotana» y que se presentó en el marco del Foro Mundial Urbano 2014 en Medellín.



Plano 12. Incorporación áreas residenciales.

El desarrollo existente al costado sur del CHSJD, lo conforman los barrios Sevilla y Policarpa, entre las avenidas Décima y Caracas, con una consolidación urbanística y funcional como soporte de la población residente y estable, la que además de usar este barrio como lugar de vivienda desarrolla actividades económicas en forma mixta con el uso residencial.

Se trata de barrios cuya norma urbana les asigna el tratamiento de consolidación con uso principal el de vivienda y como complementario el de comercio vecinal, estableciéndoles ejes para el desarrollo del comercio y los servicios, aunque en la práctica tiene una alta tendencia a consolidar usos especializados en textiles y bodegaje de los mismos por fuera de los mencionados ejes y mezclados con la vivienda, sin desplazarla aun totalmente.

El barrio Policarpa, tanto por su origen, vocación y ocupación se ha consolidado como una zona de vivienda de una comunidad urbana con notables niveles de identidad y estabilidad con tendencia a perdurar. La asociación de la vivienda con el trabajo en la misma unidad predial ha desencadenado una dinámica de incremento del área edificada mediante el desarrollo de procesos de ampliación en altura, que tienden a consolidar viviendas unifamiliares con espacios complementarios para la actividad referida.

Al considerar la dinámica de la edificabilidad hoy presente en estos barrios, es claro que la tendencia predominante es una paulatina evolución hacia edificaciones de tres pisos con uso predominante de vivienda, lo cual no afecta ni impacta negativamente la integridad o conservación patrimonial del CHSJD; debido a la tendencia a la localización y aglomeración de micro y pequeñas empresas del sector de la confección en el cual se incluyen proveedores y comercializadores de insumos, confeccionistas y comercializadores de productos terminados en las manzanas adyacentes y con atención a dicho riesgo, se requieren las correspondientes determinantes normativas desde el PEMP.

En el límite sur oriental del CHSJD se localiza el conjunto residencial El Paraíso, que siendo una propiedad horizontal que no se ve afectada en su condición existente por ser incorporada a la Zona de Influencia, tampoco representa amenaza alguna para la preservación del CHSJD, por tanto, se incorpora atendiendo la metodología del Ministerio en la dirección de generar áreas en torno a los mismos, que de alguna manera cumplan una función de área de amortiguamiento de impactos o de barrera de protección, como en este caso. Para la regularización de este borde y con el criterio de incorporar manzanas completas, se incluyen también las correspondientes al barrio Modelo Sur.

2.2.1.3 Incorporar las demás manzanas complementarias para demarcar el contexto circundante necesario para proteger los valores del BIC



Plano 13. Incorporación manzanas complementarias.

La pieza urbana se completa con las manzanas localizadas al interior del perímetro de la Zona de Influencia, marcadas en color azul claro en la imagen anterior, que corresponden a globos de terreno o súper-manzanas, diferentes a las manzanas tradicionales del área que presentan intersticios de manzanas tradicionales que sirven de complemento al área de oportunidad del Nodo Hospitalario y consolidan la Zona de Influencia. Las primeras manzanas contienen usos mezclados de vivienda, oficinas, dotacional e industria, y en conjunto representan un potencial para la consolidación de la zona hospitalaria a través de la intervención con proyectos de carácter urbano.



Plano 14. Caracterización Zona de Influencia.

2.2.1. Propuesta de delimitación

A partir de las decisiones aquí presentadas, la zona de influencia del CHSJD queda consolidada como aparece en la siguiente imagen.



Plano 15. Zona de Influencia propuesta por el PEMP.

El límite propuesto para la Zona de Influencia por el PEMP, difiere del establecido por la Resolución 2728 de 2010 en los bordes noroccidental y sur oriental del polígono delimitado (Ministerio de Cultura, 2010). En primer lugar, se excluyen las manzanas pertenecientes al barrio Eduardo Santos siguiendo el criterio de incorporar unidades barriales, teniendo en cuenta además que son manzanas cuya localización no tiene una relación directa de conectividad como Zona de Influencia del CHSJD y por tanto las afectaciones mutuas no son evidentes. En segundo lugar, en el borde sur oriental del polígono la variación corresponde a la inclusión de las manzanas del barrio Modelo Sur que permiten regularizar este límite en forma conveniente para la aplicación de directrices, determinantes y normas específicas.



Plano 16. Comparativo delimitaciones Zona de Influencia.
Fuente: elaboración propia, con base en Resolución 2728 de 2010 (Ministerio de Cultura, 2010).

En el Anexo 1 del presente documento de propuesta se despliega la información correspondiente con los datos de identificación catastral de cada uno de los predios que conforman las manzanas contenidas dentro de la Zona de influencia.

Tabla 1. Modelo de identificación catastral de predios en zona de influencia (Ejemplo)

ZONA DE INFLUENCIA

LOCALIDAD: 15 - ANTONIO NARIÑO

MANZANA	PREDIO	DIRECCION	MATRICULA	CHIP
UPZ: 35 - Ciudad Jardin			Barrio: Policarpa - 001211	
00121101	1	KR 10 1C 29 SUR	050S40242842	AAA0002ECDM
00121101	2	KR 10 1C 07 SUR	050S40242843	AAA0002ECEA
00121102	1	KR 10 2 79 SUR	050S40084229	AAA0002ECFT
00121102	3	CL 3 S 10 18	050S40063490	AAA0002ECJH
00121102	4	CL 3 S 10 32	050S40171647	AAA0002ECKL
00121102	5	KR 10 BIS 2 78 SUR	050S40098648	AAA0002ECLW
00121102	6	KR 10 BIS 2 74 SUR	050S40098649	AAA0002ECMS
00121102	7	KR 10 BIS 2 66 SUR	050S40063737	AAA0002ECNN
00121102	8	KR 10 BIS 2 58 SUR	050S40145025	AAA0002ECOE
00121102	9	KR 10 BIS 2 54 SUR	050S40279435	AAA0002ECPP
00121102	10	KR 10 BIS 2 42 SUR	050S40063348	AAA0002ECRU
00121102	11	KR 10 BIS 2 38 SUR	050S40066600	AAA0002ECSK
00121102	12	KR 10 BIS 2 30 SUR	050S40063492	AAA0002ECTO
00121102	13	KR 10 BIS 2 20 SUR	050S40063447	AAA0002ECUZ
00121102	14	CL 2 SUR 10 37	050S40063738	AAA0002ECWF

3 NIVELES PERMITIDOS DE INTERVENCIÓN

3.1 ÁREA AFECTADA

Uno de los objetivos de la valoración, como se explicó en el documento de Diagnóstico, es orientar las medidas de protección y los lineamientos para intervenir los inmuebles. Los niveles de intervención, definidos a partir de la valoración y del conocimiento del BIC, definen una serie de obras permitidas que se pueden ejecutar en las edificaciones.

La conservación integral –nivel 1– busca preservar el carácter «excepcional» que tiene el inmueble, que podría entenderse como la conjunción arquitectónica que conforma la unidad integral de la edificación y junto con su significado, permite considerar que es una obra particular, si se quiere, peculiar, seguramente, un referente singular.

La conservación del tipo arquitectónico –nivel 2–, busca que los rasgos que determinan el tipo de edificio, se conserven. Y se refieren a la volumetría, paramentación y las soluciones de aperturas, ingresos y distribución espacial.

La conservación contextual –nivel 3– tiene variaciones importantes con respecto a los niveles anteriores, porque establece que las edificaciones podrían permanecer y renovarse ampliamente o incluso, podrían demolerse si no se integran con el contexto. El objetivo de este nivel es consolidar el contexto.

En la imagen siguiente, se ilustran los niveles de intervención asignados por el PEMP a los edificios del conjunto hospitalario.



Plano 17. Plano general de Niveles de Intervención.

3.1.1 Nivel 1. Conservación Integral

> «Se aplica a inmuebles del grupo arquitectónico de excepcional valor, los cuales, por ser irremplazables, deben ser preservados en su integralidad. En estos, cualquier intervención puede poner en riesgo sus valores e integridad, por lo que las obras deben ser legibles y dar fe del momento en el que se realizaron. Si el inmueble lo permite, se podrán realizar ampliaciones, en función de promover su revitalización y sostenibilidad.
>
> (…) Se permite la modificación de los espacios internos del inmueble, siempre y cuando se mantenga la autenticidad de su estructura espacial: disposición de accesos, vestíbulos, circulaciones horizontales y verticales». *(Presidencia de la República de Colombia, 2009)*.

La conservación integral determina que la intervención respeta integralmente la unidad del inmueble y ha de guiarse por el criterio de mínima intervención. Significa que el proyecto de intervención no se superpone al edificio sino parte de la comprensión integral de este. Incluso si los edificios están en mal estado de conservación o han perdido partes, como sucede en el CHSJD, este nivel de intervención se orienta a recuperar la integridad desdibujada.

Las obras permitidas en los inmuebles del Nivel 1 o de Conservación Integral son: Restauración, reparaciones locativas, primeros auxilios, rehabilitación o adecuación funcional, reforzamiento estructural, reintegración, ampliación, consolidación y liberación –ibídem–.

Se asignó el nivel de intervención de «Conservación integral» a los siguientes edificios:

- Inmunología o antigua administración.
- Edificio de las cocinas o Siberia.
- Iglesia y Convento.
- Instituto Materno Infantil.
- Enfermedades Tropicales.
- Santiago Samper.
- Edificio principal del conjunto de Mantenimiento.
- Edificio del Instituto de Radium.



Plano 18. Nivel 1. Conservación Integral.

3.1.2 Nivel 2. Conservación del Tipo Arquitectónico

> «Se aplica a Inmuebles del Grupo Arquitectónico con características representativas en términos de implantación predial (rural o urbana), volumen edificado, organización espacial y elementos ornamentales las cuales deben ser conservadas. Se permite la modificación de los espacios internos del inmueble, siempre y cuando se mantenga la autenticidad de su estructura espacial: disposición de accesos, vestíbulos, circulaciones horizontales y verticales» *(Presidencia de la República de Colombia, 2009)*.

Para la asignación de este nivel se tuvo en cuenta la directriz principal de la reapertura del conjunto hospitalario, permitiendo aprovechar los edificios con mayor flexibilidad de usos y posibilidades espaciales.

Los edificios con el nivel de Conservación del Tipo Arquitectónico o Nivel 2 son:

- San Roque.
- San Jorge.
- Ancianato: incluyendo los edificios principal, de terapia ocupacional y de administración.
- Jardín Infantil.
- Federico Lleras Acosta.
- Paulina Ponce, antes Cirugía Plástica.
- San Lucas.
- San Eduardo.
- Cundifarma.

Las obras permitidas para este nivel de «Conservación del tipo arquitectónico» son: Restauración, reparaciones locativas, primeros auxilios, rehabilitación o adecuación funcional, remodelación, reforzamiento estructural, reintegración, ampliación, consolidación y liberación –ibídem–.



Plano 19. Nivel 2. Conservación del Tipo Arquitectónico.

3.1.3 Nivel 3. Conservación Contextual

> «Se aplica a inmuebles ubicados en un Sector Urbano, los cuales, aun cuando no tengan características arquitectónicas representativas, por su implantación, volumen, perfil y materiales, son compatibles con el contexto.

> De igual manera, se aplica para inmuebles que no son compatibles con el contexto, así como a predios sin construir que deben adecuarse a las características del sector urbano.
>
> Este nivel busca la recuperación del contexto urbano en términos del trazado, perfiles, paramentos, índices de ocupación y volumen edificado». *(Presidencia de la República de Colombia, 2009)*.

El nivel de «Conservación contextual» se le asignó al resto de los edificios del conjunto hospitalario, sin embargo, es necesario diferenciarlos con base en el papel que tuvieron históricamente y podrían tener con la reapertura del HSJD. El área que ofrecen estos inmuebles se convierte en un recurso potencial al igual que la relativa facilidad de rehabilitarlos, teniendo en cuenta eso sí, que la mayoría de ellos requiere de reforzamiento estructural para albergar usos de docencia o asistenciales.

Dentro de esta categoría de conservación contextual hay construcciones de buena factura que hicieron parte en determinado momento de un proyecto de crecimiento del hospital, y que constituyen un potencial de uso importante, que pueden ser conservadas y reutilizadas, y otras que deben ser reemplazadas o demolidas, bien sea por obsolescencia o porque fueron resultado de necesidades funcionales específicas que no obedecieron a un plan de ordenamiento y cuya implantación impide el desarrollo del conjunto hospitalario.

Las obras permitidas para el nivel de «Conservación Contextual» son: demolición, obra nueva, modificación, remodelación, reparaciones locativas, primeros auxilios, reconstrucción, reforzamiento estructural, consolidación y ampliación. –Ibídem–.

El PEMP considera que los edificios que se listan a continuación tienen potencial de uso y que no desvirtúan el proyecto urbano del hospital, por lo cual se recomienda su permanencia:

- Salud Mental.
- Resonancia Magnética.
- Instituto de Cancerología, sin incluir el edificio original de Radium que hace parte de los inmuebles de Conservación Integral.
- La zona de talleres –planta en U– del conjunto de Mantenimiento.
- La Capilla del conjunto del Ancianato y las otras construcciones que albergan pabellón de enfermos crónicos.
- El edificio de aulas del jardín infantil.

Por otro lado, se identificaron edificios mal implantados, de mala factura, obsoletos y adiciones poco respetuosas en inmuebles patrimoniales, que el equipo del PEMP considera deben ser demolidos o sustituidos a mediano plazo:

- Edificio Central, Torre Docente y sus demás adiciones
- Unidad Primaria de Atención (UPA)
- Rehabilitación Psiquiátrica.
- Porterías.
- Adiciones hechas a San Lucas.
- Adiciones costado sur de Santiago Samper.
- Adición de Ortesis al conjunto de Mantenimiento.
- Adición en patio norte de Cundifarma.
- Volúmenes adicionados al jardín infantil.
- Puentes de comunicación entre pabellones y Torre Central.
- Adiciones en el costado oriental del Instituto Materno Infantil –según lo establecido por el grupo consultor encargado del proyecto específico de restauración del IMI–.
- Las otras construcciones menores que se indican en el plano.



Plano 20. Conservación Contextual.

3.2 ZONA DE INFLUENCIA

La asignación de los niveles de intervención en la Zona de Influencia se hace en cumplimiento de lo establecido para los PEMP, y en este caso específico se armoniza en su totalidad con lo definido por el Distrito en el Decreto 606 de 2001 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001).

El decreto en mención asigna las categorías de conservación integral y conservación tipológica a los bienes reconocidos dentro de la Zona de Influencia del CHSJD como Inmuebles de Interés Cultural –IIC–, y otros como parte de un Sector de Interés Cultural –SIC–.

Sobre las categorías reglamentadas en el decreto en referencia, se establece que la Conservación Integral «aplica a los inmuebles que cuentan con valores culturales excepcionales, representativos de determinadas épocas del desarrollo de la ciudad y que es necesario conservar como parte de la memoria cultural de los habitantes». De la Conservación Tipológica establece que:

> «aplica a los inmuebles que poseen valores arquitectónicos, de organización espacial y de implantación predial y urbana, que los hacen parte de un contexto a conservar por su importancia en el desarrollo arquitectónico y urbanístico de la ciudad y que son representativos de tipos arquitectónicos de la época en que se construyeron». *(Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001)*.

También contempla la Restitución que puede ser parcial o total, sin embargo para la Zona de Influencia no la asigna a ningún inmueble.

El Decreto 606 de 2001 establece para los BIC, las fichas de valoración individual y reglamenta las obras permitidas, los elementos del espacio público y áreas libres, las modificaciones internas, las ampliaciones, las alturas y aislamientos, los sótanos, los estacionamientos, la subdivisión y el englobe. Adicionalmente reglamenta los usos para dichos inmuebles y establece el manejo normativo para los predios colindantes con los mismos. Son objeto de reglamentación en el mencionado decreto, los procedimientos para las intervenciones, así como los incentivos tarifarios modificados posteriormente.

Los hospitales La Misericordia, Santa Clara y La Samaritana, tienen asignada la categoría de Conservación Integral. El barrio Las Cruces –Sector de Interés Cultural SIC–, está reglamentado por el Decreto 492 de 2007 e incluye los inmuebles de la manzana 05 incorporada en la zona de influencia del CHSJD, con la categoría de bienes de interés cultural de conservación tipológica y a los cuales les establece las normas de edificabilidad y usos (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007).

En cumplimiento de lo exigido por la reglamentación para la elaboración de los PEMP, se establece la correspondencia de las categorías de los niveles de intervención establecidos en el ámbito nacional y distrital.

Tabla 2. Correspondencia niveles de intervención Decreto 606 de 2001 y Decreto 763 de 2009.

Decreto Distrital 606 de 2001	Decreto Nacional 763 de 2009
Conservación Integral	Nivel 1 de Intervención: Conservación Integral
Conservación Tipológica	Nivel 2 de Intervención: Conservación del Tipo Arquitectónico
Restitución Parcial	
Restitución Total	
No tiene similar	Nivel 3 de Intervención: Conservación Contextual

Información: (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001)y (Presidencia de la República de Colombia, 2009).

De acuerdo con el artículo 20 del Decreto 763 de 2009 –Presidencia de la República de Colombia, 2009–, el nivel permitido de intervención establece las pautas o criterios relacionados con la conservación de los valores del inmueble y su zona de influencia, los cuales son:

3.2.1 Nivel 1. Conservación integral

Se aplica a inmuebles del grupo arquitectónico de excepcional valor, los cuales, por ser irremplazables, deben ser preservados en su integralidad. Igualmente, en el ámbito urbano, debe garantizarse la preservación del trazado, manzanas, paramentos, perfiles, alturas, índices de ocupación, vías, parques, plazas y pasajes, entre otros.

Los tipos de obra permitidos en el Nivel 1 son: restauración, reparaciones locativas, primeros auxilios, rehabilitación o adecuación funcional, reforzamiento estructural, reintegración, ampliación, consolidación y liberación.

3.2.2 Nivel 2. Conservación del tipo arquitectónico

Se aplica a inmuebles del grupo arquitectónico con características representativas en términos de implantación predial urbana, volumen edificado, organización espacial y elementos ornamentales, las cuales deben ser conservadas.

Los tipos de obra permitidos en el Nivel 2 son: restauración, reparaciones locativas, primeros auxilios, rehabilitación o adecuación funcional, remodelación, reforzamiento estructural, reintegración, ampliación, consolidación y liberación.

3.2.3 Nivel 3. Conservación contextual

Se aplica a inmuebles ubicados en un sector urbano, los cuales, aun cuando no tengan características arquitectónicas representativas, por su implantación, volumen, perfil y materiales, son compatibles con el contexto. De Igual manera, se aplica para inmuebles que no son compatibles con el contexto, así como a predios sin construir que deben adecuarse a las características del sector urbano. Este nivel busca la recuperación del contexto urbano en términos del trazado, perfiles, paramentos, índices de ocupación y volumen edificado.

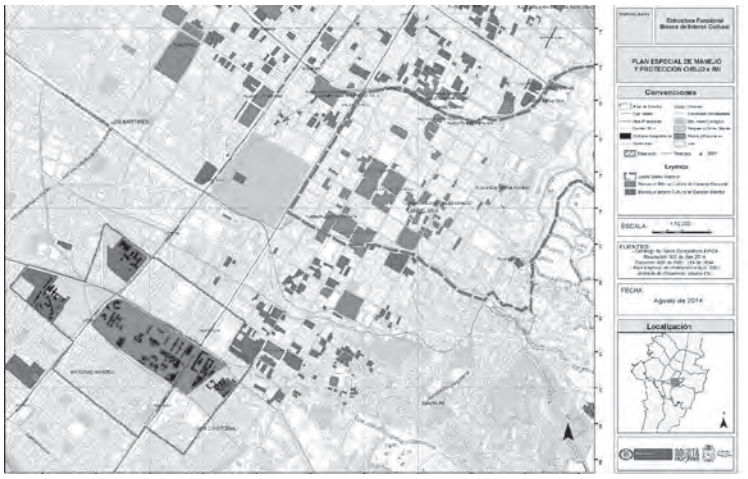
Los tipos de obra permitidos en el Nivel 3 son: demolición, obra nueva, modificación, remodelación, reparaciones locativas, primeros auxilios, reconstrucción, reforzamiento estructural, consolidación y ampliación.

En el PEMP a los bienes de interés cultural localizados en la Zona de Influencia contenidos en la siguiente tabla, se les asigna las categorías de intervención establecidas en el Decreto 763 de 2009: los que tienen categoría de conservación integral quedan con el nivel 1 de intervención de conservación integral, los de conservación tipológica quedan con el nivel 2 de intervención de conservación del tipo arquitectónico y a los demás inmuebles se les asigna el nivel 3 de intervención de conservación contextual, en los que están incluidos, tal como su nombre lo indica, los de conservación contextual, también los que no tienen valor alguno y pueden ser objeto de demolición, así como los lotes sin construir –Presidencia de la República de Colombia, 2009–.

Tabla 3. Inmuebles de Interés Cultural.

Nivel Permitido de Intervención	Inmueble	Valoración	Manzana	Predio	Dirección
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	01	KR 14 B 1 45 SUR
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	02	CL 1 16 65
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	15	KR 16 0 59 SUR
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	16	CL 1 SUR 14B 63
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	17	CL 1 SUR 14B 37
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	18	CL 1 SUR 14B 21
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	19	CL 1 SUR 14B 15
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	20	CL 1 SUR 14B 7
Conservación Integral	Laboratorios Quibi	BICD	20	23	CL 1 16 71
Conservación Integral	Hospital La Misericordia	BICD	10	47	AK 14 1 65
Conservación Integral	Hospital de la Samaritana	BICD	06	51	KR 8 0 29 SUR
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	39	CL 1C BIS 8 19
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	40	KR 8 1A 45
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	34	CL 1C BIS 8 51
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	21	CL 1C BIS 8 97
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	22	CL 1C BIS 8 95
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	25	CL 1C BIS 8 89
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	23	CL 1C BIS 8 93
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	24	CL 1C BIS 8 91
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	26	CL 1C BIS 8 83
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	28	CL 1C BIS 8 79
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	29	CL 1C BIS 8 73
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	30	CL 1C BIS 8 71
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	31	CL 1C BIS 8 67
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	32	CL 1C BIS 8 65
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	38	CL 1C BIS 8 21
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	44	KR 8 1A 07
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	35	CL 1C BIS 8 49
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	15	07	KR 11A 3 54 S

Fuente: (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001).



Plano 21. Inmuebles de Interés Cultural en la Zona de Influencia.
Fuente: elaboración propia, con base en el Decreto 606 de 2001 **(Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001)**.

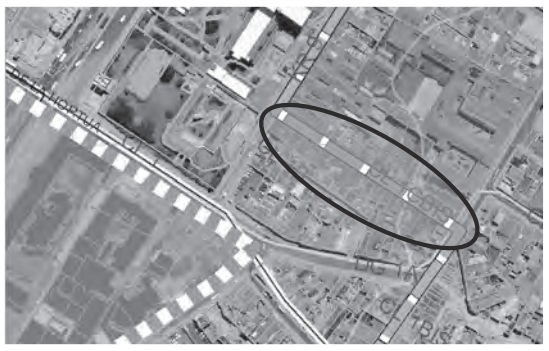


Figura 6. Detalle Bienes de Interés Cultural en la Zona de Influencia.
Fuente: elaboración propia, con base en Ley 735 **(Congreso de la República de Colombia, 2002)** y Decreto 606 **(Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001)**.

La asignación de los niveles de intervención para los inmuebles de la Zona de Influencia, en el marco del Decreto 763 de 2009 (Presidencia de la República de Colombia, 2009), es la contenida en la siguiente imagen –Plano 21–.



Plano 22. Niveles de Intervención Decreto 763 de 2009.

3.2.4 Autorización de las intervenciones

De conformidad con el presente PEMP, el artículo 11 de la Ley 397 de 1997 (Congreso de la República de Colombia, 1997), modificado por el Artículo 7 de la Ley 1185 de 2008 (Congreso de la República de Colombia, 2008), el Decreto 763 de 2009 (Presidencia de la República de Colombia, 2009), corresponde al Ministerio de Cultura la función de autorizar las intervenciones en BIC de ámbito Nacional.

Los inmuebles de Interés Cultural de la Zona de influencia deben atender, para su intervención, las determinantes normativas establecidas en este PEMP, las cuales están contenidas en el capítulo 4 correspondiente a las «Condiciones de Manejo». Así mismo los niveles permitidos de intervención en la Zona de Influencia se encuentran relacionados en el respectivo anexo.

4 CONDICIONES DE MANEJO

4.1 Aspectos físico-técnicos

Este capítulo de la propuesta del Plan Especial de Manejo y Protección se ocupa de los aspectos físicos y por ello se entiende las condiciones y características espaciales del BIC, es decir, los aspectos territoriales, urbanísticos y arquitectónicos.

4.1.1 Área afectada

4.1.1.1 Propuesta urbana general

La propuesta urbana general se propone el cumplimiento de dos objetivos de manera simultánea: Integrar el predio con los barrios que conforman el contexto circundante con el fin de romper su situación de aislamiento y aprovechar su carácter de pulmón verde dentro de este sector de la ciudad; y por otra parte, generar en el Conjunto Hospitalario unas condiciones ambientales y de habitabilidad que garanticen el funcionamiento adecuado y seguro del mismo y el cumplimiento de su labor misional.

El cumplimiento de estos objetivos pasa necesariamente por el desarrollo previo de un proceso de saneamiento ambiental del predio y de la ejecución de unas obras de primeros auxilios que estabilicen los deterioros que se presentan en varios de los edificios declarados Bienes de Interés Cultural de nivel nacional.

Se plantea la construcción de tres espacios que permitirán la articulación del conjunto con su entorno inmediato y el acceso de usuarios y vecinos desde sus diferentes frentes: una plazoleta sobre la carrera 10ª en el costado norte, dada la importancia de esta vía; una plazoleta sobre la Avenida de la Hortúa frente al antiguo edificio de la Administración, para recuperar el acceso original al predio; y finalmente, un corredor peatonal acompañado de ciclo-ruta que continuará la alameda planteada sobre la Carrera Trece del Barrio San Bernardo, que atravesará el hospital en su zona occidental, sirviendo este espacio también para articular el Ancianato y el Instituto Federico Lleras con el resto del hospital.

En el interior del predio la estrategia se centra en la cualificación de los espacios exteriores, la creación de algunos espacios de uso público adicionales y la generación de claros y eficientes sistemas de circulación peatonal y vehicular que permitan el desplazamiento ordenado y seguro de los visitantes y usuarios del Conjunto Hospitalario.

El diseño de los espacios exteriores empleará los vestigios remanentes de los trazados antiguos del hospital, consistentes en senderos peatonales, bases de pérgolas, rejas, etc., así como las áreas verdes y la vegetación existente para incorporarlos en forma creativa y respetuosa en la propuesta de intervención. Igualmente, se reubicarán los bienes muebles que fueron desplazados en diferentes momentos de la vida útil del hospital, y cuya localización original se haya podido identificar a través del material fotográfico de archivo.

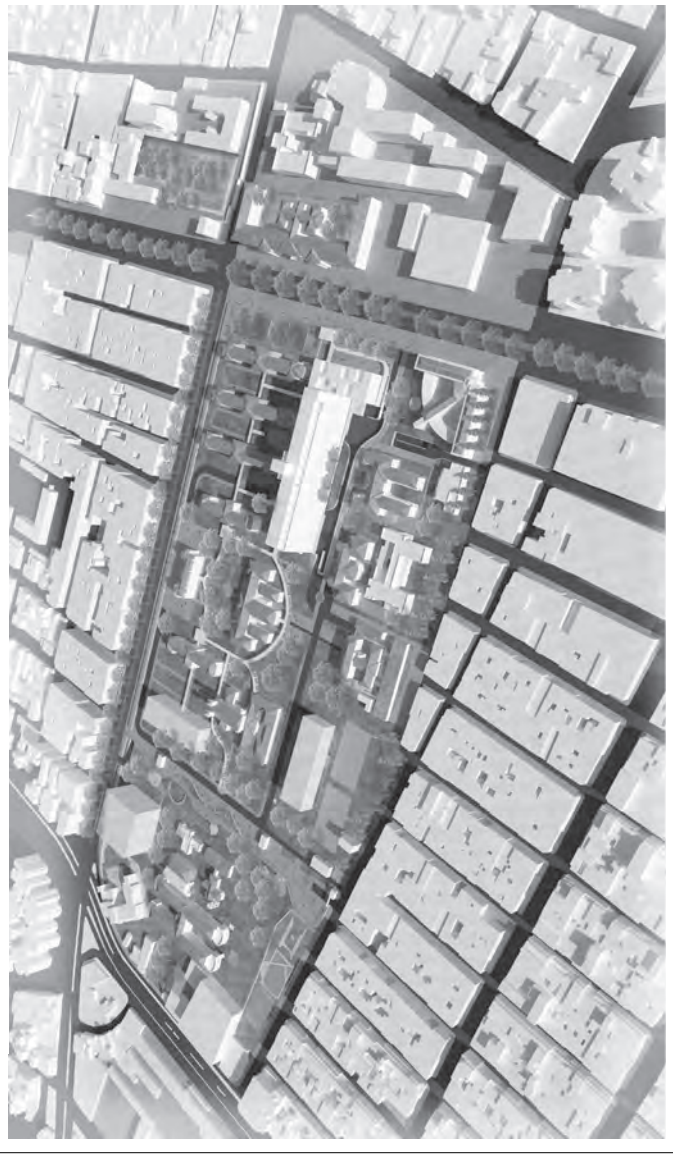
El mobiliario perteneciente al espacio de uso público, tal como luminarias, bancas, barandas, rejas, etc., deberá corresponder con un proyecto de recuperación y diseño de espacios exteriores del Conjunto Hospitalario, basado en criterios de conservación y recuperación de los valores históricos, arquitectónicos y paisajísticos del mismo.

En relación con los sistemas de circulación vehicular y peatonal la propuesta obedece al propósito de dar prioridad al peatón sobre el vehículo particular, así como, restringir la circulación de tránsito de este último y generar una red de movilidad interna en armonía con los valores ambientales y paisajísticos del Conjunto Hospitalario. Igualmente, se plantea la separación clara entre los vehículos que apoyan la labor asistencial, tales como ambulancias, camiones para evacuación de residuos, suministro de alimentos y lencería, etc. y los vehículos particulares que acceden para dejar y recoger pacientes.

El esquema de movilidad se complementa con la construcción de un parqueadero de uso público subterráneo asociado con la alameda ubicada en el costado occidental del predio, y la propuesta de un sistema interno de transporte circular que comunicará todas las edificaciones y servicios del hospital partiendo del estacionamiento mencionado.



Plano 23. Propuesta de ordenamiento.
Plano 24. Propuesta de ordenamiento (Imagen 3D realizada por Arq. Franco Rodríguez).



4.1.1.2 Propuesta ambiental y de manejo de residuos

El manejo ambiental en el PEMP se plantea en dos escenarios:

- El mejoramiento al exterior del complejo, para reducir impactos sobre la calidad ambiental interior y el funcionamiento del servicio hospitalario.
- El manejo al interior de los edificios, con dos propósitos: la reducción de los riesgos ambientales y el mejoramiento de la eficiencia ecológica del funcionamiento.

Esta estrategia se despliega en el contexto de un doble proceso de degradación ambiental. Por un lado, el entorno del complejo hospitalario presenta una baja calidad con numerosos factores que lo convierten en un entorno urbano agresivo y en una fuente de riesgos para el interior del complejo: ruido, emisiones y vibraciones por el fuerte tráfico de vías principales; vectores y fauna urbana; baja calidad sensorial del espacio público y deficiente recolección de residuos sólidos.

Por otra parte, las acciones del PEMP deben orientar la mitigación de los riesgos ambientales generados a partir de tres situaciones sucesivas:

- La construcción y las adecuaciones posteriores de los edificios empleando algunos materiales peligrosos y con deficiencias bioclimáticas.
- El prolongado funcionamiento del hospital con acumulaciones focales de deterioro físico y de sustancias potencialmente peligrosas.
- El cierre no programado del hospital, y el extenso periodo de abandono que ha vivido sin ser objeto de un plan de mitigación y control de los factores de riesgo. Con el tiempo, algunos de estos factores permanecen, otros empeoran y otros se desvanecen.

El manejo ambiental debe afrontar un doble reto: armonizar con los criterios y acciones de conservación patrimonial y garantizar condiciones seguras para el funcionamiento hospitalario, el cual involucra población físicamente vulnerable, y numerosos factores de riesgo físico, químico y biológico.

4.1.1.2.1 Mejoramiento del ambiente interior

Saneamiento de los espacios interiores

La primera estrategia que se contempla es el saneamiento ambiental de las instalaciones y edificios del Hospital San Juan de Dios. Abarca el control de vectores y plagas, la sustitución de materiales peligrosos de construcción, y las directrices y acciones prioritarias en materia de los posibles riesgos identificados provenientes del material médico y hospitalario abandonado en las instalaciones del hospital –riesgos químicos, biológicos y por radiactividad, identificados en la fase de diagnóstico del PEMP, y que deben ser objeto de análisis específicos–.

Control de vectores y plagas

Consideración general: durante la formulación del diagnóstico, se identificó la presencia de artrópodos al interior de las instalaciones del hospital y de restos fecales de roedores. También se documentó la incursión de la fauna urbana proveniente del entorno exterior en los edificios del hospital, así como la presencia de condiciones ideales para la proliferación de distintos tipos de vectores relacionados con el cierre repentino de las instalaciones. Dentro de estas condiciones se destacan el abandono de medicamentos y equipos biomédicos y el deterioro del mobiliario –sillas, sofás, mesas de madera, etc. –, incidiendo en la propagación y sostenimiento de diversos tipos de hongos, microbios y bacterias.

Es importante destacar el riesgo que representa el descuido del material biomédico y hospitalario. Como se mencionó anteriormente, existe un tránsito continuo de fauna urbana entre el hospital y los barrios adyacentes. Ésta fauna es receptor directo de los riesgos biológicos que se producen dentro y fuera del conjunto, por lo que su circulación continua genera afectaciones en la salubridad del predio del San Juan de Dios y en la salud pública del sector.

Factores de deterioro ambiental: humedad, artrópodos, bacterias, hongos y presencia de fauna urbana que propician condiciones de riesgo para el hospital y su entorno inmediato.

Acciones a implementar:
1. Fumigación y descontaminación de los espacios interiores del conjunto hospitalario.
2. Control de los factores y problemas de humedad de los edificios.
3. Impedir el acceso de fauna urbana a los edificios del hospital.

Beneficios: ambiente interior con las condiciones mínimas de salubridad para la puesta en operación del hospital. Mejoramiento de las condiciones físicas de las instalaciones al eliminar la humedad, hongos y roedores como factores de deterioro.

Costos: $30 millones.

Indicadores de seguimiento: (%) porcentaje de área construida libre de vectores, plagas y focos de humedad.

Recomendaciones: si bien se enfatiza en la necesidad de impedir el acceso de fauna urbana a las instalaciones, se recomienda hacer énfasis en programas de control de los riesgos zoonóticos del entorno más que en el fortalecimiento de los cerramientos del conjunto hospitalario. Es necesario evaluar el impacto de estas medidas de cara a la apertura de jardines y otros espacios públicos.

Adicionalmente se recomienda, a mediano plazo, evaluar estos mismos factores de riesgo y la calidad del ambiente en los distintos hospitales y centros de atención que se encuentran dentro del Área Afectada.

Control de riesgos biológicos

Consideración general: durante el trabajo de campo y la validación de la información oficial al respecto del material biomédico y hospitalario, se encontraron varios factores que se asocian, tanto de manera directa como indirecta, a condiciones de riesgo biológico al interior del hospital. Es necesario precisar que el diagnóstico al cual se asocia esta formulación, identificó los riesgos biológicos, químicos y por radiactividad de los materiales y equipos médicos y/o hospitalarios bajo la categoría de posibilidad de riesgos y no bajo la categoría de riesgos efectivos –o riesgos confirmados–.

Partiendo de la consideración anterior, y luego de haber revisado literatura asociada, se categorizaron como potenciales equipos con factores de riesgos biológicos: incubadoras de cultivos, baños serológicos con doble poceta, máquinas de hemodiálisis, equipos de refrigeración, esterilizadores, dispensadores de fármacos, entre otros elementos abandonados; y que fueron encontrados principalmente en el Edificio Central y en el Instituto de Inmunología. Otros factores de riesgos biológicos identificados son la presencia de desechos hospitalarios en los jardines y zonas exteriores, excrementos y cadáveres de animales –polillas, palomas, ratones, etc. – al interior de los edificios.

Factores de deterioro ambiental: materiales médicos y hospitalarios abandonados, desechos hospitalarios mal manejados, excrementos y cadáveres animales, presencia de hongos y condiciones ideales para diversos tipos de bacterias y demás vectores.

Acciones prioritarias:
1. Formulación de estudios especializados para identificar y cuantificar los riesgos biológicos y particularmente el material biomédico presente en el HSJD.

Beneficios: identificación de los riesgos biológicos efectivos –confirmados– y determinación de las directrices de un plan de descontaminación y disposición de los materiales y de los equipos médicos y hospitalarios asociados a este tipo de riesgo.

Costos: $200 millones.
Indicadores de seguimiento: cualificación y calificación del riesgo biológico que permita definir las acciones específicas para controlar este factor de vulnerabilidad ambiental.

Recomendaciones: ninguna.

Control de riesgos químicos

Consideración general: durante las visitas y revisión de la información secundaria, se identificaron varios factores ambientales que asociados al abandono de las instalaciones y del material médico y hospitalario, representan una condición de riesgo químico. El primer riesgo a considerar es el efecto que producen los fármacos no desechados o almacenados adecuadamente, expuestos a las condiciones medioambientales ya descritas. Esta combinación puede generar diversos tipos de compuestos altamente tóxicos, por el ya mencionado tránsito permanente de animales en los predios del hospital.

El segundo factor identificado, corresponde a equipos médicos y hospitalarios que, en las condiciones actuales, representan riesgos químicos que deberán ser evaluados cuidadosamente de cara a la reapertura del hospital. Dentro de estos equipos se encontraron: tensiómetros análogos con escalas de mercurio, sistemas de purificación, bombos de plomo, equipos de revelación para radiología, baterías eléctricas, generadores de nitrógeno y sintetizadores de péptidos, entre otros. Se ubican principalmente en el Edificio Central y en el Edificio de Mantenimiento.

Factores de deterioro ambiental: materiales médicos, desechos químicos hospitalarios y fármacos no desechados o con almacenamiento inadecuado.

Acciones prioritarias:
1. Formulación de estudios especializados del riesgo químico presente a partir de las instalaciones y del material biomédico presente en el HSJD.

Beneficios: identificación de los riesgos químicos efectivos –confirmados–. Determinación de las directrices de un plan de descontaminación y disposición de los materiales y equipos hospitalarios.

Costos: $200 millones.

Indicadores de seguimiento: cualificación y calificación del riesgo químico que permita definir las acciones específicas en torno a este factor de vulnerabilidad ambiental.

Recomendaciones: ninguna.

Control de riesgo por radioactividad

Consideración general: los posibles riesgos por radioactividad encontrados, están asociados a instrumentos y equipos de radiología, radioterapia y equipos utilizados para la medición de los niveles de radioactividad. Para la evaluación de equipos y materiales vinculados con radiología, se tomaron en cuenta tres elementos: primero, los objetos relacionados con sellos de seguridad utilizados por la Secretaria de Salud para marcar objetos contaminados con radiación, se encontraron muebles, máscaras y equipos de medición de radioactividad como espectrofotómetros, los detectores de radio y los analizadores secuenciales. Segundo, los equipos de radiología que contienen Cobalto 60 o Americio, compuestos altamente peligrosos que generalmente se encuentran dispuestos en baterías especiales de plomo que, en condiciones de abandono y humedad, tienden a la oxidación presentándose una alta probabilidad de riesgos por radioactividad que impacta a los equipos y a la infraestructura aledaña. Finalmente, los materiales y equipos vinculados a radioterapia, donde se encontraron fármacos abandonados y equipos de refrigeración con sellos de seguridad por radioactividad.

Factores de deterioro ambiental: materiales y equipos hospitalarios asociados directa e indirectamente a riesgos por radioactividad. Desechos radioactivos mal manejados.

Acciones prioritarias:
1. Formulación de estudios especializados del riesgo por radioactividad presente en las instalaciones, a partir del material biomédico.

Beneficios: identificación de riesgos por radioactividad efectivos –confirmados– y determinación de las directrices de un plan de descontaminación. Disposición de materiales y equipos asociados a este tipo de riesgo.

Costos: $200 millones.

Indicadores de seguimiento: cualificación y calificación del riesgo por radioactividad que permita definir las acciones específicas para afrontar este factor de vulnerabilidad ambiental.

Recomendaciones: ninguna.

Sustitución de materiales peligrosos de construcción

Consideración general: debido a la antigüedad de gran parte de las edificaciones y a la falta de mantenimiento que han tenido después del cierre, se identificó como prioritaria la necesidad de identificar materiales de construcción que supongan un riesgo para la función hospitalaria y cuya sustitución es indispensable para la reapertura. Se clasificaron los elementos tóxicos de construcción bajo su descripción, uso, formas de exposición, riesgos medioambientales y riesgos a la salud humana. Los materiales a sustituir son: asbesto, plomo, mercurio, benceno, formaldehidos, cloruro de metileno y triclorotileno, cuyas descripciones detalladas se consignaron en la matriz de anexo *Materiales peligrosos de construcción* en el diagnóstico ambiental del PEMP.

Factores de deterioro ambiental: materiales de construcción tóxicos y deterioro fisicoquímico de las instalaciones del hospital.

Acciones prioritarias:
1. Localización y sustitución adecuada de materiales peligrosos de construcción.
2. Disposición adecuada de los residuos provenientes de la readecuación de las instalaciones del hospital.

Beneficios: creación de un ambiente interno saludable, seguro y sostenible ambientalmente en la infraestructura hospitalaria.

Costos: $3.000 millones, la mayor parte invertidos en la intervención física.

Indicadores de seguimiento: (%) porcentaje de las áreas edificadas con viabilidad ambiental para la reapertura del hospital.

Recomendaciones: Ninguna.

Estrategia bioclimática

La adecuación bioclimática de los espacios interiores tiene como finalidad proveer un ambiente seguro y propicio para la función hospitalaria. Se debe asegurar una adecuada ventilación y un microclima estable y confortable, ya que estos factores inciden en términos de mortalidad, morbilidad, tiempos de recuperación y éxito de los procedimientos.

Las condiciones bioclimáticas no solo inciden en el bienestar y la salud humanas, sino que afectan otros procesos claves en el manejo ambiental interior del conjunto, tales como la reproducción de microorganismos patógenos y la liberación y eliminación de tóxicos volátiles.

Microclima (temperatura e iluminación)

Consideración general: uno de los aspectos importantes en cada edificación, es la creación de un microclima que garantice unos mínimos de confort. Bajo esta perspectiva se consideró que en términos de mecanismos naturales de nivelación y estandarización térmica, el Hospital San Juan de Dios se encuentra en una condición favorable con respecto a la zona urbana en la cual se ubica, gracias a la arborización presente en sus jardines y áreas libres. Se identificaron deterioros en los sistemas de condicionamiento térmico en los inmuebles que cuentan con instalaciones para este fin y la ausencia de tecnologías asociadas a esta necesidad en otros edificios.

Factores de deterioro ambiental: deterioro de los sistemas de regulación térmica o falta de tecnologías adecuadas que garanticen los mínimos de confort climático al interior de las instalaciones del hospital.

Acciones a Implementar:
1. Generación del Modelo bioclimático para el Hospital San Juan de Dios.
2. Adecuación de las instalaciones del hospital con el fin de generar condiciones micro climáticas de confort.

Beneficios: constitución de un ambiente interno saludable y seguro. Establecimiento de las garantías de sostenibilidad ambiental de la infraestructura hospitalaria.

Costos: $1.000 millones.

Indicadores de seguimiento: (%) porcentaje del área construida que cumple con los estándares de confort micro-climáticos requeridos por el uso hospitalario.

Recomendaciones: Ninguna.

Ventilación (cantidad y calidad del aire interno)

Consideración general: al igual que con la regulación térmica, el arbolado del hospital supone un elemento ventajoso en términos de calidad del aire y de regularización de la cantidad y fuerza del viento que penetra al interior. Sin embargo, es necesario resaltar que las condiciones ambientales que ofrece el entorno urbano adyacente no son las más favorables en cuanto a calidad del aire por el alto flujo vehicular de la zona. Otro aspecto influyente, es la antigüedad de los sistemas de ventilación interna de los edificios y la ausencia de tecnologías adecuadas para este fin. Estas instalaciones se ven afectadas también por la contaminación producida por el cierre y posterior abandono de los edificios.

Factores de deterioro ambiental: sistemas de ventilación obsoletos, tecnologías inadecuadas de ventilación y baja calidad del aire por presiones vehiculares en las vías aledañas al hospital.

Acciones a Implementar:
1. Generación del Modelo bioclimático para el Hospital San Juan de Dios.
2. Adecuación las instalaciones del hospital para generar condiciones micro climáticas de confort.

Beneficios: constitución de un ambiente interno saludable y seguro. Establecimiento de las garantías de amabilidad para la sostenibilidad ambiental de la infraestructura hospitalaria.

Costos: $1.000 millones.

Indicadores de seguimiento: (%) porcentaje del área construida que cumple con los estándares de confort micro climático requerido por el uso hospitalario.

Recomendaciones: Ninguna.

Ahorro de Agua

Consideración general: la reapertura de un centro hospitalario de la jerarquía del Hospital San Juan de Dios representa un aumento sustancial del consumo de agua. Para enfrentar esta demanda, no se cuenta con la tecnología y los protocolos adecuados para el aprovechamiento y reutilización de fuentes como las aguas lluvias y aguas grises del complejo hospitalario, que permitan una reducción de los costos de operación y del impacto ambiental.

Factores de deterioro ambiental: ausencia de tecnología y protocolos adecuados para el uso y reutilización del recurso hídrico.

Acciones a implementar:
1. Instalación de aparatos ahorradores de agua.
2. Implementación de sistemas de almacenamiento y aprovechamiento de aguas lluvias.
3. Implementación de sistemas de almacenamiento y aprovechamiento de aguas grises.

Beneficios: reducción de los costos de operación y del impacto ambiental por consumo desregularizado.

Costos: $850 millones.

Indicadores de seguimiento:
1. (%) porcentaje aprovechado de precipitaciones anuales –tomado como referencia las áreas duras del complejo hospitalario–.
2. Consumo mensual per cápita de agua por usuarios, personal y residentes –litros y tarifas–.
3. (%) porcentaje de aguas grises reutilizadas de manera segura.

Recomendaciones: una acción adicional que se considera pertinente es la separación de las redes de aguas lluvias y grises de las de aguas negras. Se considera necesario evaluar por edificio –de acuerdo a las funciones y servicios hospitalarios que se desarrollen en cada uno de ellos– la posibilidad de aprovechar las aguas grises de manera segura, teniendo en cuenta los riesgos infecciosos que estas aguas pueden contener. Estas acciones deberán encaminarse a cumplir lo estipulado en la Ley 373 de 1997 por la cual se establece el programa eficiente y ahorro del agua, y se dictan otras disposiciones relacionadas.

4.1.1.2.2 Mejoramiento del espacio público

Esta acción se centra en la propuesta ambiental para los espacios públicos del área afectada y de la zona de influencia. Engloba tres estrategias generales: calidad ambiental del paisajismo, control de riesgos ambientales en el entorno y pacificación del tráfico. Las dos primeras estrategias comprenden varias líneas de acción.

Calidad ambiental del paisajismo

Se enfoca en la calidad ambiental de los espacios públicos y de las áreas verdes. En esta primera estrategia general se estudia la calidad ambiental del paisaje a través de dos enfoques: el manejo de los espacios abiertos al interior del conjunto y la articulación con el espacio público urbano.

Manejo de los espacios abiertos e interiores

Consideración general: esta línea de acción se centra en el manejo de los jardines, patios internos, arbolado y parches de vegetación que constituyen los espacios abiertos o interiores del conjunto.
Factores de deterioro ambiental: falta de mantenimiento y de supervisión fitosanitaria del arbolado interno, jardines y parches de vegetación, propiciando la anidación de vectores, plagas y posibles enfermedades en los árboles.

Acciones a implementar:
1. Realización del Inventario forestal de los jardines y patios internos del complejo hospitalario con el objetivo de tener un registro exacto de las especies y del número de árboles. Este Inventario forestal permitirá examinar las características de cada especie y su valor ambiental en cuanto a captación de partículas y CO2, así como su función de barrera visual y acústica.
2. Realización de los procesos de adecuación y regularización fitosanitarias del arbolado interno del hospital con el propósito de determinar y supervisar el estado de salud de los árboles, así como para ejercer un control sobre los vectores y las plagas.

Beneficios: conservación del patrimonio ambiental al interior del predio que conforma un entorno saludable contra las emisiones contaminantes y la contaminación acústica, beneficiosa para los pacientes, trabajadores y vecinos del conjunto hospitalario.
Costos: $ 145 millones.
Indicadores de seguimiento:

1. Realizar el Inventario forestal, el cual deberá inscribirse posteriormente dentro de las bases de información del SIGAU –Sistema de Información para la Gestión del Arbolado Urbano– del Jardín Botánico de Bogotá, lo que supondría la integración del arbolado del CHSJD en el Espacio Verde Público de la ciudad de Bogotá.
2. Realizar por 2 años un seguimiento y manejo del estado de salud de los árboles estableciendo el porcentaje del arbolado interno con saneamiento y regulación fitosanitaria.

Recomendaciones: no figura en ningún registro público el arbolado dentro del predio del CHSJD ya que era considerado parte de un predio privado. Se recomienda que este sea considerado como parte del espacio público de Bogotá para que el Inventario forestal sea realizado por el Jardín Botánico de Bogotá.

Articulación con el espacio público urbano

Consideración general: el espacio de uso público al interior del área afectada es sin duda de gran valor ambiental, sin embargo, para poder aprovechar todo su potencial, debe estar articulado y armonizado con el espacio público urbano.

Factores de deterioro ambiental: en la zona de influencia las áreas verdes y de espacio público son escasas en número y superficie, de mala calidad, insalubres y no revelan mantenimiento periódico.

Acciones a implementar:
1. Articulación física con la red de ECO-Espacios del Centro: vincular mediante alamedas y zonas verdes cuatro elementos de importancia ambiental para la ciudad en un componente unificado de la Estructura Ecológica Principal: Parque de la Independencia, Parque Tercer Milenio, Conjunto Hospitalario San Juan de Dios y Río Fucha.
2. Revitalización de la Avenida de la Hortúa como eje articulador de la zona hospitalaria, en donde se privilegie la Movilidad activa –a pie, en bicicleta, en patines, etc. –.
3. Armonización de los usos hospitalarios localizados en los edificios contiguos a los sectores en donde se generará una apertura de los espacios libres y jardines del Hospital.

Beneficios: el principal beneficio es la construcción de un entorno saludable para la zona hospitalaria: el aumento de áreas verdes además de embellecer el entorno, reduce los impactos de la contaminación atmosférica y acústica. La incentivación a la movilidad activa contribuye igualmente a un entorno amable, saludable y de recreación con el ejercicio físico como motor del desplazamiento de las personas.

Costos: estos costos no son imputables al proyecto de ejecución del PEMP.

Indicadores de seguimiento:
1. Resultados de la articulación con los ECO-Espacios, a través del porcentaje de avance de los proyectos urbanos propuestos para ese fin.
2. El seguimiento de la revitalización de la Avenida de la Hortúa a partir del porcentaje de avance de los proyectos de articulación de la zona hospitalaria.
3. La integración del espacio público interno con el externo se determinará a través del porcentaje de áreas libres y jardines del hospital destinados a espacio público con apertura efectiva.

Recomendaciones: el reconocimiento de zonas del predio cedidas al espacio público para formar parte de la ciudad de Bogotá y el registro del arbolado en el SIGAU, permitiría el uso vecinal de estas áreas y contribuiría notoriamente con el entorno saludable que se quiere impulsar en la zona hospitalaria.

4.1.1.2.3 Recomendaciones generales para el manejo de residuos al interior del Conjunto hospitalario

El diseño del Manual y el Plan de Gestión integral de residuos para el hospital, estará a cargo de profesionales en temas ambientales, en el marco de la normatividad vigente, a saber:

- Decreto 351 de 2014 del Ministerio de Salud y protección social.
- Resolución conjunta 1164 de 2002 del Ministerio de Salud y Ministerio del Medio Ambiente.
- Decreto 1609 de 2002 para el transporte de residuos y desechos peligrosos.

Sin embargo, en términos generales se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- En todos los servicios debe haber depósitos temporales de basuras separados por tipo, según lo recomienda la normatividad vigente.
- La ruta de transporte de residuos desde los depósitos temporales hacia el definitivo debe ser unidireccional, no puede devolverse.
- La capacidad del depósito definitivo debe ser calculada de acuerdo a la dimensión de los servicios instalados en el hospital.
- Los acabados de todos los depósitos de basuras deben ser lavables, preferiblemente enchapados en cerámica y deben contar con sifones de piso y toma hidráulica para mangueras.
- Tanto los depósitos temporales, como el depósito general debe estar perfectamente señalizados y ventilados, según los requerimientos normativos para cada uno de los tipos de residuos.
- Para el depósito de residuos hospitalarios peligrosos infecciosos, se debe disponer de un espacio refrigerado mediante aire acondicionado o equipos de refrigeración, cuya temperatura no supere los 4°C según lo dispuesto en la normatividad vigente (Resolución 1164 de 2002).
- El almacenamiento central de basuras –salvo excepciones por tipo de residuos–, deberá construirse próximo al acceso vehicular restringido ubicado sobre la Calle 2ª Sur, para su transporte y disposición fina –Ver Plano 25 *Recolección y evacuación de residuos*–.
- Para dar cumplimiento a la norma en cuanto al manejo de los residuos patógenos, se ha planteado dentro del plan de ordenamiento para el Área afectada, un circuito vehicular restringido para el acceso del vehículo recolector hasta el área central, facilitando su transporte y disposición final –Ver Plano 25 *Recolección y evacuación de residuos*–.



- Acceso y Circuito para vehículo recolector hasta Edificio central y Edificio de Mantenimiento.
- Deposito principal de basuras.



Plano 25. Recolección y evacuación de residuos.



1 - Alameda y parque lineal occidental

2 - Plazoleta de acceso principal sobre Avenida Carrera Décima

3 - Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa



Plano 26.- Propuesta para la generación de nuevo espacio público y privado de uso público para la ciudad.

Respondiendo a unas de las principales problemáticas halladas en el conjunto en relación con su entorno inmediato, que es el efecto tapón que el Conjunto Hospitalario genera en este sector de la ciudad, se hace necesario plantear dentro del área afectada la apertura de diferentes tipos de espacios colectivos que busquen conectar y recualificar las relaciones urbanas existentes en el sector, las cuales se verán afectadas con la apertura del Hospital. El planteamiento de estos espacios está enmarcado en la estrategia de vincular y responder desde el área afectada a las redes y proyectos propuestos desde la zona de influencia con espacio público y privado de uso público, que a su vez se integre con la dinámica funcional propuesta al interior del Conjunto. El resultado es la recualificación general de tres zonas dentro del área afectada que serán las articuladoras entre las relaciones urbanas propuestas en el área de influencia, con la propuesta de ordenamiento del Conjunto hospitalario.

4.1.1.3 Propuesta de espacio de uso público y de movilidad vehicular y peatonal

4.1.1.3.1 Espacio público y áreas exteriores

Propuesta para la generación de nuevo espacio para la ciudad



Alameda y parque lineal occidental | **Plazoleta de acceso principal sobre Avenida Carrera Décima** | **Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa**

Figura 7. Detalles de la propuesta para la generación de nuevo espacio público para la ciudad.

Alameda y parque lineal occidental

Se propone la generación de un corredor peatonal con cicloruta en el sector occidental del conjunto hospitalario que continúe la alameda planteada en la carrera 13, atravesando transversalmente el lote del hospital, desde la avenida de la Hortúa, hasta la calle 2ª sur en un recorrido de 250 metros. Con la generación de este espacio de uso público se busca ofrecer a la comunidad de los barrios circundantes, espacios abiertos, colectivos y zonas verdes, rompiendo el concepto de tapón urbano del Conjunto, destinando parte de su área a la integración con la estructura urbana. A través de este corredor, también se busca generar nuevas relaciones entre el hospital propiamente dicho y las instituciones que quedarían del lado occidental de la alameda, como el Ancianato y el Federico Lleras. Con la alameda se abren fachadas de ingreso menos congestionadas que las actuales sobre la Avenida Caracas y se brinda la oportunidad de establecer nuevas relaciones físico espaciales, entre estas instituciones y el Hospital San Juan de Dios. Asimismo, la construcción de este espacio, marca la pauta para un área de desarrollo del hospital en lo que respecta a su futura ampliación.

La generación de esta alameda parque no obstaculizará las actividades asistenciales y docentes del hospital toda vez que se encuentra en una zona de oportunidad alejada del núcleo asistencial. El diseño de esta alameda, debe contemplar una clara diferenciación entre los espacios abiertos de uso público y los restringidos que tienen relación directa con zonas del hospital y edificaciones cuyo uso así lo exige; deben también contemplarse zonas para control y vigilancia en los dos accesos –sobre Av. De la Hortúa y Cl 2S-.



Figura 8. Alzado principal, Alameda y parque lineal occidental.

Este proyecto tendrá las características de una alameda parque de carácter privado, para uso público, que integra actividades para recreación pasiva y contemplación tales como zonas infantiles, teatrino al aire libre, zonas para ejercicios y demás actividades colectivas para la apropiación de la zona por parte de la comunidad. Esta franja tiene un ancho de 40 metros, de los cuales se debe destinar una franja mínima de 15 metros para arborización de alto porte y zonas verdes. Para su diseño se deberá tener en cuenta un acceso restringido para vehículos de servicio y el acceso para vehículos particulares hacia el estacionamiento bajo superficie provenientes de la calle 2ª sur y de la Avenida de la Hortúa –ver estacionamientos–; estas vías restringidas deben diferenciarse de las zonas peatonales mediante tratamientos de material –adoquinados– y bolardos, conservando la continuidad en la superficie. Aprovechando la condición de los estacionamientos, los puntos fijos de salida a superficie, pueden complementarse con actividades comunitarias bajo cubierta, como Cibercafés o ludotecas. La edificabilidad de estos volúmenes está definida en el aparte de usos y edificabilidad. Por último, dentro del diseño de esta zona, se debe tener en cuenta un área para depósito de basuras próxima al acceso por la calle 2ª sur.

Transversal al eje de la alameda, sobre la calle 2ª sur, se plantea consolidar una franja de actividad deportiva y comunal allí existente complementándola con el diseño de una zona deportiva de 4600 metros cuadrados sobre el costado suroriental. De esta manera se produce una franja longitudinal sobre los barrios Sevilla y Policarpa de actividades de recreación activa, articulada perpendicularmente por la alameda.

Plazoleta de acceso carrera 10ª

Se propone la generación de una plazoleta de acceso a los servicios de consulta en la esquina de la carrera 10ª con la avenida de la Hortúa. El objetivo de esta operación es el de brindar a la ciudad y al hospital un espacio que recupere la lectura y la fachada de los pabellones de conservación arquitectónica como imagen icónica para el hospital, y también ofrezca a la ciudad un espacio público del que carece actualmente esta zona.

El impacto urbano que generará el hospital una vez se encuentre en funcionamiento, tendrá repercusiones en su entorno inmediato y es necesario generar obras de espacio público que mitiguen estos fenómenos a la vez que contribuyan a recuperar el valor del patrimonio construido del Conjunto. La esquina de la 10ª con la Avenida Primera tendrá un alto tráfico de peatones y vehículos, pues diagonal a esta, sobre la décima se ubica la estación de Transmilenio de la Hortúa; una vez abierto el Hospital, el flujo desde el sistema de transporte masivo de pacientes, visitantes y trabajadores en esta estación será constante y mayor al que tiene actualmente.

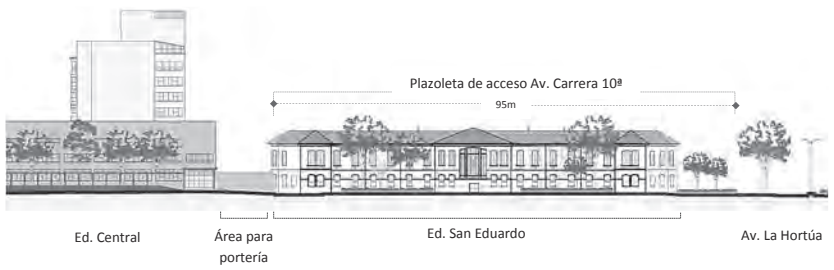


Figura 9. Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida Carrera 10ª.

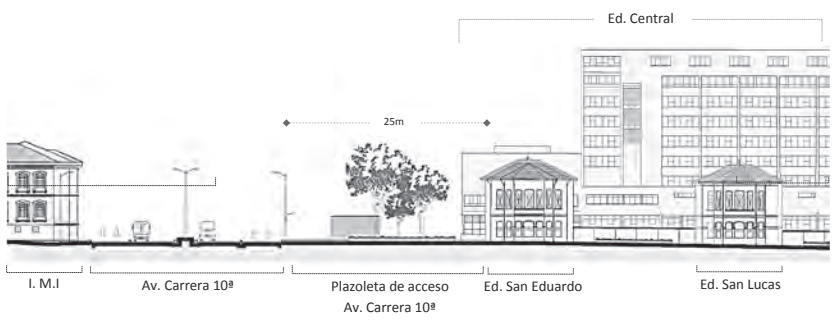


Figura 10. Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida La Hortúa.

El hospital debe responder a estos nuevos flujos generando espacio público que reciba adecuadamente a los peatones y además constituya una mejora para la ciudad en términos de espacios abiertos peatonales que, particularmente en esta esquina, son totalmente ausentes.

Con la generación de este espacio público se busca dar un ámbito de remate al proyecto de vía parque planteado sobre la Avenida de la Hortúa –ver aspectos físico técnicos de la zona de influencia– y también recuperar un frente del hospital de gran importancia en términos históricos y de conservación del patrimonio. Con la plaza, el pabellón San Eduardo, recupera su fachada oriental, su volumetría y la imagen que merece como edificación histórica y patrimonio construido del orden nacional.

La construcción de esta plazoleta supone la demolición del edificio del Centro de Salud, categorizado como de Nivel de intervención III –Contextual–, por lo tanto con su desaparición no se estaría afectando el patrimonio construido del hospital y por el contrario, se estaría recuperando la fachada de una edificación con valores históricos y arquitectónicos como es el pabellón San Eduardo.

Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa

Por último, se propone la reapertura del acceso original del Conjunto hospitalario a través de una plazoleta sobre la Avenida de la Hortúa que enfatice el eje histórico principal del Hospital y el edificio de Administración. El objetivo con esta operación es recuperar y devolver la importancia al acceso principal y al eje central compositivo, que marcó la organización interna del conjunto hospitalario. Con la apertura de este acceso se busca también recuperar el frente principal del conjunto hospitalario, el cual antes de ser construida la Avenida Carrera Décima, se organizaba sobre la Avenida de la Hortúa. A lo largo de esta avenida, el hospital nos muestra su perfil urbano más valioso referido a las edificaciones con mayor antigüedad, como son los pabellones de la Administración, San Jorge y San Roque.

La creación de esta plazoleta hace parte de las acciones para la mejora y recuperación de este frente emblemático para el hospital, las cuales se complementan con el tramo de –avenida parque– correspondiente a la avenida de la Hortúa e intervenciones en el cerramiento y la arborización tendientes al rescate del patrimonio construido y su integración con la ciudad. En este frente se busca generar un importante corredor peatonal y verde, sobre el cual desembocarán dos alamedas provenientes del barrio San Bernardo, una de las cuales continuará a través del hospital convirtiéndose en el proyecto de alameda descrito anteriormente; la otra, aunque interrumpida necesariamente por el hospital, desembocará sobre una –avenida parque– enriquecida a partir de un repertorio de espacios públicos.

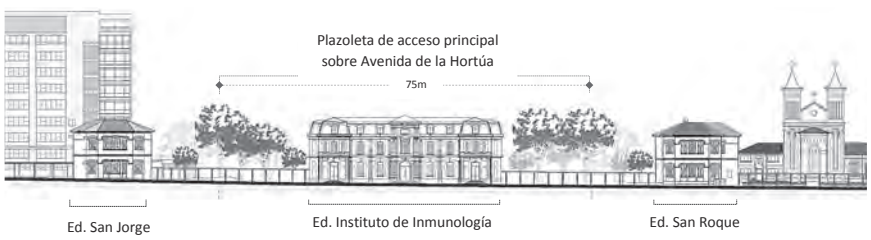


Figura 11. Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa.

Al interior del Hospital, esta plazoleta tendrá un impacto positivo por cuanto se genera un espacio que refuerza el eje transversal a partir del cual se organizó el hospital como estructura urbana, destacando la arquitectura del edificio inicial del conjunto correspondiente a la Administración –hoy conocido como Instituto de Inmunología– y proyectando la actividad hacia el interior del hospital a través del eje organizador y el sistema de corredores peatonales existente en este sector del predio. Este acceso permitirá llegar rápidamente al corazón del conjunto en donde se alojarán los servicios docentes, de investigación y el Centro de Convenciones.

Jardines y zonas verdes

Una de las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó durante el proceso de valoración fue la de recuperar las zonas de jardines y arborizadas, con base en la opción de aprovechar los trazados y elementos existentes, o simplemente reinterpretarlos de manera más libre pero acorde con las agrupaciones y el carácter de los edificios: ámbitos recogidos, zonas verdes o ajardinadas lineales, espacios verdes o jardines frontales para enfocar visuales y resaltar edificios particulares, áreas arborizadas para establecer límites, separar y proteger.

Sobre esta base se deberá plantear la recualificación de los jardines y zonas verdes al interior del hospital, conservando siempre el principio de pulmón verde que lo caracteriza en el centro de la ciudad. Particularmente se debe plantear la recuperación de espacios verdes emblemáticos dentro del hospital, que enfatizaban visuales y perspectivas hacia los edificios históricos: el espacio del conjunto central, el jardín frente a la capilla, el pequeño jardín frente a Santiago Samper donde se reubicará la estatua –ver bienes muebles en el espacio exterior– y los espacios intersticiales entre los pabellones San Eduardo, San Lucas y Paulina Ponce.



Plano 27. Jardines y zonas verdes al interior del conjunto.

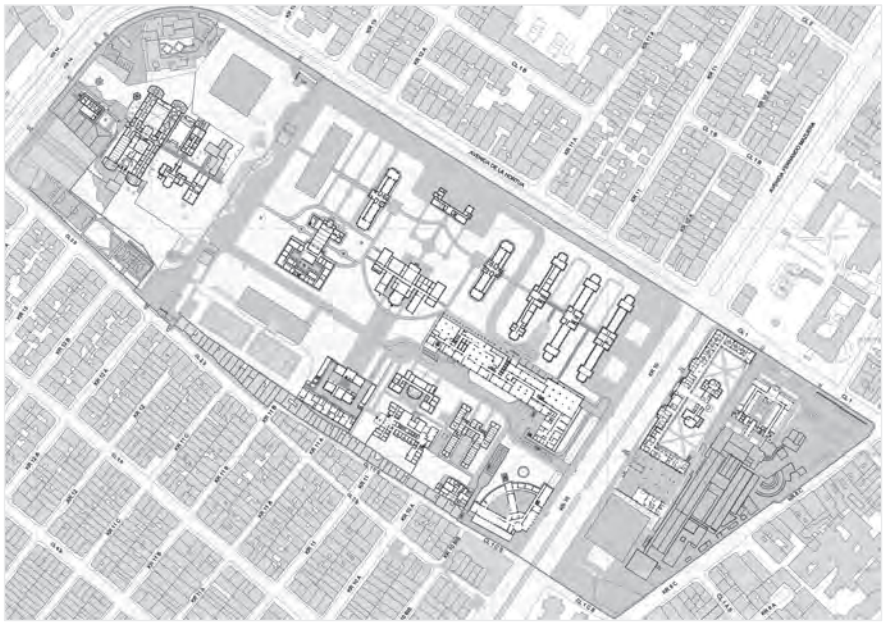
Las intervenciones propuestas para la recuperación y el diseño de estos espacios deberán actuar acordes con el análisis de las preexistencias de trazados y las lógicas organizadoras dictadas por la estructura urbana y funcional del conjunto, armonizando las demás consideraciones de ordenamiento establecidas en el presente documento. Por último, se deberá tener en cuenta el carácter de las zonas funcionales identificadas en el Conjunto, para que los jardines y zonas verdes respondan adecuadamente a las actividades instaladas en los edificios con los que se relacionan.

Plazoletas y zonas duras al interior del Conjunto

Bajo la premisa de conservar el área del conjunto hospitalario como un pulmón verde en el centro de Bogotá, la proporción de zonas duras y plazoletas no deberá exceder las zonas verdes y arborizadas. En este orden se propone la creación de zonas duras, en espacios específicos del hospital: una plazoleta frente al acceso principal del hospital, una plazoleta arborizada frente a Mantenimiento que vincule visualmente con la fachada sur del edificio Siberia y una zona para maniobras de vehículos situada al oriente de esta.

En el sector de mayor densidad de área construida –conjunto Enfermedades Tropicales, Salud Mental, Santiago Samper–, permanece una red de pequeñas plazoletas y recorridos sobre los que se propone su recuperación y rediseño bajo un criterio de lenguaje común con las nuevas intervenciones. Específicamente, se debe rediseñar el espacio enmarcado por la fachada sur del edificio Santiago Samper, actualmente tugurizado y desaprovechado debido en parte a una pasarela semi-elevada construida allí. Finalmente, se planteará la recuperación de la comunicación del patio interno de Enfermedades tropicales, con el espacio abierto del conjunto hospitalario.

La disposición de otras zonas duras al interior del hospital podrá desarrollarse de acuerdo con el diseño integral propuesto, siempre y cuando no supere proporcionalmente las áreas verdes y los jardines.



Plano 28. Plazoletas y zonas duras al interior del conjunto.

Consideraciones generales a la arborización en el conjunto

La definición para la conservación la población arbórea y arbustiva existente en el Área Afectada, así como los tratamientos fitosanitarios a los que esta deba ser sometida, deberán contar con la asesoría del Jardín Botánico y la Secretaría Distrital de Ambiente en el marco de la normativa vigente. Todas las operaciones que se realicen en esta materia, deberán ser debidamente consignadas y registradas en la Ficha de Mantenimiento de Espacios Exteriores.

Se deberá prestar especial atención a aquella arborización que suponga un riesgo para la estabilidad estructural de algunos edificios del conjunto, tales como Siberia, Paulina Ponce y Enfermedades Tropicales.



Plano 29. Arborización al interior del conjunto.

Para la siembra de nuevos individuos se preferirán las especies nativas y su porte dependerá de la localización y del proyecto paisajístico integral en el Conjunto Hospitalario. No obstante, dentro del ordenamiento general del conjunto, se deberá tener en cuenta la recuperación de ejes visuales dominantes de la estructura urbana histórica del Hospital, así como el planteamiento de barreras verdes que delimiten o respondan a necesidades según los usos instalados. Finalmente, se

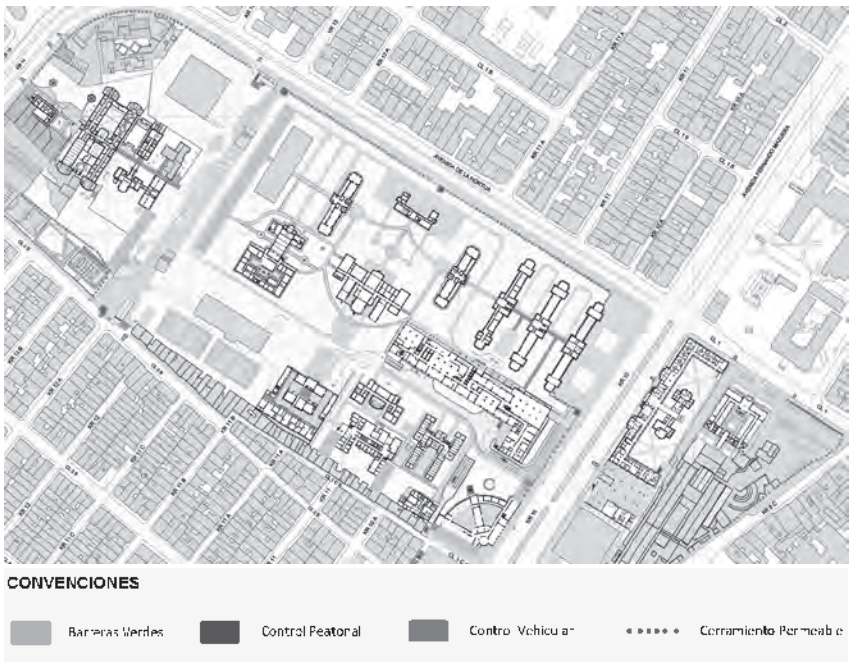
recomienda dejar zonas para arborización de alto y mediano porte sobre la Alameda situada al occidente del predio, arborización de mediano porte para el borde sobre la Avenida de la Hortúa y plantear el diseño de una barrera de arborización de alto o mediano porte sobre la Calle 2ª Sur, en caso de que llegaran a adquirirse los predios del barrio Policarpa adosados al Área Afectada.

Cerramientos permitidos

El espacio público del Área Afectada, representa para los barrios aledaños una reserva verde la cual debería ser en la medida de las posibilidades, accesible a la comunidad. Un escenario ideal en materia de cerramientos sería que el Área Afectada funcionara como un campus totalmente abierto a la comunidad, limitando las barreras y controles al mínimo necesario para el control del tránsito en ciertas zonas restringidas al interior. Sin embargo dado el contexto sociocultural manifiesto en Bogotá, tal escenario es aún distante.

Mientras tanto, se proponen los siguientes lineamientos de ordenamiento para la definición de cerramientos en el Área Afectada:

- Conservar el cerramiento en ladrillo y reja metálica existente sobre las Avenidas Carrera Décima y Hortúa, dada su condición de permeabilidad, que permite una relación visual entre el conjunto y el espacio público aledaño. Este elemento deberá ser objeto de procesos de limpieza y mantenimiento.
- Considerar como variables para establecer delimitaciones al interior del Conjunto: la armonización entre áreas abiertas destinadas a complementar los usos presentes en los espacios interiores de los edificios, entre estos, la delimitación entre el Instituto Federico Lleras, el Ancianato y su relación con la Alameda propuesta y el resto del conjunto hospitalario.
- Utilizar recursos de diseño paisajístico tales como taludes, escaleras y cambios de nivel para identificar y cualificar espacios públicos, y diferenciarlos de espacios más restringidos, limitando al mínimo las barreras físicas y visuales al interior del hospital.
- En caso de que sea necesaria la delimitación de sectores dentro del área afectada por motivos de seguridad, condición de uso o para la regulación del tránsito, se preferirán vallados, setos u otro tipo de barreras verdes que aporten cualidades al paisaje del Conjunto Hospitalario.
- No se permitirán cerramientos mediante muros o machones continuos de mampostería o ningún otro material que genere una barrera maciza entre el espacio público de la ciudad y el espacio del Conjunto hospitalario.
- Principalmente se deberán tener controles en los accesos a la alameda, el acceso sobre la décima, sobre la plazoleta de la Hortúa y sobre los accesos vehiculares a urgencias –Carrera 10ª y Calle 1ª sur–.



Plano 30. Cerramientos permitidos.

Elementos complementarios al espacio de uso público

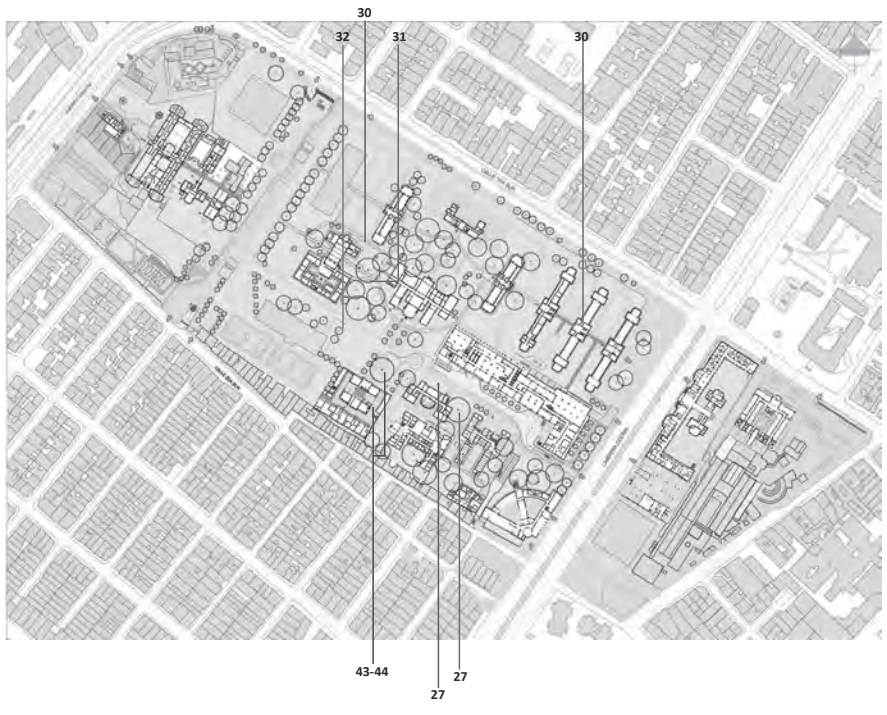
Todos los elementos complementarios al espacio de uso público del Área Afectada, tales como luminarias, mobiliario urbano, barandas, rejas, etc., deberán corresponder con un proyecto de recuperación y diseño del Conjunto Hospitalario, basado en criterios de conservación y recuperación de los valores históricos, arquitectónicos y paisajísticos del mismo. Se debe propender porque estos elementos se construyan con materiales durables y de fácil mantenimiento.

La señalización al interior del Conjunto hospitalario deberá responder a un proyecto de identidad visual y diseño de señalética propia para el hospital. En lo posible se deberán incluir elementos de señalización comunes con el espacio abierto de las instituciones que integran el Área afectada –Instituto Dermatológico, Cancerológico e IMI–, a fin de reforzar la integración como Nodo Hospitalario.

Bienes muebles en el espacio exterior

En el espacio público del Conjunto Hospitalario, hacen presencia un conjunto de bienes muebles entre los que se cuentan, estatuaria, placas y bienes utilitarios como jardineras y piletas. A través de la observación del archivo fotográfico que da cuenta de la evolución paisajística del hospital, fue posible identificar estatuaria que fue removida de su sitio inicial, y reubicada en otras zonas del hospital donde perdió importancia dentro de la estructura urbana del Conjunto. Por tanto, se propone dentro del ordenamiento general, el reasentamiento de aquella estatuaria cuya ubicación pudo ser identificada a través el material fotográfico de archivo, y se deberá estudiar la reubicación y recuperación de los bienes muebles de los cuales no se haya identificado su lugar dentro del área, pero cuya ubicación actual genera conflictos con el proyecto de ordenamiento del Conjunto. Para la operación de reasentamiento de los bienes muebles en espacios abiertos deberá realizarse previamente el inventario, la valoración y el proyecto para la conservación de estos objetos.

A continuación, se relacionan en el plano los bienes muebles pendientes de reubicación y aquellos que deben ser sujetos de estudio.

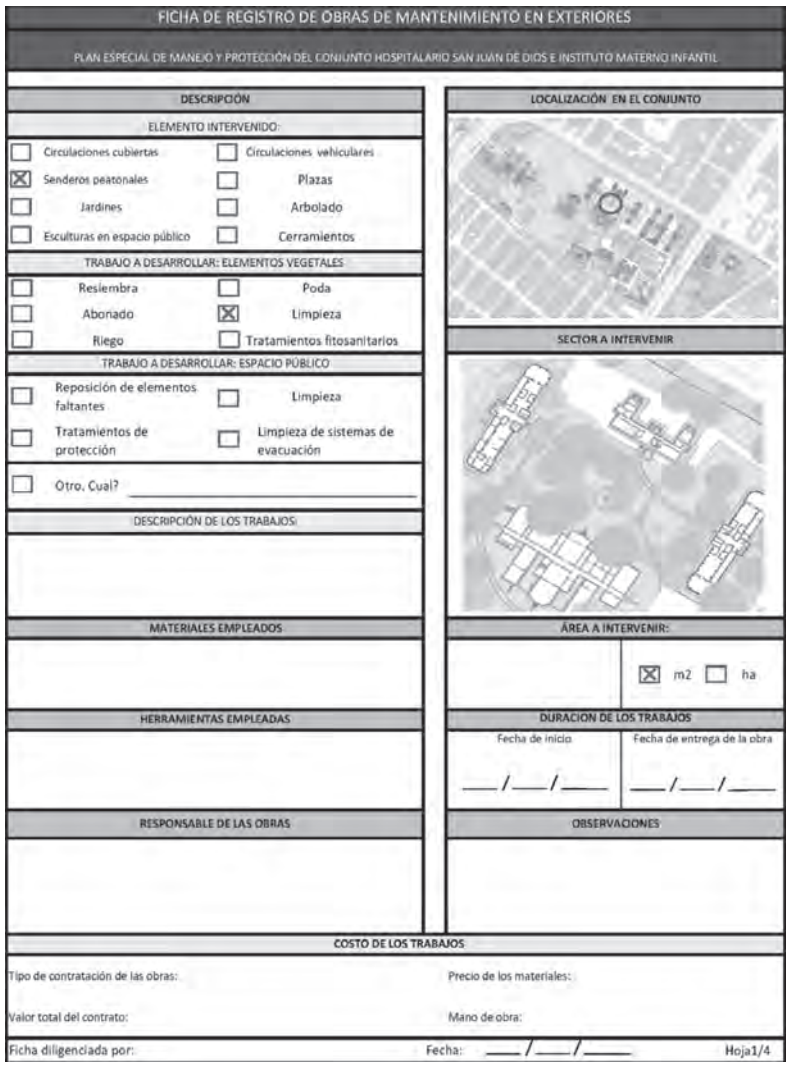


LISTADO DE BIENES INMUEBLES A INTERVENIR

27. Busto masculino: se reubica en el jardín del costado norte propuesto frente al edificio Santiago Samper.
30. escultura San Rafael Arcángel: se reubica en el jardín del costado norte propuesto frente a la Capilla.
31. Jardinera: se debe estudiar su reubicación.
32. Escultura de la Virgen María en gruta: se recomienda el desmonte de la construcción y la disposición del bien mueble sobre un soporte nuevo.
43. Escultura de novicia: se debe estudiar su reubicación.
44. Fuente y escultura, Virgen con niño: se recomienda el desmonte de la fuente. Se debe estudiar la reubicación de la escultura.

Plano 31. Reubicación de Bienes Muebles en el espacio exterior.

Ficha de mantenimiento Espacios Exteriores


FICHA DE REGISTRO DE OBRAS DE MANTENIMIENTO EN EXTERIORES

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL

DESCRIPCIÓN

ELEMENTO INTERVENIDO:

☐ Circulaciones cubiertas ☐ Circulaciones vehiculares
☒ Senderos peatonales ☐ Plazas
☐ Jardines ☐ Arbolado
☐ Esculturas en espacio público ☐ Cerramientos

TRABAJO A DESARROLLAR: ELEMENTOS VEGETALES

☐ Resiembra ☐ Poda
☐ Aboriado ☒ Limpieza
☐ Riego ☐ Tratamientos fitosanitarios

TRABAJO A DESARROLLAR: ESPACIO PÚBLICO

☐ Reposición de elementos faltantes ☐ Limpieza
☐ Tratamientos de protección ☐ Limpieza de sistemas de evacuación
☐ Otro, Cual? _____

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS:

MATERIALES EMPLEADOS

HERRAMIENTAS EMPLEADAS

RESPONSABLE DE LAS OBRAS

LOCALIZACIÓN EN EL CONJUNTO

SECTOR A INTERVENIR

ÁREA A INTERVENIR:

☒ m2 ☐ ha

DURACION DE LOS TRABAJOS

Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de entrega de la obra: ___/___/___

OBSERVACIONES

COSTO DE LOS TRABAJOS

Tipo de contratación de las obras: Precio de los materiales:

Valor total del contrato: Mano de obra:

Ficha diligenciada por: Fecha: ___/___/___ Hoja1/4

Imagen 5. Ficha de mantenimiento para Espacios Exteriores.

Una vez en funcionamiento, la estructura organizacional del Hospital deberá garantizar una dependencia que se encargue de la infraestructura y el mantenimiento de la planta física del mismo. Allí se deberá supervisar la ejecución del plan de mantenimiento tanto para las edificaciones como para los espacios exteriores; este instrumento deberá ser diseñado por arquitectos restauradores y paisajistas de la mano de profesionales en el área ambiental y forestal. Todas las obras de mantenimiento de los espacios exteriores deberán ser realizadas por personal capacitado, siguiendo las indicaciones contenidas en el Plan de Mantenimiento.

Para llevar un seguimiento y registro de las obras ejecutadas, se ha dispuesto una Ficha de Mantenimiento para los espacios exteriores, con el fin de disponer desde ya de una herramienta básica para el registro de algunas actividades que pueden llevarse a cabo con carácter prioritario. Todas las obras y actividades por sencillas que sean deberán registrarse en la ficha mencionada –ver *Imagen 5 Ficha de mantenimiento para Espacios Exteriores*–.

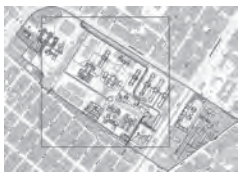
4.1.1.3.2 Movilidad vehicular y peatonal

La propuesta para la movilidad al interior del Área Afectada, fue resultado del análisis realizado conjuntamente con el Componente Urbano del PEMP y con la arquitecta especialista en temas de infraestructura hospitalaria, con el objeto de dar coherencia a la propuesta de movilidad y garantizar el buen funcionamiento de los flujos de tránsito necesarios para el Hospital.

Los criterios fundamentales sobre los que se organiza la propuesta son los siguientes: la priorización del peatón sobre el vehículo particular, la restricción de circulación de tránsito de este último y la generación de una red de movilidad en armonía con los valores ambientales y paisajísticos del Conjunto Hospitalario. Sin embargo, un hospital universitario de las dimensiones del San Juan, requiere un importante flujo de vehículos que garanticen su funcionamiento, y debe garantizar un acceso adecuado y evacuación para personas cuya condición no les permita un fácil desplazamiento peatonal.

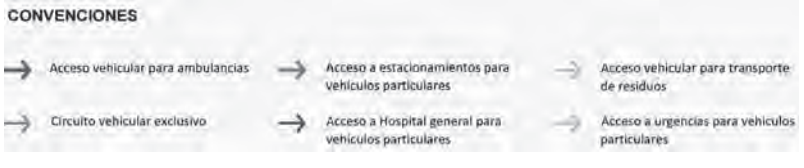
La propuesta de diseño final deberá contemplar la creación de superficies continuas que prioricen la movilidad peatonal, sin sardineles ni calzadas; la cualificación de las redes vehiculares se deberá realizar mediante cambios de materiales, texturas en el piso, y delimitaciones por bolardos retráctiles.

Para el ordenamiento general de la movilidad en el Conjunto Hospitalario, se evaluaron las redes de circulación existentes en el hospital. De acuerdo con esta evaluación, se propuso la recuperación de ciertas circulaciones y el remplazo de otras que mejoren la calidad de la movilidad y no entren en conflicto con los valores ambientales del Conjunto.



- Generación de una red de movilidad en armonía con los valores ambientales y paisajísticos del Conjunto Hospitalario.
- Restricción de circulación de tránsito del vehículo particular





Plano 32. Movilidad vehicular al interior del conjunto.

Movilidad Vehicular

Para vehículos particulares

Se propone restringir el libre tránsito de los vehículos particulares al interior del Conjunto salvo las siguientes excepciones:

- Vehículos particulares que conducen pacientes al servicio de urgencias. La entrada podrá hacerse por los accesos habilitados únicamente para este servicio. Luego de dejar al paciente, el vehículo no podrá estacionarse ni esperar en esta área y deberá desplazarse hasta los estacionamientos del hospital, saliendo igualmente por las salidas vehiculares para público.
- Vehículos particulares que recogen pacientes del acceso principal del hospital.
- Vehículos particulares que conducen o recogen pacientes o visitantes con movilidad reducida o en condición de discapacidad al acceso principal del hospital o a los servicios de consulta. El vehículo no podrá estacionarse en esta área y deberá desplazarse hasta los estacionamientos del hospital.

Para los demás casos en los que el vehículo transporte visitantes, trabajadores o estudiantes, el vehículo particular deberá ingresar directamente a los estacionamientos, y las personas deberán utilizar el sistema de transporte interno del hospital o bien circular a pie o en bicicleta.

Transporte público

El hospital goza de una importante conectividad en términos de transporte público urbano, a través de dos troncales de gran importancia para la ciudad. Sobre el borde occidental y al costado oriental del Conjunto Principal, pasan las troncales de Transmilenio de la Avenida Caracas y la Carrera Décima respectivamente. Este sistema lo complementan las rutas del SITP que circulan sobre la Avenida de la Hortúa, las cuales incluyen dos paradas sobre el frente del Hospital, una próxima al acceso de la Plazoleta de Administración y otra sobre la Plazoleta esquinera proyectada sobre la Carrera Décima.

Este panorama indica que existe la posibilidad de una buena conectividad de transporte urbano con los servicios asistenciales, administrativos y docentes que se instalarán en el hospital, cubriendo especialmente la accesibilidad al Edificio Central y a los Servicios Ambulatorios. A esta realidad se le sumará la construcción de la primera línea de metro, cuyo recorrido pasará muy cerca al hospital, concretamente por la esquina Noroccidental del Conjunto, quedando la Estación Hortúa ubicada sobre la Avenida Caracas.

Para las personas que lleguen al hospital en taxi, se deberá disponer de bahías para cargue y descargue de pasajeros sobre las vías de acceso próximas a las edificaciones de mayor demanda de visitantes. Para el caso de taxis que transporten pacientes al servicio de urgencias, se permitirá la entrada y salida por los accesos habilitados para esta área asistencial del hospital; al igual que con los vehículos particulares, los taxis no podrán estacionarse ni esperar en esta área y deberán desplazarse hasta los estacionamientos del hospital o salir inmediatamente por las porterías correspondientes al servicio de urgencias. Cuando los taxis conduzcan o recojan pacientes o visitantes convalecientes, con movilidad reducida o en condición de discapacidad al acceso principal del hospital o a los servicios de consulta, pueden hacer uso del circuito interno del Conjunto pero no podrán estacionarse en esta área y deberán salir inmediatamente o bien desplazarse a los estacionamientos del hospital.

Para vehículos de servicio

Para el manejo de la circulación al interior del conjunto de esta clase de vehículos, se deberán diferenciar en dos grupos: aquellos que cumplen labores de transporte propias de la actividad asistencial y de cuya movilidad depende el funcionamiento adecuado del Hospital, como son: ambulancias, camiones para evacuación de residuos peligrosos, camiones de suministro de alimentos, equipos, de ropas y lencería. El segundo grupo lo conforman los vehículos de servicio y de emergencias que al tener una presencia ocasional dentro del Hospital, no son determinantes dentro del sistema de movilidad del Área Afectada, aunque si deben ser tenidos en cuenta, tales vehículos son: carros de bomberos, policiales y de mantenimiento de redes de servicios públicos.

Es sobre el primer grupo de vehículos para el que debe diseñarse un plan de manejo de transito interno –PMT–, que incluya según cada tipo, restricción de horarios para la circulación y delimitación de las zonas dentro de las cuales se puede mover el vehículo. Sin embargo, dentro del plan de ordenamiento del área afectada, surgen los siguientes principios básicos para la regulación del tránsito de vehículos de servicio:

- El acceso y salida al hospital para vehículos de transporte de alimentos, equipos, ropas, lencería, residuos y desechos, estará ubicado en la entrada sur occidental del mismo –ver plano 31–. De esta manera, la vía de circulación interna planteada pasa por la zona de menor actividad del Hospital, evitando cruces inconvenientes y brinda la posibilidad de circular a la zona de aprovisionamiento y evacuación del Edificio central y al Edificio de mantenimiento.
- Las ambulancias son los únicos vehículos que no tendrán restricción de circulación al interior del Conjunto Hospitalario, pues ante una situación de emergencia deberán poder acceder a cualquier punto del hospital; sin embargo, fuera de cualquier anomalía, las ambulancias tendrán ingresos y salidas preferenciales para los servicios de urgencias –donde se deberá disponer de bahías de parqueo– Hospital general y consulta.
- Se propone ubicar el acceso y salida vehicular a urgencias sobre la Calle 1ª Sur entre los edificios Cundifarma y Resonancia Magnética. Esto con el fin de evitar recorridos largos entre la entrada vehicular y urgencias, además de evitar los accesos vehiculares sobre vías arterías. Para tal efecto, es necesaria la adquisición de dos predios del Barrio Policarpa, que se encuentran adosados al predio del hospital; los predios son los siguientes:

  1. Código de Lote: 0012110547
     Dirección: CL 1 C SUR 10 10
     Uso: Parqueadero privado
  2. Código de Lote: 0012110501
     Dirección: CL 1 C SUR 10 34
     Uso: Vivienda



Imagen 6. Referente de transporte automatizado.

La ruta del corredor planteado será bidireccional para cubrir todas las dependencias del hospital. Principalmente, la ruta deberá buscar la conexión rápida entre la salida de los estacionamientos subterráneos y los diferentes servicios ubicados en el Conjunto, y además, facilitar la interdependencia y el flujo de usuarios entre los mismos. Dentro del Plan de Ordenamiento, se ha planteado un trazado preliminar enmarcado en los siguientes criterios:

- Mínima intervención del corredor vehicular dentro del Conjunto.
- Servir a los usuarios que lleguen al hospital desde transporte público.
- Servir a los usuarios que lleguen a hospital desde el vehículo particular.
- Buscar el menor impacto de este corredor, rodeando perimetralmente las edificaciones.
- No fracturar las agrupaciones históricas de los edificios del conjunto.
- Diferenciar claramente el circuito vehicular de los accesos y vías necesarias para el Servicio de Urgencias, estos dos sistemas no deben cruzarse.
- El circuito podrá utilizarse para la circulación de vehículos de transporte, residuos peligrosos, camiones de suministro de alimentos, equipos, de ropas y lencería, siempre y cuando su tránsito al interior del hospital, se encuentre regulado dentro del PMT.

El trazado preliminar planteado, recorrerá el hospital empezando desde la zona del vestíbulo principal de acceso del Edificio Central, desde allí se servirá a los usuarios que se dirijan o salgan de los pabellones y del Edificio Central; el corredor luego girará hacia el norte, pasando entre los edificios San Jorge y Paulina Ponce, cruzándose con la circulación peatonal de estos dos edificios –ver movilidad peatonal–, posteriormente girará hacia el occidente para recorrer el hospital paralelamente a la Avenida de la Hortúa sirviendo a los usuarios que lleguen al hospital desde la plazoleta del edificio de Administración, para luego recorrer paralelamente el Parque Lineal propuesto en el costado occidental. Sobre esta zona, el circuito servirá a los usuarios provenientes de los estacionamientos subterráneos; finalmente el corredor girará hacia el oriente, pasando entre el Núcleo Central y el Edificio de Mantenimiento, rematando en un retorno y una rampa de acceso a la zona de suministro y evacuación vehicular del Edificio Central.

- El acceso de las ambulancias a Urgencias deberá acoger los requerimientos de la normativa vigente (Plan maestro de salud Decreto 553 de 2012); de igual manera, las consideraciones aquí enunciadas deberán ratificarse en el Plan de Manejo de Transito.

- En lo referente a vehículos de transporte de desechos y residuos, únicamente se permitirá el acceso hasta la zona de cargue y descargue del Edificio Central a los vehículos de transporte y evacuación de residuos peligrosos, cuya circulación al interior del predio deberá estar regulada por horarios y vías debidamente establecidas por el PMT y el Plan Integral de Gestión de Residuos. Los vehículos de transporte de residuos ordinarios no podrán ingresar al Hospital y deberá disponerse de un espacio en la entrada Suroccidental del mismo, próximo al depósito principal, para el cargue y evacuación de estos desechos. Todos los procedimientos relacionados con la movilidad y el transporte de desechos y residuos hospitalarios deberán cumplir con lo dispuesto en la normativa vigente: Decreto 1609 de 2002 para el transporte de residuos y desechos peligrosos, Decreto 351 de 2014 del Ministerio de Salud y protección social, Resolución conjunta 1164 de 2002 del Ministerio de Salud y Ministerio del Medio Ambiente.
- Para la circulación de vehículos de servicio y emergencias, el proyecto de diseño de espacio público deberá tener en cuenta los anchos mínimos de vía necesarios para garantizar la circulación, así como una correcta señalización dentro del circuito vehicular.

Circuito vehicular exclusivo

Se propone el diseño y la habilitación de un corredor de circulación perimetral dentro del Conjunto Hospitalario, con el fin de comunicar mediante un sistema de transporte interno todas las dependencias y servicios de hospital, principalmente desde las zonas de salida de los estacionamientos para público. Este trazado deberá tener en cuenta también la circulación paralela de medios de transporte no motorizados, conformado así un circuito multimodal.

Salvo las excepciones mencionadas anteriormente, los únicos vehículos que podrán circular libremente por el circuito serán los que disponga el Hospital para poner en servicio el sistema de transporte interno. Estos vehículos serán preferiblemente eléctricos, de tamaño pequeño, con una capacidad de entre 20 y 25 pasajeros y deberán contar con todas las especificaciones técnicas y normativas para el transporte de personas en condición de discapacidad o movilidad reducida. En un futuro, estos vehículos podrían funcionar como sistemas GRT –Group Rapid Transit–, con medios de transporte interno totalmente automatizado y eléctrico. Los intervalos y la frecuencia de tiempo deberán estudiarse al detalle dentro del PMT del Hospital.

La materialidad de este corredor, como se menciona en la introducción del capítulo de movilidad, deberá contemplar la creación de superficies continuas, sin sardineles ni calzadas; la cualificación de las redes vehiculares se deberá realizar mediante cambios de materiales, adoquines u otras texturas en el piso y delimitaciones por bolardos retráctiles.

Estacionamientos

Para responder a la alta demanda de estacionamientos requerida por el Conjunto Hospitalario, se deberán establecer parámetros para, a la vez que se resuelvan las solicitudes de cupos para este dotacional, la construcción de esta infraestructura no contravenga la conservación de los valores paisajísticos, históricos, estéticos y urbano arquitectónicos del conjunto. Otra de las posibilidades que deberán tenerse en cuenta para la construcción de esta infraestructura es que la obra y el mantenimiento de esta, sea sostenible en el tiempo y no suponga una carga económica más para el Hospital.

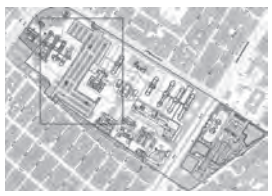
Para definir la demanda mínima de estacionamientos dentro del Conjunto hospitalario, se aplicó la norma vigente respecto a las zonas normativas de demanda y la exigencia de estacionamientos por uso (Decreto 190 de 2004, Demanda Parqueaderos Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29). Como resultado, se estableció que la demanda mínima de cupos exigidos por norma es de **481 estacionamientos.** Para el cálculo de la demanda de parqueos, se excluyeron los siguientes edificios por tener previamente calculado y solucionado su cupo de parqueos:

- Instituto Cancerológico Nacional.
- Instituto Materno Infantil.
- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Con base en el escenario expuesto, se propone la construcción subterránea y por fases, de las zonas de parqueadero requeridas por el hospital, más unos cupos adicionales que contribuirán a resolver la falta de estacionamientos en el Nodo Hospitalario. El sistema de parqueaderos se localizará bajo una franja del parque lineal propuesto y bajo los nuevos desarrollos permitidos, con un potencial de construcción bajo el subsuelo de 36.400 m2, distribuidos en dos sótanos de parqueaderos. Dicha área podrá albergar cerca de 1385 **estacionamientos,** lo cual implica un potencial de explotación de estacionamientos públicos de aproximadamente **904 cupos**, incluyendo los cupos exigidos para estacionamientos para discapacitados (Decreto 321 de 1992). Si bien la totalidad del área mencionada puede utilizarse en estacionamientos, también podrían considerarse otras formas de utilización de esta zona, con el fin de obtener mediante otros usos, alternativas de financiación.

Demanda parqueaderos Conjunto Hospitalario (Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29)	Estacionamientos propuestos	Cupos para parqueaderos públicos, Zona influencia y nodo hospitalario
481	1385	904

Como se recoge en la propuesta para la zona de influencia, es posible considerar una estrategia de gestión y financiación innovadora para una importante oferta de estacionamientos en el subsuelo, bajo una modalidad de Asociación Público Privada (APP), concesión privada o mixta, en la cual participe la Administración Distrital a través del Fondo para el Pago Compensatorio de Estacionamientos a cargo del IDU, ofreciendo cupos a la población que interactúa con los servicios que prestará el CHSJD, el Nodo Hospitalario, la población que habita los barrios circundantes, y en particular, a la población que accede al área central, contribuyendo así a la recuperación y re-funcionalización del Conjunto Hospitalario.



- El sistema de parqueaderos se localizará bajo una franja del parque lineal propuesto con un potencial de construcción bajo el subsuelo de 36.400 m2



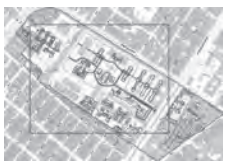
Plano 33. Movilidad vehicular al interior del conjunto. Estacionamientos Subterráneos.

pérgola que vincularon diversos edificios para garantizar protección a los peatones que transitaban de un pabellón a otro. Los caminos abiertos pasaban lateramente a las agrupaciones de edificios, atravesando todo el conjunto en sentido oriente–occidente en forma de alamedas arborizadas y circulaciones internas de los jardines.

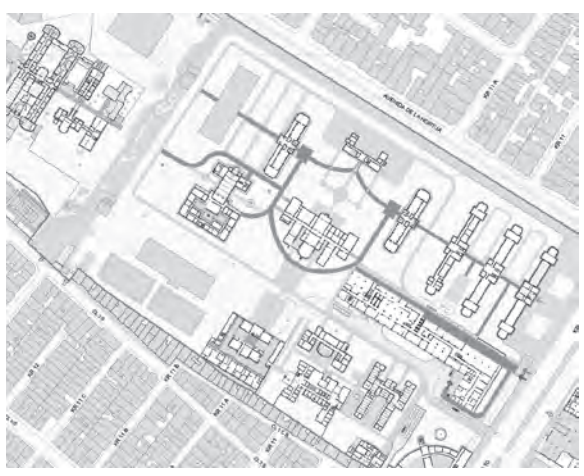
Se propone por tanto la recuperación y regularización del trazado peatonal principal sobre la base de las tipologías existentes históricamente en el conjunto, agregando una adicional entendida como una variación de la pérgola: la circulación en ámbito cerrado.

La propuesta de diseño y recuperación de estos senderos deberá tener en cuenta la caracterización de la circulación por sectores de uso, dado que dentro del conjunto serán destinadas áreas para el uso público, y otras deberán ser más restringidas debido a los servicios y actividades localizados en los edificios.

A continuación se definen algunas consideraciones generales para cada una de las tipologías de circulación peatonal.



- La red de senderos, debe entenderse como un sistema organizativo del conjunto arquitectónico y de los espacios abiertos alrededor del mismo, cuya presencia le confiere identidad, y coherencia a los componentes del



Plano 34. Movilidad peatonal al interior del conjunto.

En coherencia con lo expuesto a lo largo del diagnóstico y la propuesta del presente PEMP, respecto a la definición de criterios para el ordenamiento del Conjunto Hospitalario, resulta inconveniente el manejo de un número tan alto de parqueaderos en superficie o en altura dentro del Área Afectada. Si se desarrollan los parqueaderos mediante bahías, sobre la superficie del Conjunto Hospitalario, se estaría yendo en contravía de uno de los principios planteados para el ordenamiento general que señala la restricción del libre flujo vehicular del conjunto, en beneficio de una mayor calidad ambiental y de una movilidad limpia. Por otro lado, para cumplir únicamente con la demanda solicitada de cupos de estacionamiento del hospital mediante un sistema en altura, se debería considerar un área de 3000 m2 de ocupación sobre el lote y 5 pisos de desarrollo para de esta manera, intentar armonizar la estructura nueva con el paisaje construido del Conjunto –14.21m de altura promedio–. Asimismo, se estaría desaprovechando una valiosa área edificable que podría ser mejor utilizada en la construcción de edificaciones que amplíen y complementen los usos dispuestos en el Hospital y en su área para uso público –Ver Usos y Edificabilidad–, finalmente, esta alternativa no deja muchas opciones para el aprovechamiento económico de un Área de Oportunidad dentro del Conjunto Hospitalario.

En caso de que se opte por esta última alternativa, no debería desarrollarse dentro del Área Afectada y tendría que plantearse en lotes próximos a esta dentro del Área de Influencia. Los estacionamientos en superficie se permitirán temporalmente dada la complejidad técnica, legal y financiera que supone la construcción por fases de los estacionamientos subterráneos, sin embargo, las bahías de parqueo en superficie podrán permanecer dentro del Área Afectada hasta la finalización y apertura de los estacionamientos subterráneos, es decir, por un tiempo no mayor a 4.5 años.

Movilidad peatonal

Uno de los elementos más representativos del paisaje urbano del conjunto es sin duda, el trazado compuesto por la red de caminos y senderos peatonales derivado del trazado regulador inicial de 1921 y posteriormente completado por los desarrollos edilicios fuera de la propuesta ganadora. Hoy todavía es posible identificar algunos elementos de estos senderos y existe suficiente documentación gráfica para plantear su recuperación y adecuación del área al uso de un hospital del siglo XXI.

Se plantea como criterio para la intervención de esta red de senderos, entenderla como un sistema organizativo del conjunto arquitectónico y de los espacios abiertos alrededor del mismo, cuya presencia le confiere identidad y coherencia con los componentes del Complejo Hospitalario.

Como se describe en el diagnóstico, el sistema de circulación peatonal, estuvo integrado a su vez por varios tipos de senderos: cubiertos y abiertos, siendo los más representativos los caminos bajo

Circulaciones abiertas

Se definen así los senderos para peatones y bicicletas que no poseen ninguna protección a la intemperie. Estos caminos formarán parte del espacio de uso público del hospital, principalmente sobre el Parque Lineal y formando un circuito perimetral al Conjunto Hospitalario; esto de ninguna manera implica que estos sean los únicos trazados permitidos al interior del hospital. Las diferentes dimensiones, formas y demás definiciones correspondientes al diseño final de los espacios exteriores del Conjunto se desarrollarán con total libertad pero respetando parámetros, criterios y valores expresados en el presente documento.

Circulaciones bajo pérgola

Se propone la recuperación del sistema interno de circulaciones bajo pérgola existentes en el conjunto, los cuales garantizaban el tránsito protegido de usuarios entre las edificaciones del hospital. Adicionalmente, se propone la inclusión de un corredor con pérgola que comunique el acceso principal sobre la Carrera Décima con la zona del Edificio Central donde se ubicaría el servicio de Urgencias.

El diseño final de estos corredores peatonales, deberá tener en cuenta los futuros desarrollos y el sistema general propuesto al interior del Área Afectada con el fin de garantizar la coherencia entre lo preexistente y lo propuesto. La recuperación y el dimensionamiento de este tipo de circulaciones deberá tener en cuenta criterios de diseño específicos en relación con la funcionalidad del Conjunto Hospitalario y la accesibilidad de todo tipo de usuarios; del mismo modo el diseño debe considerar un lenguaje arquitectónico y una expresión material que armonice con los materiales históricamente presentes en el conjunto.

Circulaciones de ámbitos cerrados

Dentro de las clases de circulación peatonal que se piensan implementar al interior del Conjunto, se propone la inclusión de un tipo de circulación que garantice la mayor protección a los usuarios frente al clima y la intemperie. Estos corredores se diseñaran para integrar edificaciones cuya interdependencia en el manejo de pacientes requiera unas condiciones ambientales y de confort especiales que aíslen o protejan a los usuarios de las condiciones climáticas del exterior.

Para efectos del ordenamiento general, se propone inicialmente la conectividad mediante este tipo de circulación entre los pabellones San Eduardo, San Lucas y Paulina Ponce con una derivación que desemboque en la circulación cubierta del Edificio Central, debido fundamentalmente a la vocación asistencial y de interdependencia que se tiene entre estos pabellones y la mencionada edificación. Sin embargo, esta decisión dependerá del tipo de servicios y usos instalados en esta agrupación de

edificios; en caso de que se consideren usos en otros edificios distintos a los señalados y cuya interdependencia implique unas circulaciones de ámbitos cerrados, estas podrán implementarse en remplazo de las circulaciones con pérgola

El diseño de estos corredores deberá garantizar transparencia visual y la armonización con el conjunto existente en términos de materialidad y lenguaje arquitectónico.

Accesibilidad para discapacitados

Todos los corredores peatonales que se recuperen, regularicen y diseñen al interior del Conjunto Hospitalario deberán cumplir con lo dispuesto en la normatividad vigente y manuales oficiales publicados en cuanto a accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad, a saber: Ley 361 de 1997 Título IV, Ley 1145 de 2007, Ley 12 de 1987, Resolución n°. 14861 del 4 de octubre de 1985 del Ministerio de Salud y el Acuerdo 19 de 1983 del Consejo de Bogotá.

4.1.1.4 Usos propuestos y edificabilidad

4.1.1.4.1 Usos

La definición de usos para las edificaciones del CHSJD está sujeta principalmente a tres condiciones fundamentales, la Ley 735 de 2002, la cual ordena que el uso general del Conjunto debe ser como Hospital Universitario, en segundo lugar las condiciones arquitectónicas de las edificaciones y por último la conservación de sus valores como BIC del orden nacional.

La ley 735 de 2002 en su artículo tercero decreta que:

> «El Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil continuarán funcionando como un centro especial para la educación universitaria que imparta, en las ciencias de la salud, las Universidades oficiales y privadas, esto es, como hospitales universitarios».

Esto significa que el uso está determinado por el conjunto de actividades que están contenidas dentro del marco general de Hospital Universitario, esto es: actividades asistenciales, de docencia, formación e investigación en el área de la salud y sus actividades complementarias.

A partir de este marco general dictado por la ley, el Componente Edilicio ha desarrollado en el Diagnóstico una serie de análisis de los edificios tendientes a obtener un conocimiento profundo de los mismos, tales como: los correspondientes a la evolución constructiva, las tipologías y formas de organización espacial, los sistemas constructivos, y el estado de conservación. Estos análisis, articulados a la valoración hecha sobre el conjunto hospitalario y la posterior y consecuente definición de niveles de intervención, permiten establecer lineamientos claros sobre la propuesta de usos en los edificios del Conjunto. Las conclusiones arrojadas por dichos análisis, además del conocimiento en profundidad de la capacidad instalada (área construida), entendida esta como la capacidad de los edificios del Conjunto para recibir nuevos usos, son la base para la propuesta de usos que se propone dentro del presente PEMP.

Acogiendo las sugerencias expresadas por las entidades contratantes a lo largo de diversas reuniones, se ha decidido establecer un rango flexible de usos que potencialmente pudieran albergar las edificaciones, siempre y cuando esté en concordancia con los análisis realizados en cada uno de estos inmuebles, (Ver acciones para la conservación de los BIC's). Respondiendo a este criterio se permite una adecuación que busque la mejor implantación de usos posible (combinados, exclusivos etc.) permitiendo al conjunto cumplir a largo plazo los objetivos misionales del Hospital.

Sin embargo, es compromiso del PEMP establecer un marco general para el correcto uso y apropiación de este patrimonio inmueble, por lo tanto, este capítulo explica las consideraciones que se deberán tener en cuenta en el momento de establecer los usos dentro del Conjunto Hospitalario. El desarrollo pormenorizado de los criterios de uso de los edificios que no tienen mayor restricción, se encuentra contenido en el capítulo de acciones para la conservación de los BIC's.

Si bien, con la definición de un rango de usos se evita la carencia de flexibilidad presente en un programa exhaustivo edificio por edificio, el Componente Edilicio en conjunto con la asesoría especializada en arquitectura hospitalaria y el componente PMA, ha proyectado una aproximación a las áreas útiles de cada edificio, que se expresa en una Primera Alternativa de servicios asistenciales y usos complementarios acordes con los requerimientos genéricos para un hospital universitario de tercer nivel. Este ejercicio constituye un insumo importante a la hora de definir el programa arquitectónico final de cada edificio que acompañará el Proyecto de Intervención, pues arroja luces sobre la capacidad instalada del mismo y sus posibilidades de uso.

Propuesta general de usos para los edificios del CHSJD

Tabla 4. Propuesta general de usos para el Conjunto Hospitalario

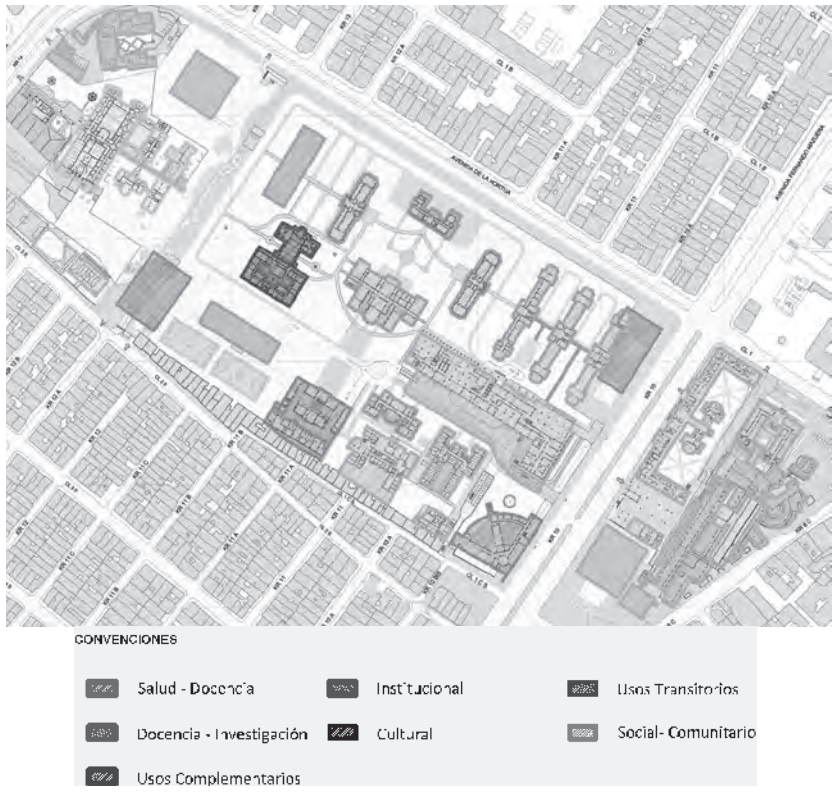
TIPOLOGIA DE USOS PARA EL PEMP CHSJD

TIPO	NOMBRE
I	SALUD-EDUCACIÓN
II	EDUCACIÓN-INVESTIGACION
III	CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS
IV	ARTE Y CULTURA
V	INSTITUCIONAL
VI	SOCIAL COMUNITARIO
t	*usos transitorios*

CLASIFICACION EDILICIO POR TIPOS DE USOS CHSJD

COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS CHSJD				
No.	Id.	Nombre del Edificio	USOS PRINCIPALES	USOS ALTERNATIVOS
1	13	Cancerologico	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
2	20	Dermatologico Federico Lleras	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
3	14	Instituto Materno Infantil	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
4	15	Ed. Central	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
5	1	Ed. San Roque	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
6	2	Ed. Inmunológico	INSTITUCIONAL (tipo IV)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)**
7	3	Ed. San Jorge	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
8	4	Ed. Paulina Ponce de León	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
9	5	Ed. San Lucas	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
10	6	Ed. San Eduardo	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
12	8	Ed. Santiago Samper	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)***
16	11	Ed. Enfermedades Tropicales	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
17	16	Ed. Cundifarma	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo III)	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo III)
18	17	Ed. Resonancia Magnetica	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo III)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
19	18	Ed. Salud Mental	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
11	7	Ed. Siberia	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	ARTE Y CULTURA (tipo IV)
13	9	Ed. Mantenimiento	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo III)	Servicios complementarios ***
14	10	Ed. Convento	ARTE Y CULTURA (tipo IV)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
15	10 - A	Capilla	ARTE Y CULTURA (tipo IV)	ARTE Y CULTURA (tipo IV) *Litúrgico
20	19	Rehabilitacion Psiquiatrico	*usos transitorios*	*usos transitorios*
21	21	Centro de Salud	*usos transitorios*	*usos transitorios*
22	23	Porteria	*Liberación y desmonte*	*Liberación y desmonte*
23	22	Torre Docente	*Liberación y desmonte*	*Liberación y desmonte*
24	12	Ancianato	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)
25	24	Jardin Infantil	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)

* *Su uso "liturgico" podria ser una funcionalidad*
** *Exclusivamente docente (el término preferiblemente no es restrictivo, es optativo)*
*** *El edificio conserva su sistema de entrepiso originale en madera, y su adecuación al uso de investigacion o salud requeriria el cambio de los mismos*



Plano 35. Usos propuestos.

Usos existentes en el Área Afectada

Actualmente, los edificios o conjuntos arquitectónicos que gozan de una actividad consolidada son: el Instituto Cancerológico Nacional, el Ancianato y el Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta. El Instituto Materno Infantil funciona actualmente en un porcentaje muy bajo de su capacidad instalada, sin embargo luego de la aprobación del proyecto y el desarrollo de las obras de intervención, esta institución tendrá todas las disposiciones espaciales para funcionar con toda su capacidad instalada. Al respecto se definen las siguientes consideraciones relacionadas con el uso de estas edificaciones:

Instituto Cancerológico Nacional
Ésta institución tiene listo el Plan de Regularización y Manejo para el desarrollo de una edificación en el lote ubicado al costado Sur del Instituto Materno Infantil. El PEMP acoge la propuesta de usos y edificabilidad presentada por el ICN, sin embargo debe hacerse una revisión detallada del proyecto para garantizar que se dé cumplimiento a lo establecido por el Plan Maestro de Salud (Decreto 553 de 2012).

Adicionalmente, el ICN contrató los estudios y el proyecto de intervención para el edificio del Instituto Nacional de Radium; corresponde al Ministerio de Cultura dar la aprobación de este proyecto a la luz de los niveles de intervención definidos en el presente PEMP.

Ancianato
Dentro de los aspectos concertados durante la fase diagnostica del presente PEMP, se valoró el servicio que el Centro de Bienestar del Anciano San Pedro Claver viene prestando al Distrito Capital y al departamento de Cundinamarca. Dentro de las fichas elaboradas por el Componente Edilicio, se mencionan algunas recomendaciones y acciones con el objeto de recuperar algunos valores y características arquitectónicas del Bien de Interés Cultural. Más allá de esta condición, el PEMP no contempla una modificación al uso existente, por el contrario se pone en consideración la posible anexión del **Jardín Infantil** para usos complementarios al conjunto de edificaciones que componen el Ancianato, a fin de reintegrar la totalidad de las edificaciones de este conjunto como una unidad funcional.

En caso de optar por un uso en el Jardín Infantil diferenciado del Ancianato, se permiten usos de bajo impacto, tales como Usos Administrativos, Académicos, Culturales y en menor medida Usos Asistenciales contenidos en el Grupo de Uso II de NSR-10.

Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
El PEMP acoge el programa de usos que actualmente alberga la sede del Instituto, cualquier intervención o cambio de uso deberá ser evaluado por el Ministerio de Cultura a la luz de las determinantes establecidas en el Presente PEMP. Teniendo en consideración que el predio del Instituto no tiene capacidad para desarrollar nuevos edificios, se podrían establecer mecanismos institucionales, legales y financieros que garanticen la viabilidad de la futura ampliación de los servicios ofertados por esta institución dentro de los nuevos desarrollos del Conjunto Hospitalario.

Instituto Materno Infantil
Luego de la revisión del Proyecto de Intervención contratado por el Instituto de Patrimonio Cultural, el presente PEMP acoge el programa de usos y la edificabilidad propuesta en el documento mencionado; corresponde al Ministerio de Cultura dar la aprobación de este proyecto a la luz de los niveles de intervención definidos en el presente PEMP.

en parte en la gran cantidad de instalaciones parásitas que el edificio presenta al haber albergado durante varios años laboratorios especializados.

La propuesta de usos para este edificio busca devolver su vocación inicial como administración general del hospital o destinarlo a una actividad de educación y capacitación de la comunidad como podría ser la Atención Primaria; usos que articulados con su ubicación dentro del conjunto y su singular lenguaje arquitectónico, ayudarían a identificar el acceso principal, el cual se propone recuperar y reforzar mediante la creación de un espacio público de recibo y tránsito hacia el Conjunto Hospitalario.

Usos permitidos: Usos administrativos, usos docentes y de formación

Edificio Central
Este es el primer edificio dentro del predio proyectado bajo parámetros y estándares que fueron el punto de partida para la modernización de los servicios hospitalarios en el país, debido a la eficiencia de la tipología propuesta.

El análisis edilicio del Edificio Central, realizado a partir de un importante recurso de fuentes secundarias dentro de las que se cuentan los planos originales del proyecto elaborado por la firma Cuellar Serrano Gómez, arrojó importantes datos respecto a la distribución funcional original del proyecto. Poniendo en paralelo esta información con el esquema funcional del hospital antes del cierre (ver numeral sobre el esquema funcional), se considera relevante resaltar dos cualidades arquitectónicas del edificio. La primera es que las áreas especializadas proyectadas para la época (1948-1952), tales como Cirugía, Urgencias, Imagenología Diagnóstica, y Cocina, no cambiaron de lugar sino que se adecuaron, ampliaron o actualizaron conservando su ubicación dentro del hospital, sin que esto afectara la calidad de los servicios prestados. Esta situación evidencia una gran flexibilidad para adecuar espacios especializados sin tener que mudarlos de lugar, (a excepción tal vez es el servicio de Imagenología, cuya última actualización de gran envergadura supuso la construcción de una edificación anexa en los noventa).

La segunda característica es la que se menciona en el diagnóstico del Componente Edilicio dentro de la tipología de Bloque Compacto: la denominada planta libre. Concepto arquitectónico que permite una gran flexibilidad para la instalación y modulación de toda clase de espacios y funciones dentro de una estructura básica de placas y columnas.

Usos permitidos: Uso Asistencial de Alta Complejidad, Usos Docentes y de Formación, Usos Administrativos, usos de investigación.

Limitaciones de uso según tipologías y condiciones arquitectónicas singulares

A continuación se enuncian los edificios cuyas características tipológicas, cualidades arquitectónicas y composición material singulares dentro del conjunto hospitalario, les confieren unas condiciones que imponen una menor flexibilidad en la definición del uso y a la vez se indica cuáles pueden ser las actividades que podrán desarrollarse. Dentro del Conjunto Arquitectónico se identificaron tres edificaciones cuya tipología y valores arquitectónicos se alejan de los tradicionales pabellones relacionados con el uso hospitalario y por tanto merecen especial atención.

Capilla
La Capilla y el Convento se destacan por ser el único grupo de carácter religioso del hospital. La presencia de estos edificios en el conjunto tiene una gran representatividad en tanto refuerza el origen confesional del hospital, condición que acompañó a la institución hasta su nueva localización en el lote de la Hortúa.

Recogiendo su carácter comunitario y su vocación de espacio de congregación, para esta edificación se define un rango de usos más amplio que el únicamente religioso, que permita albergar actividades culturales que beneficien a la comunidad del sector. No obstante, se debe tener en cuenta el impacto que puedan generar estas actividades en la estructura físico espacial ya que la capacidad del edificio es limitada.

Adicionalmente, se considera relevante la colección de bienes muebles de la Capilla recientemente catalogada, como un componente significativo que debe incorporarse al programa de usos de la edificación, ya sea mediante la destinación de un espacio habilitado museográficamente para la exhibición temporal de las piezas o mediante otra estrategia de divulgación que se juzgue conveniente para este patrimonio.

Usos permitidos: Usos culturales, usos comunitarios, Actividades de culto.

Instituto Inmunológico
El edificio del Instituto inmunológico posee dentro del conjunto particularidades que señalan su vocación de uso, entre ellas su posición dentro del trazado urbano arquitectónico del conjunto, sus características arquitectónicas singulares, y finalmente su uso inicial como Administración del hospital.

En segundo término se debe tener en cuenta que es un edificio determinado por un nivel de intervención de Conservación Integral, esta condición restringe las modificaciones o adecuaciones que habría que hacer para albergar una actividad de alto impacto como serían los servicios asistenciales, laboratorios etc. De hecho una causa importante de las patologías presentadas estriba

Restricciones según constitución material

Otro de los aspectos que limitan o establecen un marco a los usos, es la constitución material del bien y su protección dentro de los niveles de intervención establecidos junto con la valoración específica, estos aspectos condicionan la intervención para que las actividades desarrolladas sean de bajo impacto y garanticen la conservación en el tiempo del Bien de Interés Cultural.

Se debe aclarar que aunque la constitución material de las edificaciones es una determinante fundamental para la intervención y la definición de actividades en todos los componentes del conjunto, los señalados a continuación merecen especial atención toda vez que están compuestos por elementos y sistemas cuya conservación podría ponerse en peligro en el caso en que se dispusiera un uso inadecuado.

A continuación se explican cuáles son los edificios, cuáles son los aspectos materiales que se deberán tener en cuenta y los usos que podrían albergar.

Santiago Samper
El edificio Santiago Samper conserva aún sus entrepisos originales en madera. Su materialidad y tipología arquitectónica entre otros elementos destacados, determinaron que el nivel de intervención establecido para esta edificación fuera el de Conservación Integral. Esta designación orientada a conservar los elementos representativos y estéticos del edificio, imposibilita cualquier adecuación agresiva que sería necesaria para la instalación de usos asistenciales o de investigación como laboratorios; normativamente no es posible conciliar usos asistenciales y/o laboratorios con sistemas de entrepisos en madera.

Usos permitidos: Usos docentes y de formación, Bienestar Docente

Mantenimiento
Al igual que el Edificio Santiago Samper, el Edificio de Mantenimiento conserva su estructura original de entrepiso de madera en el volumen principal de dos niveles.

Se propone que el edificio en referencia continué albergando las actividades básicas propias del mantenimiento del hospital como tradicionalmente lo ha hecho, no obstante, los procesos más complejos de mantenimiento y reparación de equipos puedan ser dados por contrato a firmas externas especializadas. Se observó que el bloque principal categorizado como nivel I dentro de los niveles de intervención, es apto para alojar allí las oficinas y dependencias de bajo impacto correspondientes a la estructura administrativa y de mantenimiento del hospital, mientras que las alas laterales y los talleres pueden utilizarse para los espacios de depósito y usos de mayor impacto.

Usos permitidos: Usos administrativos, Usos docentes y de formación.

Interdependencia

La distribución final de usos y actividades al interior del Conjunto Hospitalario deberá cumplir con los requisitos de conectividad directa y eficaz entre los servicios que así lo requieran, tanto al interior de los edificios como entre los distintos inmuebles. La distribución funcional deberá cumplir con la normatividad vigente que regula y habilita prestación de servicios de salud:

- Plan Maestro de Salud Decreto 553 de 2012
- Resolución No. 4445 de 1996 del Ministerio de Salud
- Resolución No. 1043 de 2006 del Ministerio de Salud
- Resolución No 2003 de 2014 del Ministerio de Salud
- Reglamento colombiano de construcción sismo resistente NSR-10

Las normas y demás disposiciones que modifiquen adicionen y/complementen.

Usos complementarios

El Conjunto Hospitalario dispondrá de la posibilidad de albergar usos complementarios, siempre y cuando estos sean compatibles con la actividad principal y el carácter misional de un hospital universitario de tercer nivel.

La localización de esta actividades en los edificios del Conjunto, deberán acogerse a los criterios y normas enunciadas en los numerales anteriores del presente capitulo.

Usos en los nuevos desarrollos

El programa específico de usos, así como el tiempo de desarrollo de estas edificaciones, dependerá de la proyección misional del Hospital, la consolidación del Nodo Hospitalario y el alcance de objetivos institucionales planteados hasta ese momento. Sin embargo, dicho programa deberá cumplir las consideraciones generales expuestas en el presente capitulo, así como la normatividad mencionada o la que se encuentre vigente para la fecha en la que se plantee el diseño e intervención de estas edificaciones.

4.1.1.4.2 Edificabilidad

Consideraciones generales

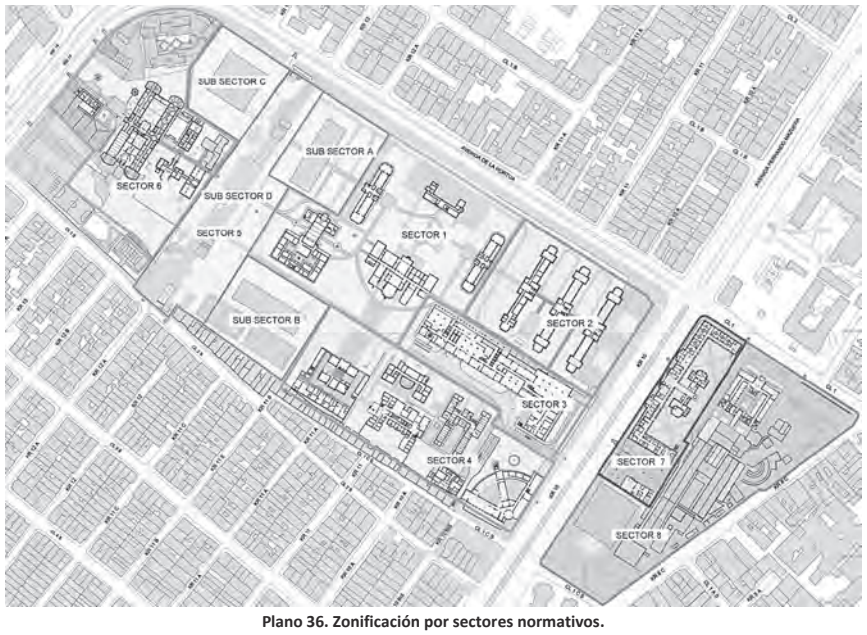
En coherencia con lo expuesto en el presente documento, se han definido los condicionamientos a la edificabilidad del conjunto cuyos criterios apuntan a la recuperación y salvaguarda del patrimonio construido en el conjunto arquitectónico. A continuación se enuncian los lineamientos que enmarcan esta definición.

- Definición de un marco normativo que regule los posibles desarrollos que se llevarán a cabo al interior del Conjunto Hospitalario garantizando una consolidación organizada en el tiempo de la ampliación de servicios y actividades en el hospital.
- Permitir un desarrollo regulado al interior del predio en armonía con las características y los valores paisajísticos, morfológicos y urbanísticos del conjunto.
- Garantizar suelo de desarrollo dentro del conjunto a partir del cual el hospital pueda recibir beneficios que contribuyan a la sostenibilidad del Conjunto en el marco de lo definido institucionalmente por el PEMP.
- Permitir la libertad de diseño en cuanto a volumetría y tipologías arquitectónicas de los nuevos desarrollos, siempre y cuando se responda a la lógica de organización urbanística del predio, establecida por los edificios existentes y a los lineamientos generales del PEMP.
- Se deberá entender la irrupción brusca del Edificio Central en relación con el espacio externo, como una singularidad dentro del Conjunto Hospitalario, que rompió negativamente el esquema de organización presente en el Plan de Ordenamiento inicial del predio.

Para poder lograr una comprensión integral de estas restricciones, es fundamental la liberación y/o la restitución de los elementos y edificios que modifiquen la volumetría original de los edificios y que están afectando la unidad de conjunto del Hospital –ver Desmontes y Liberaciones y Acciones para la conservación de los BIC–.

Con el fin de identificar las determinantes particulares que definen la edificabilidad del conjunto, se ha establecido una subdivisión del predio por agrupaciones de edificios, la cuales guardan coherencia y unidad organizativa, histórica y tipológica, a partir de las cuales se especifican las posibilidades o restricciones de cada una en cuanto a la edificabilidad permitida.

4.1.2 Definición de sectores normativos



Plano 36. Zonificación por sectores normativos.

4.1.2.1 Sector 1 (Núcleo Central)

El Sector 1 –Núcleo Central–, está compuesto por las edificaciones Instituto Inmunológico, San Roque, San Jorge, Siberia, Capilla y Convento. Esta agrupación reúne las edificaciones fundacionales del Conjunto y el conjunto de la Capilla y el Convento, de gran valor simbólico para el Hospital.

No se permite la construcción de edificaciones adicionales en el conjunto, únicamente las acciones y obras establecidas dentro de las condiciones de manejo del Área Afectada. Las circulaciones cubiertas planteadas, están incluidas dentro de la tabla de edificabilidad permitida.

Construcciones cuyo objeto sea albergar equipos, sistemas o instalaciones técnicas necesarias para el correcto funcionamiento de los edificios, deberán ser preferiblemente subterráneas. En caso de no ser posible, deberán tener el mínimo de afectación en el espacio abierto.

No se permitirá la instalación de antenas, mástiles, sistemas de aires acondicionados, buitrones, vallas y demás elementos parásitos sobre las fachadas de los edificios. En caso de que sea absolutamente necesario, la situación deberá ser presentada para la posterior aprobación de la propuesta ante el Ministerio de Cultura.

En este sector se permitirán las obras y adecuación del espacio exterior para la ubicación temporal de parqueaderos en superficie, bajo las condiciones expresadas en el numeral correspondiente a estacionamientos.

4.1.2.2 Sector 2 (Pabellones)

Este sector lo conforma la agrupación de tres pabellones situados en la esquina nororiental delimitada por La Avenida Carrera Decima y la Avenida de la Hortúa. Los edificios que conforman dicho grupo son: San Eduardo, San Lucas, Paulina Ponce.

No se permite la construcción de edificaciones adicionales en el conjunto; la edificabilidad propuesta acoge lo definido dentro de las condiciones de manejo del Área Afectada, incluidos procesos de liberaciones, desmontes y demoliciones.

Las circulaciones cubiertas planteadas, se incluyen dentro de la tabla de edificabilidad permitida.

Construcciones cuyo objeto sea albergar equipos, sistemas o instalaciones técnicas necesarias para el correcto funcionamiento de los edificios, deberán ser preferiblemente subterráneas. En caso de no ser posible, deberán tener el mínimo de afectación en el espacio abierto.

No se permitirá la instalación de antenas, mástiles, sistemas de aires acondicionados, buitrones, vallas y demás elementos parásitos sobre las fachadas de los edificios. En caso de que sea absolutamente necesario, la situación deberá ser presentada para la posterior aprobación de la obra ante el Ministerio de Cultura.

En este sector se permitirán las obras y adecuación del espacio exterior para la ubicación provisional de parqueaderos en superficie, bajo las condiciones expresadas en el numeral correspondiente a estacionamientos.

4.1.2.3 Sector 3 (Edificio Central)

El sector está delimitado por el área correspondiente al Edificio Central, la Torre Docente y la Portería.

La edificabilidad propuesta permite el remplazo de las actuales edificaciones por unas que responda a la condiciones de ordenamiento propuestas para el área afectada.

En este sector se permitirán las obras y adecuación del espacio exterior para la ubicación temporal de parqueaderos en superficie, bajo las condiciones expresadas en el numeral correspondiente a estacionamientos.

4.1.2.4 Sector 4 (Zona Sur)

El sector agrupa las edificaciones situadas en el costado sur oriental del predio, reuniendo construcciones de distintas tipologías y etapas históricas de desarrollo. Además, en este sector se observa la mayor densidad de área ocupada dentro del predio del Hospital; los edificios que componen este sector son: Santiago Samper, Enfermedades Tropicales, Resonancia Magnética, Cundifarma, Salud Mental y Mantenimiento.

La edificabilidad propuesta acoge lo definido dentro de las condiciones de manejo del Área Afectada, incluidos procesos de liberaciones, desmontes, demoliciones y restituciones. Únicamente se permiten construcciones vinculadas con la apertura del acceso vehicular a Urgencias –portería y puntos de control–. Estas edificaciones deberán tener un mínimo de 4 metros de aislamiento respecto a los inmuebles de conservación.

En este sector se propone ubicar el acceso y salida vehicular a urgencias sobre la Calle 1ª Sur entre los edificios Cundifarma y Resonancia Magnética. Para tal efecto, es necesaria la adquisición de dos predios del Barrio Policarpa, que se encuentran adosados al predio del hospital. Al no estar dentro del Área afectada, las acciones urbanísticas sobre estos predios quedan dispuestas dentro de la norma para la Zona de influencia.

4.1.2.5 Sector 5 –nuevos desarrollos–

Corresponde a la zona de desarrollo del Conjunto Hospitalario, considerando que el resto de zonas están consolidadas arquitectónicamente y las acciones deben apuntar a la contención del área construida. En este sector se contemplan acciones y proyectos claves dentro del ordenamiento del área afectada, como lo son la alameda, los estacionamientos, accesos para parqueaderos –Subsector D– y tres zonas de potencial desarrollo edificatorio –A, B y C–. El desarrollo de cada uno de estos sub-sectores se describe en el numeral 4.1.2.9.

La delimitación de esta área está dada al Occidente por el muro de cerramiento que actualmente confina el espacio del Jardín y que empata con el muro lindero del Ancianato y luego con el del Federico Lleras, para posteriormente subir sobre el borde norte del predio paralelo a la Avenida de la Hortúa, hasta llegar a la fachada Occidental del Edificio San Roque. Paralelo a este plano, el borde del sector continua hacia el Sur rodeando la capilla por sus fachadas Norte, occidental y sur; desde allí, el sector recoge el espacio abierto delimitado entre la Fachada Sur del Convento y el costado occidental de Mantenimiento, hasta chocar con el borde Norte de las casas del Barrio Policarpa.

4.1.2.6 Sector 6 –Ancianato y Lleras Acosta–

Se refiere al conjunto de edificios agrupados en dos instituciones situadas al occidente del predio: el Ancianato y el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. A estos se suma el edificio y el área correspondiente al Jardín Infantil.

La lógica de agrupación tiende a la recuperación del conjunto histórico compuesto por el Edificio principal del Ancianato el cual alojaba el uso principal y sus dos edificaciones subsidiarias correspondientes a la residencia de las Religiosas y al denominado Jardín Infantil. Por otro lado, se agrupa el Centro Dermatológico pues reúne características comunes en lo referido a sus restricciones de desarrollo.

No se permite la construcción de edificaciones adicionales en el conjunto, únicamente las acciones y obras establecidas dentro de las condiciones de manejo del Área Afectada

El lote donde se ubica el Dermatológico, no puede ser objeto de nuevos desarrollos, por tanto se deben evaluar mecanismos institucionales y administrativos que posibiliten la ocupación de servicios y posibles nuevos usos de esta institución en el subsector C.

En este sector no se permiten las obras y adecuación del espacio exterior para la ubicación temporal de parqueaderos en superficie.

4.1.2.7 Sector 7 –Instituto Materno Infantil–

Luego de la revisión del proyecto de intervención contratado por el Instituto de Patrimonio Cultural, el presente PEMP acoge el programa de usos y la edificabilidad propuesta en el proyecto de intervención presentado; corresponde al Ministerio de Cultura dar la aprobación de este proyecto a la luz de los niveles de intervención definidos en el presente PEMP.

4.1.2.8 Sector 8 –Instituto Cancerológico–

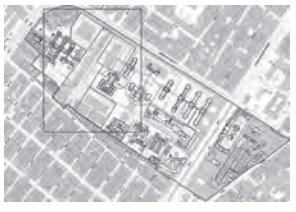
Ésta institución contempla la realización de un Plan de regularización y manejo el cual contempla el desarrollo de una edificación en el lote ubicado al costado Sur del Instituto Materno Infantil. El PEMP acoge la propuesta de usos y edificabilidad presentada por el ICN, sin embargo debe hacerse una revisión detallada del proyecto para garantizar que se dé cumplimiento a lo establecido por el Plan Maestro de Salud (Decreto 553 de 2012).

Adicionalmente, el ICN contrató los estudios y el proyecto de intervención para el edificio del Instituto Nacional de Radium; corresponde al Ministerio de Cultura dar la aprobación de este proyecto a la luz de los niveles de intervención definidos en el presente PEMP.

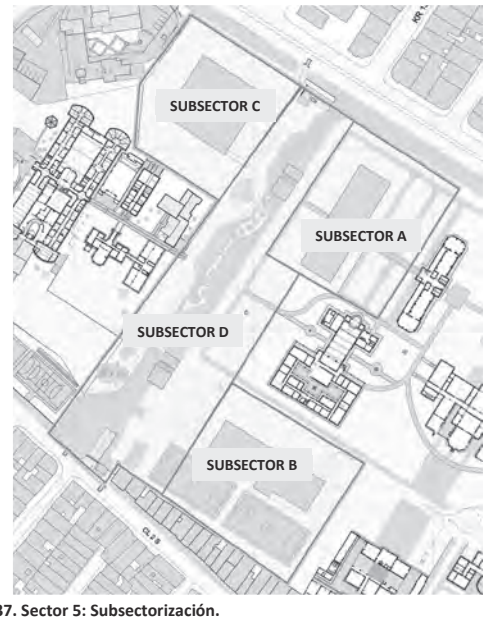
Cualquier modificación que se realice al PRM, deberá hacerse en el marco de lo establecido en los siguientes indicadores: índice de ocupación, índice de construcción, aislamientos, alturas y tipología según el PRM presentado.

4.1.2.9 Subsectorización del sector 5

A través de la delimitación normativa de estos subsectores, se busca promover el desarrollo de nuevas edificaciones cuyos usos contribuyan a la consolidación de servicios no solo del Hospital sino también de todo el nodo hospitalario. Este también es un sector de oportunidad para la renovación de la infraestructura existente en el Conjunto en el momento en que sea necesario.



- Esta zona incluye los edificios que albergarán una futura expansión del Conjunto Hospitalario. El sector a su vez se subdivide en cuatro subsectores para establecer determinantes particulares según su ubicación en el predio.



Plano 37. Sector 5: Subsectorización.

4.1.2.9.1 Subsector A

Corresponde al área localizada entre los edificios San Roque, Capilla, el límite norte del predio y el borde correspondiente a la zona destinada para el parque lineal.

Se encuentra dentro de una zona del predio que apunta a la consolidación morfológica y urbanísticamente el conjunto histórico arquitectónico del hospital. Sobre esa base, se definen unas condicionantes que apuntan a la conservación y recualificación del conjunto definido por el edificio san Roque y la fachada de la capilla, la cual define un punto focal y un eje de simetría entre San Roque y el nuevo desarrollo.

4.1.2.9.2 Subsector B

Corresponde al espacio localizado entre los edificios Mantenimiento, Convento, Rehabilitación Psiquiátrica y la franja de viviendas adosadas al hospital, pertenecientes al barrio Policarpa.

Este subsector se encuentra delimitado por edificaciones de gran significación histórica para el conjunto principal, por tanto se pretende la consolidación del esquema urbanístico principal del hospital y la conservación de sus características paisajísticas principales.

4.1.2.9.3 Subsector C

Este subsector constituye la zona de mayor posibilidad de desarrollo edilicio de todo el Conjunto, pues se delimita en un área alejada del Conjunto central, más próxima al Federico Lleras y al Ancianato. Al no encontrarse limitado por un trazado preexistente y al poder mantener condiciones de aislamiento respecto a los edificios históricos mayor que cualquier otro subsector, es posible un aumento en la edificabilidad respecto a estos, sin actuar en detrimento de la armonía urbanística del Conjunto. A estas consideraciones le debemos sumar la cercanía con la Avenida de la Hortúa y su colindancia con el Dermatológico, a cuyo predio no se le permite el aumento en la edificabilidad existente.

La alameda y la franja de arborización de alto porte marcan un límite entre el Conjunto Histórico principal y el área disponible, ofreciendo una mayor libertad de actuación respecto a los demás subsectores señalados.

4.1.2.9.4 Subsector D

Corresponde al área destinada para el proyecto de alameda o parque lineal, las zonas de estacionamientos y servicios complementarios.

Se otorga un único índice de ocupación correspondiente al que tendrá este sector luego de la demolición del edificio de Rehabilitación Psiquiátrica; por lo tanto sólo se permitirán la construcción de volúmenes que correspondan con los puntos fijos de los parqueaderos.

Los predios pertenecientes a la franja de viviendas adosadas al hospital se encuentran normatizados en las condiciones de manejo para la zona de influencia.

Exclusiones respecto al cálculo de edificabilidad

- Las estructuras desmontables y temporales.
- Lo depósitos, cuartos, subestaciones y demás espacios de uso técnico sin calidad de espacio habitable.
- Las superficies destinadas a estacionamientos subterráneos.
- Los pasos a desnivel para circulaciones vehiculares y peatonales.
- Espacios de reunión al aire libre.

Tabla 5. Edificabilidad en el área afectada.

	SECTOR 1	SECTOR 2	SECTOR 3	SECTOR 4	SECTOR 5				SECTOR 6	SECTOR 7	SECTOR 8
	NÚCLEO FUNDACIONAL	PABELLONES	EDIFICIO CENTRAL	ZONA SUR	NUEVOS DESARROLLOS A	B	C	D	ANCIANATO Y LLERAS ACOSTA	INSTITUTO MATERNO INFANTIL	CANCEROLÓGICO
ÍNDICE DE OCUPACIÓN EXISTENTE	0,28	0,25	0,52	0,35	0	0	0	0,2	0,43	0,38	0,5
ÍNDICE DE OCUPACIÓN PERMITIDO	0,28 (nota 7)	0,21 (nota 7-8)	0,25 (nota 7)	0,35 (nota 7)	0,23	0,2	0,29	0,1	0,5 (nota 4)	0,5 (nota 4)	0,5 (nota 4)
ALTURA MÁXIMA PERMITIDA	Existente (nota 5)	Existente (nota 5)	8 pisos	Existente (nota 5)	4 pisos	5 pisos	8 pisos	1 piso	Existente	4 pisos (nota 3)	6 pisos (nota 3)
TIPOLOGÍA	Aislada	Aislada	Aislada	Aislada	Aislada	Aislada	Aislada	Aislada	Aislada	Aislada	Aislada
AISLAMIENTOS	Existente	Existente	20m a edificio patrimonial (nota 1)	Existente (nota 4)	15m a edificio patrimonial	20m a edificio patrimonial	20m a edificio patrimonial	20m a edificio patrimonial	Existente	20m a edificio patrimonial	Propuestos según PRM (nota 6)
SÓTANOS	Existentes	No se permite	Se permite (nota 2)	No se permite	Se permite (nota 2)	Se permite (nota 2)	Se permite (nota 2)	Se permite (nota 2)	No se permite	Se permite	Se permite
VOLADIZOS	No se permite	No se permite	Se permite	No se permite	Se permite	Se permite	Se permite	Se permite	No se permite	Se permite	Se permite

Nota 1: Este sector colinda con los pabellones, edificio de antiguas cocinas o Siberia y núcleo fundacional.
Nota 2: Número máximo de niveles permitido: 2. Aislamiento mínimo a Edificio Patrimonial: 15m. Regulación de usos: Estacionamientos y usos compatibles con la actividad asistencial, docente y de investigación
Nota 3. La altura máxima permitida para los nuevos desarrollos está dada por el arranque de la cubierta del edificio de conservación establecida en los proyectos de intervención aprobados por el Ministerio de Cultura. Resoluciones 3092-0461-1026 de 2014.
Nota 4: El índice de ocupación permitido corresponde al proyecto de intervención específico para cada uno de los inmuebles, sujetos a la aprobación del Ministerio de Cultura. Los proyectos contemplan liberaciones que ajustan los índices permitidos.
Nota 5: Para la definición de la altura máxima permitida no se tendrán en cuenta los volúmenes adicionados que afecten la lectura integral del edificio y que deberán ser desmontados en el proceso de intervención.
Nota 6: Los aislamientos deben ser de mínimo 50 m a edificio patrimonial para los nuevos desarrollos. Para garantizar la conservación del edificio patrimonial Instituto de Radium, el proyecto de intervención deberá tener en cuenta aislamientos mínimos entre este edificio y las construcciones aledañas preexistentes, así como la eliminación de elementos adosados a la estructura original.
Nota 7: El índice de ocupación permitido se contempla en el escenario de la liberación de la torre central y la torre docente y la construcción de un nuevo desarrollo. El índice de ocupación incluye áreas de desarrollo para uso exclusivo de circulaciones cubiertas entre edificaciones y/o sistemas o instalaciones técnicas para el correcto funcionamiento de los edificios las cuales deberán ser preferiblemente subterráneas.
Nota 8: El índice registrado corresponde al área ocupada por las edificaciones de conservación excluyendo las áreas del antiguo centro de salud (UPA), y Rehabilitación Psiquiátrica. Estas edificaciones serán de uso transitorio y deberán ser demolidas en una segunda fase.

4.1.3 Propuesta para la conservación de los Bienes de Interés Cultural

El presente capítulo tiene por propósito identificar las acciones más representativas conducentes a recuperar la lectura integral, valorar y garantizar la recuperación y conservación hacia el futuro de las edificaciones que conforman el Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, declarado Bien de Interés Cultural de carácter nacional por la Ley 735 de 2002**.**

Como se desprende de la lectura de la Ley mencionada, existe la determinación oficial de que el conjunto deberá conservar en el futuro su uso original, manteniéndose por lo tanto como un Hospital Universitario. Esta condición determina que la posible recuperación de los inmuebles que lo integran, esté necesariamente ligada al éxito en la formulación de un Programa Médico Arquitectónico que sea viable y sostenible en el tiempo, y que sea lo suficientemente flexible para que permita su adecuación a las diversas circunstancias de orden legal, político y administrativo que deberá sortear el hospital en el curso del proceso mencionado.

Partiendo de ésta premisa hemos zonificado el predio perteneciente al hospital, teniendo en cuenta las condiciones de vecindad que presentan algunas edificaciones y las características comunes que existen entre ellas. A continuación, y dependiendo del estado de conservación de cada inmueble, se han relacionado las acciones más relevantes que se llevarían a cabo, referidas a procedimientos específicos tales como: desmontes y liberaciones, obras de primeros auxilios, obras de conservación, obras de restauración y obras de reconstrucción, contempladas en los Niveles de Intervención propuestos.

Para terminar se ha elaborado una valoración aproximada de las acciones propuestas, con el fin de lograr aproximarse a los costos de la recuperación de los inmuebles en el proceso de reapertura del hospital.

4.1.3.1 SECTOR 1. Núcleo fundacional

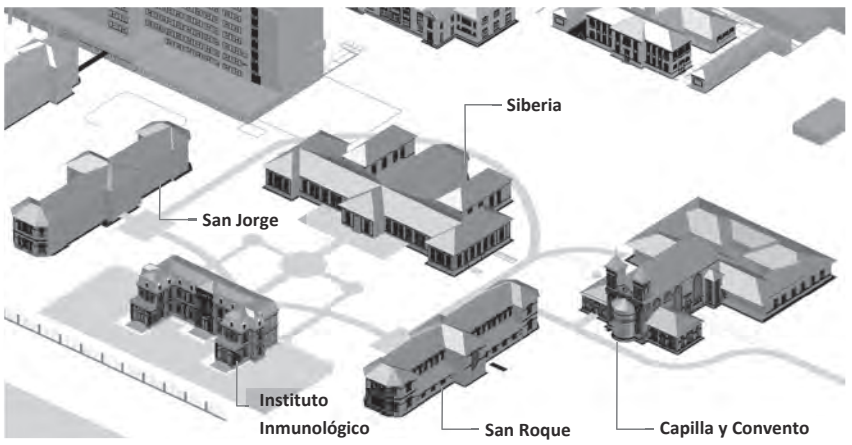


Figura 12. Sector 1. Núcleo Fundacional.

Se localizan en ésta zona los edificios Instituto Inmunológico, San Roque y San Jorge que fueron originalmente construidos –1911-1913– para albergar un «manicomio moderno» y posteriormente, cuando el predio se dedicó al uso hospitalario, se convirtieron en el núcleo central del conjunto arquitectónico. Adicionalmente, se incluyen también en éste sector el inmueble que albergó los antiguos comedores denominado Siberia –1919-1922–, junto con la Capilla y el Convento –1922-1933– que conforman una unidad arquitectónica.

Este conjunto edilicio se ubica en el centro del predio y se ordena a lo largo de un eje de composición transversal que se dispone en sentido norte-sur, configurando un espacio de recepción para los usuarios que accederán peatonalmente al hospital desde la Avenida de la Hortúa. Se considera que en éste sector pudieran ubicarse usos administrativos, de docencia y formación o de investigación

- **Instituto Inmunológico**

Área útil: 864.55 m2
Área construida: 1122.83 m2

Posee una disposición espacial y volumétrica que pudiéramos definir como «planta en U», caracterizada por un volumen longitudinal que es intersectado en sus extremos por dos volúmenes más cortos, apareciendo en el eje central del volumen de mayor longitud el acceso principal. El

edificio es de dos (2) pisos de altura y está coronado por una mansarda. La fachada está resuelta en mampostería cerámica y piedra y está ricamente ornamentada en un lenguaje ecléctico.

La posición de vecindad con el acceso desde la Avenida de la Hortúa le otorga un gran potencial como elemento receptor y componente emblemático del hospital.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores particulares identificados en el inmueble en comparación con otras estructuras del Conjunto Hospitalario, se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Arquitectónica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural–IDPC–.

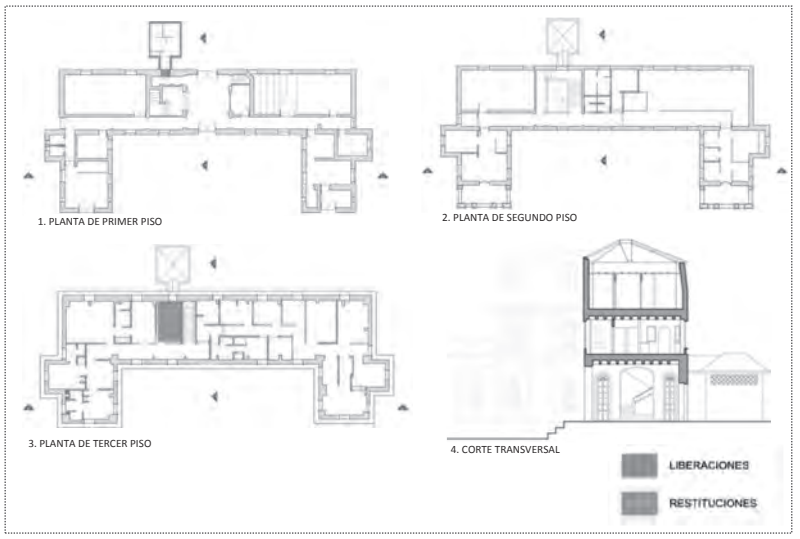
Estudios y Proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y Proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

La estructura espacial de este edificio ha sido fuertemente modificada con el objetivo de acomodarlo a requerimientos técnicos necesarios para ubicar allí laboratorios de inmunología y oficinas administrativas. La última de estas intervenciones realizada por la UN en los años 80, transformó la distribución espacial de la edificación, especialmente en el segundo y tercer piso. Este cambio, sumado al remplazo del sistema de entrepiso, hace difícil identificar la distribución espacial inicial en los sectores mencionados.

Dentro de las principales modificaciones al edificio, se señalan la construcción de un volumen en el costado sur conectado al edificio para alojar un animalario, la instalación de una escalera de evacuación externa sobre la fachada occidental y la ocupación del vacío de la escalera en el tercer nivel. En el edificio se han instalado cielorrasos descolgados que han alterado las características iniciales del espacio *–ver Anexo: Fichas de Valoración y Diagnóstico–*.

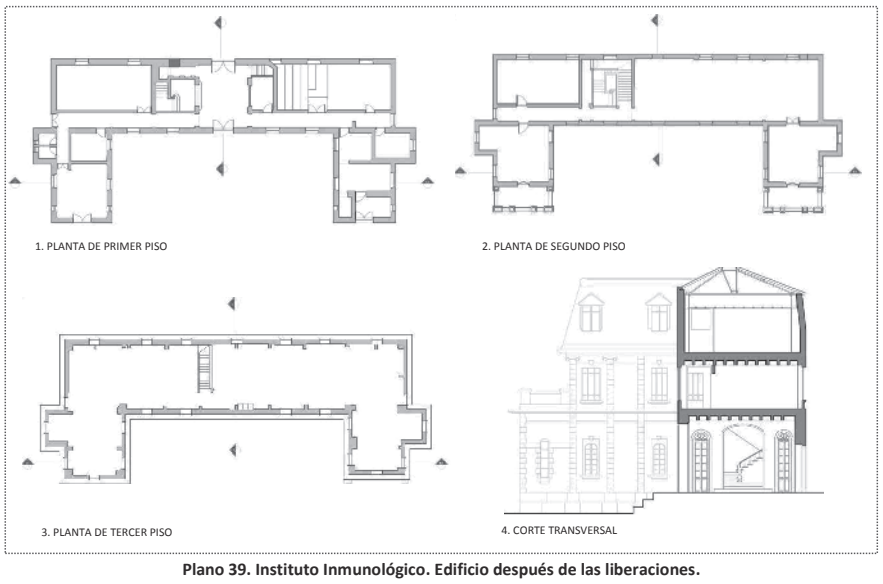


Plano 38. Instituto Inmunológico. Liberaciones y restituciones.

Desmontes y liberaciones sugeridas

Se sugiere el desmonte del volumen del costado sur, los muros divisorios construidos para laboratorios, divisiones livianas, mesones de laboratorios y muretes de soporte, cuidando de no afectar las mamposterías, con el fin de disponer de un esquema funcional que corresponda con el uso destinado, conservando elementos esenciales del sistema de distribución espacial del edificio, el cual no tuvo mayores alteraciones en el primer piso y es fácilmente identificable.

En el nivel de la mansarda se debe restituir el vacío de la escalera y proceder al desmonte de los muros divisorios de oficinas y laboratorios. Es en este nivel donde el proceso de intervención del proyecto realizado en los años 80 tuvo mayor impacto en la ocupación del edificio; se sugiere reducir la concentración de actividad en este piso. Se recomienda el desmonte de cielorrasos que alteren la altura original de los espacios donde fueron instalados, enchapes cerámicos, estructura y escalera metálica adosadas a la fachada occidental, instalaciones de ventilación en espacios interiores, cubierta y carpinterías de fachada y tuberías hidráulicas, eléctricas, y aparatos asociados con éstas, cuidando de no afectar las mamposterías del inmueble.



Plano 39. Instituto Inmunológico. Edificio después de las liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias constituido por gárgolas, sifones, canales y bajantes.
- Desmonte de las instalaciones de ventilación que perforan la techumbre metálica.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Desmonte de estructura metálica, ventiladores y ductos.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas, andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas en metal que sirven de estructura de soporte a la misma. Intervención integral del escamado metálico y el manto de cobertura superior.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación, reemplazo de piezas afectadas y protección de los muros de ladrillo a la vista en las fachadas.
- Limpieza, consolidación y protección de los sillares y molduras en piedra arenisca que decoran las fachadas.
- Restauración de carpinterías originales en madera.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones, que le permitan prestar los servicios definidos por el Programa Médico Arquitectónico del hospital en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

Obras de reconstrucción

Estas obras tienen por fin la recuperación de componentes tipológicos muy representativos del inmueble que fueron modificados o demolidos en desafortunadas intervenciones, situación que genera una pérdida de la lectura integral del mismo. Entre éstas podemos destacar:

- Reconstrucción de los óculos ubicados en la mansarda que fueron transformados por ventanas de forma cuadrada.
- Recuperación de cámara de ventilación bajo pisos del primer nivel.

- **San Jorge**

Área útil: 1041.76 m2
Área construida: 1252.60 m2

Este edificio de dos (2) pisos de altura responde a la tipología de «pabellón» en la cual un volumen predominantemente longitudinal es intersectado por volúmenes trasversales en su zona media y sus extremos. En el volumen central se ubica el acceso y la escalera y los otros dos de forma ochavada, albergaron actividades especiales como las «salas de día», donde los pacientes se exponían a la luz solar.

Teniendo en consideración que ésta tipología presenta una gran flexibilidad, pues su organización interna responde a una secuencia de espacios de gran amplitud, se considera que el edificio podría albergar fácilmente cualquiera de los usos propuestos para el sector: administrativos, de docencia y formación o de investigación.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Tipológica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y Proyectos

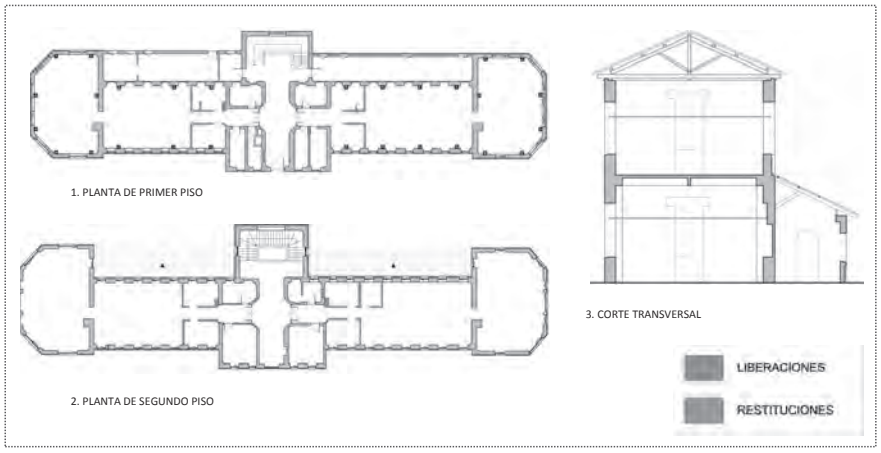
De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y Proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación:

Levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

Arquitectónicamente, San Jorge y San Roque conformar un par de edificios idénticos. Consta de una sola crujía con la circulación dispuesta a lo largo del eje central, la cual se desprende de un espacio octogonal que sirve de elemento articulador entre la escalera y el hall de acceso principal.

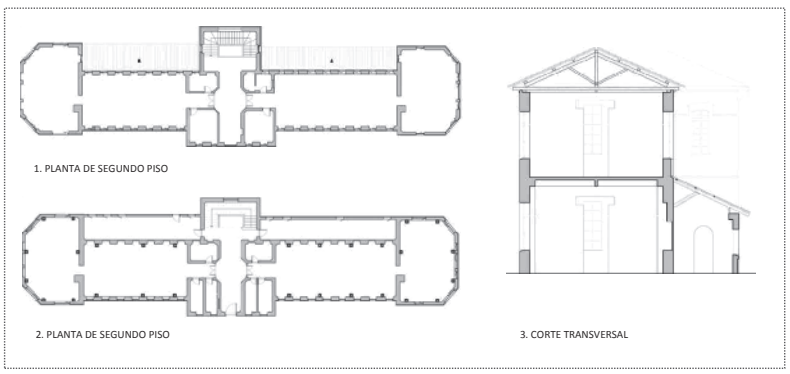
San Jorge fue objeto de las siguientes intervenciones: reemplazo de entrepisos, espacios poligonales de remate que se prolongaron hasta el segundo piso y cerramiento de las galerías del costado oriental mediante muros en ladrillo a la vista. Para adaptarlo funcionalmente se adicionaron muros divisorios y se instalaron nuevos cielo rasos con estructura en aluminio y módulos en *dry-wall*, los cuales modificaron la altura de los espacios donde fueron empleados.



Plano 40. San Jorge. Liberaciones y restituciones.

Desmontes y liberaciones sugeridas

Se propone la recuperación del tipo arquitectónico de pabellón mediante el desmonte de los muros divisorios al interior, divisiones livianas, mesones de laboratorios y muretes de soporte, cielo raso falso en fibra de vidrio y aluminio que reduce altura de espacios interiores y las tuberías hidráulicas, eléctricas, y aparatos asociados con éstas. Las intervenciones a la galería del primer piso y a la ampliación del segundo en los espacios de remate no se consideran intervenciones a desmontar pues tales obras no desfiguraron la lectura del tipo arquitectónico de pabellón.



Plano 41. San Jorge. Edificio después de liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias –canales y bajantes–.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas, andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Si en el desarrollo de las exploraciones constructivas se encuentra que el soporte del acabado en teja de barro es teja de asbesto cemento, se deberá adelantar el desmonte cuidadoso del actual manto de cobertura, de su base de apoyo, y su sustitución por un sistema liviano e impermeable, no contaminante, que garantice la imposibilidad de acceso de las aguas lluvias a los espacios interiores en caso del desplazamiento de algunas piezas del acabado y proceder a la reinstalación de la teja de barro.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación, reemplazo de piezas afectadas y protección de los muros de ladrillo a la vista y las molduras en las fachadas.
- Restauración de carpinterías originales en madera.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones, que le permitan prestar los servicios definidos por el Programa Médico Arquitectónico del hospital en condiciones óptimas de calidad.
Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

- **San Roque**

Área útil: 1088.88 m2
Área construida: 1285.43 m2

Este inmueble posee características arquitectónicas y tipológicas similares al edificio San Jorge, por lo tanto, se considera que podría albergar fácilmente cualquiera de los usos propuestos para el sector: administrativos, de docencia y formación, o de investigación.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Tipológica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, Consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa. Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y Proyectos

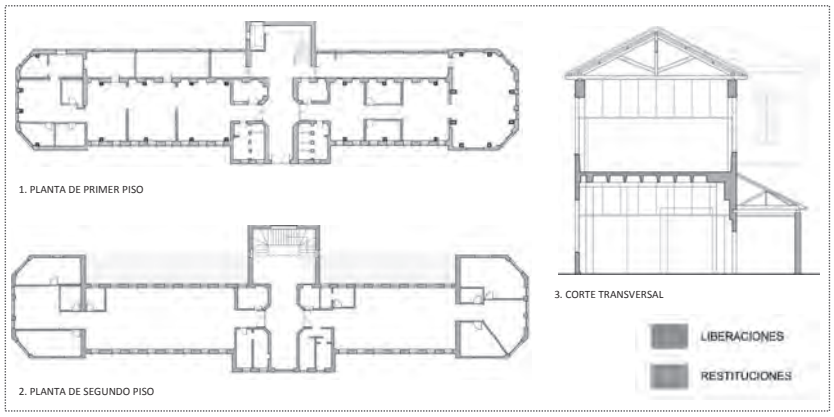
De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y Proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento

arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

Como se menciona en las fichas de inventario, la edificación ha tenido a lo largo del tiempo varias intervenciones. Espacialmente las más representativas fueron la ocupación de las galerías abiertas ubicadas en el costado occidental y la ampliación del segundo nivel.

Otras adiciones menores corresponden a las adecuaciones para habilitar espacios especializados como laboratorios, oficinas y baterías de baños. Estas divisiones son fácilmente identificables por su materialidad y por la disposición y escala en el espacio que las contiene. Junto con las transformaciones mencionadas anteriormente debemos señalar la instalación de cielo rasos descolgados que han distorsionado las características iniciales del espacio y sus elementos arquitectónicos como ventanas y umbrales –*ver Anexo: Fichas de Valoración y Diagnóstico*–.

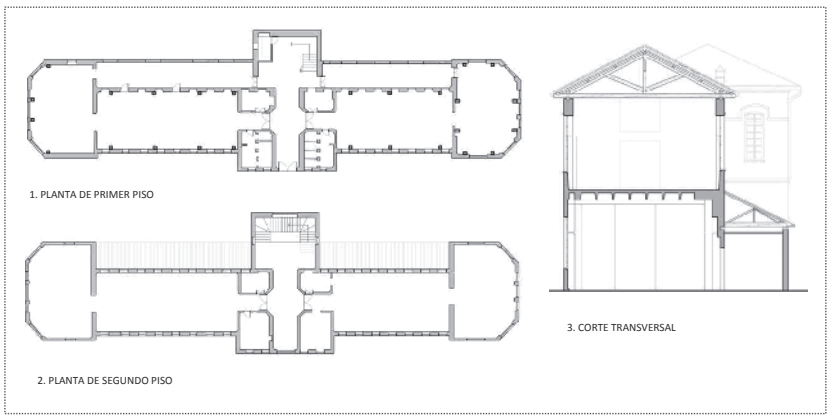


Plano 42. San Roque. Liberaciones y Restituciones.

Desmontes y liberaciones sugeridas

El edificio se identifica tipológicamente como un pabellón, con un núcleo central ordenador y unos amplios salones a ambos costados. Se plantea recuperar la lectura de este sistema organizativo liberando los salones laterales junto con sus espacios poligonales de remate de divisiones livianas, mesones de laboratorios y muretes de soporte. De igual manera, ante la necesidad de actualizar o incluso reubicar las baterías de baño, se hace obsoleto mantener las divisiones en mampostería de los actuales espacios sanitarios, por lo tanto se plantea recuperar la espacialidad original de estas áreas. Finalmente, se aconseja el desmonte de cielo rasos falsos en fibra de vidrio y aluminio que alteren la altura original de los espacios donde fueron instalados y las tuberías hidráulicas, eléctricas, y aparatos asociados con éstas.

Las intervenciones a la galería del primer piso y a la ampliación del segundo en los espacios de remate, no se consideran intervenciones a desmontar pues tales obras no desfiguraron la lectura del tipo arquitectónico de pabellón al cual se adscribe el edificio San Roque.



Plano 43. San Roque. Edificio después de las liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias constituido por canales y bajantes.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Si en el desarrollo de las exploraciones constructivas se encuentra que el soporte del acabado en teja de barro es teja de asbesto cemento, se deberá adelantar el desmonte cuidadoso del actual manto de cobertura, de su base de apoyo y su sustitución por un sistema liviano e impermeable, no contaminante, que garantice la imposibilidad de acceso de las aguas lluvias a los espacios interiores en caso del desplazamiento de algunas piezas del acabado y proceder a la reinstalación de la teja de barro.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación, reemplazo de piezas afectadas y protección de los muros de ladrillo visto y las molduras en las fachadas.
- Restauración de carpinterías originales en madera.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones, que le permitan prestar los servicios definidos por el Programa Médico Arquitectónico del hospital en condiciones óptimas de calidad.
Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

- **Siberia**

Área útil: 1591.27 m2
Área construida: 1993.69 m2

Este edificio de un (1) piso posee una disposición espacial y volumétrica que pudiéramos definir como «planta en peine», caracterizada por un volumen longitudinal que fue intersectado originalmente en su zona central y en sus extremos por tres (3) volúmenes más cortos de la misma altura, posteriormente, se le adicionaron en el costado sur dos (2) volúmenes más.

Obras de conservación

Dada la amplia espacialidad del inmueble y su ubicación central dentro de ésta zona con potencial para la docencia y la investigación, se sugiere que sea destinado como Centro de Convenciones para apoyo de las actividades antes mencionadas.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores particulares identificados en el inmueble en comparación con otras estructuras del Conjunto Hospitalario, se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Arquitectónica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

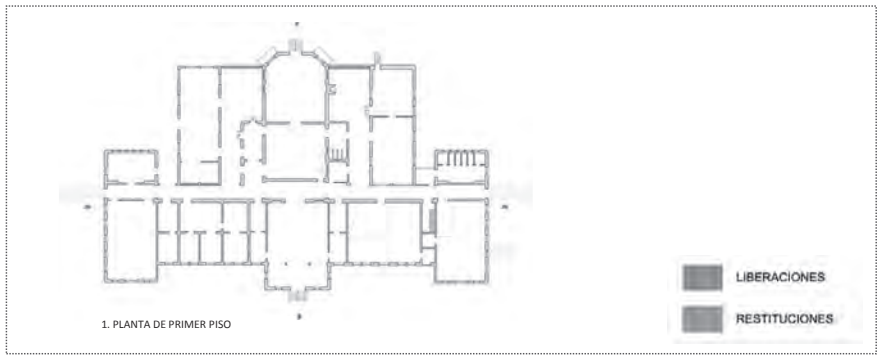
Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y Proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y Proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

En contraste con el mal estado de conservación del edificio, no se observaron importantes adiciones a su estructura espacial, gracias en parte, a que Siberia no tuvo un uso definido y fue abandonado antes de los años 90. Más bien se deben considerar la reposición de elementos que debido al colapso, están en ruina o apenas existen evidencias de su existencia precedente.



Plano 44. Siberia. Liberaciones y restituciones.

Desmontes y liberaciones sugeridas

Actualmente se observan restos de lo que fueran los muros de cerramiento de los patios laterales ubicados en el costado sur del edificio, debe procurarse la restitución de estos elementos y sus portadas de acceso. También merece especial atención, la reapertura de vanos clausurados, especialmente los ubicados en el volumen central. En cuanto a los desmontes sugeridos, se propone el de los muros que separan el corredor principal de los espacios laterales del costado sur, pues según lo observado en campo estos espacios se abrían hacia la circulación, únicamente marcado por un pilar aislado en el centro de vano. De igual manera se consideró que la ubicación de la escalera que comunicaba interiormente el semisótano con el primer piso, no es la más apropiada pues está localizada en un espacio muy pequeño y la presencia de la escalera inutiliza el resto del área disponible.



Plano 45. Siberia. Edificio después de las liberaciones.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones, que le permitan prestar los servicios definidos por el Programa Médico Arquitectónico del hospital en condiciones óptimas de calidad.
Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

Obras de reconstrucción

Estas obras tienen por fin la recuperación de componentes tipológicos muy representativos del inmueble que fueron modificados o demolidos en desafortunadas intervenciones, situación que genera una pérdida de la lectura integral del mismo. Entre éstas podemos destacar:

- Reconstrucción de estructura de cubierta en cerchas rey de madera, de cielos rasos asociados con ésta y de manto de cobertura en teja de barro.
- Reconstrucción de muros que delimitan espacios principales y de los morteros de protección en cal y arena.
- Reconstrucción de pisos en listón machihembrado.

- **Capilla**
  Área útil: 688.81 m2
  Área construida: 861.62 m2

La Capilla se dispone en sentido norte-sur, y posee una planta en «cruz latina» de una sola nave, complementada con coro, crucero y ábside, este último enmarcado por dos (2) torres que ayudan a dar mayor relevancia a la fachada principal. El espacio interior se modula por medio de pilastras que se adosan a los muros laterales de la nave y rematan en una bóveda falsa con decoraciones en yesería que imitan las nervaduras de un conjunto de bóvedas de crucería.

Se considera que debería seguir albergando el uso religioso, y ocasionalmente podría albergar usos culturales.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores particulares identificados en el inmueble en comparación con otras estructuras del Conjunto Hospitalario, se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Arquitectónica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Reconstrucción de sobrecubiertas de protección existente, con el fin de impedir las filtraciones de aguas lluvias hacia los espacios interiores.
- Apuntalamiento de muros en riesgo.
- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias constituido por canales y bajantes.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.
- Poda de arbustos y césped.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta en las zonas donde todavía se conserva, incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros del primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación, reemplazo de piezas afectadas y protección de los muros de ladrillo a la vista y las molduras en las fachadas.
- Restauración de carpinterías originales en madera y metal.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y Proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y Proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

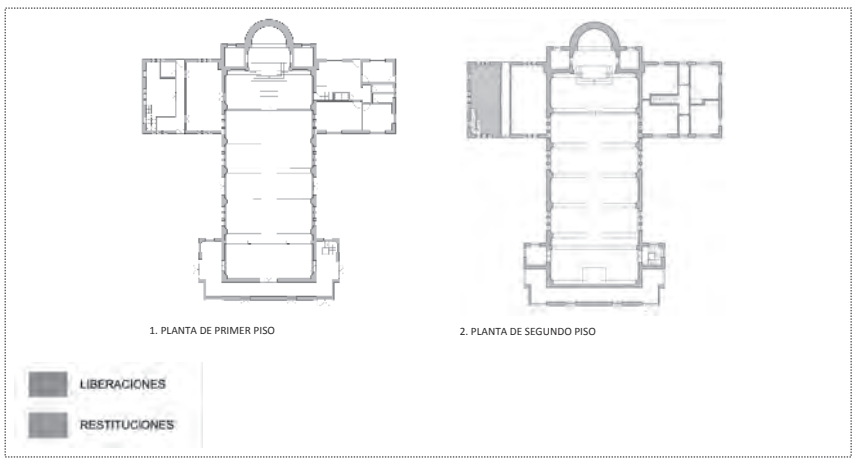
Acciones de recuperación

La fachada norte de la nave está enmarcada por dos prismas de menor altura que albergan la Sacristía y otros servicios litúrgicos. Los volúmenes mencionados tuvieron en su origen características similares en planta y alzado, conformando una fachada de condición simétrica, la cual fue alterada en su costado oriental para albergar la Casa Cural.

Desmontes y liberaciones sugeridas

En este edificio se observaron transformaciones en el volumen de la casa cural al que fue añadido un segundo piso, situación que se acompañó con una modificación total de las fachadas; mientras tanto en el volumen de la sacristía se añadió un *mezzanine* en madera y algunos muros divisorios que no tuvieron un importante impacto en la lectura de la tipología ni en la morfología de este volumen. Debe corresponder al proyecto de intervención definir criterios más afinados para determinar la orientación y el carácter que tendría este volumen.

Según el alcance del análisis, no se contempla la liberación en este sector. No obstante, en la sacristía, sí es posible recuperar la proporción del espacio mediante el desmonte y la liberación del *mezzanine* y los muros que lo acompañan.



Plano 46. Capilla. Desmontes y liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias constituido por canales y bajantes, reposición de los tramos faltantes.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.
- Construcción de sobrecubiertas de protección en zonas donde ha colapsado la cubierta.
- Apuntalamiento del entrepiso de segundo nivel afectado por las aguas lluvias, en la Casa Cural y del cielo raso del deambulatorio ubicado en la zona de encuentro con el Convento.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Si en el desarrollo de las exploraciones constructivas se encuentra que el soporte del acabado en teja de barro es teja de asbesto cemento, se deberá adelantar el desmonte cuidadoso del actual manto de cobertura, de su base de apoyo y su sustitución por un sistema liviano e impermeable, no contaminante, que garantice la imposibilidad de acceso de las aguas lluvias a los espacios interiores en caso del desplazamiento de algunas piezas del acabado y proceder a la reinstalación de la teja de barro.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación, reemplazo de piezas afectadas y protección de los muros de ladrillo a la vista y las molduras en las fachadas.
- Restauración de carpinterías originales en madera, incluidas puertas, ventanas, canceles, confesionarios y escaleras.
- Restauración de decoraciones en yeso.
- Restauración de vitrales.
- Restauración de pisos en baldosín de cemento.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones, que le permitan prestar los servicios definidos por el Programa Médico Arquitectónico del hospital en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

- **Convento**
  Área útil: 955.62 m2
  Área construida: 1375.68 m2

La planta del Convento está organizada como un conjunto de espacios que configuran un claustro que se dispone alrededor de un sistema de patios centrales (3), vinculándose por el costado norte y sobre su eje central con la Capilla.

Se considera que el edificio podría albergar cualquiera de los usos propuestos para el sector: administrativos, de docencia y formación o de investigación.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores particulares identificados en el inmueble en comparación con otras estructuras del Conjunto Hospitalario, se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Arquitectónica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y Proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y Proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

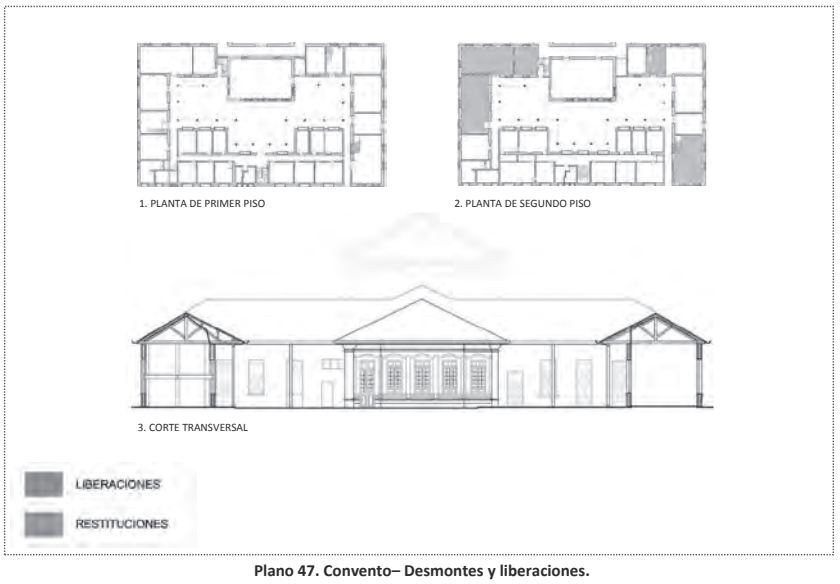
Acciones de recuperación

En los espacios interiores del Convento fueron construidos entrepisos en madera o concreto que fragmentaron el espacio interior. Igualmente, la fachada sur del edificio fue modificada en época imprecisa y se le construyeron unos prefabricados de concreto para enmarcar los vanos de ventanas.

Desmontes y liberaciones sugeridas

En este edificio se transformó el segmento central sobre la fachada sur para construir un bloque de dos pisos que si bien conservó las cotas de cubierta, modificó severamente las fachadas y la distribución espacial del edificio y se realizó una instalación irregular de varios *mezzanines* en madera que afectaron la integridad espacial y estructural del edificio.

Para recuperar la lectura tipológica en el convento, se deben desmontar los entrepisos en los espacios interiores y de las escaleras de acceso a los mismos que segmentan el espacio original, además se debe considerar la posibilidad de reabrir los vanos tapiados que conectan el volumen norte del convento con el deambulatorio posterior de la capilla. De igual manera se propone restituir el acceso tapiado de la fachada sur en el costado occidental, recomponer ese segmento de circulación que se ha perdido con la instalación de baterías de baños y recuperar la composición original de los vanos de fachada del costado sur.



Plano 47. Convento– Desmontes y liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias constituido por canales y bajantes, reposición de los tramos faltantes.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas, andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.
- Construcción de sobrecubiertas de protección en zonas donde ha colapsado la cubierta.
- Apuntalamiento cielo raso en el espacio que sirve de transición entre Capilla y Convento.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Si en el desarrollo de las exploraciones constructivas se encuentra que el soporte del acabado en teja de barro es teja de asbesto cemento, se deberá adelantar el desmonte cuidadoso del actual manto de cobertura, de su base de apoyo y su sustitución por un sistema liviano e impermeable, no contaminante, que garantice la imposibilidad de acceso de las aguas lluvias a los espacios interiores en caso del desplazamiento de algunas piezas del acabado y proceder a la reinstalación de la teja de barro.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación, reemplazo de piezas afectadas y protección de los muros de ladrillo a la vista y las molduras en las fachadas.
- Restauración de carpinterías originales en madera, incluidas puertas y ventanas.
- Restauración de molduras exteriores en cemento.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones, que le permitan prestar los servicios definidos por el Programa Médico Arquitectónico del hospital en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

4.1.3.2 SECTOR 2. Pabellones

Esta zona está integrada por los edificios San Eduardo, San Lucas y Paulina Ponce de León, los cuales tienen su origen en las etapas más tempranas dela construcción del Conjunto Hospitalario –1919-1922–, y se ubican en la esquina nororiental del predio contra la Carrera 10ª. Esta posición privilegiada le otorga a éste grupo de inmuebles una vocación como elemento receptor y ámbito de acceso para la población que en un futuro encontrará respuesta a sus necesidades de salud en el Hospital San Juan de Dios. Se considera que en éste sector pudieran ubicarse usos asistenciales ambulatorios, de docencia y formación o de investigación.

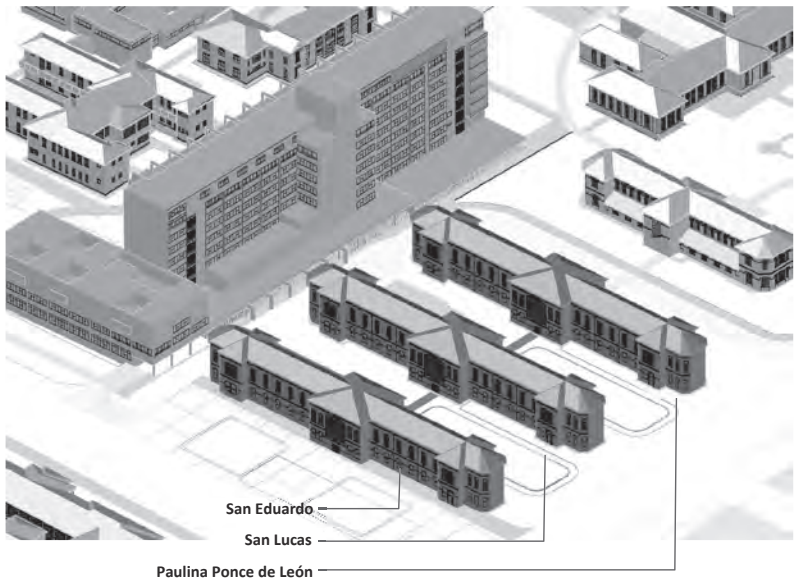


Figura 13- Sector 2. Pabellones

- **San Eduardo**
  Área útil: 1218.34 m2
  Área construida: 1856.95 m2

Este edificio tiene dos pisos de altura y responde a la tipología de «pabellón», así como los denominados San Lucas y Paulina Ponce de León; se caracteriza por su configuración volumétrica predominantemente longitudinal que es intersectada trasversalmente en el centro y en los dos extremos por volúmenes cortos. La organización espacial interna es muy sencilla y tiene su punto de partida en el núcleo central que alberga la escalera principal y sirve de espacio de distribución hacia los corredores longitudinales que conducen a su vez a los espacios menores.

La volumetría del inmueble fue transformada de manera importante al demoler el volumen transversal ubicado en el costado norte para construir un Centro de Salud aledaño. Igualmente, su espacialidad interna se modificó debido a la construcción de un entrepiso en concreto que habilitó un tercer nivel, en el costado sur. Por su parte, la posición, dimensiones y forma de los vanos de las fachadas fueron reformadas para garantizar la iluminación de los espacios ubicados en éste nuevo nivel, y el ladrillo originalmente a la vista fue recubierto con mortero de cemento.

Con el fin de medir la capacidad de adecuación del edificio a los usos establecidos por el Programa Médico Arquitectónico se realizó una simulación que puede consultarse en documento anexo. Esta fue efectuada sobre el área disponible, asumiendo la liberación del entrepiso no original ubicado en el tercer nivel, costado sur del edificio, y contando con la reconstrucción del volumen trasversal que sirvió de remate al costado norte del inmueble.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Tipológica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa. Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

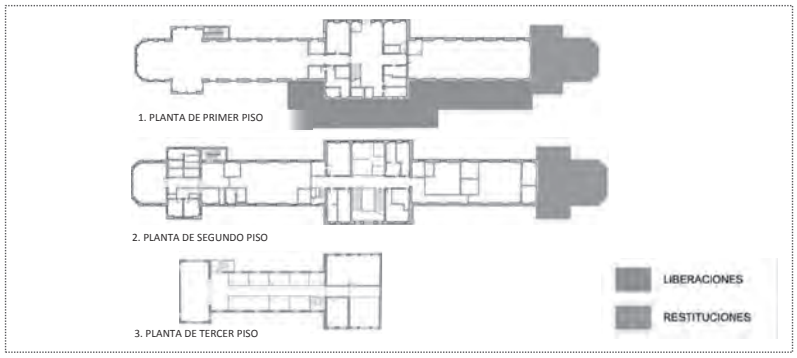
Estudios y proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación –desmontes y liberaciones–

De los tres que conforman el conjunto de pabellones, San Eduardo fue el único al que se tuvo acceso. A partir de la información recopilada en este edificio fue posible analizar y comparar la información de fuentes secundarias de sus edificaciones semejantes –San Lucas y Paulina Ponce de León–.
La principal intervención que se observa en el edificio fue la demolición de todo el remate norte para dar paso a la plazoleta de acceso que inicialmente tenía contemplada la UPA. La severa mutilación del edificio afectó la simetría de su composición y la armonía con el conjunto de pabellones. También se aprecia que al igual que el edificio de Paulina Ponce de León, los vanos de fachada fueron modificados en parte para facilitar la iluminación de un tercer nivel construido aprovechando las alturas del edificio. Otro elemento que alteró la morfología de la edificación, fue la construcción de una caja de escalera situada en el costado sur occidental del pabellón con la función quizás de generar un punto de circulación directo con las oficinas situadas encima del gran salón.

Interiormente el edificio ha sufrido varias intervenciones para adecuar los espacios según se iban necesitando, conformando un mosaico de adiciones y divisiones que no obstante, la claridad tipológica del edificio permite reconocer. Adicionalmente se identificaron dentro de las modificaciones la clausura tanto del acceso ubicado en el costado oriental, como de numerosas ventanas para aislar el edificio del Centro de Salud. Finalmente se observó, en varios espacios, la instalación de cielo rasos falsos cuya altura es inferior a la línea de remate superior de los vanos de las ventanas.

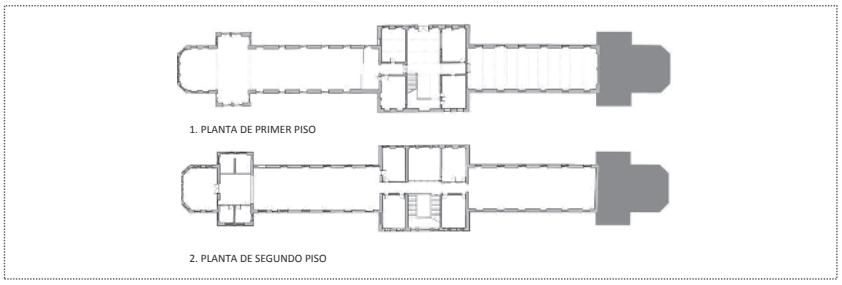


Plano 48. San Eduardo. Liberaciones y restituciones.

Como prioridad se debe evaluar la posibilidad de recuperar el costado norte de edificio, y considerar la cesión de un espacio libre entre la UPA, sus nuevos desarrollos y el pabellón a fin de poder dar maniobra para que dentro de proyecto de intervención del edificio, se permita la reapertura de los

vanos y acceso de la fachada oriental. Al igual que en el edificio Paulina Ponce de León, se plantea la liberación del entrepiso en concreto del tercer nivel agregado para recuperar las proporciones de los espacios afectados, y la recuperación tipológica de las dimensiones y número de los vanos de fachada.

Al interior, se plantea la liberación de la escalera ubicada al costado suroccidental del edificio, el desmonte en los espacios cuyo cielorraso haya sido modificado, las tuberías hidráulicas, eléctricas, y aparatos asociados con éstas, cuidando de no afectar las mamposterías del inmueble y la liberación de todos los muros y divisiones que entren en conflicto con la fluidez espacial que ofrece el tipo de pabellón.



Plano 49. San Eduardo. Edificio después de las liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Construcción de sobrecubiertas de protección prácticamente en la totalidad de la cubierta, con el fin de impedir las filtraciones de aguas lluvias hacia los espacios interiores.
- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

- Recuperación de las dimensiones de los vanos de fachada originales, que fueron alterados para responder a la habilitación de un tercer nivel en el edificio. La modulación y tamaño correspondiente a estas aperturas se puede deducir fácilmente de la existente en el edificio San Lucas, ya que fueron inmuebles que junto con el Paulina Ponce de León tuvieron un origen común y respondieron a las mismas directrices de diseño.
- Construcción de nuevas ventanerías para la fachada principal teniendo como referente la modulación de los elementos originales.

- **San Lucas**
  Área útil: 1476.52 m2
  Área construida: 1673.13 m2

Este edificio, al igual que los inmuebles denominados San Eduardo y Paulina Ponce de León, tiene dos pisos de altura y responde a la tipología de pabellón, sin embargo, se diferencia de estos últimos en que sus fachadas no han sido alteradas y conservan casi en su totalidad la configuración, posición y dimensiones originales de sus vanos, convirtiéndose así en un referente obligado en el proceso de recuperación de los dos edificios mencionados.

Con el fin de medir la capacidad de adecuación del edificio a los usos establecidos por el Programa Médico Arquitectónico, se realizó una simulación efectuada sobre el área disponible del inmueble después de adelantadas las liberaciones, cuyo resultado puede consultarse en documento anexo.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Tipológica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.
Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención integral de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización, y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Así como, el desmonte cuidadoso del actual manto de cobertura en teja de barro, de su base de apoyo en teja de asbesto cemento, su sustitución por un sistema liviano e impermeable, no contaminante, que garantice la imposibilidad de acceso de las aguas lluvias a los espacios interiores en caso del desplazamiento de algunas piezas del acabado y proceder a la reinstalación de la teja de barro.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Retiro de pañetes, limpieza, consolidación y protección de los muros de ladrillo visto en la fachada principal.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías, instalaciones y equipos, que le permitan prestar los servicios definidos por el Programa Médico Arquitectónico del hospital en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

Obras de reconstrucción

Estas obras tienen por fin la recuperación de componentes tipológicos muy representativos del inmueble que fueron modificados o demolidos en desafortunadas intervenciones o afectados por la falta de mantenimiento, situación que genera una pérdida de la lectura integral del mismo. Entre éstas podemos destacar:

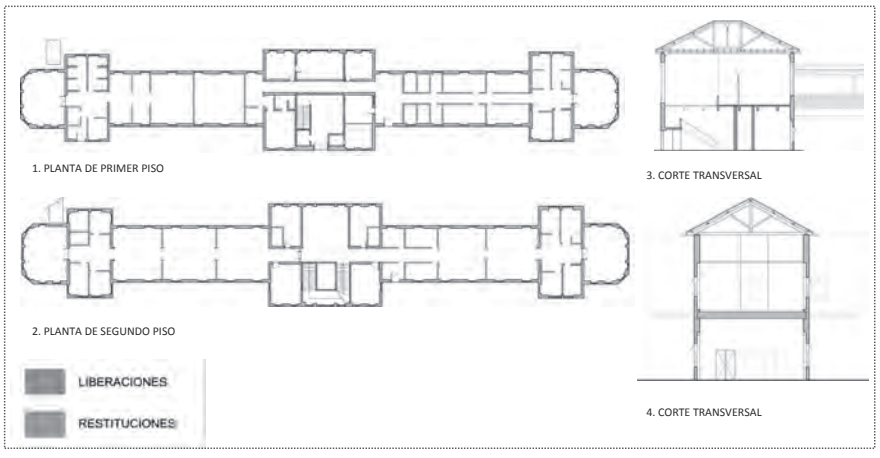
- Recuperación del volumen transversal que sirvió de remate al edificio en su costado norte, que fue demolido para la ampliación del antiguo Centro de Salud que actualmente da frente hacia la Carrera 10ª. Esta obra tiene por requisito el desmonte previo del inmueble mencionado, que afecta estética y constructivamente el edificio de conservación.

Acciones de recuperación

Este pabellón, al igual que sus semejantes, presenta una distribución espacial que ubica en el volumen central y de mayor jerarquía el hall de acceso y la escalera en «U» que comunica al piso superior.

Es el único de los tres que conserva el lenguaje de fachadas a pesar que los vanos del primer piso tuvieron una reducción en altura; la resolución de la alfajía en cemento fue relativamente acorde con la lectura del resto de la fachada. Este edificio no fue sometido a la construcción posterior de un piso adicional, sin embargo, desde el exterior se observa que el edificio sufrió la instalación de un puente, comunicando con el edificio Paulina Ponce de León.

Como no fue posible el acceso a edificio Paulina Ponce de León, debido a que se encuentra ocupado, para la restitución de la información se utilizaron planimetrías y fotografías para identificar el estado del interior de la edificación.



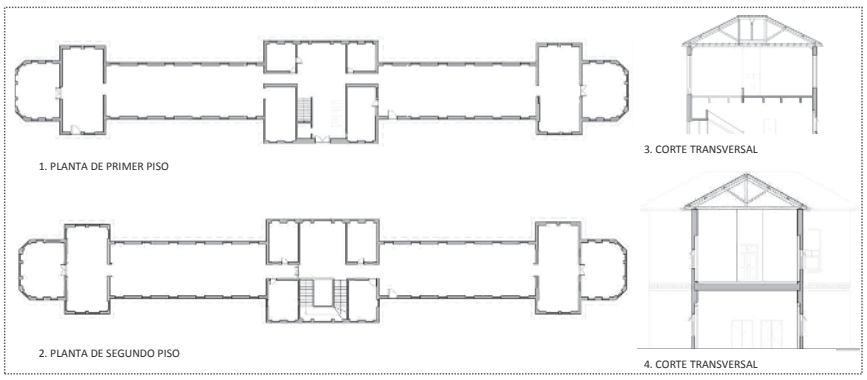
Plano 50. San Lucas. Liberaciones y restituciones.

Desmontes y liberaciones sugeridas

Se sugiere el desmonte del paso elevado que se agrega forzosamente a la edificación, pues este no ofrece una respuesta arquitectónicamente valiosa para el conjunto. En lo que respecta a las fachadas se sugiere la recuperación de la altura original de los vanos de fachada del primer piso. Corresponde al proyecto de intervención fijar los criterios para la conservación y restauración de la fachada.

Las intervenciones al interior del edificio fueron identificadas mediante la comprensión de las fotografías suministradas por el IDPC que datan de diciembre de 2012 y la comparación de éstas con la información planimétrica disponible. De acuerdo con lo anterior y haciendo también un ejercicio comparativo entre San Lucas y San Eduardo, identificamos los elementos que alteran la lectura del tipo arquitectónico. De esta manera se propone la liberación del muro que impide la lectura de las proporciones del hall de acceso y obstaculiza la comunicación entre las entradas oriental y occidental; del mismo modo se debe contemplar la liberación de muros divisorios no originales y las divisiones livianas en aluminio y tablex que compartimentan los salones laterales del edificio, las tuberías hidráulicas, eléctricas y aparatos asociados con éstas –cuidando de no afectar las mamposterías del inmueble–, el cielo raso en módulos de yeso, los pisos en vinisol y las divisiones en mampostería construidas para alojar servicios sanitarios o especializados.

Finalmente, se propone la restitución de los umbrales que separaban los grandes salones con los espacios de remate, pues según se pudo identificar en las fotografías y en los planos, estos grandes vanos a pesar de las modificaciones aún se distinguen claramente.



Plano 51. San Lucas. Edificio después de las liberaciones.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías, instalaciones y equipos, que le permitan prestar los servicios definidos por el Programa Médico Arquitectónico del hospital en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

Obras de reconstrucción

Estas obras tienen por fin la recuperación de componentes tipológicos muy representativos del inmueble que fueron modificados o demolidos en desafortunadas intervenciones o afectados por la falta de mantenimiento, situación que genera una pérdida de la lectura integral del mismo. Entre éstas podemos destacar:

- Recuperación de las dimensiones de los vanos de fachada originales, que fueron ligeramente alterados clausurando la parte superior de los mismos, en el primer piso.
- Construcción de nuevas ventanerías para el sector de los vanos de primer piso que fue alterada, teniendo como referente la modulación de los elementos originales.

- **Paulina Ponce de León**

Área útil: 1362.99 m2
Área construida: 2142.28 m2

Este edificio tuvo en su inicio características tipológicas similares a los edificios San Lucas y San Eduardo, y al igual que éste último sufrió un importante cambio en su espacialidad mediante la construcción de un tercer piso y la transformación de la configuración, dimensiones y posición de los vanos de fachada para dar iluminación a éste último nivel.

Con el fin de medir la capacidad de adecuación del edificio a los usos establecidos por el Programa Médico Arquitectónico, se realizó una simulación efectuada sobre el área disponible del inmueble después de adelantadas las liberaciones, cuyo resultado puede consultarse en documento anexo.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Tipológica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Construcción de sobre-cubiertas de protección para las áreas afectadas de la cubierta, con el fin de impedir las filtraciones de aguas lluvias hacia los espacios interiores.
- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Si en el desarrollo de las exploraciones constructivas se encuentra que el soporte del acabado en teja de barro es teja de asbesto cemento, se deberá adelantar el desmonte cuidadoso del actual manto de cobertura, de su base de apoyo y su sustitución por un sistema liviano e impermeable, no contaminante, que garantice la imposibilidad de acceso de las aguas lluvias a los espacios interiores en caso del desplazamiento de algunas piezas del acabado y proceder a la reinstalación de la teja de barro.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación y protección de los muros de ladrillo visto y de las molduras que decoran la fachada principal.
- Restauración de carpinterías originales en madera.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

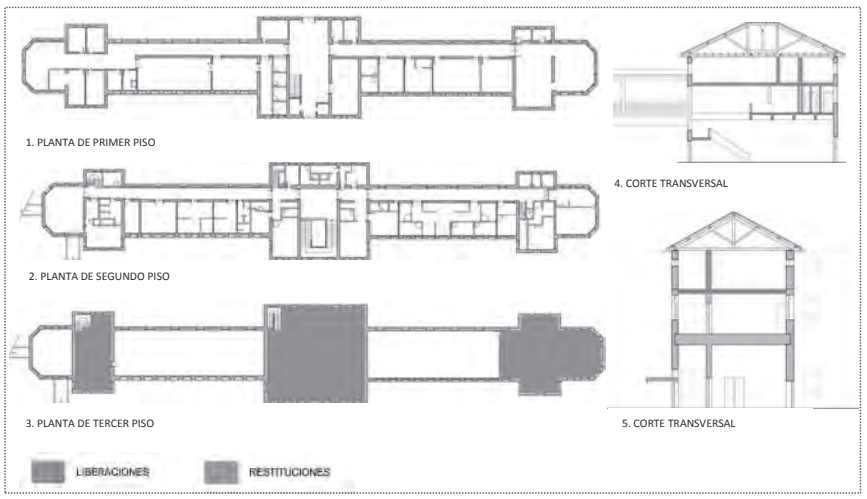
Estudios y proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

De los tres pabellones que conforman la agrupación, Paulina Ponce de León es que al parecer ha tenido las mayores transformaciones en su espacialidad y en su estructura. A pesar de ser inicialmente un pabellón de dos pisos, hoy se observan tres niveles y una circulación definida a simple crujía recargada sobre el costado occidental, a lo largo de la cual se organizan las dependencias.

La construcción de un nivel adicional alteró notablemente los vanos de fachada, agregando unos tantos más para cubrir las necesidades de luz y ventilación para el nuevo piso. En la fachada, se suprimieron alfajías, molduras y goteros en ladrillo, dando paso a nuevas soluciones en concreto y pañete. Finalmente se debe resaltar la construcción de un puente en concreto y ladrillo que comunica el segundo piso del edificio San Lucas con el de Cirugía.



Plano 52. Paulina Ponce de León. Liberaciones y restituciones.

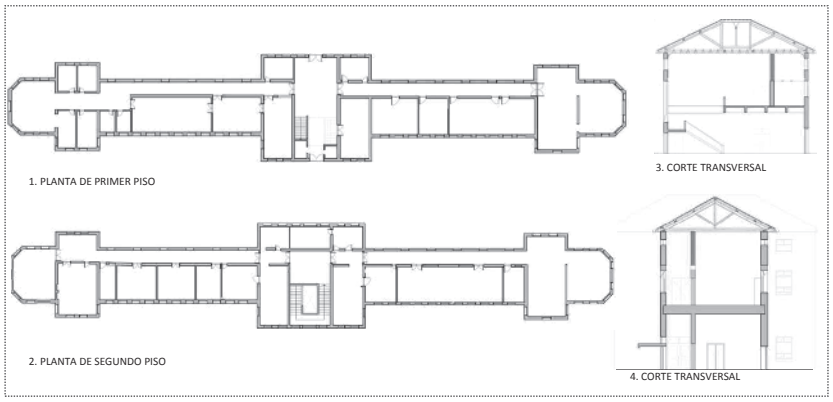
Desmontes y liberaciones sugeridas

Según la información planimétrica disponible, la distribución espacial al interior del edificio no corresponde con la tipología identificada. Sin embargo a través de la información registrada en campo de uno de sus edificios semejantes –San Eduardo–, se pueden contemplar algunas liberaciones y desmontes orientados a la recuperación tipológica del edificio.

Se debe desmontar el tercer nivel construido, esta adición ha sido determinante en la transformación sin control del edificio y además puede estar generando cargas extra al sistema portante del edificio. En la misma medida se debe recuperar tipológicamente la composición de la fachada la cual correspondía con un mismo lenguaje en los tres pabellones semejantes, desmontando los marcos en concreto que circundan los vanos de fachada. Para este propósito el proyecto de intervención deberá realizar exploraciones constructivas con el fin de identificar la posición y configuración de los vanos originales de fachada.

La lectura del conjunto de los tres pabellones ha sido afectada por los puentes de comunicación construidos entre estos y el edificio Central. El edificio de Cirugía plástica conecta con San Lucas y el Edificio Central a través de estos puentes, que además de simplemente responder a necesidades funcionales en su momento, no dan una respuesta arquitectónicamente valiosa para el conjunto. Por tal motivo se propone la liberación de estos pasos elevados.

Al no tener acceso al edificio, no es posible hacer una mayor aproximación a la liberación de muros que organizan circulaciones y estancias. En este nivel de análisis únicamente se propone la eliminación de muros divisorios para disponer de áreas más libres con vista a la distribución de un esquema funcional, el cielo raso en módulos de tablex o aglomerado perforado, las escaleras adicionales que se construyeron en el edificio y las tuberías hidráulicas, eléctricas, y aparatos asociados con éstas, cuidando de no afectar las mamposterías del inmueble.



Plano 53. Paulina Ponce de León. Edificio después de las liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.
- Poda de árboles.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Si en el desarrollo de las exploraciones constructivas se encuentra que el soporte del acabado en teja de barro es teja de asbesto cemento, se deberá adelantar el desmonte cuidadoso del actual manto de cobertura, de su base de apoyo y su sustitución por un sistema liviano e impermeable, no contaminante, que garantice la imposibilidad de acceso de las aguas lluvias a los espacios interiores en caso del desplazamiento de algunas piezas del acabado y proceder a la reinstalación de la teja de barro.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Retiro de pañetes, limpieza, consolidación y protección de los muros de ladrillo a la vista en la fachada principal.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías, instalaciones y equipos, que le permitan prestar los servicios definidos por el Programa Médico Arquitectónico del hospital en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

Obras de reconstrucción

Estas obras tienen por fin la recuperación de componentes tipológicos muy representativos del inmueble que fueron modificados o demolidos en desafortunadas intervenciones o afectados por la falta de mantenimiento, situación que genera una pérdida de la lectura integral del mismo. Entre éstas podemos destacar:

- Recuperación de las dimensiones de los vanos de fachada originales, que fueron alterados para responder a la habilitación de un tercer nivel en el edificio. La modulación y tamaño correspondiente a estas aperturas se puede deducir fácilmente de la existente en el edificio San Lucas, ya que fueron inmuebles que junto con el Paulina Ponce de León tuvieron un origen común y respondieron a las mismas directrices de diseño.
- Construcción de nuevas ventanerías para la fachada principal teniendo como referente la modulación de los elementos originales.

4.1.3.3 Sector 3. Edificio Central

Edificio Central

Área útil: 26066.26 m2
Área construida: 26414.13 m2

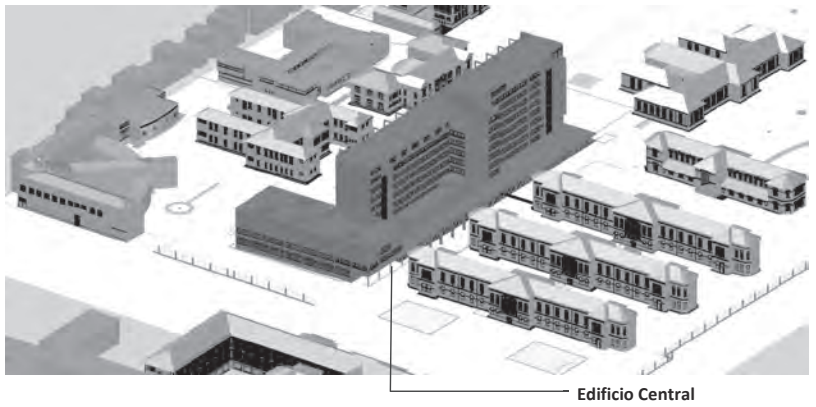


Figura 14. Sector 3. Edificio Central.

Se caracteriza ésta zona por la presencia del Edificio Central diseñado por la firma bogotana Cuellar Serrano Gómez a mediados del siglo XX –1949-195 –, éste se enmarca en la tipología de «bloque compacto» heredera de los principios del Movimiento Moderno. La edificación de nueve (9) pisos, ocupó el eje central del predio que se desarrolla en sentido este–oeste y había sido previsto originalmente por el arquitecto Pablo de la Cruz como un espacio verde articulador de los futuros desarrollos del hospital, encarnando en su arquitectura los mayores avances de la práctica médica del momento. En el proceso de reapertura, por su proximidad con la Carrera 10ª, el área podría albergar el Hospital General que incluirá los servicios de Urgencias, Imágenes Diagnósticas, Hemodinamia, Cirugía y Hospitalización. Sin embargo, son también posibles los usos administrativos y de docencia e información compatibles con las actividades anteriormente mencionadas.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Contextual que permite las siguientes obras de intervención: adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial, reparación locativa y demolición.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Construcción de sobrecubiertas de protección o instalación provisional de lonas, prácticamente en la totalidad de la placa plana de cubierta, con el fin de impedir las filtraciones de aguas lluvias hacia los espacios interiores, mientras se llevan a cabo los trabajos de impermeabilización definitivos.
- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Revisión de las ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Cobertura con polietileno de la estructura de soporte de la marquesina del último piso.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

4.1.3.4 Sector 4. Zona sur

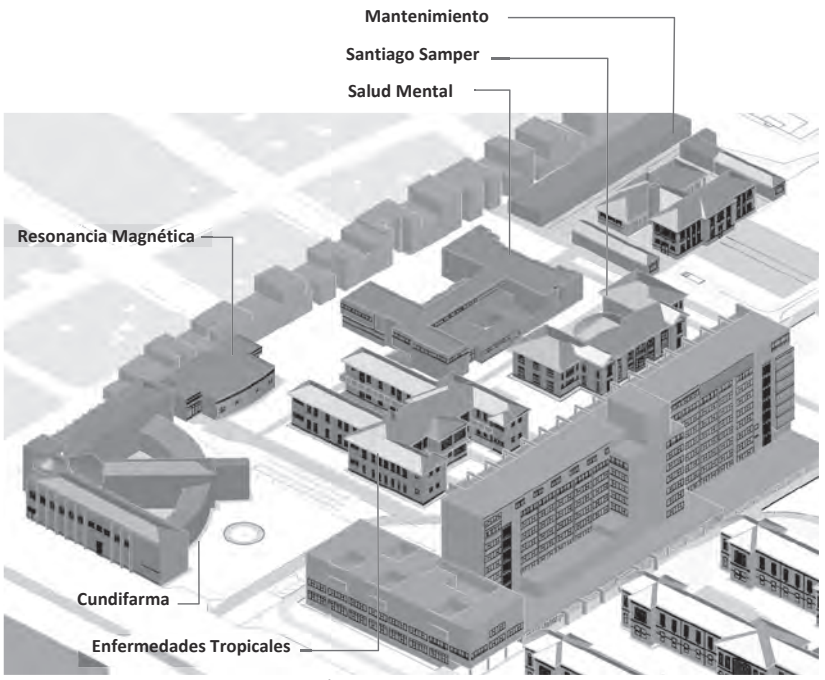


Figura 15. Sector 4. Zona Sur.

Esta zona ocupa el costado sur del predio y se desarrolla en sentido este–oeste a partir de la Carrera 10ª, en ella se localizan los edificios Santiago Samper, Enfermedades Tropicales, Mantenimiento, Cundifarma y Salud Mental, construidos los tres primeros entre 1922 y 1933, el cuarto entre 1933 y 1948 y el último entre los años 1964 y 1970. Se considera que en éste sector pudieran ubicarse usos de docencia y formación o de investigación, y asistenciales ambulatorios entre ellos el Hospital Geriátrico para atención del adulto mayor, aprovechando la facilidad de acceso que le brinda su vecindad con una vía de importancia metropolitana. A su vez, el edificio de Resonancia Magnética podría reforzar los servicios prestados en el Centro de Diagnóstico ubicado en el Edificio Central.

- **Cundifarma**

Área útil: 2345.13 m2
Área construida: 2646.13 m2

La conformación de éste edificio responde a una tipología de «planta radial» en la cual su volumetría se construye a partir de la articulación de tres (3) prismas geométricos simples de forma rectangular, que se desprenden en forma radial de otro de forma cilíndrica y rematan contra un volumen de planta semicircular, delimitando entre ellos dos (2) patios de forma trapezoidal. El prisma cilíndrico alberga el espacio de acceso desde la Carrera 10ª. La configuración del edificio permitiría alojar las actividades asistenciales ambulatorias y de recreación, requeridas para la atención del adulto mayor, sin embargo, también son compatibles usos administrativos y de docencia y formación.

Con el fin de medir la capacidad de adecuación del edificio a los usos establecidos por el Programa Médico Arquitectónico, se realizó una simulación efectuada sobre el área disponible del inmueble después de adelantadas las liberaciones, cuyo resultado puede consultarse en documento anexo.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Tipológica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

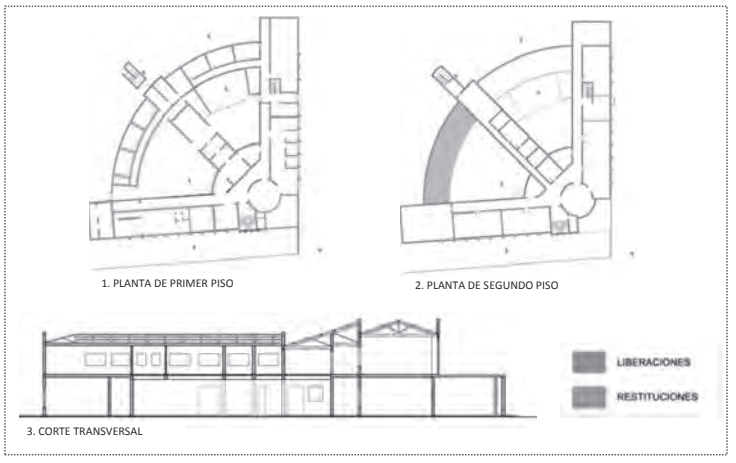
Estudios y proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

Desafortunadamente no se permitió el acceso a la edificación para precisar el estado de conservación del edificio, sus transformaciones, modificaciones y demoliciones. Sin embargo a través de fotografías tomadas para el PEP 2007, información testimonial, y planimetrías encontradas de diversos momentos históricos, fue posible hacer una aproximación a los elementos a restituir o liberar a fin de recuperar la unidad tipológica de la edificación.

Debido a las irresponsables demoliciones a las que ha sido sometido el edificio, se debe mencionar que esta edificación puede presentar riesgo de colapso en algunas zonas. Las demoliciones son sin duda, las principales causas de la transformación espacial del edificio. Se cuentan dentro de las más importantes y visibles, la demolición de los espacios curvos que delimitan los patios del edificio y el interior del lote, dejando apenas el muro posterior como cerramiento, la demolición total de una escalera y en general una serie de perforaciones abiertas si ningún criterio y dispersas por todo el edificio para dar mayor cabida a los vehículos que ingresan al parqueadero emplazado sobre la zona de aislamiento del edificio en el costado sur.



Plano 54. Cundifarma. Liberaciones y restituciones.

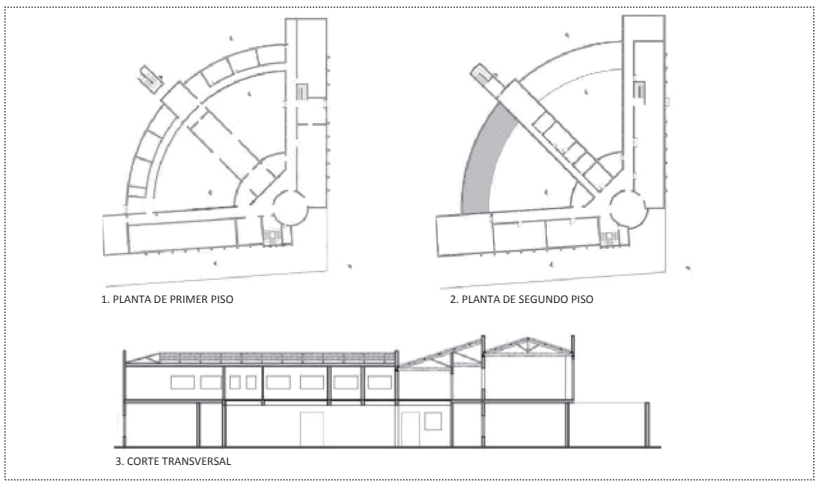
Las adiciones observadas también están asociadas a la construcción de espacios para usos comerciales, sobre la carrera 10ª, un montallantas y una pequeña cafetería. Para la construcción de estos espacios se construyeron dos muros, uno prolongando el muro de cerramiento del parqueadero y el otro prolongando el paramento del edificio sobre la carrera 10. No se descarta que exista una gran cantidad de transformaciones en el segundo piso para adecuar el edificio al uso residencial, sin embargo no fue posible encontrar información al respecto.

Desmontes y liberaciones sugeridas

Se plantea la restitución tipológica de los espacios y elementos demolidos indiscriminadamente en el edificio, principalmente los espacios ubicados sobre el desarrollo curvo de la edificación y el punto fijo desaparecido cerca del que fuera el acceso principal. Paralelo a la toma de medidas de primeros auxilios, el proyecto de intervención deberá hacer claridad sobre los elementos perdidos en la apertura de las troneras, a fin de restituir estos segmentos murarios bajo argumentos afinados respecto a la ubicación de vanos, materialidad, etc.

Se debe liberar del edificio los muros agregados sobre el paramento de la calle 1ª y la carrera 10ª, para habilitar servicios comerciales, esto con el fin de recuperar las áreas libres con las que el edificio contaba y además, para recuperar el acceso original del edificio localizado en la esquina de la carrera 10ª con calle 1ª sur.

Las adiciones que se plantean liberar al interior del edificio tienen como objeto despejar y unificar grandes espacios en la medida en que la tipología arquitectónica lo permita, respetando y reconfigurando circulaciones y permanencias; esta propuesta es meramente teórica ya que se desconoce si realmente estas divisiones existen y bajo qué condiciones materiales y de relación con el espacio. Corresponde al proyecto de intervención hacer claridad sobre este tema.



Plano 55. Cundifarma. Edificio después de las liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Construcción de sobre-cubiertas de protección prácticamente en la totalidad de la cubierta, con el fin de impedir las filtraciones de aguas lluvias hacia los espacios interiores.
- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Apuntalamiento de entrepisos de segundo nivel en mal estado de conservación.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro:

- Intervención de la cubierta que incluirá revisión de las cerchas rey en madera, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Intervención integral del manto de cobertura.
- Saneamiento de humedades ascendentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Recuperación de los vanos originales en el volumen cilíndrico que alberga el acceso desde la Carrera 10ª.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías, instalaciones y equipos, que le permitan prestar el servicio de Hospital Geriátrico en condiciones óptimas de calidad y seguridad para el usuario. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

Obras de reconstrucción

Estas obras tienen por fin la recuperación de componentes tipológicos muy representativos del inmueble que fueron modificados o demolidos en desafortunadas intervenciones o afectados por la falta de mantenimiento, situación que genera una pérdida de la lectura integral del mismo.

- Recuperación del volumen parcialmente demolido que colinda contra el muro que posee en planta un trazado semicircular.

- **Santiago Samper**

Área útil: 1108.71 m2
Área construida: 1693.68 m2

El edificio mencionado tiene dos (2) pisos de altura y responde a la tipología de «planta en U» que se estructura a partir de un volumen principal de mayor longitud, al cual se unen en sus extremos dos volúmenes cortos que se disponen trasversalmente al primero, y por los cuales se accede al inmueble. Le confiere un carácter particular a su configuración el volumen correspondiente al anfiteatro que se ubica en el centro de la cavidad. Dadas las características del inmueble al presentar una cierta compartimentación en su espacialidad y poseer una ubicación próxima al Edificio Central, se sugiere que sea destinado al alojamiento y bienestar de los profesionales que desarrollarán actividades de docencia, residencia y especialización en el hospital; adicionalmente, podría servir para albergar usos docentes o de formación. No se recomienda su empleo para uso asistencial pues sus entrepisos en madera correspondientes al segundo nivel dificultan la adecuación al mismo.

Nivel de intervención establecido

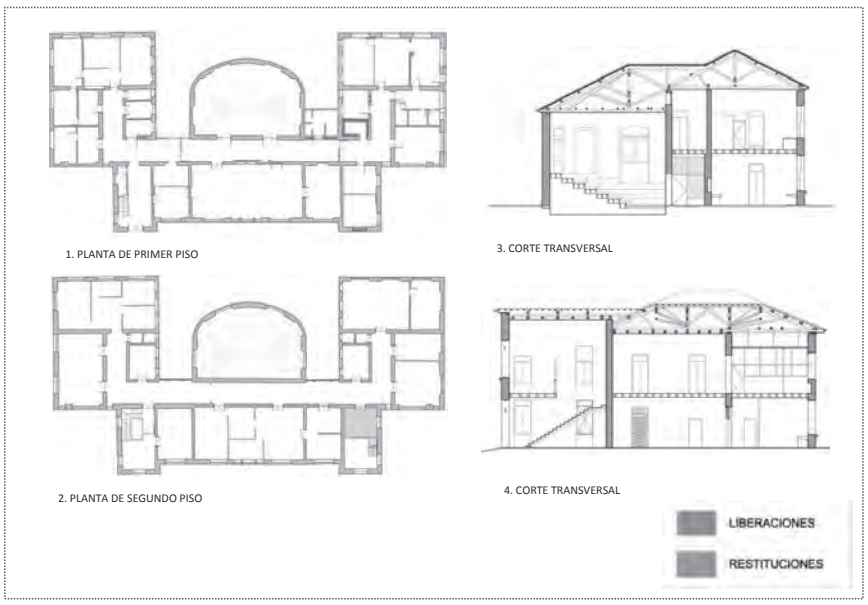
Teniendo en consideración los valores particulares identificados en el inmueble en comparación con otras estructuras del Conjunto Hospitalario, se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Arquitectónica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa. Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

El edificio no ha perdido elementos esenciales que deformen o alteren la lectura de tipo arquitectónico, de hecho es de los pocos que aún conserva su estructura de entrepiso sin mayores modificaciones. Sin embargo, podemos señalar dentro de las principales intervenciones, la adición de un espacio para baños sobre la fachada sur, la clausura de vanos tanto al interior como sobre las fachadas, principalmente sobre la fachada oriental del ala occidental y en el espacio del auditorio y por último la construcción de un *mezzanine* en madera en el espacio de la esquina noroccidental del segundo piso.

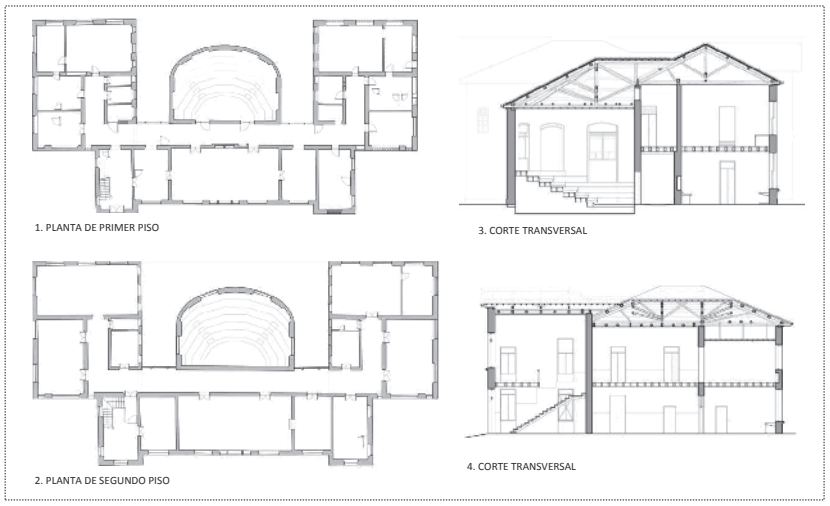


Plano 56. Santiago Samper. Liberaciones y restituciones.

Desmontes y liberaciones sugeridas

Dada la claridad del sistema de distribución espacial del edificio resulta sencilla la identificación de los muros y divisiones en madera construidas con posterioridad, respondiendo a la actualización de usos del edificio. Frente a este aspecto se plantea la liberación de estos elementos, despejando las estancias de edificio para ponerlas al servicio de PMA.

De igual manera, se sugiere la liberación del espacio de baños adosado a la fachada sur permitiendo la habilitación de los accesos de este costado, el desmonte del *mezzanine* en madera del segundo piso, el desmonte de las tuberías hidráulicas, eléctricas y aparatos asociados con éstas y la reapertura de los vanos clausurados incluyendo un acceso ubicado sobre la fachada norte en el extremo occidental.



Plano 57. Santiago Samper. Edificio después de las liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Construcción de sobrecubiertas de protección, con el fin de impedir las filtraciones de aguas lluvias hacia los espacios interiores.
- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Apuntalamiento de los entrepisos de segundo nivel en mal estado de conservación y de los cielos rasos asociados con éstos. Volumen occidental Corredor central, Costado Occidental y volumen Absidal.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Intervención integral del manto de cobertura.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación y protección de los muros de ladrillo visto y de las molduras que decoran la fachada principal.
- Restauración de carpinterías originales en madera.
- Restauración de gradería en madera del anfiteatro.
- Restauración de pisos originales en baldosín de cemento.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones que le permitan prestar el servicio asignado por el Programa Médico Arquitectónico en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

Obras de reconstrucción

Estas obras tienen por fin la recuperación de componentes tipológicos muy representativos del inmueble que fueron modificados o demolidos en desafortunadas intervenciones, situación que genera una pérdida de la lectura integral del mismo. Entre éstas podemos destacar:

- Recuperación de los cielo rasos en mortero de cal perdidos por efecto de las aguas lluvias, entre ellos el del anfiteatro.

- **Enfermedades Tropicales**
  Área útil: 1722.8 m2
  Área construida: 1987.7 m2

Su organización espacial está definida por dos crujías que se unen en su zona central mediante un volumen corto que se dispone trasversalmente a los dos anteriores, y se puede asimilar en planta a una «H». El edificio tiene en toda su extensión dos (2) pisos de altura y sus brazos delimitan sendos espacios exteriores a manera de patios, los cuales se caracterizan porque los balcones del segundo piso miran sobre estos.

Aprovechando que la configuración del edificio permite cierta autonomía de funcionamiento en cada una de sus alas, sería posible su adecuación a diferentes usos asistenciales ambulatorios, docencia y formación o investigación.

Con el fin de medir la capacidad de adecuación del edificio a los usos establecidos por el Programa Médico Arquitectónico, se realizó una simulación efectuada sobre el área disponible del inmueble después de adelantadas las liberaciones, cuyo resultado puede consultarse en documento anexo.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores particulares identificados en el inmueble en comparación con otras estructuras del Conjunto Hospitalario, se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Arquitectónica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y Proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y Proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

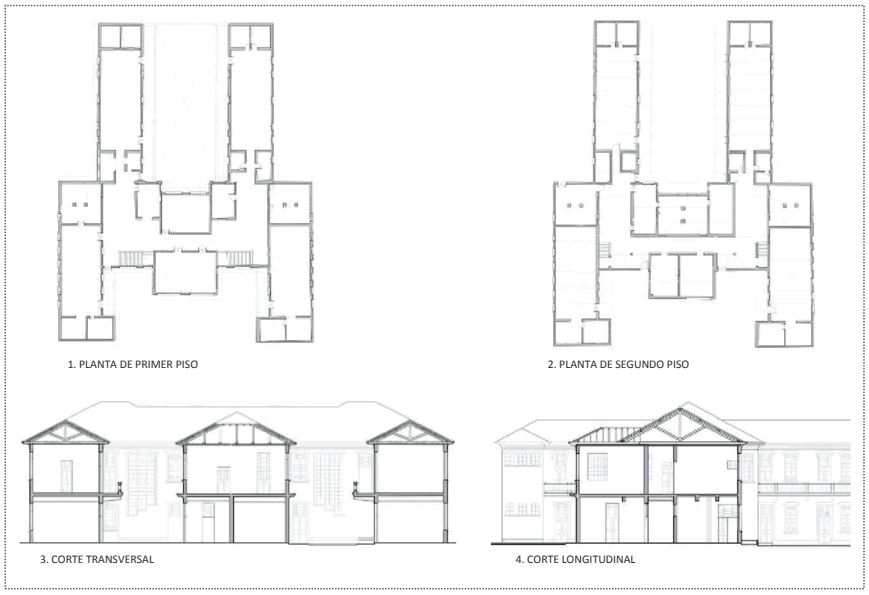
El edificio actualmente se encuentra dividido de acuerdo a los cuatro usos que albergaba hasta antes del cierre, presentando accesos independientes a cada una de estas zonas. Se recomienda la recuperación del funcionamiento unitario original del inmueble que correspondían originalmente a dos accesos independientes. Morfológicamente no se evidencian mayores adiciones, salvo la escalera exterior del acceso en la fachada norte costado occidental, los espacios sanitarios localizados en el patio interior, recostados sobre la fachada sur, el volumen para depósito ubicado en el costado occidental y el muro de cerramiento que cierra el patio al exterior. En cambio sí se cuenta una cantidad de subdivisiones que han tugurizado importantes sectores del edificio. A través de la inspección en campo, el análisis tipológico y la comprensión de planimetrías que dan cuenta de muchas de estas modificaciones, se propone la liberación de estos elementos para recuperar la lectura integral del tipo arquitectónico.



Plano 58-. Enfermedades Tropicales. Liberaciones y restituciones.

Desmontes y liberaciones sugeridas

Se propone el desmonte de los espacios y elementos que distorsionan morfológicamente el predio, tales como los mencionados anteriormente: escalera en concreto no original ubicada en el costado noroeste, volúmenes adosados al costado sur-oeste y el patio central, liberación de vanos originales tapiados en puertas y ventanas, tuberías hidráulicas, eléctricas, y aparatos asociados con éstas. De igual manera se ha contemplado la liberación de los espacios segmentados, siguiendo los parámetros mencionados en el aparte anterior. Corresponde al proyecto de intervención, dar una mirada más próxima a este particular, considerando que la distribución y tipología del edificio no tiene parangón dentro del conjunto hospitalario.



Plano 59. Enfermedades Tropicales. Edificio después de las liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas, andenes perimetrales y patios interiores.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización, y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Intervención integral del manto de cobertura.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros del primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación y protección de los muros de ladrillo a la vista y de las molduras en cemento que decoran la fachada principal.
- Restauración de calados en ladrillo que conforman los balcones que miran hacia los patios interiores.
- Restauración de carpinterías originales en madera y en metal.
- Restauración de pisos originales en baldosín de cemento.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías, equipos e instalaciones, que le permitan prestar el servicio asignado por el Programa Médico Arquitectónico en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

Obras de reconstrucción

Estas obras tienen por fin la recuperación de componentes tipológicos muy representativos del inmueble que fueron modificados o demolidos en desafortunadas intervenciones o afectados por la falta de mantenimiento, situación que genera una pérdida de la lectura integral del mismo. Entre éstas podemos destacar:

- Recuperación de los cielos rasos en mortero de cal perdidos por efecto de las aguas lluvias.

- **Salud Mental**
  Área útil: 2276.49 m2
  Área construida: 2525.64 m2

Igual que el edificio de Enfermedades se puede clasificar su tipología como de planta en «U». Se estructura a través de un gran volumen central que está delimitado por un conjunto de terrazas y sendas crujías trasversales en los extremos.

Dentro del Programa Médico Arquitectónico se propone continuar la atención a la población afectada por problemas mentales, uso que el edificio tuvo antes del cierre del hospital a finales del siglo XX y para el cual fue originalmente diseñado.

Con el fin de medir la capacidad de adecuación del edificio a los usos establecidos por el Programa Médico Arquitectónico, se realizó una simulación efectuada sobre el área disponible del inmueble después de adelantadas las liberaciones, cuyo resultado puede consultarse en documento anexo.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Contextual, que permite las siguientes obras de intervención: adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial, reparación locativa y demolición.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

A través de un extenso trabajo de búsqueda de información planimétrica y ayudados por fotografías suministradas por el IDPC, se pudo dar cuenta de las características arquitectónicas y estructurales de este edificio al cual no se tuvo acceso. A partir del análisis de esta información fue posible la elaboración del levantamiento tipológico y una aproximación al estado de conservación del edificio. La restitución del levantamiento se elaboró con base en los planos del proyecto arquitectónico del arquitecto Jaime López Salcedo; desafortunadamente, no fue posible la identificación de adiciones a través de las fotografías suministradas, salvo la construcción de un cerramiento al corredor abierto ubicado en el segundo piso, para adecuarlo al uso residencial.

Por estos motivos, el alcance en cuanto a las sugerencias sobre liberaciones y desmontes es muy limitado, se deberán eliminar aquellos elementos que impidan el buen funcionamiento de la estructura para el uso propuesto, entre estas se encuentran la liberación de los muros divisorios y divisiones livianas no originales y las tuberías hidráulicas, eléctricas y aparatos asociados con éstas.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Construcción de sobrecubiertas de protección o instalación provisional de lonas en la placa plana de cubierta, con el fin de impedir las filtraciones de aguas lluvias hacia los espacios interiores, mientras se llevan a cabo los trabajos de impermeabilización definitivos.
- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas, andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Impermeabilización de la placa plana de cubierta y de las terrazas.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Limpieza, conservación y protección de ventanería metálica en fachadas.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías, equipos e instalaciones que le permitan prestar el servicio asignado por el Programa Médico Arquitectónico en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

- **Resonancia Magnética**

Área útil: 363.87 m2
Área construida: 419.05 m2

Resonancia Magnética se podría definir como una «estructura funcional», cuya organización espacial está determinada por los equipos médicos requeridos para la prestación del servicio. Su puesta en funcionamiento podría reforzar los servicios prestados en el Centro de Diagnóstico ubicado en el Edificio Central y ser una fuente adicional de ingresos para el hospital.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Contextual que permite las siguientes obras de intervención: adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial, reparación locativa y demolición.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación –desmontes y liberaciones–

No se realizó el ejercicio de desmontes y liberaciones en este edificio debido a que el sistema de organización espacial observado y restituido, corresponde con el mismo esquema de organización del proyecto original. Se entiende este edificio y su sistema como un proyecto funcional integral que no ha tenido mayores transformaciones para ninguna adecuación de uso, pues siempre ha mantenido el uso especializado para lo que fue diseñado; sin embargo se recomienda el desmonte de los muros divisorios y divisiones livianas no originales y las tuberías hidráulicas, eléctricas y aparatos asociados con éstas.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas, andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar:

- Impermeabilización de la placa plana de cubierta.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Limpieza, conservación y protección de ventanería metálica en fachadas.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías, equipos e instalaciones que le permitan prestar el servicio asignado por el Programa Médico Arquitectónico en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

- **Mantenimiento**

Área útil: 1413.51 m2
Área construida: 1707.34 m2

El inmueble sirve de remate al eje trasversal que parte en sentido norte-sur desde la actual Avenida de la Hortúa y atraviesa todo el predio del hospital, pasando por los edificios Instituto Inmunológico y Siberia. Este eje se ha mantenido como una de las líneas de composición prioritarias en el diseño del Conjunto Hospitalario desde el plan original trazado por el arquitecto Pablo de la Cruz.

La organización espacial del edificio de Mantenimiento obedece a lo que podríamos denominar una «tipología compuesta», integrada por un núcleo central con planta en forma de «H», en la cual una de sus crujías presenta dos (2) pisos de altura y las restantes son de un (1) solo piso. El núcleo central está rodeado por un conjunto de espacios de un (1) piso que se agrupan en forma de «U».

Se propone que el edificio en referencia continué albergando las actividades básicas propias del mantenimiento del hospital como tradicionalmente lo ha hecho, no obstante, los procesos más complejos de mantenimiento y reparación de equipos puedan ser dados por contrato a firmas externas especializadas. El inmueble podría también acoger usos administrativos, de formación o investigación.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores particulares identificados en el inmueble en comparación con otras estructuras del Conjunto Hospitalario, se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Arquitectónica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

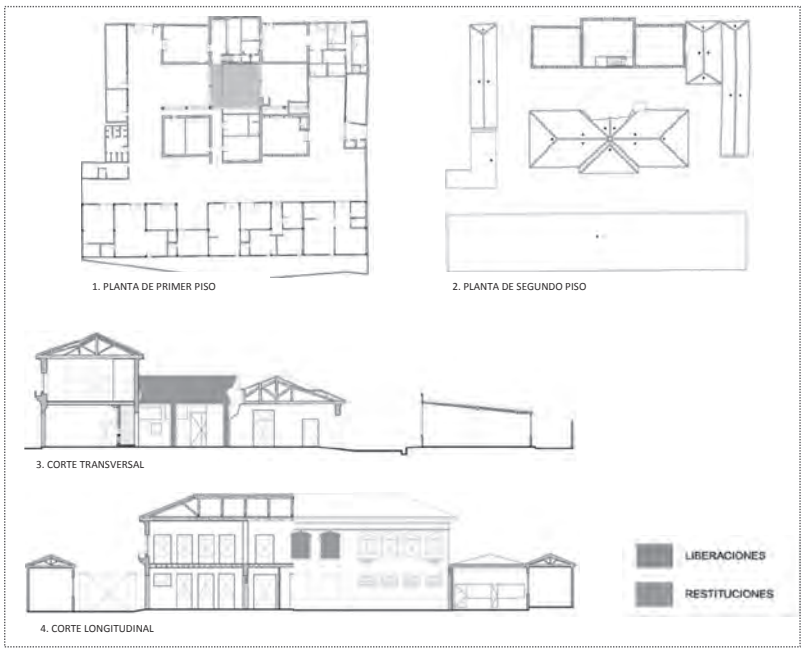
De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

El edificio de Mantenimiento es dentro del conjunto –después del Jardín infantil–, el que más afectaciones a su morfología ha sufrido a lo largo de tiempo. Se cuentan entre estas adiciones y demoliciones, la construcción del volumen denominado de «Órtesis y prótesis», el cual se adosa al volumen principal de dos pisos, hacia el costado oriental. También se observa la construcción de todo un boque de bodegas y talleres, donde antes se localizaba el volumen posterior del edificio en «U» que anteriormente rodeaba al edificio principal.

Al interior del edificio principal y en el edificio posterior a éste, de un piso, se ubican las principales adiciones y subdivisiones a los espacios que inicialmente configuraban el conjunto. En el primero se identifica en la zona de la escalera, la construcción de un muro que oculta la balaustrada en concreto, junto con los muros que subdivide el espacio y afecta la comprensión del vestíbulo de acceso y la lectura de la escalera. El segundo piso originalmente se organizó a través de un espacio central donde entrega la escalera y dos laterales que lo flanqueaban, todavía permanecen vestigios de los dos muros divisorios, además se observa la adición de unas pequeñas habitaciones a ambos costados de la escalera con cerramientos improvisados que desvirtúan la proporción y las dimensiones del espacio.

En el edificio posterior de un piso, se observa la construcción de unos muros sin terminar que intentan conformar un pequeño espacio recostado hacia el costado oriental de la fachada norte, junto a la chimenea. Sin embargo, lo más relevante a señalar, es el colapso total del volumen que comunicaba el cuerpo de un piso con el volumen principal de dos pisos.

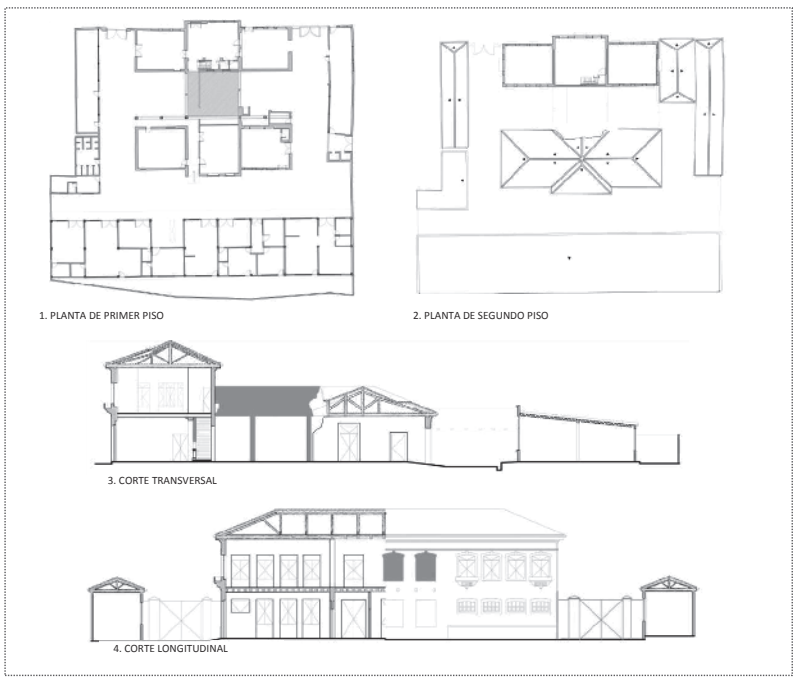


Plano 60. Mantenimiento. Liberaciones y restituciones.

Desmontes y liberaciones sugeridas

Para recuperar la integridad tipológica del edificio, se debe contemplar la liberación de los muros y divisiones que segmentan los espacios e impiden la comprensión diáfana de los mismos, en especial los muros ubicados en el hall de acceso, el tabique de la escalera, las habitaciones del segundo piso y los muros próximos a la chimenea, en el volumen posterior de un piso. También se debe proceder con la liberación del volumen denominado «Órtesis y prótesis», pues además de alterar la morfología, está generando problemas de evacuación de las aguas lluvias.

Dentro de las restituciones más importantes a considerar, indudablemente esta la del volumen perpendicular que comunicaba el edificio principal con el posterior de un piso, la recuperación tipológica de este espacio es muy importante para devolver al conjunto, la integridad arquitectónica que ha perdido. De igual manera se plantea la reapertura de los vanos clausurados, específicamente los ubicados en la fachada sur del edificio principal, y el desmonte de las tuberías hidráulicas, eléctricas y aparatos asociados con éstas. No se considera la liberación del bloque nuevo de talleres, pues su implantación no afecta la tipología y su potencial de uso, hace de esta construcción aprovechable al uso planteado.



Plano 61. Mantenimiento. Edificio después de las liberaciones.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Reparación de cubierta en el cuerpo central del volumen principal dos (2) pisos de altura.
- Construcción de sobre-cubiertas de protección, con el fin de impedir las filtraciones de aguas lluvias hacia los espacios interiores, en especial en el cuerpo central del volumen principal en dos (2) pisos en el costado norte, y en el volumen de un (1) piso del costado sur, que presentan deterioros en sus cubiertas.
- Apuntalamiento del entrepiso en el cuerpo central del volumen principal en 2 pisos de altura.
- Apuntalamiento de cielos rasos en el volumen de 1 piso del costado sur.
- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Suministro e instalación de canales y bajantes.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas, andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera, su inmunización y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Intervención integral del manto de cobertura.
- Saneamiento de las humedades ascendentes en la parte inferior de los muros de primer piso.
- Renovación del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación y protección de los muros de ladrillo a la vista y de las molduras que decoran la fachada principal.
- Restauración de carpinterías originales en madera.
- Restauración de pisos originales en baldosín de cemento.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones que le permitan prestar el servicio asignado por el Programa Médico Arquitectónico en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

Obras de reconstrucción

Estas obras tienen por fin la recuperación de componentes tipológicos muy representativos del inmueble que fueron modificados o demolidos en desafortunadas intervenciones, situación que genera una pérdida de la lectura integral del mismo. Entre éstas podemos destacar:

- Recuperación de los cielo rasos en mortero de cal perdidos por efecto de filtraciones de las aguas lluvias, en los diferentes volúmenes que conforman el conjunto.
- Reconstrucción de los muros transversales que dividen en tres (3) espacios el cuerpo principal ubicado en el costado norte.
- Reconstrucción del volumen trasversal que se desarrolló en sentido norte-sur y que articuló los volúmenes longitudinales de uno (1) y dos (2) pisos.

4.1.3.5 Sector 5: Nuevos desarrollos

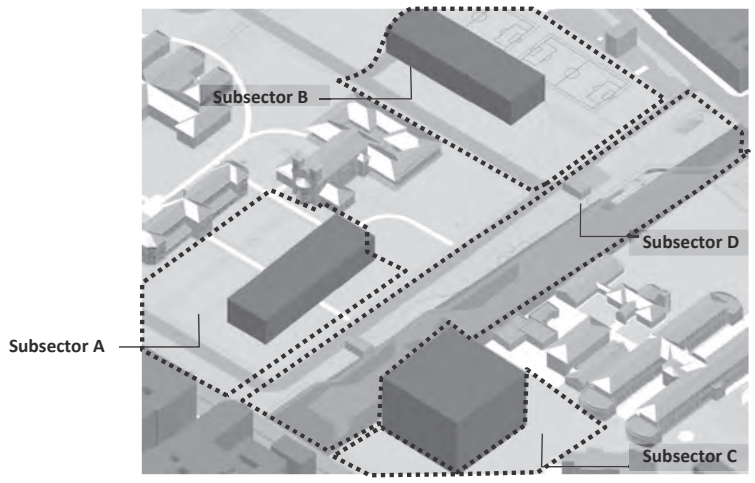


Figura 16. Sector 5. Nuevos desarrollos.

Esta zona incluye los edificios que albergarán una futura expansión del Conjunto Hospitalario, así como la alameda propuesta en el sector occidental del predio, la cual permitirá articular el predio con los barrios San Bernardo, Sevilla y Policarpa.

- **Sub-Sector A**
  Número de pisos: Tres (3)
  Área: 3900 m2

Se plantea el desarrollo de un edificio de tres (3) pisos dispuesto en sentido norte-sur cuya fachada más larga dará frente al edificio San Roque, localizándose en forma simétrica al pabellón mencionado en relación con el eje de composición que ordena la Capilla y el Convento. En el espacio comprendido entre los inmuebles en referencia se construirá un jardín que evocará el antiguo jardín de acceso a la Capilla.

El edificio podrá albergar usos asistenciales, de docencia y formación, de investigación o complementarios a su labor misional como hospital universitario.

- **Sub-Sector B**
  Número de pisos: Cuatro (4)
  Área: 5200 m2

En este sector y aprovechando una hondonada que presenta el terreno, se propone la construcción de un edificio de cuatro (4) pisos que se dispondrá en sentido este-oeste y acompañará el surgimiento de una pequeña infraestructura deportiva para usufructo de la población de los barrios aledaños.

El edificio podrá albergar usos asistenciales, de docencia y formación, de investigación o complementarios a su labor misional como hospital universitario.

- **Sub-Sector C**
  Número de pisos: Siete (7)
  Área: 11200 m2

En este sector ubicado hacia el costado occidental del predio y en colindancia con el terreno ocupado por el Instituto Dermatológico, se propone la construcción de un edificio de siete (7) pisos que podría albergar usos asistenciales, de docencia y formación, de investigación o complementarios a su labor misional como hospital universitario.

La expresión arquitectónica de los edificios mencionados deberá ser contemporánea, sin embargo, se sugiere el empleo del ladrillo a la vista en sus fachadas con forma de integración con el resto del Conjunto Hospitalario, en el cual está permanentemente presente el material mencionado.

- **Sub-Sector D**
  Número de pisos: Uno (1)
  Área: 600 m2

Este sector será ocupado por el espacio abierto destinado a la alameda, luego de la demolición del edificio de Rehabilitación Psiquiátrica. Se permitirá la construcción únicamente, de los volúmenes que albergarán los puntos fijos de acceso a parqueaderos subterráneos.

Estudios y proyectos

De manera previa a la intervención para la alameda mencionada, se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados al Ministerio de Cultura y al Instituto Distrital de Patrimonio para su aprobación: levantamiento topográfico, registro fotográfico, estudio geotécnico, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, diseño estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

4.1.3.6 Sector 6: Ancianato, Lleras Acosta y Jardín infantil

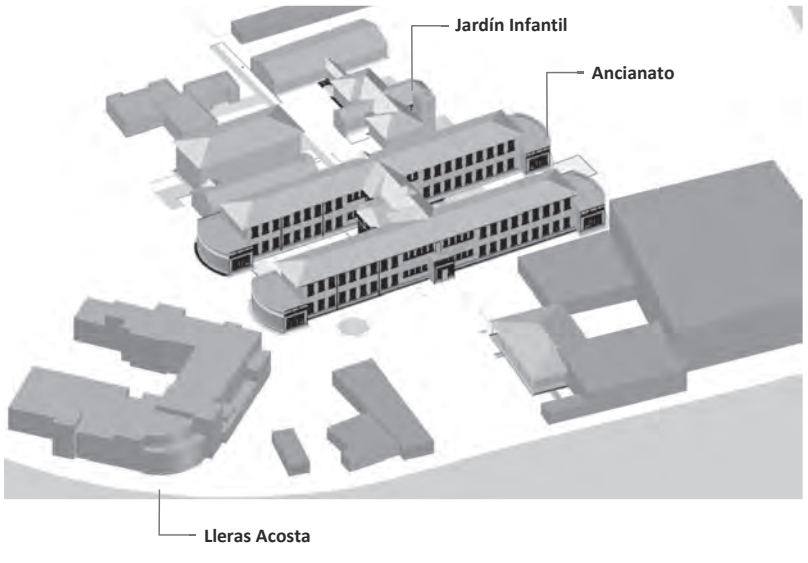


Figura 17-. Sector 6. Ancianato, Lleras Acosta y Jardín infantil.

Este sector se caracteriza por la presencia de los edificios del Ancianato al servicio de la población de adultos mayores del Departamento de Cundinamarca, el Jardín Infantil y el Instituto Federico Lleras, los cuales se encuentran ubicados en el costado occidental del predio, cerca de la Avenida Caracas.

- **Ancianato**
  Área construida: 7741.07 m2

El Ancianato es un edificio de dos pisos cuya tipología se percibe como la correspondiente a dos (2) «pabellones» articulados por su zona central, dada la tensión axial existente en la organización espacial al interior de los mismos. Su estado de conservación es relativamente bueno, pues el uso actualmente vigente exige adelantar procesos continuos de mantenimiento. Sin embargo, sería deseable el desmonte y reemplazo de las estructuras externas, como rampas y escaleras, que sirven para el desplazamiento vertical de los residentes pero afectan de manera importante la percepción original del edificio.

Dentro del Programa Médico Arquitectónico se propone continuar la atención a la población de adultos mayores del Departamento de Cundinamarca a cargo de la Beneficencia de Cundinamarca, uso que el edificio ha mantenido desde años atrás.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Tipológica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización, y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Intervención integral del manto de cobertura.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior algunos de los muros de primer piso.
- Limpieza, aplicación de soldadura y reposición de elementos faltantes o muy deteriorados del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación y protección de los muros de ladrillo a la vista y de las molduras que decoran la fachada principal.
- Restauración de carpinterías originales en madera.
- Restauración de pisos originales en baldosín de cemento.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones, que le permitan prestar el servicio asignado por el Programa Médico Arquitectónico en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

- **Jardín Infantil**
  Área útil: 496.03 m2
  Área construida: 946.43 m2

En su origen este edificio tuvo una planta en cruz constituida por dos cuerpos rectangulares que se intersectan ortogonalmente, albergando uno de ellos, el que se desarrolla en sentido norte-sur, el acceso principal que le otorgó originalmente comunicación con el conjunto arquitectónico del cual forma parte hoy el Ancianato, antiguamente al servicio del «pabellón de infecciosos».

Aprovechando que la configuración del edificio permite cierta autonomía de funcionamiento en cada una de sus alas, sería posible su adecuación a diferentes usos de docencia y formación, investigación o usos complementarios con la vocación de hospital universitario.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Tipológica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, Consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

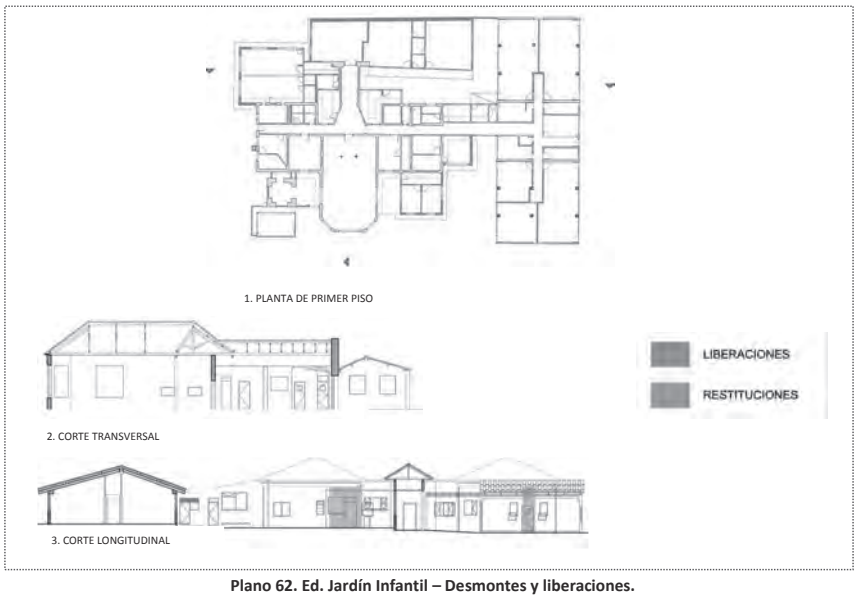
Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

De manera previa a la Obra de Intervención se deberán adelantar los siguientes Estudios y proyectos específicos que complementarán los análisis desarrollados al interior del siguiente PEMP, y serán presentados a las instituciones atrás mencionadas para su aprobación: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

Acciones de recuperación

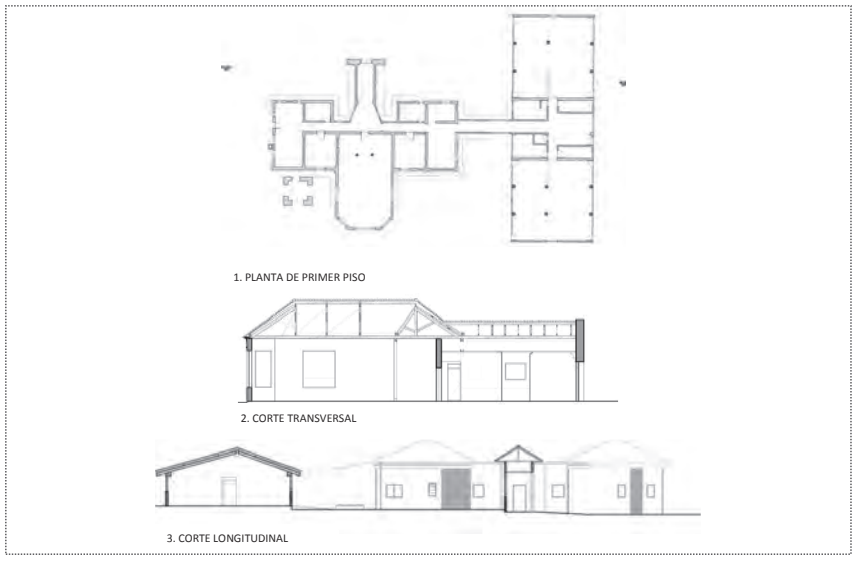
El jardín infantil es dentro del conjunto el edificio que más adiciones y modificaciones ha sufrido a lo largo del tiempo. Inicialmente concebido como un edificio de uso complementario junto con la actual residencia de las hermanas, su uso fue modificado drásticamente y la necesidad de crecer en servicios, no vino acompañada de una planeación ordenada teniendo en cuenta parámetros arquitectónicos o estructurales. La única incorporación al jardín planeada racionalmente es el pabellón localizado hacia el costado oriental, el cual se separa del edificio de conservación y se articula a través de un corredor cubierto. A partir de este corredor se fueron agregando desordenadamente espacios para servicios sanitarios, también sobre el costado norte se construyó un pabellón para salones perpendicular al eje principal del edificio inicial, un salón para guardería y dependencias en la esquina noroccidental y un volumen para salones que se adelanta sobre la fachada sur –principal–. Las mencionadas son apenas las adiciones más relevantes identificadas en el edificio dentro de un mosaico de crecimientos parásitos.



Plano 62. Ed. Jardín Infantil – Desmontes y liberaciones.

Desmontes y liberaciones sugeridas:

A través de la información en campo se pudo identificar que, a pesar de las numerosas adiciones y modificaciones, aún es clara la lectura en cubierta de la morfología inicial de esta construcción. Mediante la identificación de materiales y dimensiones de los muros del edificio y luego de una exploración al interior y exterior de la estructura de cubierta, pudimos establecer una primera hipótesis sobre cómo era la distribución y la morfología inicial del edificio. Finalmente, comparando este proceso de análisis en campo con las aerofotografías y los planos del concurso presentados por Pablo de la Cruz, pudimos identificar con claridad las adiciones y demoliciones que tuvieron lugar a lo largo del tiempo y que le dan a este edificio el aspecto de tugurio que hoy presenta, para luego realizar la propuesta de desmontes y restituciones presentada en el presente informe. Cabe mencionar que el único espacio adicionado que se propone conservar, es el pabellón del costado oriental, dado que su permanencia no presenta obstáculo para la recuperación tipológica del edificio de conservación, y en cambio sí puede considerarse área disponible para un uso futuro.



Plano 63. Ed. Jardín Infantil – Espacios disponibles.

Obras de primeros auxilios

Con el fin de detener los deterioros más evidentes del edificio se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Construcción de sobrecubiertas de protección, con el fin de impedir las filtraciones de aguas lluvias hacia los espacios interiores.
- Apuntalamiento de cielos rasos en el volumen de un (1) piso.
- Limpieza y sondeo del sistema de evacuación de aguas lluvias.
- Revisión de las carpinterías de puertas y ventanas que dan hacia las fachadas e instalación de polietileno para frenar el acceso de aguas lluvias en las superficies que carecen de vidrios.
- Remoción de la vegetación invasiva en cubiertas, fachadas, andenes perimetrales.
- Remoción y retiro de escombros.

Obras de conservación

Dentro de las obras conducentes a consolidar la constitución material de los diferentes componentes del edificio y garantizar su conservación hacia el futuro podemos enumerar las siguientes:

- Intervención de la cubierta que incluirá la revisión de las cerchas rey en madera que sirven de estructura de soporte a la misma, su inmunización, y el reemplazo de las piezas que hayan sido afectadas por la humedad o por los insectos xilófagos. Intervención integral del manto de cobertura.
- Saneamiento de las humedades ascendentes existentes en la parte inferior algunos de los muros de primer piso.
- Limpieza, aplicación de soldadura y reposición de elementos faltantes o muy deteriorados del sistema de canales y bajantes en lámina galvanizada.

Obras de restauración

Ejecución de obras con el propósito de recuperar la lectura, la configuración y garantizar el adecuado estado de conservación de componentes valiosos y originales de la edificación:

- Limpieza, consolidación y protección de los muros de ladrillo a la vista y de las molduras que decoran la fachada principal.
- Restauración de carpinterías originales en madera.
- Restauración de pisos originales en baldosín de cemento.

Obras de adecuación

Desarrollo de obras tendientes a adecuar el edificio en cumplimiento de la normativa vigente, con nuevas tecnologías e instalaciones que le permitan prestar el servicio asignado por el Programa Médico Arquitectónico en condiciones óptimas de calidad. Las intervenciones deberán respetar los valores identificados en el inmueble.

- **Instituto Federico Lleras**
  Área Construida: 4396.73 m2

La actual sede del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, en su etapa inicial se podía identificar como una serie de volúmenes relativamente autónomos que se articulaban mediante corredores de circulación, pero en etapas posteriores, y debido a la construcción de un conjunto de espacios alrededor de estos elementos de relación, se modificó el esquema de organización y se consolidó la tipología en forma de «U».

Dermatológico– que dieron muestras de la incipiente modernidad que se estaba expresando en la arquitectura de la ciudad, a mediados de los 40.

Debido a que el Hospital ha crecido de manera importante, convirtiéndose en una institución de gran trascendencia nacional e internacional, se recomienda la conservación de su uso actual.

Nivel de intervención establecido
Teniendo en consideración los valores particulares identificados en el inmueble en comparación con otras estructuras del Conjunto Hospitalario, se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Arquitectónica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

En la actualidad cursa un Proyecto de Intervención ante el Ministerio de Cultura que incluye las obras de conservación, restauración, adecuación y reforzamiento estructural que se podrán desarrollar en un futuro. Igualmente, el proyecto deberá abarcar los siguientes estudios: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

- **Instituto Materno Infantil**
  Área construida: 13842.26 m2

La organización espacial del edificio que sirve de sede al Instituto Materno Infantil, podría considerarse que responde a una planta «en peine», constituida por un conjunto de volúmenes cortos que se intersectan ortogonalmente con un volumen rectangular de mayor longitud. El inmueble ha conservado desde los primeros años de construcción, su función al servicio de las maternas y neonatos de la sociedad bogotana, y actualmente es objeto de un Proyecto de Intervención contratado por el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–, para adelantar su Proyecto de Reforzamiento Estructural y adecuación para su apertura total al público.

Dentro del Programa Médico Arquitectónico se propone continuar con el uso que el inmueble ha tenido tradicionalmente como sede del Instituto Dermatológico, que le ha otorgado reconocimiento nacional e internacional.

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores identificados en el inmueble se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Tipológica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

En la actualidad cursa un proyecto de intervención ante el Ministerio de Cultura que incluye las obras de conservación, restauración y adecuación que se podrán desarrollar en el edificio. Igualmente, el proyecto presentado deberá abarcar los siguientes estudios: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

4.1.3.7 Sector 7: Cancerológico e Instituto Materno Infantil

Esta zona ubicada en el costado oriental del predio, al este de la Carrera 10ª incluye el Hospital Cancerológico y el Instituto Materno Infantil.

- **Instituto Nacional de Cancerología**
  Área construida: 11472.37 m2

El Instituto Nacional de Radium –hoy Hospital Cancerológico– es el único edificio del Conjunto Hospitalario, cuya organización funcional y en planta se estructura a través de la tipología de claustro. Con una arquitectura austera, hace parte del conjunto de edificios –junto a Cundifarma y

Nivel de intervención establecido

Teniendo en consideración los valores particulares identificados en el inmueble en comparación con otras estructuras del Conjunto Hospitalario, se le asignó dentro del PEMP el nivel de Conservación Arquitectónica que permite las siguientes obras de intervención: restauración, adecuación funcional, ampliación, liberación, mantenimiento, consolidación, reconstrucción parcial y reparación locativa.
Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC–.

Estudios y proyectos

En la actualidad cursa un Proyecto de Intervención ante el Ministerio de Cultura que incluye las obras de conservación, restauración, adecuación y reforzamiento estructural que se podrán desarrollar en el edificio. Igualmente, el proyecto presentado deberá abarcar los siguientes estudios: levantamiento arquitectónico detallado, registro fotográfico, estudio geotécnico, evaluación estructural, exploraciones constructivas, estudio patológico, estudio de humedades, estudio fitosanitario, diagnóstico, proyecto de intervención y adecuación, proyecto de reforzamiento estructural, proyecto de redes hidro-sanitarias, proyecto de redes eléctricas e iluminación, proyecto de voz y datos, proyecto de instalaciones especiales, programación y presupuesto.

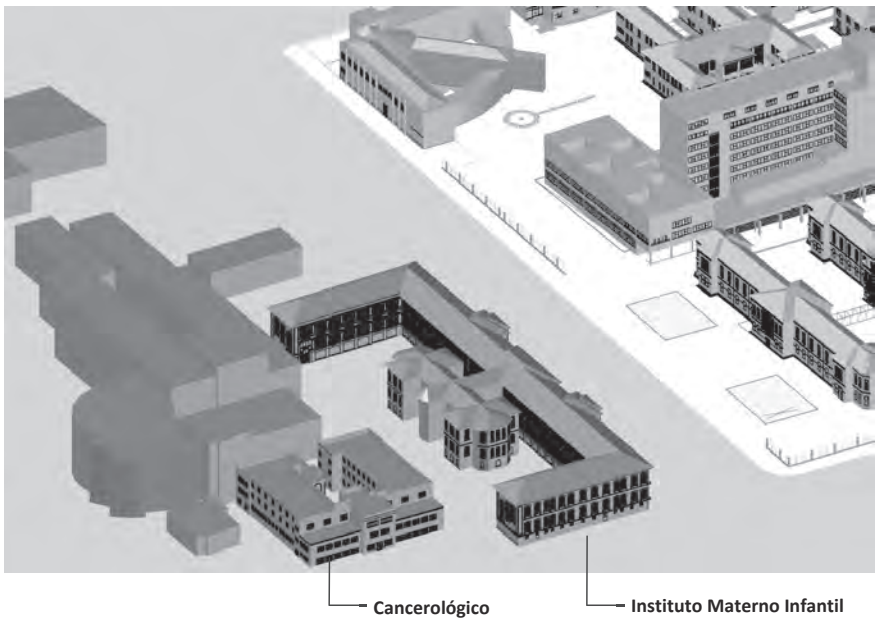
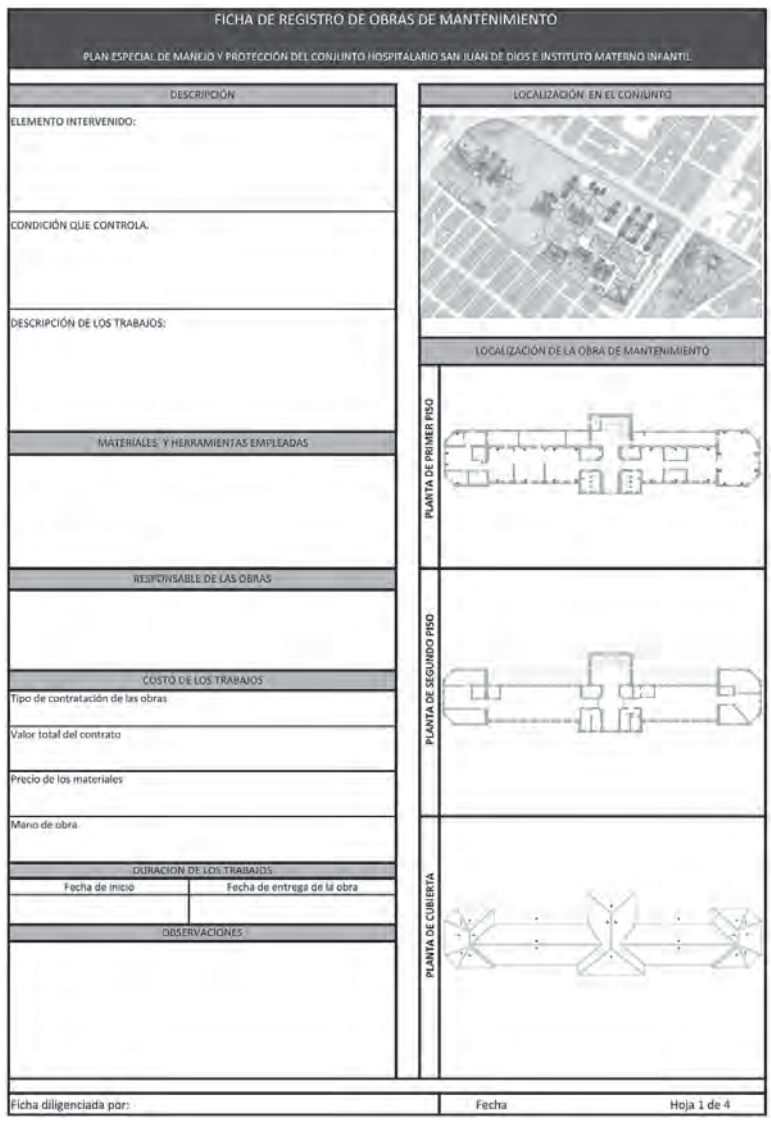


Figura 18. Sector 7. Cancerológico e Instituto Materno Infantil.

4.1.3.8 Ficha de mantenimiento BIC


FICHA DE REGISTRO DE OBRAS DE MANTENIMIENTO

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL

DESCRIPCIÓN

ELEMENTO INTERVENIDO:

CONDICIÓN QUE CONTROLA:

DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS:

MATERIALES Y HERRAMIENTAS EMPLEADAS

RESPONSABLE DE LAS OBRAS

COSTO DE LOS TRABAJOS

Tipo de contratación de las obras

Valor total del contrato

Precio de los materiales

Mano de obra

DURACION DE LOS TRABAJOS

Fecha de inicio | Fecha de entrega de la obra

OBSERVACIONES

LOCALIZACIÓN EN EL CONJUNTO

LOCALIZACIÓN DE LA OBRA DE MANTENIMIENTO

PLANTA DE PRIMER PISO

PLANTA DE SEGUNDO PISO

PLANTA DE CUBIERTA

Ficha diligenciada por: Fecha Hoja 1 de 4

Figura 19. Ficha de mantenimiento para Bienes de interés cultural.

4.1.3.9 Cuadro resumen de acciones para la conservación de los BIC

Tabla 6. Cuadro resumen de acciones para la conservación de los BIC.

Componente	Acción	Persona a cargo	Periodicidad
Cubiertas	• Revisión del sistema estructural de cubierta. • Fumigación y aplicación de productos para la inmunización y la protección de estructuras de madera y mantenimiento contra la corrosión de estructuras metálicas. • Revisión del estado de conservación del manto de cobertura. • Acomodar tejas y elementos del manto que hayan perdido su posición. • Retiro y limpieza de material vegetal. • Revisión y mantenimiento de manto impermeable en las áreas de encuentro entre manto de cubierta y ductos de ventilación o marquesinas que lo atraviesan. • Limpieza y retiro de excremento de paloma.	• Ingeniero Forestal y/o Ing. Estructural. • Personal de Mantenimiento. • Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento.	Anual Anual Semestral Semestral Semanal Semestral Bimestral
Muros y pañetes	• Limpiar en seco, retirar musgos y algas en los muros exteriores. • Restitución de faltantes de morteros de protección y molduras decorativas con mezclas similares a las existentes. • Limpieza de fachadas en ladrillo a la vista mediante *rinse* limpiador y aplicación de producto hidrófugo. • Restitución de faltantes de piezas de mampostería en ladrillo o piedra.	• Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Restaurador mueble).	Semestral Anual Cada tres años Anual
Carpinterías	• Pintar marcos y elementos constitutivos, con productos acordes a la materialidad de la carpintería y al uso del espacio. • Inmunización y tratamiento contra humedad y corrosión mediante productos de aplicación superficial. • Limpiar en seco acumulación de polvo y excrementos de paloma • Revisión y mantenimiento de sistemas de fijación de vidrios a las carpinterías de ventanas y puerta-ventanas que dan al exterior.	• Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.) • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento.	Semestral Anual Semanal Semestral
Alfajías	• Limpieza superficial y remoción de hollín, excrementos y polvo. • Restitución de faltantes en mortero y protección con producto hidrófugo. • Para alfajías metálicas, remoción de óxido, aplicación de pintura anticorrosiva y de acabado final en pintura de aceite.	• Personal de mantenimiento. • Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.).	Mensual Semestral Semestral
Pisos	• Revisar estructura portante de entrepisos. • Resanar fisuras y reponer faltantes de pisos tales como baldosas cerámicas o baldosín de cemento. • Reposición de pisos en zonas cuyo uso requiera cambio periódico del mismo. • Aplicar productos de protección • Limpieza superficial de polvo, hollín, grasa etc. Utilizando medio acordes a la materialidad de la superficie. • Retiro mecánico de vegetación menor sobre andenes perimetrales.	• Ingeniero Estructural. • Personal de mantenimiento. • Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de mantenimiento • Personal de Mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de mantenimiento.	Anual Semestral Depende del uso y el material de acabado Bimestral Semanal Mensual
Sistema estructural	• Identificación de posibles indicadores de deterioro, revisión de los elementos portantes del edificio y seguimiento del comportamiento estructural de los mismos.	• Ingeniero Estructural y Arquitecto restaurador.	Anual

Canales y bajantes	• Limpiar canales y sifones, retirar tierra y vegetación, reposición de elementos afectados por la oxidación. • Sondeo mecánico de bajantes y cajas de inspección asociadas. • Revisión y limpieza de cárcamos. • Revisar que las rejillas estén completas y en buen estado	• Personal de mantenimiento y profesional a cargo (Ingeniero Hidráulico).	Semanal Bimestral Bimestral Semanal
Cielo rasos y molduras	• Revisión y limpieza de la superficie y los elementos portantes del cielorraso • Limpiar en seco acumulación de polvo. • Limpieza con paño húmedo de hollín y grasa.	• Personal de mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento.	Mensual Semanal Semanal
Bienes muebles	• Debe hacerse un inventario completo de los bienes muebles el cual incluya un manual de mantenimiento teniendo en cuenta los tipos de objetos de la colección, así como una revisión y actualización periódica del inventario.	• Restaurador de bienes muebles.	Acorde con el manual de mantenimiento específico
Terrazas y cubiertas planas	• Limpieza y remoción de polvo, tierra, vegetación menor y excrementos, sobre las zonas donde se ubican sifones de desagüe. • Revisión, sustitución y/o reparación del manto impermeabilizante. • Resanar fisuras y recomponer faltantes de acabado de piso. • Sondeo mecánico de bajantes • Revisar que las rejillas estén completas y en buen estado	• Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de mantenimiento. • Ingeniero Hidráulico. • Personal de Mantenimiento.	Semanal Semestral Semestral Bimestral Semanal
Pisos interiores	• Barrer y retirar mugre superficial. • Lavado y aplicación de película protectora y antideslizante a superficies que por su uso así lo requieran.	• Personal de Mantenimiento. • Personal de Mantenimiento.	Diario Semanal

Bienes muebles en el espacio exterior	• Se requiere de la elaboración de un estudio específico para la definición de productos de limpieza, consolidación y protección de los elementos muebles que no afecten su composición material • Limpieza en seco para retirar polvo y excrementos. • Remoción de material biológico con productos que no afecten la constitución material del bien • Control y protección contra agentes ambientales de deterioro. No limpiar objetos metálicos con brilla metales. • Aseo general del espacio circundante donde se ubican los bienes muebles.	• Restaurador de bienes muebles. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento y profesional a cargo (Restaurador de bienes muebles). • Restaurador de bienes muebles. • Personal de mantenimiento.	 Quincenal De acuerdo a las disposiciones del manual de mantenimiento específico Semanal
Circulaciones cubiertas	• Limpieza de vidrios y marcos • Remoción de polvo, hojas, excrementos y demás elementos depositados en cubierta. • Limpieza y remoción de hollín y grasas según la materialidad del elemento • Limpieza y sondeo de sistemas de evacuación de aguas de la circulación • Revisión y protección de los elementos constitutivos frente a factores ambientales y humedad proveniente del terreno	• Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Ingeniero hidráulico. • Personal de mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.).	Diario Diario Diario Bimestral Semestral
Senderos peatonales	• Limpiar y retirar residuos de los sistemas de conducción de aguas lluvias. • Barrido y retiro de material vegetal y residuos sobre la superficie y en los bordes del sendero • Revisión y reposición de adoquines u otros elementos constitutivos del sendero. • Lavado mecánico de la superficie del piso, según materialidad.	• Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de mantenimiento.	Quincenal Semanal Semestral Bimestral

Jardines	• Entrecavado y rastrillado de hojarasca. • Realizar riego por aspersión • Fumigación. • Corte de césped. • Resiembra.	• Personal de mantenimiento especializado. • Personal de mantenimiento y profesional especializado –Arquitecto paisajista–.	Semanal Semanal Mensual Semanal De acuerdo con las particularidades de las especies sembradas
Zonas duras	• Remoción de residuos sobre sifones y puntos de evacuación de aguas. • Barrido y retiro de material vegetal y residuos sobre la superficie. • Revisión y reposición de adoquines u otros elementos constitutivos y del mortero de pega de los mismos. • Lavado mecánico de la superficie del piso, según materialidad. • Revisión y limpieza de cárcamos.	• Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento y profesional a cargo (Arq. o Ing.). • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento y profesional a cargo Ingeniero hidráulico.	Semanal Diario Semestral Bimestral Bimestral
Mobiliario y señalización	• Revisión, limpieza en seco según los materiales de la pieza. • Revisión y remplazo de elementos que hayan cumplido vida útil: (bombillos, apliques, grifería etc.). • Aplicación de pintura anticorrosiva en zonas descascaradas de elementos metálicos. • Limpieza de polvo, hojas, excrementos y demás agentes de deterioro.	• Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento.	Semanal Semanal Bimestral Semanal
Arbolado	• Realizar inventario mensual de la población de árboles del Conjunto. • Realizar abonado según especies sembradas. • Realizar poda preventiva a aquellos individuos que lo necesiten. • Limpieza de hojarasca.	• Ingeniero forestal. • Personal de mantenimiento y profesional especializado. • Personal de mantenimiento y profesional especializado. • Personal de mantenimiento.	Mensual Según especies sembradas Según revisión e inventario Semanal

Cerramientos	• Aplicación de pintura anticorrosiva en zonas descascaradas de elementos metálicos. • Limpiar en seco o húmedo y retirar el polvo en general. • Poda de setos o cerramientos verdes. • Riego de setos y demás cerramientos verdes. • Restitución de faltantes de piezas de mampostería en ladrillo o piedra.	• Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento y profesional especializado.	Bimestral Semanal Según especie sembrada Semestral
Circulaciones vehiculares	• Remoción de residuos sobre sumideros y demás zonas puntos de evacuación de aguas lluvias. • Revisión y reposición de adoquines u otros elementos constitutivos. • Barrido y retiro de material vegetal y residuos sobre la superficie. • Lavado y cepillado cuidadoso de la superficie del corredor vial, según materialidad.	• Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento y profesional especializado (Arq. o Ing.). • Personal de mantenimiento. • Personal de mantenimiento y profesional especializado.	Semanal Bimestral Diario Mensual
Redes de servicios	• Revisión y mantenimiento de redes de servicios públicos: Electricidad y cableado estructurado, hidráulicas, alcantarillado etc. • Revisión y mantenimiento de redes y sistemas de voz y datos.	• Personal técnico y profesional especializado en mantenimiento de redes de servicios.	Según profesionales en redes

Instalaciones especiales	• Revisión periódica de sistemas de ventilación natural y mecánica. • Limpieza de contenedores y cuartos de depósito de basuras ordinarias y peligrosas según norma vigente. • Revisión y mantenimiento de instalaciones de generación calor y frio. • Revisión y mantenimiento de instalaciones contra incendios: Detectores, extintores portátiles, bombas etc. • Revisión y mantenimiento de instalaciones de electromedicina. • Revisión y mantenimiento de sistemas de gases medicinales. • Fumigación y control de plagas y vectores de riesgo. • Revisión y mantenimiento de ascensores y rapas mecánicas.	• Personal técnico y profesional especializado en mantenimiento preventivo, correctivo de instalaciones e infraestructura hospitalaria. • Personal especializado en revisión y mantenimiento de ascensores y equipos sistematizados de circulación.	La periodicidad para el mantenimiento de las instalaciones especiales, dependerán de las especificaciones de cada una de estas y las recomendaciones de los profesionales encargados de su mantenimiento.

4.1.4 Zona de influencia

4.1.4.1 Propuesta urbana general

La propuesta urbana de este PEMP se orienta por el objetivo del Decreto 763 de 2009, definido en los siguientes términos:

> Definir las condiciones para la articulación del bien con su contexto físico, arquitectónico, urbano, los planes preexistentes y su entorno socio-cultural, partiendo de la conservación de sus valores, la mitigación de sus riesgos y el aprovechamiento de sus potencialidades *(Presidencia de la República de Colombia, 2009)*.

El contexto físico del cual hace parte el Complejo Hospitalario de San Juan de Dios fue caracterizado en el diagnóstico del componente urbano del PEMP. Ese contexto –arquitectónico y urbano– corresponde a una pieza urbana del pericentro de Bogotá conocida como La Hortúa. Fue definida en el diagnóstico como un «archipiélago» urbano compuesto de equipamientos hospitalarios y barrios residenciales populares.

Con este concepto se está señalando una doble característica de este sector: de un lado la aglomeración funcional de hospitales y del otro, la fragmentación urbana. El concepto de archipiélago señala una debilidad urbanística de la zona de La Hortúa: la de ser un tejido urbano fragmentado, con escasa conectividad y baja calidad en su espacio público, producto de una aglomeración de equipamientos hospitalarios y de vecindarios construidos a lo largo del siglo XX. Pero simultáneamente se ha señalado que, no obstante existir esa desventaja morfológica y estructural en el tejido urbano, el potencial de la zona de la Hortúa radica en haberse convertido en la mayor aglomeración hospitalaria de Bogotá.

Se diagnosticó también que la zona de La Hortúa no fue el resultado de una acción planificada por la ciudad. Aunque el CHSJD tuvo el mérito de ser objeto del primer gran proyecto hospitalario en el país propuesto y pensado como una apuesta de arquitectura y urbanismo, el área de la ciudad en la que se implantó no compartió ese esfuerzo. Los equipamientos hospitalarios y los barrios, responden a dos tipos de tejido urbano con notables diferencias morfológicas y estructurales, que al no ser articulados, han dado lugar a deficiencias de accesibilidad, conectividad, integración urbana y seguridad.

La zona de La Hortúa además ha sido impactada negativamente por otras decisiones y dinámicas urbanas. De un lado por el trazado y ampliación de la infraestructura vial de la Carrera Décima, la Avenida Caracas y la Avenida Comuneros.
La Carrera Décima fraccionó y desarticuló la unidad espacial del complejo hospitalario, y junto con la Avenida Comuneros, alteró significativamente la morfología, estructura y función de los contornos del barrio San Bernardo. En segundo lugar, por el cierre del complejo hospitalario de San Juan de Dios, que afectó funcionalmente una zona de más de 16 hectáreas, 24 edificaciones y noventa y siete mil metros cuadrados construidos. Estos dos hechos han propiciado la invasión de actividades depredadoras del espacio y la convivencia urbana en la zona de la Hortúa.

Estrategia de la Propuesta Urbana

La Estrategia de Rehabilitación urbana para el área afectada y la zona de influencia de este PEMP se vincula a la estrategia de construcción de *Territorios Saludables* de la administración de la ciudad.

1. Salud pública con visión territorial, o el territorio como problema de salud pública

El diagnóstico elaborado por este PEMP ha subrayado que el Área afectada y la Zona de Influencia de la zona de La Hortúa presentan las siguientes características básicas:

a. La Hortúa tiene dos componentes urbanos básicos: una *aglomeración hospitalaria* y una *aglomeración de barrios.* Ambos componentes han reducido su integración a la **Geografía de la centralidad** de Bogotá, pero son representativos del patrimonio urbano del Área Central.
b. Esta pérdida de integración a la dinámica de la centralidad de Bogotá se traduce en deterioro físico, desplazamiento de actividades de vitalidad urbana por actividades depredadoras, incremento de la inseguridad, pérdida de accesibilidad y abandono de predios y edificaciones en el caso del Barrio San Bernardo. El barrio Policarpa no es un generador de esta dinámica del deterioro, pero se ve afectado por la irradiación en la zona.
c. El cierre del complejo hospitalario San Juan de Dios desde hace más de una década ha tenido un impacto negativo en la vitalidad urbana de la zona.
d. De continuar la tendencia de deterioro urbanístico y social, afectará a la totalidad tanto de la aglomeración hospitalaria como de las áreas residenciales, haciendo de esta zona un foco de degradación exponencial del centro de Bogotá y pondrá en alto riesgo el BIC y el patrimonio representado por el CHSJD.
e. La función hospitalaria y la función residencial están afectadas entonces por un entorno territorial con carencias ambientales, urbanísticas y espaciales tanto para la población que trabaja en los servicios de salud, como para la población vulnerable que debe ser atendida en estos servicios y la población residente.

A partir de este diagnóstico se ha diseñado una propuesta urbana orientada a la conservación y rehabilitación de estos dos componentes, asociada a la estrategia de la construcción de *Territorios Saludables* promovida por la Administración de la ciudad.

La *conservación* del equipamiento hospitalario y del entorno residencial de La Hortúa no debe entenderse de ninguna manera como la permanencia de los factores responsables del deterioro y de las condiciones de precariedad. Debe entenderse como la conservación de unas funciones urbanas y un tejido social que se han sido caracterizados como una *centralidad de servicios,* vital para la ciudad y la región.

Por otro parte, la *rehabilitación* de estos componentes debe entenderse como una repotenciación de sus funciones centrales en materia de oferta de servicios de salud y de espacio habitacional, así como de su reintegración a la Geografía de la centralidad, removiendo las barreras físicas, sociales y simbólicas que han provocado su marginalidad.

2. El nodo hospitalario y el CHSJD: oportunidad para la construcción de un *territorio saludable*

La aglomeración de esta diversidad de equipamientos hospitalarios que se presenta en La Hortúa (La Samaritana, Instituto de Cancerología, IMI, Complejo San Juan de Dios, Instituto Dermatológico, La Misericordia, Hospital de Santa Clara) representa un significativo recurso patrimonial, técnico y científico para la salud pública. Por esta razón, se ha estimado que la rehabilitación y repotenciación de la función hospitalaria puede articularse y proyectarse, no sólo desde la óptica de la prestación de servicios a la población, sino también desde su potencialidad para el reordenamiento y saneamiento de los territorios.

La propuesta urbana considera viable y necesario apostar entonces por la recuperación del CHSJD y el fortalecimiento del nodo hospitalario de La Hortúa, no simplemente como un programa funcional, sino como una oportunidad para poner en práctica el programa de construcción y consolidación de Territorios Saludables.

Por ello se considera conveniente pensar esta propuesta a partir de un vínculo creativo: el de la salud pública con la visión territorial. Esto por supuesto quiere decir, que es posible y pertinente vincular a la problemática de la salud pública el problema de la calidad y salubridad del territorio. O en otros términos, asumir también el problema territorial como un asunto determinador o incidente en la salud pública.

Este vínculo en el concepto de territorio saludable tiene en este caso una doble connotación:

- De una parte, porque el nodo hospitalario de La Hortúa necesita estar inserto en un entorno territorial saludable. Ello, por el servicio que presta, por la población vulnerable que atiende y por el volumen de población que allí que trabaja y se vincula.
- De otra parte, porque uno de los factores que afecta negativamente la salud pública de los residentes de La Hortúa y del pericentro, está asociado a las malas condiciones o deficiencias territoriales.

El territorio saludable para este gran nodo hospitalario, sus actividades, sus usuarios y sus trabajadores, exige la reducción de los impactos negativos generados por el transporte, la movilidad y las actividades comerciales e industriales. La pacificación del tráfico, así como el control de emisiones, ruidos y de residuos, la reducción de la contaminación acústica y visual, así como el mejoramiento de las condiciones, ambientales, urbanísticas, bioclimáticas, del paisaje y de seguridad, constituyen sus soportes principales.

El territorio saludable para los barrios, los vecindarios y sus residentes, exige el control de las actividades depredadoras que los está expulsando, el mejoramiento de la infraestructura para la accesibilidad y la prestación de servicios públicos, el incremento de la arborización y del espacio verde, así como el mejoramiento del espacio público para la movilidad de peatones y ciclistas y para el esparcimiento y la recreación, así como la eliminación de barreras físicas que afectan el espacio colectivo haciéndolo inseguro, deshabitado e inactivo.

3. Territorios saludables, alternativa deseable frente a la clásica renovación urbana.

La estrategia de la Rehabilitación bajo la forma de *territorios saludables* puede representar una alternativa eficiente y deseable frente a la tradicional e ineficiente estrategia de la renovación urbana que promueve el redesarrollo del territorio.

La clásica estrategia de la renovación urbana tradicionalmente acepta y promueve el cambio de estructura del territorio y del tejido urbano, así como de actores, funciones y de espacialidad. Todo bajo el presupuesto de que la "renovación urbana" es un instrumento clave para la apertura de una nueva dinámica urbana - que a la manera de poderoso imán- tiene la capacidad de atraer nuevos actores, proyectos, inversiones, habitantes, actividades y prácticas, y cuya convergencia en la actuación urbanística, producen una nueva espacialidad, una nueva imagen, una nueva economía y un nuevo tejido social. Desde este enfoque, el logro de la estrategia de la renovación consistiría en erradicar los responsables del deterioro urbano, social y económico y sustituirlos por nuevos actores y actividades.

En el caso de La Hortúa, como en otras zonas del pericentro de Bogotá, esta estrategia ya ha sido planteada sin éxito. Para que la renovación urbana clásica tuviese un efecto en las condiciones antes descritas, tendría como condición básica haber generado previamente un cambio de las funciones y las fuerzas actuantes en la geografía de la centralidad. Para el enfoque tradicional de la renovación, en el caso de La Hortúa, no se buscaría repotenciar sus funciones urbanas históricas, reintegrándolas a esta geografía de la diversidad de las funciones centrales, sino que se trataría de cambiar estas funciones para que la zona sea homologada a otra tipología de zonas centrales, como el Centro Internacional o el Centro Administrativo. Es decir, de un territorio que atraiga nuevos actores, inversionistas y actividades, proceso que en realidad solo es posible bajo la modalidad de la gentrificación y la salida de los antiguos residentes y de los tradicionales hospitales.

La estrategia de promoción de territorios saludables acepta y defiende la permanencia de los actuales residentes y hospitales como actores y protagonistas principales de otra dinámica urbana que integre la rehabilitación física del territorio, la rehabilitación económica de las instituciones, los hogares y sus actividades y la rehabilitación de una cultura de uso del territorio y de formas y de calidad de vida compatibles con la salud pública y el bienestar del individuo y la comunidad.

4. Enfoque misional alternativo para un Hospital del siglo XXI

Es necesario explorar un enfoque misional alternativo para un hospital universitario del siglo XXI. La estrategia de construir territorios saludables podría ser promovida en este caso por un nuevo CHSJD concebido como una institución emblemática en la defensa y promoción de la salud pública con visión territorial.

Como se ha planteado, la construcción de este entorno territorial saludable es una estrategia necesaria tanto para el fortalecimiento de un nodo hospitalario moderno, como para la rehabilitación de la función residencial de los barrios circundantes. Por ello, la calidad ambiental, urbanística y espacial se convierten de esta forma también en temas cruciales de la salud pública y de la medicina preventiva.

Desde esta perspectiva, el nuevo hospital universitario puede explorar como temática en el campo de la salud pública, el desarrollo de un vínculo posible y deseable con las formas de uso del territorio, el urbanismo y las arquitecturas sostenibles.

5. Pilares ambientales, urbanísticos y espaciales para un territorio saludable en La Hortúa

Cinco aspectos se han considerado como pilares básicos para la promoción de un territorio saludable.

a. Accesibilidad segura, eficiente y de bajo impacto

La significativa afluencia de personas que trabajan en la prestación de servicios de salud en la aglomeración hospitalaria de la Hortúa, de población usuaria de estos servicios, así como del potencial de la población residente, indican que la cuestión de la accesibilidad y movilidad dentro del sector constituye un factor de alta sensibilidad para el bienestar de esta población y la salubridad del territorio. Por esta razón, los sistemas previstos para la movilidad, la infraestructura y los espacios disponibles constituyen una temática crucial. El uso de sistemas de transporte masivo y ecoeficientes requieren ser promovidos para la accesibilidad a este sector, así como espacios e infraestructuras para el uso de la bicicleta y el desplazamiento de peatones.

b. Medio ambiente adecuado para la función hospitalaria y residencial.

Se han diagnosticado deficiencias medioambientales en la zona de La Hortúa, tanto para la función hospitalaria como para la residencial, no obstante el valioso aporte que inicialmente previó el proyecto del CHSJD. Esta deficiencia se explica no sólo por la reducción del territorio con servicios ambientales al aportado por San Juan, sino por los impactos generados en el sector por las actividades del transporte, industria y comercio y la deficiencia de algunos servicios públicos. En consecuencia, un medio ambiente adecuado para las funciones hospitalaria y residencial depende de dos factores: control de impactos de estas actividades y aumento del área territorial con funciones y servicios ambientales, principalmente de área verde y arborizada.

c. Espacio público adecuado para el nodo hospitalario y los vecindarios.

El espacio público para la movilidad y el espacio público para la recreación es uno de los retos principales para la construcción de un territorio saludable. Por otra parte, el incremento de las barreras físicas que enclaustran los predios privados y degradan el espacio público debe ser controlado por el efecto que tiene en el aumento de la inseguridad, las actividades depredadoras de la convivencia y la acumulación de basuras y desechos.

d. Infraestructuras adecuadas para el saneamiento

En el Área afectada que cubre este PEMP, la infraestructura adecuada para el saneamiento demanda prioritariamente la renovación de las redes hidráulicas, separando los sistemas de alcantarillado de aguas lluvias y aguas servidas y la infraestructura para la disposición de residuos hospitalarios. Esta infraestructura también es recomendable para el conjunto del nodo hospitalario. En la zona de influencia se requiere mejorar sustancialmente el servicio de recolección de basuras en los barrios y dar impulso a un programa piloto de reciclaje de residuos.

e. Espacios residenciales salubres

Este constituye uno de los campos que demandaría un programa especial de investigación, intervención y gestión que podría concertarse entre el nuevo Hospital Universitario, la comunidad residente y entidades distritales como las secretarías del Hábitat y de salud, con el apoyo de la secretaría de planeación y la secretaría de educación.

Objetivos y alcance de la propuesta urbana general

La propuesta urbana tiene un alcance territorial para el área afectada y la zona de influencia del CHSJD y tiene tres objetivos principales, deseables y alcanzables:

1. Promover la Incorporación de la zona de La Hortúa a la estructura funcional y simbólica de la mayor centralidad de la ciudad, el *centro histórico,* para superar su condición de borde periférico. Por tanto articularla a los programas, proyectos y acciones que revitalizan los nodos de equipamientos y espacios patrimoniales emblemáticos del centro, las redes de espacio público y circuitos de movilidad urbana, la red de eco-espacios que soportan la Estructura Ecológica del Centro y la red de barrios residenciales revitalizados.

2. Consolidar el nodo hospitalario de La Hortúa como patrimonio del centro de Bogotá, cuyo núcleo debe ser el CHSJD, nodo conformado por siete hospitales mayores de escala metropolitana y urbana y tres equipamientos menores de escala zonal. Este nodo requiere ser tratado como una zona o ciudadela hospitalaria, accesible, integrada, segura y equipada.

3. Fortalecer la oferta y vocación residencial de los barrios San Bernardo, Policarpa, Sevilla, Las Cruces, Eduardo Santos y Modelo Sur, vinculándolos a los programas de densificación de vivienda en el centro e incrementando su potencial para acercar los sitios de trabajo y zonas de vivienda de tradicionales y nuevos residentes del centro.

Estos tres objetivos han sido resultado del diagnóstico elaborado por este PEMP, que ha subrayado lo siguiente: a) el sector de La Hortúa debe superar la tradicional condición de borde marginal y periférico del centro, que lo convierte a su vez en factor de riesgo para este BIC, la aglomeración hospitalaria y el entorno residencial; b) los dos hechos urbanos tradicionales que han articulado esta pieza urbana, la aglomeración hospitalaria y los barrios populares, deben permanecer como componentes esenciales; c) no se debe propiciar la expulsión de residentes ni la pérdida de la capacidad de alojamiento de los barrios por la presión de actividades depredadoras en ascenso, supuestas expectativas de renovación para otros usos y residentes, o por el efecto expansivo de deterioro físico y social que genera el complejo hospitalario inactivo y en desuso; d) la revitalización urbana del área afectada y la zona de influencia implica la construcción de un *entorno saludable* tanto para la actividad hospitalaria, sus usuarios y trabajadores, como para la población actualmente residente y de un nuevo núcleo poblacional que podría estar vinculado a la actividad hospitalaria y la prestación de servicios de salud.

Objetivos, estrategias y acciones prioritarias

La propuesta urbana general se ha diseñado como un campo de interacción entre objetivos, estrategias y acciones sintetizadas en la siguiente tabla:

Tabla 7. Objetivos, estrategias y acciones prioritarias de la propuesta urbana de la zona de influencia

Objetivo	Estrategia general	Acciones
Objetivo 1 Integración territorial al Centro para superar la condición de borde marginal y periférico de La Hortúa.	Integrar el área afectada y la zona de influencia a los planes, programas, operaciones estratégicas y proyectos, así como a la gestión urbana previstos para la revitalización del Centro.	• Articulación de la zona de la Hortúa a la red de nodos de equipamientos del centro, la red de Eco-espacios, espacios públicos y circuitos de movilidad y la red de barrios revitalizados del Centro histórico. • Extensión de la red de ciclovías, alamedas y circuitos de movilidad previstos para el Área central al sector de la Hortúa. • Fortalecimiento de la accesibilidad y movilidad en la zona a través de la oferta de espacios adecuados para los sistemas de transporte masivo y de movilidad activa –peatones y ciclistas–. • Inclusión en los programas de fomento y densificación de Vivienda Social en el Centro.
Objetivo 2 Integración del nodo hospitalario para superar su condición de archipiélago.	Reabrir el CHSJD y mejorar las condiciones ambientales, espaciales, de seguridad, bioclimáticas, y de accesibilidad para todas las entidades hospitalarias del sector de La Hortúa.	• Puesta en marcha del programa de habilitación, recuperación y reapertura del CHSJD por fases. • Recuperación de la Avenida de la Hortúa como eje integrador del nodo hospitalario a través del proyecto de una Avenida Parque. • Integración de un sistema de Espacio público que articule el nodo hospitalario cuya columna vertebral será la Avenida Parque de la Hortúa –AV 1ª–, a la cual se integren espacialmente los espacios verdes y jardines del CHSJD y de los otros hospitales, así como las áreas de cesión de los nuevos desarrollos residenciales, y las estaciones del sistema multimodal de transporte. • Puesta en marcha de un programa de iluminación, adecuación, vigilancia y control del espacio público que enmarca e integra el nodo hospitalario. • Puesta en marcha un programa de Pacificación del tráfico y fomento de alternativas de movilidad eficiente y segura para peatones y bicicletas.
Objetivo 3 Reintegración y fortalecimiento del área residencial.	Fortalecimiento de la oferta y vocación residencial de los barrios residenciales.	• Incremento y densificación del uso residencial en los barrios San Bernardo, Policarpa, Sevilla, Las Cruces, Eduardo Santos. • Incorporación de zonas de estos barrios a los programas VIS y VIP para el Centro ampliado. • Puesta en marcha de Programas de Renovación de vivienda especialmente diseñados para reactivar manzanas deprimidas en el Barrio San Bernardo • Promoción de programas de vivienda para trabajadores del sector de la salud en asocio con cajas de compensación y entidades hospitalarias del sector, con incentivos y sistemas de gestión especiales. • Armonización de la normativa urbana distrital de las zonas residenciales con los objetivos de consolidación del nodo hospitalario y protección del BIC.

Desarrollo de la propuesta urbana en el marco del objetivo 1: Integración territorial del BIC a la geografía de la centralidad

El PEMP para el Complejo Hospitalario de San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil parte de la premisa básica de que la protección de este BIC depende sustancialmente de su integración territorial, funcional y simbólica al centro y a su estrategia de revitalización urbana, de manera que pueda superar la condición de borde marginal y periférico que tradicionalmente ha tenido el sector de La Hortúa.

La integración territorial al centro no será viable bajo la simple presunción de irrigación o derrame de las ventajas de la centralidad a este sector y al BIC, sino por el cambio de dinámica e imagen del propio sector. Ello supone que las intervenciones sobre el BIC y su zona de influencia serán sostenibles en función de la articulación y avance de las políticas y estrategias de revitalización del Centro y de su gestión, factores que no dependen de este instrumento de planeación y gestión.

Desde esta perspectiva el PEMP ha estudiado las diversas visiones, planes y propuestas de la administración distrital para la revitalización y reordenamiento del Centro Histórico de Bogotá, tomándolos como puntos de referencia para diseñar la propuesta urbana que le compete a este instrumento específico. Debe insistirse que la integración del área afectada y la zona de influencia que regula este PEMP al Centro Histórico y a las centralidades de la zona sur dependen íntegramente de la gestión urbana de los planes zonales, los planes maestros y otros programas.

Integración al reordenamiento físico y a la revitalización urbana del centro

El área central tradicional de Bogotá se ha caracterizado en los últimos 100 años por un proceso de expansión, diversificación y especialización simbólica y funcional en diversas zonas. Esto ha generado hoy un mosaico territorial de subcentros o más exactamente una *geografía de la centralidad* diversa y compuesta por distintas «centralidades».

El centro histórico y el centro internacional encarnan la geografía del *poder y los servicios de alta jerarquía* alojando las instituciones más representativas*:* administración y gobierno, culto religioso, economía, finanzas y comercio, educación y cultura. Los subcentros de La Estación de La Sabana, La Hortúa y San Carlos, representan la geografía de los *servicios urbanos y metropolitanos*: abastecimientos, almacenamiento, terminales y servicios al transporte, salud pública y *barrios populares*, algunos de ellos asociados a esos servicios. Estas tres últimas centralidades, aunque son muy dinámicas, presentan deficiencias urbanas y ambientales, de accesibilidad y conectividad, que dificultan su integración a esta geografía de la centralidad. El sector de la Hortúa ha sido tratado en los instrumentos de planeación como un borde periférico o la periferia sur del área central, con severas limitaciones para su integración territorial. Esta geografía de los *servicios urbanos y metropolitanos* es vital para la ciudad, para la generación de empleos y como sitio de residencia. Por ello constituyen elementos claves en las políticas y estrategias de revitalización del centro.

Potenciales de articulación del CHSJD a la geografía de la centralidad.

La pieza urbana de La Hortúa y el BIC objeto de este PEMP pueden encontrar una salida a su condición de borde marginal y periférico del Centro y ser reintegrados a la dinámica de la centralidad dentro de una gama de posibilidades o potencialidades de integración territorial que han sido considerados para la revitalización y reordenamiento del Centro por parte de la administración distrital en distintos esquemas o propuestas de planeación. De las distintas ideas y propuestas que se han considerado a través del tiempo, se hace énfasis en las siguientes potencialidades:

- Articulación de la Zona Hospitalaria CHSJD a una Red distrital de servicios de Salud.
- Articulación con un sistema Nodal de Equipamientos y sus Circuitos.
- Articulación con una red de Eco- espacios del área central.
- Articulación a una red de Espacio Público y Movilidad.
- Articulación con un subsistema de Unidades Habitacionales.
- Articulación con sub-centros de economía popular local.

Gráficamente esas potencialidades de integración del área afectada y la zona de influencia con otras zonas que estructuran la geografía de la centralidad se resumen en los siguientes esquemas urbanos. El primero ilustra los diferentes sub-centros que componen esa geografía de la centralidad más tradicional de Bogotá. El segundo, la posibilidad de integración espacial del sector de La Hortúa, del que hacen parte el Área afectada y la Zona de influencia objeto de este PEMP.

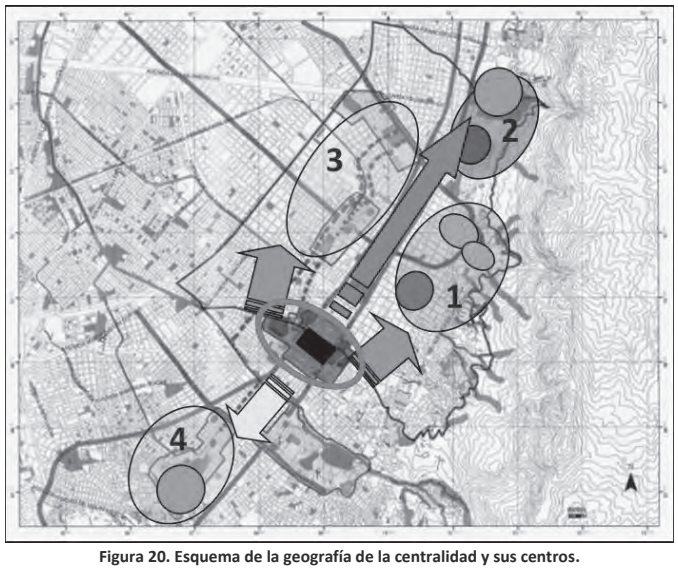


Figura 20. Esquema de la geografía de la centralidad y sus centros.

1. Centro histórico Nodos universitarios Nodo institucional centro histórico	**2. Centro internacional** Nodo *institucional –comercial* Parque Nacional	**3. Estación de la sabana** Nodo sabana – Hospital San José Centros hospitalarios san José y Mederi	**4. Conglomerado San Carlos** Centro Hospitalario San Carlos Bosque San Carlos



Figura 21. Esquema conceptual de integración de La Hortúa a la geografía de la centralidad.

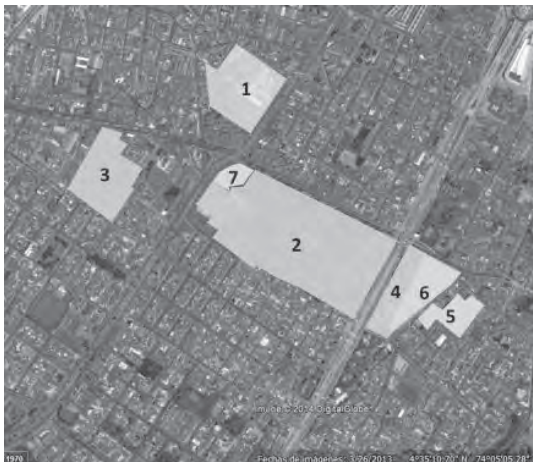
La geografía de la centralidad, además de los subcentros, tiene el potencial de generar diferentes sistemas u ordenamientos urbanos soportados en redes y nodos de actividades o funciones, de espacio público, de ecosistemas y de infraestructuras, espacios y sistemas para la movilidad que tendrían todos ellos la función de integrar, conectar y comunicar las actividades, los espacios y los usos que hacen de ellos los ciudadanos y las instituciones. A continuación se reseñan sintéticamente.

Red de servicios de Salud – Sistema de zonas hospitalarias.

Cuatro zonas hospitalarias comparten el área geográfica del centro oriente de Bogotá. El conjunto hospitalario de San Juan de Dios y otros seis equipamientos de salud constituyeron la primera aglomeración de instituciones prestadoras de servicios de salud. Posteriormente se han ido localizando otras instituciones de este género en la zona de centro oriente de la ciudad, tendiendo a conformar embriones de zonas hospitalarias. La posibilidad de fortalecer una red distrital de servicios de salud para esta zona es una oportunidad que tiene la ciudad compuesta por las siguientes zonas hospitalarias.

- **Zona hospitalaria San Juan de Dios**

Conformado por las siguientes instituciones de salud: Hospital Universitario San Juan de Dios, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Fundación Hospital de la Misericordia, Hospital de la Misericordia –Carrera 18–, Hospital Santa Clara, Clínica Emanuel –Calle 1ª–, Instituto Materno Infantil, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital La Samaritana, Famisanar EPS –Calle 4ª Sur–, clínica San Antonio –Calle9 Sur– Clínica Saludcoop del barrio Policarpa.



Plano 64. Composición de manzanas y hospitales de la zona Hospitalaria HSJD.

- **Zona hospitalaria Mederi**

Conformado por las siguientes instituciones de salud: Hospital Universitario Mayor Mederi, Centro Médico Colsubsidio Calle 26, Centro Médico Colsubsidio Calle25 A, Unidad Pediátrica Hospital Centro Oriente –Calle 24–.

- **Zona hospitalaria San José**

Conformado por las siguientes instituciones de salud: Hospital San José, Clínica Gema –Calle 16–, Clínica Bogotá –Calle 12–, Sede Asistencial Ricaurte –Calle 8A–.

- **Zona hospitalaria San Carlos**

Conformada por las siguientes instituciones de salud: Fundación Hospital San Carlos, Clínica Carlos Lleras Restrepo, Hospital San Jorge, Hospital San Rafael Uribe Uribe –Carrera 13B–.

Zona hospitalaria San Rafael

Conformada por las siguientes instituciones de salud: Hospital Universitario Clínica San Rafael, Clínica América –Calle 17 Sur–, Hospital San Cristóbal Nivel ESE –Primera de Mayo–, Compensar EPS Primera de Mayo –Carrera 10ª–, Hospital San Blas ESE –Carrera 3 Este–.



Plano 65-. Red de servicios y zonas hospitalarias.

- **La red vial del sistema de salud**

La Zona Hospitalaria San Juan de Dios, junto con otras aglomeraciones de equipamientos de salud localizados en el centro y centro-oriente de la ciudad, pueden constituir la infraestructura de una verdadera ciudadela de salud implantada en un sector estratégico de la ciudad. Una ciudadela de salud no limitada a un proyecto urbano puntual de renovación urbana, sino soportada en una red de escala territorial, con sistemas generales y estructuras urbanas dispuestas a recrear un espacio propicio para un conjunto de zonas hospitalarias de la ciudad.

La accesibilidad y conexión de esta red de servicios de salud y su alimentación por sistemas de transporte masivo constituye un soporte fundamental de su viabilidad. La red de zonas hospitalarias puede ser soportada a su vez en dos redes viales para la movilidad:

- Red vial matriz de accesibilidad y conexión. Soporte: subsistema vial arterial conformado por el par vial de la Carrera 10ª y Avenida Caracas y por las calles 26, 13 y Primera de Mayo.
- Red vial intermedia. Soporte: subsistema vial arterial conformado por el par vial Avenida mariscal sucre y la Carrera 12D.

Sistema urbano de Nodos de Equipamientos y Circuitos Internodales

Este sistema urbano potencialmente está compuesto por cuatro componentes: nodo Hospitalario San Juan de Dios, nodos Centros de Barrio, nodos de Equipamientos Urbanos, y los circuitos de interconexión.

- **Nodo hospitalario San Juan de Dios**

Conformado por el grupo de la zona de La Hortúa.

- **Nodos centros de barrio**

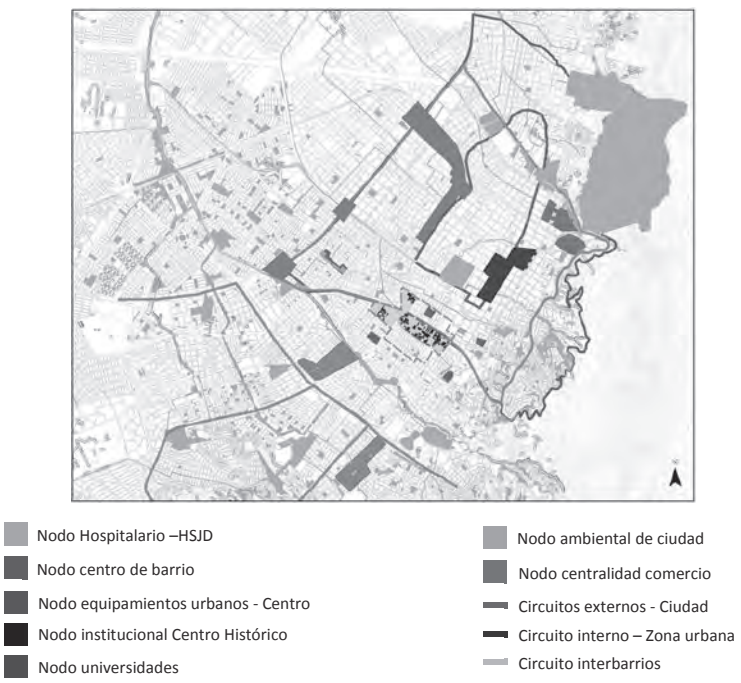
Los Nodos Centros de Barrio, están conformados por núcleos de barrio que pueden ser conectados por un circuito de movilidad interbarrios que nace con la calle 2ª, propuesta en el Plan zonal del centro, y se complementa con los centros de los barrios Eduardo Santos, San Bernardo, las Cruces, Calvo sur, Modelo sur, Policarpa, Sevilla y San Antonio.

- **Nodos de equipamientos urbanos**

Los Nodos de Equipamientos Urbanos están conformados por una red de nodos que aglutina equipamientos del centro de la ciudad y de los barrios colindantes.

- **Circuitos internodales**

Se estructuran partiendo de los tres tipos de circuitos establecidos en el Plan centro: *circuito externo* de ciudad, *circuito interno* que relaciona una zona y *circuito interbarrios*, que para el caso de la zona hospitalaria San Juan de Dios, se convierte en el anillo inmediato que la circunscribe en un ámbito espacial propio.



Plano 66. Sistema nodal de equipamientos y circuitos internodales – PEMP.

Sistema urbano de Eco-espacios del área central

Este sistema urbano puede estar compuesto por tres componentes: nodos ambientales articuladores del CHSJD, nodos ambientales contextuales y corredores ecológicos.

- **Nodos ambientales o eco-espacios articuladores del CHSJD**

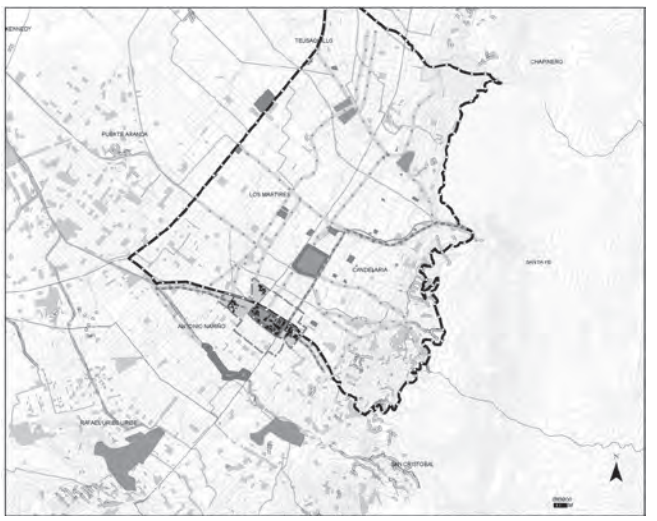
Los nodos ambientales articuladores del CHSJD, esta conformados por tres eco-espacios que forman un subsistema ambiental incidente en el CHSJD, estos son: Parque Tercer Milenio, el mismo CHSJD y los hospitales de La Hortúa y el parque lineal del río Fucha.

- **Nodos ambientales locales**

Los nodos ambientales locales, corresponden a aquellos que complementan el subsistema ambiental del CHSJD, para integrarlo al centro de la ciudad y a las zonas residenciales.

- **Corredores ecológicos y alamedas**

Corresponden a corredores verdes que establecen una conexión con los cerros orientales y aquellas alamedas, rondas y zonas de protección ambiental que se disponen paralelos a vías o senderos de relevancia en el centro y en las áreas residenciales.



Plano 67. Sistema de eco- espacios que interactúan con la zona hospitalaria – PEMP.

Sistema de espacio público y de movilidad de interacción con la zona hospitalaria

Este sistema urbano puede estar soportado por tres componentes: Subsistema de Espacio Público de Articulación, Subsistema de Espacio Público de Integración y Subsistema de Conectividad y Transporte.



Plano 68. Sistema funcional de espacio público y de movilidad.

- **Desarrollo de la propuesta urbana en el marco del objetivo 2: integración del nodo hospitalario**

La sostenibilidad del BIC objeto de este PEMP está asociada a la permanencia y consolidación de la *aglomeración hospitalaria* conformada a lo largo del siglo XX en la zona de La Hortúa. Como se señaló en el diagnóstico, esta aglomeración se caracteriza por ser un «archipiélago» de instituciones localizadas en un espacio urbano fragmentado y sometido a condiciones de inseguridad, aislamiento y baja calidad ambiental y urbana.

La propuesta urbana de este PEMP plantea que es necesario la integración del **nodo hospitalario** de La Hortúa. Esta integración supone en primer lugar, que el Plan de Revitalización del Centro incorpore como estrategia o línea de acción un manejo o tratamiento distinto del sector de La Hortúa, considerándola como una zona o nodo hospitalario en consolidación.

Además de un manejo normativo y de gestión diferente, la consolidación del nodo hospitalario tiene como condición básica la construcción de un *entorno saludable* para el desarrollo de la función hospitalaria. Ello supone la existencia de condiciones ambientales, bioclimáticas y urbanísticas adecuadas para la atención de población vulnerable y en condición de riesgo, para el desempeño de labores y funciones de quienes prestan sus servicios en los hospitales y para quienes residen de manera permanente en esta zona.

La construcción de un *entorno saludable* para el nodo hospitalario debe apoyarse en consecuencia en una visión territorial de la salud. Es decir, en una asociación de las variables de *salud humana* con *salubridad del territorio*, o en otros términos, en una asociación de principios de salubridad y buena salud con principios de calidad urbana y del medio ambiente. Desde esta perspectiva, la aglomeración funcional de diez instituciones prestadoras de servicios de salud amerita alcanzar y sostener estándares básicos en la calidad del aire, del agua, del paisaje, del espacio y del ambiente.

La propuesta urbana para la consolidación del nodo hospitalario requiere entonces dos tipos de medidas:

- elevar estándares básicos medioambientales y urbanos
- eliminar barreras espaciales, funcionales y simbólicas que fragmentan y deterioran la zona.

Estándares básicos medioambientales y urbanos

La elevación de los estándares medioambientales está asociada a la reducción y control de los factores contaminantes y degradantes del medio ambiente y a la mitigación de sus impactos. El tráfico de vehículos automotores por los tres corredores arteriales –Cra. 10ª, Av. Caracas y Av. de La Hortúa– es el principal responsable de la contaminación del aire y la contaminación acústica por la altísima generación de ruido. La baja densidad de arborización y la carencia de espacios de aislamiento y protección del sistema vial, hace que el impacto ambiental del tráfico sea muy notable sobre la aglomeración hospitalaria. El segundo factor que está afectando notoriamente esta zona es la deficiencia en la recolección de desechos y residuos y en tercer lugar la presencia de actividades depredadoras del espacio y la convivencia urbana.

Las medidas básicas en este campo están en consecuencia relacionadas con la pacificación del tráfico, primordialmente del trasporte privado, la oferta de espacio público adecuado y seguro para peatones y usuarios de bicicleta y el fomento a la movilidad en sistemas de transporte colectivo. En este aspecto la propuesta urbana plantea la conversión de la Avenida de la Hortúa en una vía-parque, el soterramiento en el mediano plazo de la carrera Décima entre la Avenida de la Hortúa y la calle 3ª sur y el incremento de las áreas arborizadas en la zona y en los equipamientos hospitalarios. El mejoramiento de las condiciones bioclimáticas de los hospitales debe ser objeto de un proyecto especial que deberían asumir las autoridades de planeación, ambiente y salud. El mejoramiento de los estándares urbanos está asociado esencialmente al manejo, calidad y diversidad de los espacios públicos para la movilidad y servicios urbanos. En los apartados relativos a la propuesta ambiental y de Espacio público se hace un desarrollo y ampliación de estas medidas.

Eliminación de barreras físicas, funcionales y simbólicas

El otro campo de acción para promover la integración del nodo hospitalario es la reducción y eliminación de las barreras que lo fragmentan. En la actualidad, el Conjunto Hospitalario San Juan de Dios cerrado e inactivo, se ha convertido en una potente barrera física y funcional. Su apertura con un modelo espacial y funcional que permita la conexión entre los barrios San Bernardo y Policarpa, así como la integración espacial con la Avenida de La Hortúa y la generación de un sistema de espacio público peatonal en el cruce de la Carrera Décima y la Av. de la Hortúa y la sustitución del espacio destinado al tráfico vehicular de superficie por la carrera décima entre la Av. 1ª y la calle 3ª sur por una explanada peatonal arborizada, son una alternativa de espacio público deseable.

El tratamiento de la Av. de La Hortúa como la espina dorsal del nodo hospitalario que articule espacialmente los hospitales en el sentido oriente–occidente, desde la Samaritana y el Cancerológico en el oriente hasta el Hospital de Santa Clara en el occidente, constituye otra forma de eliminación de las barreras urbanas, integrando la gran fachada del CHSJD, el cruce de la Décima y la Av. de La Hortúa, las estaciones del sistema Transmilenio y las futuras estaciones del Metro.

El rediseño del cruce de la Carrera Décima y la Av. de la Hortúa y su manejo como un centro neurálgico del espacio público constituye otra acción de supresión de las barreras físicas y funcionales. La demolición de la UPA y su conversión en una plaza pública sería una gran ganancia para el CHSJD, la Av. de la Hortúa y la puerta de la explanada bajo la cual debería soterrarse el tráfico de la carrera Décima.

La pérdida del espacio público de una antigua acequia, canalizada posteriormente por la EAAB y ocupada por 41 viviendas generó una barrera física protuberante entre el conjunto hospitalario y el barrio Policarpa.

La acequia fijó el límite sur del predio del Molino de La Hortúa hasta su canalización subterránea. La invasión de su ronda y su destinación al dominio y uso privado generó una situación indeseable tanto para el hospital al eliminar la franja de espacio público que lo separaba de los predios de propiedad privada y privarlo de un espacio vital para la accesibilidad y la imagen urbana del complejo hospitalario, como para la condición urbanística del barrio y las limitaciones en el uso, la edificabilidad y la valorización que afecta a los predios localizados sobre esta franja.

La continuidad y rediseño de la calle 2 sur se justifica por la apertura de un espacio público necesario para mejorar la accesibilidad vehicular y peatonal al barrio Policarpa y al Hospital San Juan de Dios, para mejorar la calidad ambiental y urbana del Policarpa y para conectar las estaciones de Transmilenio de la carrera décima y la avenida Caracas generando un espacio digno y seguro para los flujos peatonales. La consecución de esta franja de suelo y su destinación para un espacio público arborizado y de circulación vehicular y peatonal es posible mediante un sistema de gestión concertado con los propietarios de tal manera que se compense el aporte de suelo con un plan de vivienda localizado en la zona de La Hortúa desarrollado por la Empresa de Renovación Urbana.

La generación de estos espacios públicos para la afluencia de peatones y usuarios del nodo hospitalario, de los barrios circunvecinos y del espacio de conexión del centro histórico con las centralidades de San Cristóbal, 20 de Julio y San Carlos, dotados de arborización, seguridad, iluminación y equipamiento, permitirá el reemplazo de los cerramientos, cercas y muros ciegos por espacios colectivos integrados.

Finalmente, la propuesta urbana para la integración del nodo hospitalario considera conveniente viabilizar la supresión de barreras espaciales que tienen algunos equipamientos hospitalarios que actualmente se encuentran constreñidos por algunas edificaciones y usos que limitan una relación más fluida y directa con el sistema vial y el espacio público. Para este efecto se han diseñado tres propuestas normativas contenidas en las correspondientes fichas para abrir la posibilidad de crecimiento de la planta física de tres hospitales y la consolidación de una estructura y morfología de soporte para el nodo hospitalario.

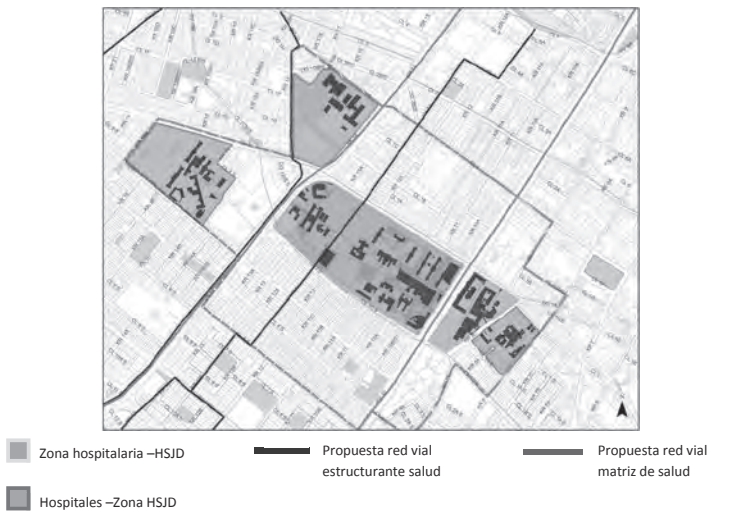
Los siguientes esquemas ilustran los criterios generales de la propuesta urbana en el marco del objetivo 2: integración del nodo hospitalario.



Esquema 1 **Esquema 2** **Esquema 3**

El esquema 1 muestra la ocupación y localización de los edificios hospitalarios y la morfología de los trazados barriales. El esquema 2 ilustra la posible ocupación del nodo hospitalario con el núcleo básico del CHSJD. El esquema 3 ilustra el nodo hospitalario y los circuitos de conexión con las zonas residenciales adyacentes, destacándose la Avenida de La Hortúa como eje articulador de este nodo.

Figura 22. Zona Hospitalaria – Nodo Urbano Integrado.



Plano 69. Nodo hospitalario y esquema de movilidad.



Plano 70. Sistema nodal de equipamientos y circuitos internodales.

- **Desarrollo de la propuesta urbana en el marco del objetivo 3: reintegración y fortalecimiento del área residencial**

La zona de influencia del BIC objeto de este PEMP se compone además de la aglomeración hospitalaria, de un área residencial. En el Diagnóstico se concluyó que la permanencia de residentes y de estos vecindarios es una necesidad prioritaria para la revitalización de la zona de La Hortúa.

El área residencial está afectada por la fragmentación del tejido urbano, por el *efecto barrera* del conjunto hospitalario y las vías arteriales y por el *efecto de fractura de bordes* provocado por las ampliaciones viales. El barrio San Bernardo es el vecindario con mayores impactos. El desplazamiento del uso residencial por «usos duros» constituye la mayor amenaza para estos barrios. La pérdida de residentes se traducirá en la colonización de los vecindarios por actores y actividades profundamente depredadores del espacio urbano y la convivencia.

La propuesta urbana para contener esta tendencia y revitalizar el área residencial y propiciar la permanencia de residentes debe apoyarse en las siguientes acciones:

- Incremento y densificación del uso residencial en los barrios San Bernardo, Policarpa, Sevilla, Las Cruces, Eduardo Santos.
- Incorporación de zonas de estos barrios a los programas VIS y VIP para el Centro ampliado.
- Puesta en marcha de Programas de Renovación de vivienda especialmente diseñados para reactivar manzanas deprimidas en el Barrio San Bernardo.
- Promoción de programas de vivienda para trabajadores del sector de la salud en asocio con cajas de compensación y entidades hospitalarias del sector, con incentivos y sistemas de gestión especiales.
- Armonización de la normativa urbana distrital de las zonas residenciales con los objetivos de consolidación del nodo hospitalario y protección del BIC.

Tabla 8. Tabla resumen de la propuesta urbana.

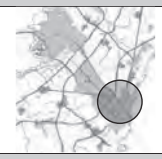
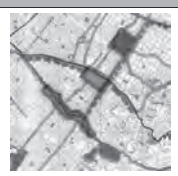
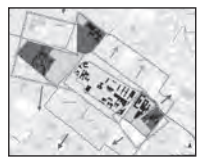
RESUMEN DE LA PROPUESTA URBANA

OBJETIVOS	ACCIONES RECOMENDADAS POR PEMP	COMPETENCIA	PROYECTOS/ PROGRAMAS
Objetivo general 1 Integración del CHSJD a la geografía de la Centralidad (Centro Histórico) para conservar y proteger el BIC. Específicos * Superar marginalidad y condición periférica de la zona de La Hortúa. * Fortalecer la zona como una centralidad de servicios y habitación.	1. Mejorar la accesibilidad al CHSJD y su zona de influencia y la articulación con los puntos clave de la geografía de la centralidad. 2. Mejorar la integración a los circuitos de movilidad (TM, futura LM, red de ciclorutas, Alamedas peatonales) 3. Mejorar la integración a la estructura ecológica y sistema de espacios públicos del Centro 4. Mejorar la integración a la red de nodos de equipamientos y áreas de actividad económica del Centro	Planes • Plan de Rehabilitación del Centro • Operaciones Estratégicas del Centro • Planes Zonales Entidades IDPC S. PLANEACIÓN S. MOVILIDAD S. HABITAT IDU ERU	• Redes Troncales de TM – Kr 10ª – Av. Caracas • Primera Línea del Metro – Estación Hospitales • Circuito de Ciclorutas del Área Central extendido a La Hortúa • Incorporación y extensión de los servicios ambientales de la Estructura Ecológica del Área Central a La Hortúa • Circuito de Alamedas peatonales del Área Central • Circuito de nodos de equipamientos del Área Central • Proyecto Plaza acceso CHSJD
Objetivo general 2 Integrar un Nodo hospitalario con los siete hospitales metropolitanos Específicos * Superar la condición de archipiélago dotacional. * Generar un entorno territorial saludable.	1. Articular el Nodo Hospitalario sobre una estructura de Espacio Público apto para la movilidad, la interacción funcional y el acceso a servicios comunes 2. Mejorar la infraestructura para movilidad de peatones, ciclistas, estacionamientos, servicios de seguridad, información y aseo. 3. Convertir la Av. de La Hortúa en el eje integrador del nodo hospitalario Disminuir las barreras físicas que aíslan los equipamientos hospitalarios	Planes • Plan de Rehabilitación del Centro • Plan Zonal • Planes de Regularización y Manejo Entidades IDPC S. Planeación S. Movilidad IDU ERU IAL	• Programa de recuperación de Espacio Público de la Cra. 10ª. • Programa de Parqueaderos para vehículos y bicicletas para La Hortúa. • Prolongación del Proyecto de la Av. de La Hortúa hasta el Hospital de Santa Clara y su tratamiento como Vía – Parque • Deprimido de la Kr. 10 entre la Av. de la Hortúa y la C. 2S • Programa mejoramiento de la seguridad en la zona hospitalaria y manejo de cerramientos • Programa mejoramiento de zonas verdes y arborización
Objetivo general 3 Fortalecer la función y el área residencial Específicos * Incrementar residentes en la zona y ofrecer vivienda para trabajadores de hospitales. * Mejorar la zona de influencia del BIC como territorio saludable para habitar. * Mejorar la integración espacial del nodo hospitalario con el área residencial.	1. Rehabilitar la estructura urbana del tejido residencial mejorando el espacio público, las áreas verdes y la superficie arborizada. 2. Densificar el uso y el área destinada a vivienda en la zona de influencia a través de planes parciales y programas de renovación de manzanas 3. Eliminar o reducir barreras físicas y simbólicas que afectan el EP y los bordes del barrio San Bernardo 4. Incrementar el equipamiento social y cultural en la zona de influencia 5. Transformar la Calle 2 Sur en un nuevo espacio público que elimine la barrera entre el CHSJD y el barrio Policarpa 6. Crear un sistema de gestión que involucre al CHSJD y la comunidad en la promoción de la estrategia de Territorios Sostenibles.	Planes • Plan de Rehabilitación del Centro • Planes parciales Entidades IDPC S. Habitat S. Planeación S. Desarrollo Social IDU ERU CHSJD Alc. Local JAL	• Programa de Rehabilitación urbana para el barrio San Bernardo liderado por IDPC y ERU • Programas de vivienda social concertados con hospitales y empresa gestora del nuevo HSJD • Plan de equipamientos culturales y recreativos para la zona • Plan parcial liderado por ERU que ofrezca un programa de viv. a los 41 predios del barrio Policarpa localizados sobre la antigua acequia. • Promoción de una Corporación para la gestión de territorios saludables en la zona de La Hortúa.

Presentado el anterior resumen de la propuesta urbana diseñada por este PEMP, a continuación se presenta en forma de resumen las posibles vinculaciones que podría tener la presente propuesta con algunas estrategias urbanas generales consideradas o planteadas por la administración distrital en diferentes instrumentos de planeación y en diferentes épocas para el reordenamiento del Centro de la ciudad, aclarando que estas estrategias no han sido desarrolladas hasta el momento y en consecuencia, no son asumidas como estrategias que sean responsabilidad de este PEMP

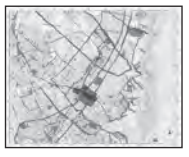
Estrategias urbanas generales – Formulación componente urbano PEMP CHSJD

A) Incorporar el nodo hospitalario como pieza urbana integral al área de actividad central principal de la ciudad

Líneas de acción	Operación urbana	Acción urbana integral e instrumento especifico	Elementos o proyectos estructurantes
Línea de acción principal			
Área de actividad central principal ▪ Incorporar el CHSJD como parte del ÁREA DE ACTIVIDAD CENTRAL PRINCIPAL de la ciudad.	- Mediante la incorporación del CHSJD dentro del **perímetro de la centralidad centro** de la ciudad	- **operación estratégica centro** (Centro Tradicional – Centro Histórico) Sistema de centralidades	
Líneas de acción complementarias			
IMAGEN URBANA DEL LUGAR (CHSJD). ▪ Configurar la IMAGEN URBANA DEL LUGAR (CHSJD) como un **espacio de alta jerarquía**.	-Mediante la constitución de un **espacio de carácter central** de referencia en la ciudad (HITO URBANO) y su constitución como "PUERTA URBANA" al centro.	- **Conjunto monumental de espacio público**. Propuesta CHSJD como CMEP (valores Arquitectónicos, Patrimoniales y urbanos) y parte de la FRANJA DE INTERVENCIÓN PRIORITARIA del PZCB. Sistema de espacio público	
Estructura ecológica principal - EEP. ▪ Incorporar el CHSJD como parte de la ESTRUCTURA ECOLÓGICA PRINCIPAL - EEP de la ciudad central.	- Mediante la constitución de un **espacio ambiental principal** en la Estructura Ambiental del centro (PZCB).	- **Nodo ambiental urbano PZCB.** Constitución del CHSJD como nodo ambiental del PZCB. ESTRUCTURA AMBIENTAL DEL CENTRO	
Articulación de equipamientos urbanos ▪ Configurar la ARTICULACIÓN DE EQUIPAMIENTOS URBANOS entorno al CHSJD.	- Mediante la constitución de un **espacio estratégico** en la Estructura Urbana del centro (PZCB) de la ciudad consolidando la concentración de actividades de salud.	- **Nodo de equipamientos urbanos.** Conformación y constitución de un nodo urbano y los circuitos de integración urbana. Sistema distrital de equipamientos.	

Estrategias urbanas generales – Formulación componente urbano PEMP CHSJD

B) Constituir una zona o nodo hospitalario en el centro de la ciudad

Líneas de acción	Operación urbana	Acción urbana integral e instrumento especifico	Elementos o proyectos estructurantes
Línea de acción principal			
Pieza integral de salud ▪ Configurar el CHSJD como una PIEZA INTEGRAL DE SALUD.	- Mediante la constitución del CHSJD de un **conjunto urbano integral de hospitales**, que consolide una "**zona hospitalaria**" estratégica y principal para el centro.	**- Nodo hospitalario** Incorporación y consolidación del CHSJD como Nodo Hospitalario y parte de las **ciudadelas de equipamientos** DE SALUD METROPOLITANOS Y URBANOS de nivel 3 y 4 –**Red de "«Zonas Hospitalarias»**"–en sector centro oriente de la ciudad. Sistema equipamientos de salud	
Líneas de acción complementarias			
Subsistema de espacio público articulador ▪ Configurar un SUBSISTEMA DE ESPACIO PÚBLICO de articulación entre los Hospitales del Núcleo constituido por el CHSJD y los tres focos de salud (Misericordia, Santa Clara y Samaritana).	- Mediante la constitución de una **plataforma espacial de implantación** del **nodo hospitalario** como Estructura Funcional y de Soporte Espacial	**- Proyecto integral de espacio público local.** Formulación de un Proyecto Urbano de espacio público para la **implantación del Nodo Hospitalario** Sistema de espacio público zonal PZCB	
Sistema de espacio público de integración ▪ Identificar el SISTEMA DE ESPACIO PÚBLICO DE INTEGRACIÓN DE LA ZONA HOSPITALARIA.	- Mediante la constitución de una **plataforma espacial de integración** del **nodo hospitalario** al contexto urbano (Centro Urbano, al norte y Áreas residenciales, al sur)	**- Estructura de espacio público urbano contextual** - Planteamiento de una Estructura de Espacio Público para la **integración del Nodo Hospitalario al** contexto urbano. Sistema de espacio público urbano - ciudad	

4.1.4.2 Propuesta ambiental

Esta estrategia de manejo ambiental se despliega en el contexto de un doble proceso de degradación ambiental. Por un lado, el entorno del complejo hospitalario presenta una baja calidad ambiental, con numerosos factores que lo convierten en un entorno urbano agresivo y en una fuente de riesgos para la calidad interior del complejo: ruido, emisiones y vibraciones del fuerte tráfico de vías principales, vectores y fauna urbana, baja calidad sensorial del espacio público, y deficiente recolección de residuos sólidos. Por otra parte, la mayor parte de las acciones ambientales del PEMP debe lidiar con los riesgos ambientales generados y acumulados en tres situaciones sucesivas:

- La construcción y las adecuaciones posteriores de los edificios, con algunos materiales peligrosos y deficiencias bioclimáticas.
- El prolongado funcionamiento hospitalario con acumulaciones focales de deterioro físico o sustancias peligrosas.

El prolongado período de abandono, sin que haya existido nunca un proceso de cierre y control de los factores anteriores, algunos de los cuales permanecen, otros se desvanecen y otros empeoran, con el tiempo.

Así mismo, este manejo ambiental se da dentro de un doble reto: armonizarse con criterios y acciones de restauración y conservación patrimonial y garantizar las condiciones ambientales seguras para el funcionamiento hospitalario, el cual involucra población físicamente vulnerable y numerosos factores de riesgo físico, químico y biológico.

Control de riesgos ambientales en la zona de influencia

En el documento de diagnóstico se observa claramente que el CHSJD se ve afectado por una serie de riesgos ambientales en su entorno. Así, en esta propuesta las líneas de acción tienen el propósito de hacer frente a estos riesgos ambientales, las cuales son: el control de la fauna urbana, la armonización de usos y actividades y el manejo de residuos sólidos en el entorno.

Control de la fauna urbana

Consideración general: en esta línea de acción sobre fauna urbana se tiene en cuenta notablemente los siguientes animales presentes en el área de influencia: perros, gatos, palomas, ratas, etc.

Factores de deterioro ambiental: la fauna urbana sin control es vector de problemas de salubridad y de contagio de enfermedades, lo que hace aumentar el riesgo biológico en el área de influencia pudiendo causar problemas sanitarios en la población.

Acciones a implementar:

1. Realización de jornadas de vacunación y esterilización de perros y gatos en las zonas de influencia trazadas para el hospital.
2. Instalación de canecas para la disposición de los residuos residenciales y comerciales en el área de estudio con el fin de que las basuras no estén dispersas y no atraigan fauna urbana.

Beneficios: un entorno más salubre y saludable debido a la reducción de los riesgos biológicos, como pueden ser los casos de contagio de enfermedades provenientes de animales a las personas.
Costos: $180 millones.

Indicadores de seguimiento:
1. disminución de los eventos por contaminación y ataques a la población por parte de animales callejeros registrados en los distintos Planes Ambientales Locales en los que se encuentra inmerso el área de estadio del PEMP.
2. (%) porcentaje del área construida impermeabilizada con respecto de la fauna urbana interior, incluidas las áreas verdes y jardines internos.

Recomendaciones: llevar a cabo estas acciones de manera conjunta entre la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Ambiente.

Armonización de usos y actividades vecinas

Consideración general: durante la fase de diagnóstico, se identificó la presencia no regularizada de diversas actividades comerciales y semi-industriales que generan condiciones de riesgo para el patrimonio cultural material, y la futura función hospitalaria del HSJD. Bajo esta perspectiva de conflicto espacial ambiental, es evidente la necesidad de armonizar las actividades del sector en el cual se emplaza el hospital. Esta armonización consiste en la no existencia de actividades económicas y/o usos vecinos que sean muy agresivos, riesgosos o poco apropiados para el entorno saludable que necesita el uso hospitalario.

Factores de deterioro ambiental: invasión del espacio público por actividades económicas que dificultan el tránsito peatonal. Ciertas actividades comerciales muy numerosas y muy concentradas en un espacio muy reducido, lo que aumenta los niveles de ruido y emisiones dentro de los barrios. Actividades económicas riesgosas: riesgo de explosión e incendio por estaciones de servicios situadas en la proximidad de comercios de venta de telas.

Acciones a implementar:
1. Regularización del uso inadecuado del espacio público externo, particularmente la invasión del mismo por actividades económicas.
2. Establecimiento de máximos ambientales permitidos en materia de ruido y emisiones, con los correspondientes horarios acordados con la población del área de estudio del PEMP.
3. Disminución del factor de riesgo por incendio, mediante la implementación de medidas de precaución ambiental para los actores comerciales de la zona.

Beneficios: una armonización e integración entre los barrios y el CHSJD, más que un choque entre estos dos elementos, como expresión de una situación que favorece mutuamente ya que por un lado se contribuye a crear un entorno saludable tanto para los vecinos como para las personas dentro del hospital, además todas las personas –trabajadores, pacientes, familiares que visitan a los pacientes, etc.– representan una gran demanda que puede sentirse atraída hacia las actividades económicas de los barrios de alrededor si éstas se convierten en un entorno más amable.

Costos: $350 millones.

Indicadores de seguimiento:
1. (%) porcentaje del espacio público libre de presencia de actividades comerciales formales, informales o no reguladas.
2. (%) porcentaje de unidades prediales dentro del área de estudio que cumplen con los acuerdos de máximos ambientales en materia de ruido y emisiones, dentro de los horarios establecidos.
3. (%) porcentaje de establecimientos comerciales o semi-industriales dentro del área de estudio que cumplen con requerimientos y estándares de seguridad ambiental y responsabilidad ambiental empresarial.

Recomendaciones: llevar a cabo estas acciones en concertación con la comunidad, llegar a un acuerdo conjunto sobre las reglas del juego o normas de convivencia con un mensaje positivo en dónde se incentiven las buenas prácticas, se busque el mejoramiento de la calidad de vida y el beneficio de todos en vez de realizar estas acciones de manera impositiva y con un mensaje prohibitivo. No obstante, a manera de recomendación se considera que la presencia cercana de bombas y estaciones de servicio tanto de gas como de gasolina en un sector comercial y semi-industrial cuyos principales productos son derivados de las telas y las maderas son un factor de riesgo que no garantiza un ambiente saludable para el complejo hospitalario. Por lo tanto, se considera que a mediano y largo plazo se busque la reubicación de estas bombas y estaciones de servicio.

Manejo de residuos sólidos en el entorno

Consideración general: el manejo de residuos sólidos en el entorno es uno de los problemas más destacados del área de influencia puesto que la mayoría de las calles y de los espacios públicos presentan suciedad, deterioro, y descuido debido al mal manejo de los residuos sólidos. Además es una de las cuestiones más complejas ya que exige un ejercicio de educación, sensibilización y cultura ciudadana entre los vecinos.

Factores de deterioro ambiental: insalubridad del entorno debido a la disposición de residuos sólidos en los espacios públicos.

Acciones a implementar:
1. Instalación de canecas para la disposición de los residuos residenciales y comerciales en el área de influencia.
2. Realización de jornadas de limpieza y educación ciudadana con respecto al manejo de los residuos –residenciales y comerciales–.

Beneficios: un entorno saludable y amable donde las calles y los espacios públicos sean espacios cuidados y de convivencia entre las actividades económicas y la calidad de vida de los vecinos.

Costos: $100 millones.

Indicadores de seguimiento:
1. (%) porcentaje de puntos de recolección de basuras con canecas instaladas en el área de estudio.
2. Número de focos de contaminación por disposición en masa inadecuada de residuos residenciales y comerciales.
3. Porcentaje de la población del área de estudio que conoce y respeta los horarios de recolección de basura y las medidas ambientales para la disposición de los residuos sólidos.

Recomendaciones: se debe enfatizar en la importancia de las campañas de educación, sensibilización y de cultura ciudadana en el manejo de residuos sólidos. Con respecto a este tema se vuelve necesario establecer unas reglas del juego dentro de la comunidad, dónde, en vez de penalizar, se apueste más por incentivar las buenas prácticas, el respeto a las normas de convivencia y por fomentar una mejor calidad de vida para todos.

Pacificación del Tráfico

Consideración general: la pacificación del tráfico consiste en poner restricciones a las actuales condiciones del tránsito para calmar el paso de los vehículos así como desincentivar el uso del vehículo particular. Igualmente, la pacificación del tráfico tiene por objetivo integrar a los peatones y ciclistas de manera más segura en la movilidad urbana.

Factores de deterioro ambiental: micro-vibraciones, contaminación atmosférica y acústica debido a la gran cantidad de tráfico vehicular que se concentra en los tres ejes viales –Avenida Caracas, Avenida de la Hortúa y Carrera Décima– y al tipo de vehículos que circulan: vehículos de carga pesada, vehículos comerciales, buses de transporte público muy antiguos y contaminantes, entre otros.

Acciones a implementar:
1. Desvío del tránsito de vehículos de carga pesada por la Avenida de la Hortúa y regularización del tráfico de vehículos de carga pesada por la Carrera Décima con horarios y tarifas.
2. Establecimiento de horarios de carga y descarga dentro de las áreas comerciales del área del estudio del PEMP.
3. Desincentivar el uso de la bocina en los cuatro ejes viales transversales al hospital –Avenida de la Hortúa, Avenida Caracas, Carrera Décima, Calle 2 Sur–.
4. Establecimiento de máximos ambientales de emisiones por vehículo –tanto fijas como móviles– .
5. Instalación de un punto de control de nivel de ruido y calidad del aire dentro del CHSJD.
6. Instalación de barreras de árboles que impermeabilicen las actividades hospitalarias del HSJD contra los impactos medioambientales provenientes del flujo vehicular externo.

Beneficios: la pacificación del tráfico es otro elemento indispensable para crear un entorno saludable y amable no sólo alrededor del CHSJD sino en toda la zona hospitalaria. La pacificación del tráfico además de traducirse en una reducción de los niveles de contaminación atmosférica y acústica, así como las micro-vibraciones, supone un cambio a unos espacios más seguros para el peatón y los ciclistas ya que los vehículos dejan de tener la prioridad.

Costos: $120.000 millones.

Indicadores de seguimiento:
1. Reducción porcentual de los niveles de emisiones fijas y móviles provenientes de la contaminación vehicular del área de estudio del PEMP.
2. Reducción porcentual de los niveles de ruido provenientes de la contaminación vehicular del área de estudio del PEMP.
3. Reducciones porcentuales de la magnitud y frecuencia de micro-vibraciones provenientes de la contaminación vehicular del área de estudio del PEMP.

Recomendaciones: ninguna.

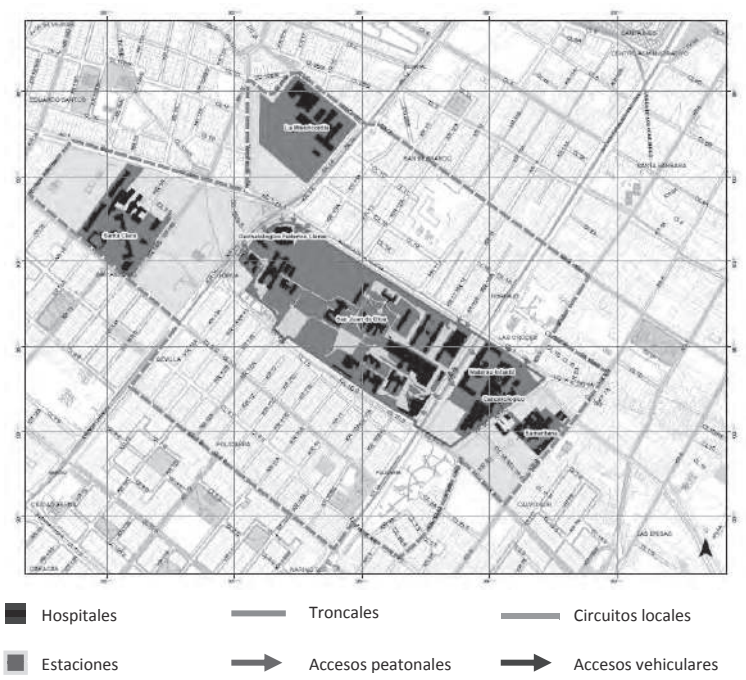
4.1.4.3 Propuesta de espacio público y movilidad

La accesibilidad a la zona de La Hortúa, su conectividad con la ciudad y el desplazamiento interno presentan dificultades por el tipo de trazado y estructura del sistema vial arterial, por la debilidad de la red vial intermedia y por las modalidades de transporte que soportan la movilidad.

El impacto de los ejes troncales de transporte público principalmente, han generado un efecto barrera que dificulta y disminuye, de una parte, la fluidez de los desplazamientos peatonales y de ciclistas, de ambulancias y vehículos de emergencia que requieren interactuar con el nodo hospitalario, y de otra, disminuye también la fluidez de los desplazamientos motorizados por alta

presencia del vehículo privado y su efecto en la congestión de tráfico y en la contaminación ambiental.

Esta situación obedece a que infraestructuras viales y de transporte han sido concebidas y construidas dando prioridad a dichos ejes, restringiendo la comunicación E–W y viceversa. Este aspecto acentúa el aislamiento, deterioro y despoblamiento de los barrios San Bernardo, Sevilla y Policarpa, que hacen parte de la zona de influencia. Esta condición creciente, no favorece la expectativa de altos flujos de peatones que se pueden incrementar por la construcción de la Primera Línea del Metro –PLM–, así como por la reactivación del CHSJD y la dinámica urbana asociada.



Plano 71. Movilidad Actual.

Perfil de la propuesta

Objetivo: es necesario, por tanto, desde la visión urbana de conjunto del PEMP, proponer acciones y actuaciones en el sistema de movilidad frente a escenarios viables, con el fin de mitigar efectos urbanos, sociales y ambientales, en primer lugar, así como dar respuesta a oportunidades económicas a la población asentada, facilitando la interacción con usos planificados.

Estrategia: con base en lo anterior, es determinante prever en el corto plazo: 1) Dar prioridad a la conectividad en sentido E-W y viceversa; 2) Facilitar las relaciones funcionales entre usos actuales y futuros al interior del área de estudio –Área Afectada y Zona de Influencia–, sobretodo de ambulancias y vehículos de emergencia, peatones y ciclistas, dada su condición futura de hospital universitario de alto nivel de complejidad; 3) Prevalencia a peatones y ciclistas en el tránsito en el nodo hospitalario, dándoles prioridad sobre los demás medios y modos de transporte, lo cual debe regir desde el inicio del proceso de reapertura del CHSJD.

Líneas de acción:

a) Línea de Acción 1: Objetivo
Conservar la estructura físico espacial general del AA y la ZI como conjunto urbanístico, aspecto que fue valorado en el estudio edilicio y el diagnóstico urbano.

b) Línea de Acción 2: Objetivo.
Recuperar las redes de caminos y senderos históricos del BIC, en concordancia con la estructura general y los grupos de edificaciones del PEMP como una unidad físico-espacial.

c) Línea de Acción 3: Objetivo.
Consolidación del CHSJD como eje central del nodo hospitalario, para promover si es del caso, complementariedad de servicios médico hospitalarios, economías de escala, *clúster* de salud, soportados en una red física y funcional de movilidad y accesibilidad integral.

e) Línea de Acción 4: Objetivo.
Desarrollar con visión prospectiva de largo plazo, proyectos estratégicos como la adecuación de un helipuerto dentro del Área Afectada, así como integrar la zona de estudio al enfoque de Desarrollos Orientados al transporte (DOT), previstos para la gestión de la Primera Línea del Metro (PLM).

Proyectos estratégicos: Helipuerto y PLM.

Proyectos:

Proyecto	Descripción
Línea 1: Objetivo: conservar la estructura físico espacial general del AA y la ZI como conjunto urbanístico, aspecto que fue valorado en el estudio edilicio.	
P1: Alameda Avenida de la Hortúa	Diseño integral del espacio público y mobiliario urbano, adecuación de calzadas y andenes; directrices para la propuesta de movilidad vehicular, no motorizada y peatonal. Incluye subterranización de redes, e intervención en calzadas.
P1: Parque Lineal San Bernardo.	Conformar un corredor ambiental que contribuya a mitigar impactos negativos de ruido y contaminación, así como a proteger el área del Barrio San Bernardo que se localiza en la ZI, en el marco del proyecto de renovación urbana denominado San Bernardo Carrera 10ª, determinado mediante resolución 1129 de 2014, con el fin de dar cabida al gran volumen de peatones que acceden en medios masivos de transporte –PLM y troncales– a la zona central de Bogotá, y en particular al nodo hospitalario.
P3: Red de Alamedas Z1	Con el fin de enlazar y relacionar tanto las áreas barriales como el nodo hospitalario, se propone conformar una red de circuitos locales tipo alameda, adecuadas sobre vías de barrio, con una continuidad para medios no motorizados dentro de la zona de influencia, contribuyendo a fortalecer la visión de conjunto propuesta por el PEMP. Dichas alamedas deben propiciar continuidad funcional del Barrio San Bernardo con el BIC, permitir la interacción entre el área afectada –Campos de futbol, la capilla y la zona de influencia–, mediante la adecuación para el uso de medios no motorizados en sentido N-S.
b) Línea de Acción 2: Objetivo: recuperar las redes de caminos y senderos históricos del BIC, en concordancia con la estructura general y los grupos de edificaciones del PEMP como una unidad físico-espacial.	
P 4: Circuito de movilidad interna, dentro del Área afectada)	Proveer facilidades para la circulación interior, suficientes para el cumplimiento de los objetivos del programa médico arquitectónico, en sus diferentes etapas, para lo cual se requiere adelantar adecuaciones que se deben dar sobre los caminos internos, relacionando los edificios entre sí y con las áreas de estacionamiento de corta y larga duración, temporales –en la etapa de reapertura– y definitivos. Todo ello debe preverse, acorde con el Programa médico arquitectónico.
c) Línea de Acción 3: Objetivo: consolidación del CHSJD como eje central del nodo hospitalario, para promover si es del caso, complementariedad de servicios médico hospitalarios, economías de escala, clúster de salud, soportados en una red física y funcional de movilidad y accesibilidad integral.	
P.5: Plan de estacionamientos	Diseñar una estrategia de gestión y financiación innovadora de una importante oferta de estacionamientos en el sub suelo, bajo una modalidad de Asociación Público Privada –APP–, concesión privada o mixta, o a través del fondo de estacionamientos del Distrito, a cargo del Instituto de Desarrollo Urbano –IDU–, que facilite esta actividad a la población que interactúa con los servicios que preste el CHSJD, en general a la zona hospitalaria, a la población que habita los barrios circundantes, y en particular, a la población que accede al área central, contribuyendo así a la recuperación y re funcionalización el conjunto hospitalario.
P.6: Programa de pasos peatonales.	Recuperar de manera prioritaria la conexión urbana original del conjunto San Juan de Dios con el Instituto Materno Infantil, fragmentada por la construcción de la Carrera Décima. Complementariamente, prever una red de accesos peatonales y vehiculares.
P.7: Puesta en operación del paso peatonal deprimido.	Restablecer la integralidad espacial y funcional del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios –Área Afectada–, perdida por la intrusión de la Carrera Décima y luego por su adecuación al sistema Transmilenio.
e) Línea de Acción4: Objetivo. Proyectos estratégicos: Helipuerto y PLM.	
P.8:Helipuerto	Considerar con visión prospectiva de largo plazo, la adecuación de un helipuerto dentro del AA, con el fin de atender situaciones de emergencia en la ciudad, en concordancia con la Resolución número 01092 del 13 MAR 2007 «Por la cual se adoptan unas normas sobre Aeródromos, Aeropuertos y Helipuertos y se adicionan como Parte Décimo Cuarta a los Reglamentos Aeronáuticos de Colombia».
P9: Articulación con la PLM.	Evaluar impactos urbanos, territoriales, sociales, económicos y ambiental por la inserción en la PLM, y la operación de las dos estaciones (Nariño y Hortúa) localizadas en el área de estudio.

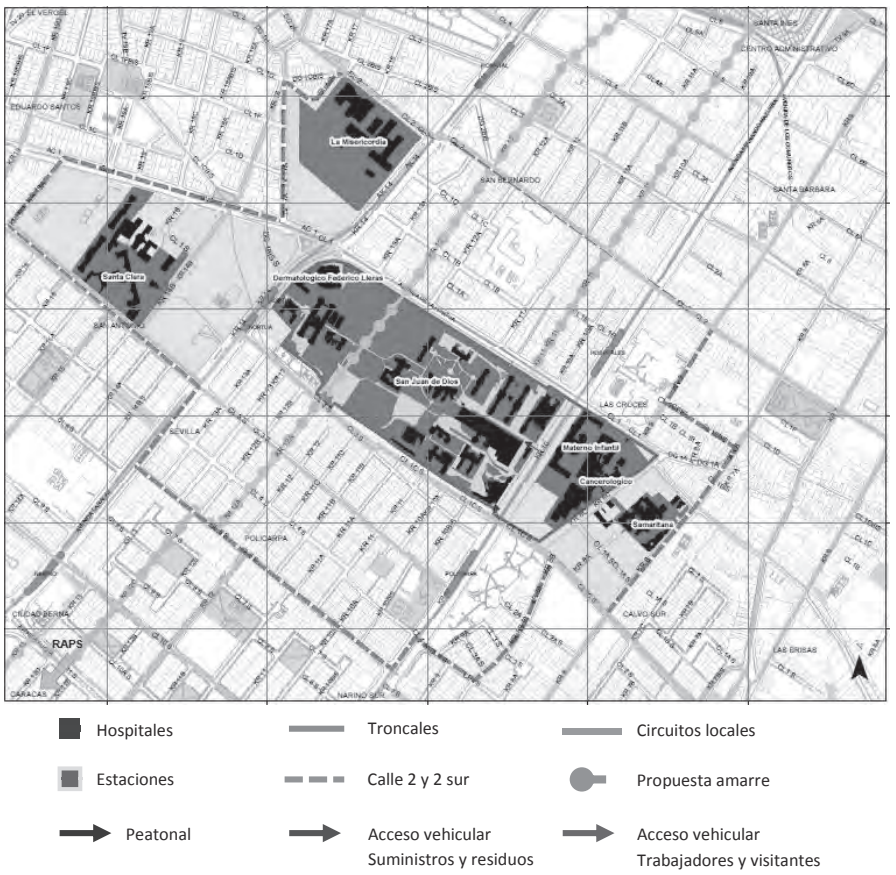
En materia de espacio público y movilidad, la propuesta diferencia tres niveles de planificación, gestión y escenario temporal:

a. El *nivel estratégico* afecta el sistema de movilidad del área afectada y de la zona de influencia en el largo plazo, implica la adquisición de predios entre otros factores y se proyecta a un periodo de por lo menos 10 años.
b. El nivel *táctico* trata de cuestiones tales como el mejor aprovechamiento de las instalaciones e infraestructuras actuales del área afectada y de la zona de influencia y tiene un escenario temporal más corto y puntual –5 años–.
c. El *nivel operativo*, trata los asuntos relacionados con la provisión de servicios de transporte y adecuación de infraestructuras viales y de espacio público en el área afectada y en la zona de influencia como una unidad funcional, en concordancia con las fases previstas en el proceso de reapertura y tiene un escenario de corto plazo –1 año–.

Cada uno de estos niveles definen condiciones para la articulación del CHSJD con el entorno de manera integral, cumpliendo con objetivos específicos para alcanzar soluciones escalonadas en materia de: infraestructuras viales para tráfico general, para bicicletas, peatones, vehículos de carga, entre otros; infraestructuras de transporte como estacionamientos y paraderos; medios y normas apropiadas que regulen el uso de las redes de movilidad y accesibilidad, localizadas en el área afectada y zona de influencia de manera integral. Esta desagregación de las líneas de acción dentro de los diferentes niveles se ilustra a continuación.



Plano 72. Síntesis propuesta de espacio público y movilidad: Nivel Operativo.



Plano 73. Síntesis propuesta de espacio público y movilidad: Nivel Táctico.



Plano 74. Síntesis propuesta de espacio público y movilidad: Nivel Estratégico.

4.1.4.4 Usos y edificabilidad

A partir de la expedición de una serie de disposiciones distritales como el Decreto 562 de 2014 «Por el cual se reglamentan las condiciones urbanísticas para el tratamiento de renovación urbana, se incorporan áreas a dicho tratamiento, se adoptan las fichas normativas de los sectores con este tratamiento y se dictan otras disposiciones» (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2014) , del Decreto 070 de 2015 “Por el cual se establece el Sistema Distrital de Patrimonio Cultural, se reasignan competencias y se dictan otras disposiciones”, y del Decreto 079 de 2015 "Por el cual se complementan y modifican los procedimientos para el estudio y aprobación de los Planes de Implantación y Planes de Regularización y Manejo, contenidos en los Decretos Distritales 1119 de 2000 y 430 de 2005, y se dictan otras disposiciones", se adelantó un nuevo ajuste a la formulación de la norma y el manejo normativo para los predios localizados en la Zona de Influencia.

Con el fin de consolidar dicha formulación final en los temas de usos y edificabilidad, y atendiendo el principio de coordinación interinstitucional, se llevó a cabo el intercambio de conceptos y planteamientos con la SDP al respecto de los alcances específicos que debía contener este PEMP, lo que dio como resultado la definición y orientación para los temas mencionados a la luz de lo establecido en el sistema nacional de patrimonio y a ser contemplado en la elaboración de los PEMP. La siguiente tabla contiene dichos alcances.

Tabla 9. Coordinación interinstitucional de alcances normativos.

NORMATIVA DISTRITAL Decreto 562 de 2014 renovación urbana por redesarrollo o reactivación	**PEMP CHSJD** Prevalece sobre el POT, Ley 1185 de 2008, artículo 7, numeral 1.5
USOS según lo establecido en las respectivas UPZ: 35 Ciudad Jardín, 38 Restrepo, 37 Santa Isabel, 95 Las Cruces, 33 Sosiego	“… puede limitar los aspectos relativos a usos …” Ley 1185 de 2008, artículo 7, numeral 1.3, en ese caso **restringiendo los usos que considera inconvenientes para la preservación del BICN**
EDIFICABILIDAD altura libre según capacidad del predio, aplicando aislamientos y retrocesos por tendencia del costado de manzana	“… puede limitar los aspectos relativos a … edificabilidad …” en este caso **estableciendo un número máximo de pisos posibles a desarrollar, en forma total o gradual para la zona de influencia**
CARGAS URBANÍSTICAS a partir del índice de construcción 2.0, con las alternativas: 1. Desarrollarlas en el sitio 2. Trasladarlas a otro lugar 3. Pagarlas	“deberá fijar…las **determinantes** que desarrollarán las diferentes administraciones locales, en relación con los instrumentos de gestión del suelo, tales como **planes parciales**… y de **renovación urbana**… así como los compromisos de inversión pública y privada.” Decreto 763 de 2008, artículo 21.
	Define que las cargas tienen las alternativas: **1.** Desarrollarlas en el sitio con **condiciones** **2.** Trasladarlas **dentro del perímetro del PEMP** **3. No se pueden pagar**
	El desarrollo de las cargas en sitio tiene condiciones: 1. Parque no menor a 300m2

	2. Espacio público sobre ancho de andén garantizando la totalidad del costado de manzana
Rampas y escaleras, aislamientos y empates, habitabilidad, voladizos, equipamiento comunal privado, cerramientos, sótanos y semisótanos, estacionamientos, subdivisiones, intervenciones	No plantea modificaciones

4.1.4.4.1 Enfoque y lineamientos normativos para los barrios San Bernardo y Policarpa-Sevilla de la Zona de Influencia

La formulación del manejo normativo en usos y edificabilidad para la Zona de Influencia (ZI) del BIC se fundamenta en el tercer objetivo y su estrategia, planteados en el PEMP y específicamente enunciados al inicio del presente acápite.

El objetivo: Reintegración y fortalecimiento del área residencial.

La estrategia: Fortalecer la oferta y vocación residencial de los barrios San Bernardo, Policarpa, Sevilla, Las Cruces, y Modelo Sur, que entre otras acciones deberán ser vinculados a los programas de densificación de vivienda en el centro, incrementando así su potencial para acercar los sitios de trabajo y zonas de vivienda de tradicionales y nuevos residentes del centro; definir zonas de estos barrios para el desarrollo de programas VIS y VIP; implementar programas de renovación que permitan la reactivación de manzanas deprimidas; desarrollar programas de vivienda para trabajadores vinculados al funcionamiento de los hospitales del nodo, con la participación de cajas de compensación, entidades hospitalarias, y con incentivos y gestión del Distrito.

La recualificación de las áreas residenciales que involucra los barrios San Bernardo y Policarpa-Sevilla, está en función de garantizar la sostenibilidad y conservación del BICN. En la medida en que se consolide un territorio saludable para los residentes tradicionales y los potencialmente nuevos de la Zona de Influencia, se generará un entorno armónico y más habitado que podrá ser articulado en forma más directa con los valores y funcionamiento del complejo hospitalario, lo que necesariamente redundará en la construcción del vínculo BIC-comunidad a través del reconocimiento y por tanto la apropiación del patrimonio cultural presente.

La estrategia urbana para el área residencial del barrio Policarpa-Sevilla consiste en consolidar este vecindario como una zona de *vivienda productiva* gestionada por sus propios residentes y propietarios. Se trata entonces de consolidar una tendencia ya en curso, consistente en una densificación del área construida dentro de un umbral razonable y ecoeficiente del trazado existente y el catastro de predios , en la que se combina en cada predio el uso de vivienda con actividad económica basada en pequeñas empresas generadoras de ingresos para sus habitantes. Por tanto es una dinámica de transformación urbana que se hace predio a predio, promovida y financiada principalmente por las familias residentes, cuyo resultado es un incremento del área destinada a vivienda y la generación de un área destinada a la actividad económica desarrollada por la misma familia. Se excluye de este proceso la franja de predios que fueron adheridos irregularmente al costado polígono del Complejo Hospitalario.

La estrategia urbana para el área residencial del barrio San Bernardo está orientada, a diferencia del barrio Policarpa, a la renovación urbana y no a la consolidación de una tendencia en curso. La renovación de este barrio no puede ser pensada en una actuación urbanística soportada en la gestión del predio a predio, sino en un nuevo proceso de urbanización y edificación basado principalmente en el englobe de predios, el reajuste del suelo y la gestión asociada entre propietarios y otros promotores para incrementar las unidades de vivienda y generar áreas de actividad económica para prestar servicios tanto a las nuevas unidades residenciales como servicios al nodo hospitalario. El proceso de renovación de este vecindario bajo el modelo de unidades multifamiliares y unidades especializadas para la actividad económica deberá estar limitado y acotado por dos consideraciones urbanas: (i) se debe generar un modelo de barrio con clara identidad y unidad espacial, lo que implica adoptar un modelo de densificación, ocupación y volumetría con calidades urbanísticas homogéneas y no producto del "potencial" de los predios individuales. (ii) El modelo urbano del barrio renovado debe coadyuvar a la protección y puesta en valor del BICN y del nodo hospitalario.

La renovación de este vecindario debe tener en cuenta la existencia de tres sectores distintos dentro de San Bernardo y sus diferencias morfológicas, espaciales y urbanas, que conllevan reajustes del suelo, del trazado actual y la dotación de espacio público.

Directriz para los usos

El Decreto 562 de 2014 en su artículo 3, establece que "Los usos del suelo permitidos en los sectores con tratamiento de renovación urbana en la modalidad de reactivación son los establecidos en las fichas reglamentarias de las UPZ…" También reitera la obligatoriedad de permanencia de los usos dotacionales. En el parágrafo del mismo artículo establece que "… el uso residencial se permite en estructuras arquitectónicas unifamiliares, bifamiliares, multifamiliares y como vivienda compartida."

Una vez adelantado el análisis de los usos establecidos por las fichas de las UPZ correspondientes, este PEMP identifica y restringe los usos que son inconvenientes y/o incompatibles para el fortalecimiento de los barrios como áreas residenciales pero no exclusivas, lo cual necesariamente también afecta la preservación del BICN.

La tendencia a la concentración de determinados usos y/o servicios en la ciudad, se refleja también en el caso de los barrios San Bernardo y Policarpa-Sevilla, que generan por así decirlo una especialización de la oferta que se ha ido fortaleciendo con la respectiva demanda. Para San Bernardo se trata de los almacenes y fábricas de muebles, y para el Policarpa de las telas y confecciones. El problema radica en la forma precaria en que se desarrollan y el impacto que generan en su entorno, particularmente en el espacio público.

Los usos restringidos para los barrios de la Zona de Influencia son los establecidos en la Resolución de aprobación del PEMP, teniendo en cuenta que son generadores de impactos negativos en el entorno en que se localizan, afectando las condiciones urbanísticas y ambientales de estos barrios y por tanto representan una amenaza para la conservación del conjunto monumental.

Directriz para la densificación

La experiencia bogotana en la declaratoria de áreas de redesarrollo con expectativas de densificación sin límites aparentes, ha visto como, la tendencia del efecto generado es inverso a lo esperado y planeado. El anuncio de un posible desarrollo que multiplica en forma casi desproporcionada la producción de metros cuadrados en los predios, genera en los propietarios la sensación de tener una mina de oro que automáticamente eleva los precios del suelo de una manera realmente desproporcionada, y ese fenómeno particularmente en las áreas deprimidas y sin un horizonte totalmente claro de las posibilidades reales de construcción, da origen a la especulación del suelo que hace inviable el desarrollo de proyectos, convirtiéndolas en áreas prácticamente congeladas.

El Decreto 562 de 2014 ya mencionado, establece la altura libre para las áreas objeto de renovación, la cual termina siendo regulada por la capacidad del predio a desarrollar, a través de «…la aplicación de las normas sobre aislamientos, empates, obligaciones urbanísticas, antejardines, retrocesos, provisión del equipamiento comunal privado…», lo que puede dar como resultado un desarrollo totalmente heterogéneo, según lo observado en la siguiente imagen que corresponde a la modelación adelantada en el marco del Plan de Revitalización del Centro desarrollado por el IDPC.



Figura 23. Modelado norma vigente en San Bernardo.
Fuente: Plan Revitalización IDPC.

Con este antecedente como uno de los soportes para establecer la edificabilidad en los barrios de la Zona de Influencia, el PEMP plantea una altura máxima permitida posible a ser desarrollada en cualquier modalidad de la renovación y en forma individual o por englobe de predios, con el objetivo de obtener un desarrollo homogéneo que permita al BICN contar con un entorno armónico que constituya un escenario o imagen legible, que refleje una estructura de norma orientada a obtener como resultado un perfil urbano continuo, sin perjuicio de la aplicación de la norma vigente en todos los demás aspectos.

Con el fin de definir la altura máxima permitida antes mencionada, se adelantó el análisis de las siguientes variables específicamente en los barrios San Bernardo y Policarpa-Sevilla, con el fin de caracterizar las condiciones de partida para la toma de decisiones: la morfología urbana referida a las manzanas y las vías, y la condición predial con respecto a las alturas y los frentes de predio.

Morfología barrio San Bernardo

El sector del barrio San Bernardo contemplado dentro de la Zona de Influencia del BICN, está conformado por 15 manzanas en las que se identifican claramente tres grupos según formas, dimensiones y proporciones, además tienen asociadas vías con diferentes condiciones en sus perfiles.

El sector occidental presenta mayor regularidad en las manzanas, casi el 68% están entre los 3000 y 4000 m2 de área, cerca de un 56% presentan una proporción entre 2 y 3 (ancho sobre largo) con un ancho entre 30 y 40 m. Las vías asociadas a este sector están entre los 12 y 16 metros de ancho con una solo calle menor a 10 m, y predomino promedio de 15 m.

El sector oriental presenta mayor irregularidad en su morfología con un 60% de manzanas con más de 7000 m2, unas relaciones de proporción en la gran mayoría de 4 en adelante (ancho sobre largo)

y se mantiene el mayor porcentaje de manzanas en un ancho entre 30 y 40 m. Las vías presentan irregularidad en sus dimensiones y van desde los 6.6 hasta los 14 m, con predominio promedio de 12 m de perfil.

En el sector central se localiza una manzana de mayor dimensión y totalmente atípica dentro de la morfología del barrio.



Plano 75. Barrio San Bernardo dimensiones de manzanas y vías.

Tabla 10. Barrio San Bernardo dimensiones de manzanas.

ÁREAS DE MANZANAS		
RANGOS	CANTID	%
>1000	0	0,0
1000<3000	3	20,0
3000<4000	7	46,7
4000<7000	1	6,7
7000<24000	4	26,7
TOTAL	15	100,0

PROPORCIÓN MANZANAS		
RANGOS	CANTIDAD	%
<2	5	33,3
2 <3	6	40,0
3 <4	2	13,3
4 <13	2	13,3
TOTAL	15	100,0

ANCHOS DE MANZANA		
RANGOS	CANTIDAD	%
<30	1	6,7
30 <40	8	53,3
40 <50	3	20,0
50 <60	2	13,3
60 <142	1	6,7
	15	100,0

Con respecto a las condiciones prediales en San Bernardo, también se puede establecer un comportamiento diferencial entre los mismos sectores. En el occidental la altura predominante es de 2 pisos con casi el 40% de los predios, superando de cerca el porcentaje de las edificaciones en 1 piso, y con el 37% de predios en el rango de 8 a 10 m y el 33% menores a 8 m de frente.

En el sector oriental la altura predominante es de 1 piso con el 45.3% de los predios. Los frentes de los mismos en un 50% son menores a 8 m.

La manzana atípica localizada en el sector central del barrio, presenta en sus costados oriental y occidental predios con altura predominante de 1 piso representados en el 45.5% de los mismos, seguido por el 41% en 2 pisos. Los frentes de predio en una mayoría del 38.6% se ubican en el rango de 8 a 10 m de frente.

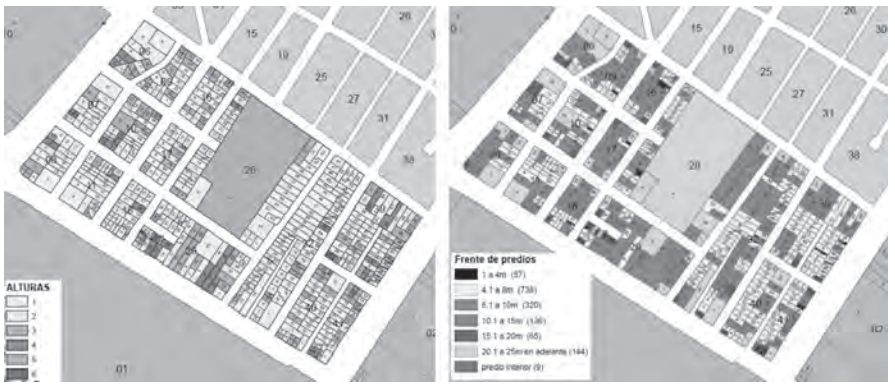


Figura 24. Barrio San Bernardo, alturas y frentes de predios.

Tabla 11. Barrio San Bernardo, alturas y frentes de predios.

ALTURAS EXISTENTES		
RANGOS	CANTID	%
1	198	40,8
2	159	32,8
3	90	18,6
4	25	5,2
5	12	2,5
6	1	0,2
TOTAL	485	100,0

FRENTES DE PREDIOS		
RANGOS	CANTID	%
1 a 4 m	19	3,9
4.1 a 8 m	200	41,2
8.1 a 10 m	136	28,0
10.1 a 15 m	59	12,2
15.1 a 20 m	22	4,5
20.1 a 25 m	48	9,9
PRED_INTER	1	0,2
TOTAL	485	100,0

Las cifras generales para la totalidad de los predios de San Bernardo, muestran el predominio de la altura de 1 piso con el casi 41% del total de predios, y un rango menor a 8 m de frente en el mismo porcentaje.

Morfología barrio Policarpa-Sevilla

El barrio Policarpa-Sevilla, está conformado por 38 manzanas que en general conforman un tejido urbano homogéneo, teniendo en cuenta las dimensiones y proporciones de las manzanas, con algunas excepciones, y la disposición de las vías y sus perfiles.

La excepción a la regularidad de las manzanas está representada por las dedicadas a los equipamientos y las localizadas entre las calles 1C sur y 2 sur. El análisis de las cifras dio como resultado que el 42.1% de las manzanas tienen un área entre 3000 y 4000 m2, y un 37% menor a 3000 m2. El 60% de las manzanas cumple una proporción entre 2 y 3 (ancho sobre largo). La mayoría de manzanas, correspondientes a un representativo 75%, se encuentran en el rango de 30 a 40 m de ancho.

Las dimensiones de los perfiles viales existentes están desde los 10 m hasta alcanzar en algunos puntos los 18 m, con la presencia de algunas vías de perfil menor a los 10 m. En general se puede verificar la regularidad de los perfiles de la malla vial local, con unas pocas vías de menores dimensiones.



Plano 76. Barrio Policarpa-Sevilla, dimensiones de manzanas y vías.

Tabla 12. Barrio Policarpa-Sevilla, dimensiones de manzanas y vías.

ÁREAS DE MANZANAS		
RANGOS	CANTID	%
>1000	4	10,5
1000<3000	14	36,8
3000<4000	16	42,1
4000<7000	2	5,3
7000<9000	2	5,3
TOTAL	38	100,0

PROPORCIÓN MANZANAS		
RANGOS	CANTIDAD	%
<2	7	21,9
2 <3	19	59,4
3 <4	6	18,8
TOTAL	32	100,0

ANCHOS DE MANZANA		
RANGOS	CANTIDAD	%
<30	3	9,4
30 <40	24	75,0
40 <50	3	9,4
50 <60	0	0,0
60 <70	2	6,3
TOTAL	32	100,0

La altura predominante en este barrio es 2 pisos con el 37% de predios, y un casi igual 36% en 3 pisos lo que marca una importante tendencia de consolidación. El rango predominante para los frentes de predio es el menor a 8 m con un 54.4%.

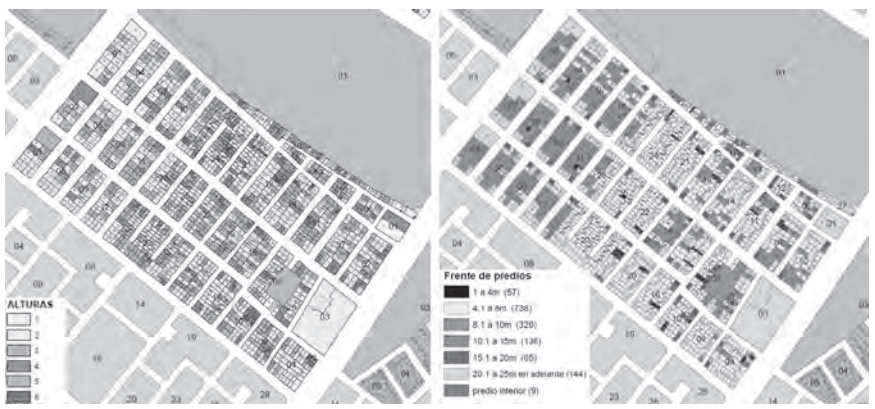


Figura 25. Barrio Policarpa-Sevilla, alturas y frentes de predios.

Tabla 13. Barrio Policarpa-Sevilla, alturas y frentes de predios.

ALTURAS EXISTENTES		
PISOS	CANTID	%
1	141	14,3
2	363	36,7
3	352	35,6
4	126	12,7
5	7	0,7
6	0	0,0
TOTAL	989	100,0

FRENTES DE PREDIOS		
RANGOS	CANTID	%
1 a 4 m	39	3,9
4.1 a 8 m	538	54,4
8.1 a 10 m	185	18,7
10.1 a 15 m	78	7,9
15.1 a 20 m	43	4,3
20.1 a 25 m	96	9,7
PRED_INTER	10	1,0
TOTAL	989	100,0

Conclusiones y lineamientos para la consolidación de los barrios

Teniendo en cuenta que las áreas de la zona de influencia del BICN están incorporadas al tratamiento de renovación urbana, con unas condiciones normativas que pueden llevar al desarrollo de proyectos bastante heterogéneos, y que es premisa del PEMP propender por un entorno homogéneo y armónico, se procedió a establecer la caracterización morfológica y predial de los barrios San Bernardo y Policarpa-Sevilla con el fin de identificar su potencial real de desarrollo para un proceso de crecimiento moderado y viable a mediano plazo, y no dejar abierta la posibilidad que se generen presiones que den como resultado la especulación del precio del suelo y que por tanto haga inviable el desarrollo de proyectos de cualquier escala.

El balance general de las cifras de análisis para estos dos barrios, muestra el predominio de manzanas con áreas entre los 3000 y 4000 m2, con proporción de relación ancho sobre largo entre 2 y 3, y un rango en general de ancho de manzana entre 30 y 40 m. A nivel predial san Bernardo prevalece en el mayor porcentaje comparativo con 1 piso y el barrio Policarpa con 2 pisos, aunque en el comportamiento en los frentes de predios se mantiene el predominio para ambos barrios en el rango de menores a 8 m.

La mayoría de manzanas tienen menos de media hectárea de terreno, con anchos que permiten predios entre 15 y 20 m de fondo y frentes menores a 8 m. Desde su origen carecen de antejardines y su desarrollo está orientado a mantener dicha condición en términos generales, y ratificado por la norma vigente, lo cual no da posibilidades a una ampliación de los perfiles viales.

Las condiciones que presenta la morfología de los barrios, permite hacer una lectura de las posibilidades reales del desarrollo de los mismos teniendo en cuenta las dinámicas y tendencias de estos barrios. Dichas posibilidades se resumen como sigue.

San Bernardo

- El desarrollo predio a predio con la capacidad actual predominante de los mismos (8 m), no permite el planteamiento de edificaciones en altura que puedan cumplir con los requerimientos normativos por ejemplo de estacionamientos.

- Un predio con frente de 15 m, producto de un englobe simple (dos predios) permite el desarrollo de edificaciones en altura que cumplen con requerimientos normativos, por ejemplo las dimensiones necesarias para los estacionamientos.

- El desarrollo de proyectos en unidades básicas correspondientes a predios con mínimo 12 m de frente permiten en una altura máximo de 6 pisos, desarrollar alrededor de 10 unidades de vivienda, que ya de por si genera una carga 10 veces mayor sobre el espacio público existente que no será ampliado.

- La densificación en forma moderada, que no implica la necesidad de grandes capitales para su desarrollo, no genera expectativas económicas que presionen en forma desequilibrada el alza de los precios del suelo, lo cual también permite mantener los residentes y propietarios tradicionales.

- El desarrollo de proyectos por unidades básicas prediales, no elimina la posibilidad de realizar mayores englobes que permitan intervenciones a mayor escala, siempre observando la altura máxima permitida de 6 pisos establecida por este PEMP.

- El desarrollo planteado permite mantener este barrio disponible para la intervención a escala según la capacidad (cantidad de predios) del inversionista de oportunidad.

- El sector oriental del barrio, presenta las condiciones urbanísticas más deficientes en la medida en que tiene calles en perfiles de 6.6 m y menores, y la proporción de las manzanas supera la relación del largo en 4 veces el ancho de la misma, lo que muestra problemas en la permeabilidad y accesibilidad del trazado urbano. Una intervención a través del redesarrollo de estas manzanas debe propender por el mejoramiento sustancial de estas condiciones existentes.

Policarpa-Sevilla

- El primer reconocimiento que es fundamental hacer, es la dinámica socioeconómica que existe en este barrio. La actividad residencial con un importante componente de mezcla de usos, por la consolidación de un comercio especializado que sirve de soporte a sus mismos habitantes, ha permitido la convivencia y permanencia de las comunidades residentes. Tiene una dinámica propia, arraigada en la actividad residencial y comercial.

- La dinámica actual con las condiciones prediales existentes, muestra la tendencia a la consolidación del barrio hacia los 4 pisos, en un tipo de crecimiento de forma progresiva.

- Sin necesidad de recurrir al englobe, es una altura que promueve la consolidación del perfil urbano con un crecimiento homogéneo, que básicamente representa doblar la condición predominante existente de 2 pisos a una altura máxima de 4 pisos.

- El crecimiento en altura por unidades prediales, no impide la posibilidad de realizar englobes para el desarrollo de edificaciones siempre observando la altura máxima permitida de 4 pisos, establecida por este PEMP.

El objetivo del PEMP, dentro del marco legal de su alcance establecido en la normativa del sistema nacional de patrimonio como se expuso con anterioridad, es garantizar un entorno homogéneo y equilibrado, que permita consolidar y proteger el paisaje urbano de su zona de influencia, lo cual da soporte a la valoración y reconocimiento del BICN, que es el fin mismo del PEMP.

En cumplimiento de este objetivo y con base en los resultados del análisis morfológico y predial adelantado, se plantearon las alturas máximas permitidas para cada barrio, aportando a las condiciones para un desarrollo viable de proyectos, y a la conservación de los valores tradicionales del trazado urbano de éstas áreas.

Se pretende así, propiciar un desarrollo edilicio coherente y consecuente con las características consolidadas del desarrollo histórico y valores urbanísticos reconocidos en una nueva homogeneidad de mayor escala que proteja el paisaje urbano del entorno del Conjunto Monumental.

La recualificación del espacio urbano de los barrios de la Zona de Influencia del CHSJD, con el mejoramiento del espacio público y la densificación homogénea entre otras acciones, plantea las condiciones necesarias para la permanencia y el aumento de la población residente, que los fortalece como unidades barriales, y tal como está planteado, es la base para la sostenibilidad urbanística del BICN, a través de la consolidación de territorios saludables para un entorno que promueva y garantice con la actividad de habitantes, la apropiación del patrimonio cultural.

Ilustración del desarrollo planteado

El resultado esperado para el barrio San Bernardo, es un desarrollo homogéneo con la altura máxima de 6 pisos y para el barrio Policarpa-Sevilla de 4 pisos.

A continuación se presenta un registro fotográfico del estado actual -a la izquierda- de algunos perfiles urbanos de los dos barrios analizados, y los mismos -a la derecha- con el montaje del desarrollo homogéneo previsto.

Barrio San Bernardo



Figura 26. Calle 2 entre Carreras 10 y 10A.
Fuente: Fotomontaje sobre fotografía Street View de Google



Figura 27. Avenida Hortúa con Carrera 10A.
Fuente: Fotomontaje sobre fotografía Street View de Google.



Figura 28. Avenida Hortúa con Carrera 11A.
Fuente: Fotomontaje sobre fotografía Street View de Google



Figura 29. Carrera 11 hacia CHSJD.
Fuente: Fotomontaje sobre fotografía Street View de Google



Figura 30. Avenida Caracas hacia CHSJD.
Fuente: Fotomontaje sobre fotografía Street View de Google

Barrio Policarpa



Figura 31. Carrera 10Bis con Calle 1C sur.
Fuente: Fotomontaje sobre fotografía Street View de Google



Figura 32. Calle 3 sur entre Carreras 12A y 12B.
Fuente: Fotomontaje sobre fotografía Street View de Google



Figura 33. Calle 5 sur entre Carrera 12 y 12A.
Fuente: Fotomontaje sobre fotografía Street View de Google

4.1.4.4.2 Enfoque y lineamientos normativos para el Nodo Hospitalario de la Zona de Influencia

Conformación del nodo hospitalario

La conformación del nodo hospitalario que fundamentalmente incorpora los grandes equipamientos de salud de la zona inmediata al CHSJD, se enmarca en los objetivos planteados en este PEMP y específicamente en la consolidación del nodo como zona de actividad central que contribuya a la recuperación y dinamización del entorno en que se localiza, promoviendo la generación de condiciones urbanísticas orientadas al fortalecimiento de esta zona hospitalaria en dos aspectos principales: como zona funcional y como conjunto arquitectónico patrimonial.

Con la consolidación de este nodo se busca garantizar la protección, conservación y sostenibilidad de los Bienes de Interés Cultural correspondientes a los hospitales Santa Clara, La Misericordia y La Samaritana, además de los Laboratorios Quibi, con declaratoria originalmente distrital y asimilados a la categoría correspondiente en el marco del decreto 763 de 2009, reglamentario de los PEMP.

Las determinantes normativas para este nodo buscan contribuir a la construcción de relaciones e integración del BICN con su Zona de Influencia, lo cual tiene como fin servir de soporte a la sostenibilidad, conservación y protección del CHSJD que constituye el corazón del nodo y razón de ser del PEMP, brindando un escenario con condiciones urbanas que así lo permitan, en cumplimiento de los objetivos planteados como rectores del desarrollo del mismo, y específicamente en acciones como la recualificación del espacio urbano de su entorno, mejorando la conectividad especialmente peatonal y construyendo las relaciones necesarias para el funcionamiento integrado de esta pieza urbana.

Son entonces lineamientos específicos para las determinantes normativas los siguientes:

- Mantener la condición patrimonial del conjunto arquitectónico que conforma el nodo hospitalario, para lo cual se deberá adelantar con estudios especializados, la valoración específica de las edificaciones que hacen parte de las instituciones declaradas BIC, para asignarles en forma individual los niveles de intervención

- Fortalecer el uso de salud en cumplimiento del objetivo de consolidar el nodo hospitalario, permitiendo a las instituciones la ampliación de área para aumentar la cobertura de servicios

Las instituciones que conforman el nodo hospitalario, son las contenidas en el siguiente plano y correspondiente tabla.

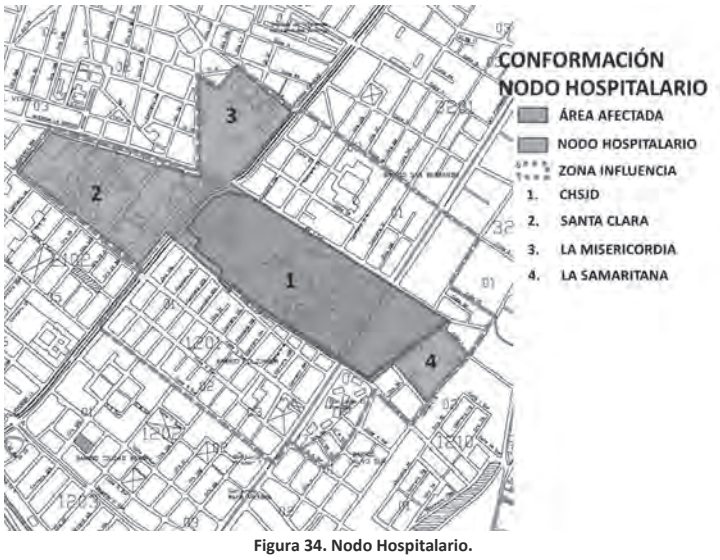


Figura 34. Nodo Hospitalario.

Tabla 14. Instituciones del Nodo Hospitalario.

Hospital	Categoría	Dirección	Barrio	UPZ
CHSJD	Monumento Nacional	Av. Hortúa entre Av. Décima y Av. Caracas	Hortúa	Ciudad Jardín
Santa Clara	Conservación Integral	Cra 15 n°. 1-59 sur	Restrepo Occidental	Restrepo
La Misericordia	Conservación Integral	Cra 14 n°. 1-13	Eduardo Santos	Santa Isabel
La Samaritana	Conservación Integral	Cra 8 n°. 0-17/25/35/55 sur Av. Cll 1 n°. 8-29	Modelo Sur	Sosiego

Del nodo hospitalario, las instituciones que se localizan en la Zona de Influencia son Santa Clara, La Misericordia y La Samaritana. El CHSJD constituye el área Afectada del PEMP y es objeto de reglamentación en el respectivo numeral de este documento.

La siguiente figura muestra las manzanas hospitalarias correspondientes a cada institución.

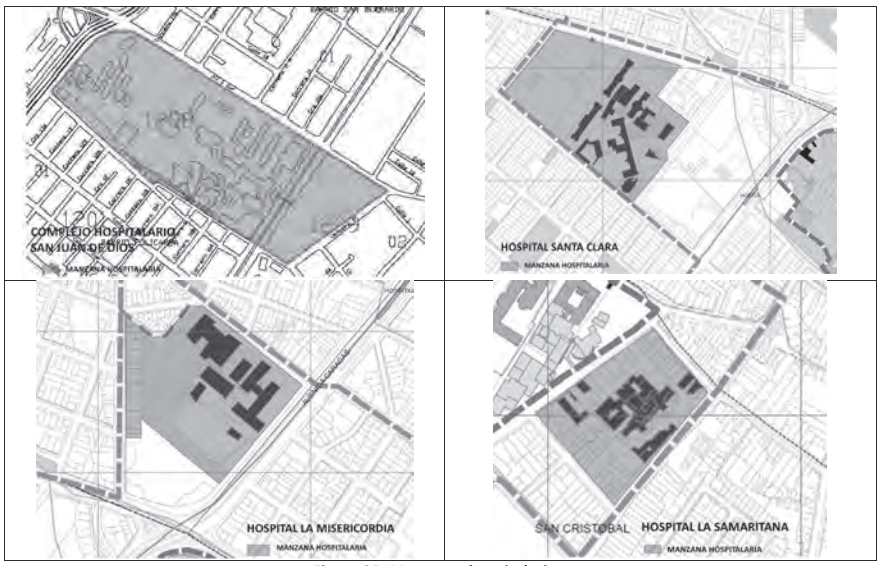


Figura 35. Manzanas hospitalarias.

Lineamientos para los usos

La directriz asumida para este tema en las manzanas que contienen los hospitales, es la incorporación de la manzana completa al uso dotacional para hospital, en cumplimiento del objetivo de consolidar el nodo hospitalario. En ese sentido se promueve la incorporación de los predios de origen residencial localizados dentro de la misma manzana, al funcionamiento de la institución a través de la restricción del desarrollo individual en usos diferentes a la vivienda.

Los predios mencionados, representan el potencial para aumentar las áreas y ampliar los servicios de los hospitales y por tanto para fortalecer el funcionamiento de los mismos con el aumento de la cobertura. El conjunto residencial localizado en la manzana del hospital de La Misericordia, constituye la excepción a esta determinación.

El uso principal asignado a los predios correspondientes a los hospitales es el dotacional existente, que incluye las actividades complementarias propias para el buen y correcto funcionamiento de las mismas y contenidos en los respectivos programas médico arquitectónicos.

desarrollo del proyecto del PEMP para la Calle 2 sur, el cual permitirá estructurar la fachada y borde sur del complejo monumental, además de constituir parte fundamental de la accesibilidad al mismo.

Los predios localizados en el borde sur de la manzana del CHSJD entre la Carrera 12A y la Avenida Caracas, que no hacen parte del área Afectada, quedan restringidos en su edificabilidad a lo existente. El posible cambio de la misma, deberá ser evaluado y conceptuado positivamente por el Ministerio de Cultura.

Las demás manzanas contenidas dentro del nodo hospitalario, se rigen por lo establecido en la norma distrital vigente, teniendo como alturas máximas permitidas las establecidas por el PEMP como sigue:

- Predios localizados en las manzanas de la UPZ Restrepo, 4 pisos.
- Predios localizados en las manzanas de la UPZ Sosiego, 3 pisos.

El siguiente cuadro contiene el consolidado de las restricciones en altura y usos para los predios localizados en la Zona de Influencia, diferentes a los que se encuentran en las manzanas de las instituciones hospitalarias.

UPZ/BARRIO	ALTURA MÁXIMA PERMITIDA	USOS RESTRINGIDOS POR EL PEMP EN LA ZONA DE INFLUENCIA	ESCALA
UPZ 33. SOSIEGO, BARRIO MODELO SUR	3 pisos	COMERCIO, venta de bienes y servicios complementarios: Ferreterías	VECINAL
UPZ 35. CIUDAD JARDÍN, BARRIOS POLICARPA-SEVILLA	4 pisos	EQUIPAMIENTOS COLECTIVOS, cultural. Escala urbana SERVICIOS, empresariales, a empresas e inmobiliarios	URBANA
		COMERCIO, almacenes, supermercados y centros comerciales de más de 500m2	URBANA ZONAL
UPZ 38. RESTREPO, BARRIO SAN ANTONIO	4 pisos	EQUIPAMIENTOS COLECTIVOS, cultural, salud, bienestar e integración social y culto Educativo	METROPOLITANA Y URBANA METROPOLITANA
		EQUIPAMIENTOS DEPORTIVOS Y RECREATIVOS	ZONAL
		SERVICIOS URBANOS BÁSICOS, seguridad ciudadana defensa y justicia Abastecimiento de alimentos y seguridad alimentaria Servicios de la administración pública	URBANA ZONAL METROPOLITANA Y URBANA
		SERVICIOS EMPRESARIALES, servicios a empresas e inmobiliarios Servicios de logística	URBANA URBANA
		SERVICIOS PERSONALES, servicios turísticos Servicios de comunicación y entretenimiento masivo	METROPOLITANA URBANA
		COMERCIO, almacenes supermercados y centros comerciales de más de 500m2 hasta 2000m2 de área de ventas	ZONAL
UPZ 95. LAS CRUCES, BARRIO SAN BERNARDO	6 pisos	EQUIPAMIENTOS COLECTIVOS, educativo	URBANA
		SERVICIOS PERSONALES, servicios turísticos	METROPOLITANA
		COMERCIO, almacenes supermercados y centros comerciales de más de 2000m2 hasta 6000m2 de área de ventas almacenes supermercados y centros comerciales de más de 500m2 hasta 2000m2 de área de ventas Comercio pesado	URBANA ZONAL URBANA

La manzana del CHSJD localizada entre la Avenida Décima y la Avenida Caracas, debe ser ajustada en el borde sur, en los límites del subsector dentro de la UPZ y de acuerdo con el Área Afectada delimitada por el PEMP.

Los predios localizados en el borde sur de la manzana del CHSJD entre la Avenida Décima y la Carrera 12A, que no hacen parte del Área Afectada, quedan restringidos en su uso al de vivienda exclusivamente, teniendo en cuenta que comprenden la franja de terreno que representa el potencial desarrollo del proyecto del PEMP para la Calle 2 sur, el cual permitirá estructurar la fachada y borde sur del complejo monumental, además de constituir parte fundamental de la accesibilidad al mismo.

Los predios localizados en el borde sur de la manzana del CHSJD entre la Carrera 12A y la Avenida Caracas, que no hacen parte del área Afectada, quedan restringidos en su uso a los existentes. El posible cambio de destino de los mismos, deberá ser evaluado y conceptuado positivamente por el Ministerio de Cultura.

Las demás manzanas contenidas dentro del nodo hospitalario, se rigen por lo establecido en las respectivas UPZ, con la restricción de los usos establecidos en la Resolución de aprobación del PEMP, teniendo en cuenta que son generadores de impactos negativos en el entorno en que se localizan, afectando las condiciones urbanísticas y ambientales del nodo hospitalario y por ende representando una amenaza para la conservación de los BIC.

Lineamientos para la edificabilidad

Para los predios localizados en las manzanas que contienen los hospitales, se asigna una norma restrictiva con respecto a la determinada para su entorno, teniendo en cuenta su potencial incorporación a las respectivas instituciones. Una vez estas edificaciones hagan parte de la institución colindante, las intervenciones deben acogerse a lo establecido para el desarrollo específico de las mismas, en la aplicación de normas y de instrumentos cuando así corresponda.

La manzana del CHSJD localizada entre la Avenida Décima y la Avenida Caracas, debe ser ajustada en el borde sur, en los límites del subsector dentro de la UPZ y de acuerdo con el Área Afectada delimitada por el PEMP.

Los predios localizados en el borde sur de la manzana del CHSJD entre la Avenida Décima y la Carrera 12A, que no hacen parte del Área Afectada, quedan restringidos en su edificabilidad a 2 pisos de altura, teniendo en cuenta que comprenden la franja de terreno que representa el potencial

Para los predios dotacionales se asignan normas específicas para su intervención a partir de las condiciones patrimoniales existentes, y se establecen los procedimientos generales para la obtención de las licencias correspondientes.

Determinantes normativas para las intervenciones en BIC Distritales

En el marco de los objetivos planteados para este PEMP las intervenciones que se realice en los predios hospitalarios deben garantizar como prioridad la integridad de las edificaciones de conservación que mantendrán su condición patrimonial permanentemente, así como el uso hospitalario el cual cumple una función principal en el proceso de consolidación del nodo referido.

Las intervenciones en los bienes declarados BIC, deben cumplir con las siguientes condiciones normativas.

1. Las características tipológicas y morfológicas originales de la edificación deben mantenerse. Los antejardines, retrocesos, aislamientos laterales y posteriores, patios y demás áreas libres, deben mantener sus características generales originales.
2. Las áreas libres podrán ser construidas únicamente en los casos en que se autoricen obras de ampliación en el respectivo proyecto aprobado por el IDPC. En todos los casos, se debe conservar la arborización existente.
3. No se permite la instalación de antenas de comunicación, mástiles estructurales, vallas u otros elementos, sobre las fachadas, cubiertas, antejardines, aislamientos y patios de los inmuebles.
4. Los cerramientos del predio contra espacio público, deben mantener como zócalo un muro de antepecho de máximo 0,50 m de altura y a partir de éste disponer elementos en materiales que permitan transparencia visual, en un 90% como mínimo, con altura máxima total del cerramiento de 2.50 metros.
5. Las modificaciones internas en los inmuebles se permiten siempre y cuando se mantenga la estructura espacial original del inmueble: disposición de accesos, circulaciones horizontales y verticales.
6. Las ampliaciones en edificios de Nivel 1 de intervención, Conservación Integral, deben plantearse aisladas de dichas edificaciones. En este caso, se permite adosar únicamente volúmenes para circulaciones que conecten las diferentes edificaciones.
7. En edificios de Nivel 2 de intervención, Conservación del Tipo Arquitectónico, las ampliaciones pueden plantearse aisladas o adosadas de los mismos. Cuando se plantean adosadas, la altura de la adición no puede sobrepasar la del inmueble de conservación. No se permite la ampliación en altura sobre los edificios de conservación.
8. La altura máxima de las nuevas edificaciones es el resultado de las necesidades de ampliación de áreas según el programa médico arquitectónico respectivo y sin que se vaya en detrimento de las edificaciones de conservación.

9. Los aislamientos entre edificaciones como mínimo, corresponden a la mayor dimensión que resulte entre las dos terceras partes de la altura propuesta para la nueva edificación o del total de la altura máxima del inmueble a conservar.
10. Los sótanos solo se permiten en las ampliaciones aisladas, siempre y cuando se plantee un aislamiento de 5.00 m como mínimo, con respecto a la edificación de conservación.
11. No se exige el planteamiento de estacionamientos adicionales a los previstos originalmente en la institución. No obstante, para la aprobación de proyectos que impliquen ampliaciones de área, se tendrá en cuenta el impacto que el incremento de vehículos pueda causar en el espacio público del sector, caso en el cual se deberá exigir como alternativa de solución plantearlos en predio diferente.
12. No se permite la subdivisión del predio.
13. Se permite el englobe con los predios colindantes y los localizados dentro de la misma manzana de la institución.
14. El índice de ocupación, el de construcción y la altura son el resultado de la correcta aplicación de las normas para la intervención de los inmuebles de patrimonio establecidas en el PEMP.
15. Los BIC de origen hospitalario, deben mantener el uso dotacional de salud, lo cual incluye las actividades y servicios complementarios propios para el correcto funcionamiento institucional como parte del programa médico arquitectónico.
16. Los predios colindantes con el BIC localizados en la misma manzana, deben plantear aislamiento posterior mínimo de 3.00 m, altura máxima 2 pisos, índice de ocupación 0,75, índice de construcción 1,5 y como uso permitido la vivienda.
17. Para todos los demás aspectos normativos no previstos en la presente reglamentación, los predios colindantes con Inmueble de Interés Cultural se rigen por lo establecido en la norma del entorno inmediato.
18. Todo tipo de obra propuesto para los Inmuebles de Interés Cultural, requiere de un anteproyecto aprobado por el IDPC, previo concepto del Comité Asesor de Patrimonio como requisito para la solicitud de licencia ante Curaduría Urbana.
19. Las obras de mantenimiento o reparación locativa, deben obtener el respectivo concepto del IDPC con el fin de garantizar la preservación de la edificación.
20. Las intervenciones diferentes a la obra nueva, que se realicen en las edificaciones colindantes y que no modifiquen las condiciones de la edificación en relación con los Inmuebles de Interés Cultural, no requieren concepto del IDPC. Las intervenciones en los predios colindantes requieren concepto favorable del IDPC, en relación con la volumetría y aislamientos con el predio de conservación.

Procedimiento para las intervenciones en BIC Distritales

Una vez aprobado el PEMP para el CHSJD, las instituciones hospitalarias que hacen parte de la Zona de Influencia, hospitales La Misericordia, Santa Clara y La Samaritana, podrán presentar el proyecto para intervención directamente al IDPC cumpliendo con los requerimientos establecidos en este numeral, y cuyo aval es requisito previo para el trámite de licencia ante Curaduría Urbana.

El proyecto de intervención de estos dotacionales, debe atender las determinantes normativas del PEMP contenidas en el numeral anterior, además las disposiciones específicas para el uso hospitalario del Plan Maestro de Salud, e incluir lo siguiente.

1. Plan de ocupación del predio, especificando usos, volumetría, alturas y la disposición de áreas libres finales, dimensionando antejardines y aislamientos.
2. Programa de áreas y usos de cada edificación.
3. Índices de ocupación y construcción.
4. Programa de servicios complementarios.
5. Etapas de desarrollo previstas, y en relación con la infraestructura y espacio público.

El proyecto de intervención debe presentarse acompañado de lo siguiente:

1. Estudios de valoración especializados de las edificaciones que conforman la institución, con el fin de asignar el nivel de intervención individual a cada edificación, de acuerdo a lo establecido en la materia por el Decreto 763 de 2009
2. Programa de mantenimiento permanente con los contenidos establecidos por el PEMP.
3. Plan de acciones de mitigación de impactos que incluya:

- Adecuación de área de transición para aglomeración de personas, las cuales deben ser de acceso y uso público, descubiertas o cubiertas con elementos livianos como pérgolas o marquesinas. Deben diseñarse con base en conceptos de unidad de imagen e integración con el respectivo conjunto patrimonial, e incluir mobiliario y permanecer libres de cualquier otra actividad. El acceso peatonal a la respectiva institución se permite exclusivamente a través de estas áreas de transición.
- Adecuación de espacios especializados para el acopio de material reciclable.
- Adecuación de zona de maniobra vehicular, y ascenso y descenso de usuarios debidamente demarcadas, teniendo en cuenta la circulación vehicular restringida y dando prioridad a medios no motorizados, en coordinación con la SDM y de manera integral con base en los lineamientos de política de movilidad y espacio público definidos para el área de jurisdicción del PEMP.
- Adecuación del espacio público circundante y requerido para el proyecto garantizando la articulación con el sistema de circulaciones del PEMP.
- Gestión del diseño, implementación y mantenimiento de la señalización vertical y horizontal y de sistemas de seguridad vial, en las vías circundantes en coordinación con la SDM y de manera integral con base en los lineamientos de política de movilidad y espacio público definidos para el área de jurisdicción del PEMP.
- Coordinación con la SDM para la puesta en marcha del plan de manejo de tránsito derivado de los lineamientos de política contenidos en el PEMP.
- Plano urbanístico con las acciones de mitigación.
- Cronograma de ejecución para el cumplimiento de estas acciones.

Propuesta de conservación y recuperación de BIC

Entre las estrategias para el manejo del patrimonio distrital, el Plan Zonal del Centro establece las siguientes:

- La protección de los valores patrimoniales exigibles en las intervenciones en los Bienes de Interés Cultural.
- La promoción de los valores culturales, económicos, sociales y administrativos del Centro.
- La definición de intervenciones y nuevos usos en los inmuebles de interés cultural, con miras a mejorar su sostenibilidad.
- La vinculación de instituciones públicas y privadas que ocupan Bienes de Interés Cultural para promover la apreciación de los valores del patrimonio por los visitantes y generar programas de aprovechamiento económico que garanticen su sostenibilidad.
- La definición de zonas objeto de transferencias de derechos de construcción y desarrollo.
- La definición y adopción de incentivos fiscales y no fiscales para asegurar el mantenimiento y conservación de los bienes culturales.

Los BIC localizados en la Zona de Influencia del CHSJD, son de dos tipos de inmuebles básicamente, los especializados correspondientes a los hospitales, y las casas de origen residencial pertenecientes al Sector de Interés Cultural SIC de Las Cruces.

Los primeros tienen asignado el nivel 1 de intervención como conjunto y en forma preliminar hasta tanto se realice la respectiva valoración individual de las edificaciones que conforman dichos conjuntos hospitalarios, y las casas de Las Cruces manzana 05 que tienen asignado el nivel 2 de intervención.

Programa de mantenimiento permanente

El programa busca establecer el plan anual de acciones de mantenimiento preventivo o correctivo que permitan detener y atender el deterioro físico de las edificaciones que conforman los conjuntos arquitectónicos hospitalarios declarados BIC, con base en los análisis que desarrolle personal calificado en cada institución, con el cual se establezcan procesos confiables, seguros y efectivos que eviten el deterioro progresivo de los edificios patrimoniales.

El programa debe buscar:

- Incrementar la vida útil de las edificaciones y sus instalaciones eléctricas, hidráulicas y sanitarias, previniendo los daños o deterioro físico a través del tiempo, lo que se refleja en ahorro de dinero en el mantenimiento correctivo.
- Desarrollar un proceso de seguimiento y análisis que permita llevar a cabo mejoras continuas.
- Atender prioritariamente las rutinas de mantenimiento correctivo a las plantas físicas y la infraestructura hospitalaria, con el fin de restablecer su funcionamiento normal en el menor tiempo posible, evitando así la interrupción de los servicios a los usuarios.
- Garantizar la operación y funcionamiento continuo, confiable y seguro de la planta física y la infraestructura sin interrumpir los servicios de salud.

Se prevé que los hospitales a través del desarrollo del proyecto de intervención desarrollen el «programa permanente de mantenimiento» que garantice las obras que requieren las edificaciones en forma preventiva para conservar los valores patrimoniales por los que fueron declarados de interés cultural. En el marco del desarrollo del mismo instrumento deberán identificar los problemas de cada una de las edificaciones que componen el respectivo conjunto arquitectónico, con el fin de establecer las obras prioritarias e indicativas que harán parte de cada una de las fases de intervención.

Este programa si aún no lo tienen las instituciones, debe responder a la necesidad de garantizar el buen estado de conservación de las edificaciones que conforman los respectivos conjuntos arquitectónicos hospitalarios declarados BIC, y por lo tanto surge como una estrategia que permite establecer las acciones para atender el mantenimiento permanente de las edificaciones, orientado a las acciones o intervenciones preventivas y correctivas en forma programada según prioridades.

El manejo integral de cada conjunto arquitectónico es el escenario que da origen y valida los proyectos y las acciones necesarias para combatir de forma permanente el deterioro físico de los BIC. La operación del programa de mantenimiento debe conocer lo que se va a mantener, cómo se va a hacer y cuándo o cuál es la oportunidad más propicia para hacerlo, siempre orientado a garantizar la conservación, protección y sostenibilidad del patrimonio inmueble, por lo tanto dicho programa se debe desarrollar atendiendo el siguiente esquema de trabajo:



Figura 36. Contenido Programa Mantenimiento Permanente.
Fuente: Elaboración propia con base en
http://www.uaeh.edu.mx/campus/docs/Programa_Mantenimiento_2013.pdf

Debe incluir la contratación de arquitectos y/o Ingenieros especializados en procesos de mantenimiento que puedan diagnosticar con una periodicidad anual el estado de las edificaciones.
Desarrollar calendarios de mantenimiento y seguimiento de costos de obra que permitan proyectar dentro del presupuesto anual de la institución el costo del programa como proyecto.
Adelantar el reconocimiento y evaluación de las edificaciones específicamente en el requerimiento que puedan tener de reforzamiento estructural prioritario, siempre primando la calidad patrimonial de los edificios a intervenir.

Apoyo a la conservación del patrimonio

Para las casas de nivel 2 de intervención se plantea el desarrollo del proyecto «apoyo a la conservación del patrimonio inmueble» en cabeza del ente gestor definido en este PEMP, el cual deberá gestionar los recursos para hacer viable este proyecto.

El objetivo del proyecto es facilitar el acceso a los medios técnicos que permitan a los propietarios de los inmuebles objeto del proyecto, adelantar acciones orientadas a la conservación de este patrimonio distrital.

El proyecto debe incluir entre otros lo siguiente:

- Inventario y valoración específica de cada una de las casas contempladas en el nivel 2 de intervención.
- Programa de mantenimiento de cubiertas.
- Programa de enlucimiento de fachadas.
- Programa de mantenimiento general.
- Gestión de recursos.
- Reglamentación de incentivos para la conservación del patrimonio.

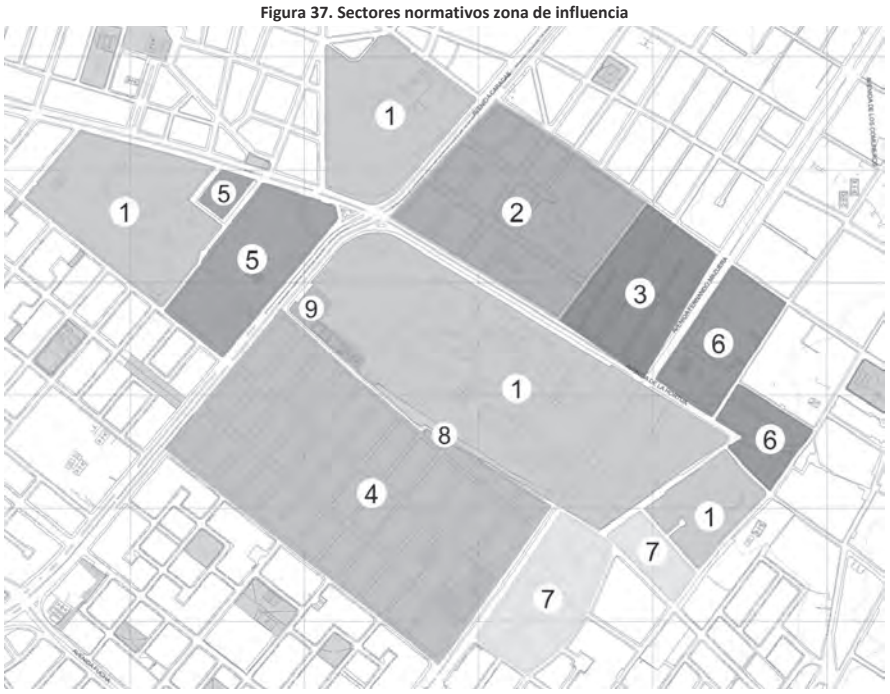
Se deben establecer las posibles fuentes de financiación entre las que se pueden estudiar las siguientes:

- Recursos del Distrito para proyectos específicos.
- Recursos de la Nación para proyectos específicos.
- Recursos de entidades públicas por vía de proyectos específicos.
- Recursos de entidades privadas nacionales e internacionales a través de donaciones al programa de apoyo a la conservación del patrimonio.

4.1.4.4.3 Sectores normativos de la Zona de Influencia

Corresponde a la sectorización de la zona de influencia en la que se identifican las determinantes particulares que definen la edificabilidad de manzanas y barrios. Para la totalidad del área se definen los siguientes sectores normativos:

Figura 37. Sectores normativos zona de influencia



Sector	Nombre
1	Manzanas de los Hospitales Misericordia, Santa Clara y Samaritana
2	Barrio San Bernardo- sector occidental
3	Barrio San Bernardo- sector oriental
4	Barrios Policarpa y Sevilla
5	Manzanas Barrio San Antonio
6	Manzanas Barrio Las Cruces
7	Manzanas Barrio Modelo Sur
8	Borde Sur CHSJD (Avenida Carrera 10 y Carrera 12 A)
9	Borde Sur CHSJD (Carrera 12 A y Avenida Caracas)

Tabla 15. Sectores normativos zona de influencia

Las condiciones urbanísticas aplicables a cada uno de los sectores normativos de la zona de influencia (tratamiento urbanístico, área de actividad y usos del suelo), se encuentran definidas en la siguiente tabla:

Sector normativo	Tratamiento urbanístico	Área de actividad	Uso del suelo	Condiciones particulares
1	Conservación	Dotacional	Principal: equipamiento colectivo. Complementario: residencial, comercio y servicios de escala vecinal.	Se permite el uso residencial y complementarios a la vivienda existentes actualmente (comercio y servicios de escala vecinal). En el caso de nuevos desarrollos el uso deberá ser dotacional complementario al uso hospitalario predominante en la manzana.
2	Renovación urbana - reactivación	Residencial	Principal: residencial. Complementario: comercio, servicios y equipamientos de escala vecinal.	Se permite el uso de equipamiento zonal existente (Colegio San Bernardo de la Salle) En el caso de nuevos equipamientos deberán ser de escala vecinal.
3	Renovación urbana - redesarrollo	Residencial	Principal: residencial. Complementario: comercio, servicios y equipamientos de escala vecinal. Restringido: comercio, servicios y equipamientos de escala zonal y urbana.	Sobre la carrera decima (10) se permite la localización de usos de comercio, servicios y equipamientos de escala zonal y urbana.
4	Renovación urbana - reactivación	Residencial	Principal: residencial con actividad económica. Complementario: comercio, servicios y equipamientos de escala vecinal.	
5	Renovación urbana - reactivación	Dotacional	Principal: equipamiento colectivo de escala vecinal, zonal y urbana. Complementario: residencial, comercio y servicios de escala vecinal y zonal.	Los predios dotacionales correspondientes a los actuales: Dirección de Sanidad de la Policía, del Ministerio de la Protección Social el Fondo Nacional de Estupefacientes, y de la Dirección Nacional de Escuelas la de Investigación Criminal, además de las normas contenidas en el PEMP se rigen por lo establecido en el artículo 344 del Decreto 190 de 2004, el Decreto 430 de 2005 y el Decreto 395 de 2007.
6	Conservación	Dotacional	Principal: equipamiento colectivo de escala vecinal, zonal y urbana. Complementario: residencial, comercio y servicios de escala vecinal y zonal.	Los predios dotacionales además de las normas contenidas en el PEMP se rigen por lo establecido en el artículo 344 del Decreto 190 de 2004, el Decreto 430 de 2005 y el Decreto 395 de 2007
7	Renovación urbana – reactivación	Residencial	Principal: residencial. Complementario: comercio, servicios y equipamientos de escala vecinal.	
8	Renovación urbana	Dadas las condiciones de riesgo identificadas y el incumplimiento de las determinantes de aislamiento mínimo para predios colindantes con el Hospital San Juan de Dios sobre la calle 1C Sur se debe propender por la liberación de esta área en el marco de un programa de re-localización. En este sentido, se restringen nuevos usos y una mayor edificabilidad a la existente actualmente.		
9	Renovación urbana	Dotacional	Principal: equipamiento colectivo de escala vecinal, zonal y urbana.	Para el caso de los predios colindantes con el Hospital San Juan de Dios sobre la calle 2sur, se deberá mantener el uso recreativo existente. Para el caso del predio localizado en la esquina de la Av. Caracas con calle 2sur se reconoce su uso comercial existente (concesionario), sin embargo cualquier nuevo desarrollo deberá tener un uso de equipamiento.

Tabla 16. Tratamientos urbanísticos y usos de la zona de influencia

En la zona de influencia se podrán desarrollar proyectos de renovación urbana bajo las modalidades de reactivación o redesarrollo, teniendo en consideración los lineamientos definidos en la normatividad distrital vigente los decreto distrital 448 de 2014 y 157 de 2015.

De otro lado, los predios localizados en los sectores normativos de la zona de influencia, para su desarrollo deben cumplir con las siguientes condiciones de edificabilidad:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ARTES
CENTRO DE EXTENSIÓN ACADÉMICA

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO
HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Contrato Inter-administrativo 232 de 2013

Sector Normativo	Altura máxima permitida			Índice de ocupación existente	Índice máximo de ocupación	Aislamiento posterior	Antejardín	Voladizo	Sobre ancho andén	Tipología paramento y empates
		Frente < 16m	Frente > 16m							
1 CONSERVACIÓN	Hospital Santa Clara	2 pisos		0.193	0.40	NA	NA	NA	No se exige	Posibles ampliaciones según respectivo proyecto
	Hospital La Misericordia	5 pisos		0.207	0.40	NA	NA	NA	No se exige	
	Hospital La Samaritana	6 pisos		0.401	0.40	NA	NA	NA	No se exige	
	Predio BIC Laboratorios Quibi	2 pisos		-	0.40	NA	Existente	NA	No se exige	
	Predio no BIC dotacional (ver nota 1)	2 pisos		-	0.50	NA	NA	NA	No se exige	Paramento continuo existente
	Predios no BIC (ver nota 2 y 3)	2 pisos		-	0.70	3 m	No se exige	No se permite	No se exige	
2 RENOVACIÓN URBANA REACTIVACIÓN	Predios con frente a la Av. La Hortúa y a la Av. Caracas	5 pisos	8 pisos	-	0.70	5 m	No se exige	No se permite	No se exige	Paramento continuo
	Predios sin frente sobre las anteriores avenidas	5 pisos		-	0.70	4 m	No se exige	No se permite	No se exige	
	Predio dotacional (ver nota 4)	3 pisos		-	0.50	NA	NA	NA	No se exige	Posibles ampliaciones según respectivo proyecto
	Predios en manzana del dotacional (ver nota 5)	2 pisos		-	0.70	3 m	No se exige	No se permite	No se exige	Paramento continuo existente
3 RENOVACIÓN URBANA REDESARROLLO (ver nota 6)	Predios con frente a la Av. La Hortúa y a la Carrera Décima	8 pisos		-	0.70	NA	No se exige	No se permite	No se exige	Paramento continuo
	Predios sin frente sobre las anteriores avenidas	5 pisos		-	0.70	NA	No se exige	No se permite	Por costado de manzana nuevo paramento a 6 m mínimo del eje de la vía (**ver nota 6**)	
4 RU REACTIVACIÓN	Todos los predios	4 pisos		-	0.70	4 m	No se exige	No se permite	No se exige	Paramento continuo
5 RU REACTIVACIÓN	Dotacionales existentes (ver nota 7)	4 pisos		-	0.50	NA	No se exige	No se permite	No se exige	Paramento continuo
	Predios en manzana del dotacional (ver nota 8)	4 pisos		-	0.70	3 m	No se exige	No se permite	No se exige	Paramento continuo existente
	Demás predios del sector normativo	4 pisos		-	0.70	3 m	No se exige	No se permite	No se exige	Paramento continuo
6 CONSERVACIÓN	Todos los predios	Sector de Interés Cultural: según lo establecido en la norma distrital vigente (Decreto distrital 606 de 2001 y el Decreto 492 de 2007).								
7 RU REACTIVACIÓN	Todos los predios	3 pisos		-	0.70	3 m	No se exige	No se permite	No se exige	Paramento continuo
8	Todos los predios	Dadas las condiciones de riesgo identificadas y el incumplimiento de las determinantes de aislamiento mínimo para predios colindantes con el Hospital San Juan de Dios sobre la calle 1C Sur se debe propender por la liberación de esta área en el marco de un programa de re-localización. En este sentido, se restringen nuevos usos y una mayor edificabilidad a la existente actualmente.								
9	Predios colindantes con el Hospital San Juan de Dios sobre la calle 2sur	1 piso		-	0.10	3 m	NA	NA	NA	NA
	Predio localizado en la esquina de la Av. Caracas con calle 2sur	4 pisos		-	0.50	NA	No se exige	No se permite	No se exige	Paramento continuo

Tabla 17. Edificabilidad permitida en la zona de influencia

NOTAS:

1. En la manzana del Hospital Santa Clara, el dotacional no BIC correspondiente al hoy Centro de Tecnologías para la construcción y la madera del SENA, además de las normas contenidas en el PEMP se rige por lo establecido en el artículo 344 del Decreto 190 de 2004, el Decreto 430 de 2005 y el Decreto 395 de 2007
2. En la manzana del Hospital La Misericordia, el conjunto residencial no BIC existente mantiene las condiciones de edificabilidad aprobadas para su desarrollo.
3. Los predios que adquieran los hospitales en la misma manzana en que se localizan, podrán ser incorporados al uso institucional respectivo, manteniendo la edificabilidad establecida para estos en el PEMP, hasta que hagan parte de un proyecto integral de desarrollo de la institución.
4. El predio dotacional correspondiente al hoy Instituto San Bernardo de La Salle, además de las normas contenidas en el PEMP se rige por lo establecido en el artículo 344 del Decreto 190 de 2004, el Decreto 430 de 2005 y el Decreto 395 de 2007.
5. Los predios que adquiera el Instituto San Bernardo de La Salle en la misma manzana en que se localiza, podrán ser incorporados a su uso institucional manteniendo la edificabilidad establecida para estos en el PEMP, hasta que hagan parte de un proyecto integral de desarrollo de la institución.
6. La renovación urbana por redesarrollo se puede dar por unidades mínimo de una manzana.
7. Los predios dotacionales correspondientes a los hoy Dirección de Sanidad de la Policía, del Ministerio de la Protección Social el Fondo Nacional de Estupefacientes, y de la Dirección Nacional de Escuelas la de Investigación Criminal, además de las normas contenidas en el PEMP se rige por lo establecido en el artículo 344 del Decreto 190 de 2004, el Decreto 430 de 2005 y el Decreto 395 de 2007.
8. Los predios que adquieran las instituciones mencionadas en la nota anterior, dentro de la misma manzana en que se localizan, podrán ser incorporados al uso institucional respectivo manteniendo la edificabilidad establecida para estos en el PEMP, hasta que hagan parte de un proyecto integral de desarrollo de la institución.

Para el caso de los inmuebles colindantes con BIC Distritales se acogen los demás aspectos de la normativa de edificabilidad definidos en el Decreto Distrital 606 de 2001, en caso de contradicción, prevalece lo establecido en el anterior cuadro de normativa de la zona de influencia.

Normativa complementaria para los predios localizados en la zona de influencia.

Voladizo. Para efectos de determinar el voladizo, aplican las disposiciones del artículo 11 del Decreto Distrital 159 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. En ningún caso los voladizos podrán generar culatas contra los predios vecinos y si ellos los tienen y no es necesario prever aislamiento lateral se deberá empatar con el voladizo del vecino en una longitud no mayor de 1.00 metro cuando éste sea mayor al permitido, ni menor de 1.00 metro cuando sea menor; a partir de esa distancia se podrá construir el voladizo hasta la dimensión máxima permitida.

Equipamiento comunal privado. Para el cumplimiento de lo dispuesto en el Plan de Ordenamiento Territorial se deberá tener en cuenta que el equipamiento comunal privado está conformado por las áreas comunales privadas destinadas a juegos, salón comunal, gimnasio recepción, administración y zonas recreativas necesarias para el buen desarrollo de las actividades a las cuales está destinada una edificación.

Para efectos del cálculo del equipamiento comunal privado no se contabilizarán las áreas construidas correspondientes a parqueaderos, circulación vehicular, cuartos de máquinas o de mantenimiento, subestaciones y cuartos de basura, así como los corredores y demás zonas de circulación necesarias para acceder a los espacios donde se desarrolla el uso al que está destinada la edificación. El equipamiento comunal privado debe tener acceso directo desde las áreas comunes privadas, y debe estar destinado a áreas libres recreativas en por lo menos el 20% del área total.

Cerramientos. Para el cerramiento de lotes o de los aislamientos exigidos contra predios vecinos a nivel de terreno o placa superior del semisótano, se pueden levantar divisiones con una altura máxima de 2,50 metros. Esta disposición no aplica para antejardines que se podrán cerrar en las áreas residenciales de acuerdo con lo establecido en el POT.

Se permite encerrar las áreas libres que están en pisos distintos al primero, mediante divisiones con una altura máxima de 1,90 metros, en material que evite la servidumbre de vista.

Sótanos y semisótanos. Los sótanos se permiten en todos los sectores objeto de la reglamentación a que hace referencia la presente Resolución. Los semisótanos, sólo se permiten en los mismos sectores, en las áreas de actividad residencial con las restricciones que establece el Decreto Distrital 190 de 2004. El sótano puede desarrollarse en la totalidad del suelo útil privado.

El nivel de la placa inferior del primer piso no podrá ser mayor a 0.25 metros de altura sobre el nivel que tenga el terreno en el paramento de construcción reglamentario, en una distancia mínima de seis (6) metros contados a partir de dicho paramento y solo a partir de esa distancia podrá tener altura mayor para generar semisótano.

Estacionamientos. Las edificaciones deben prever los cupos de estacionamientos establecidos en el POT vigente para cada uso. Se puede realizar pago compensatorio hasta por el 100% de los cupos exigidos, al Fondo Compensatorio de Estacionamientos, conforme a la metodología determinada en la reglamentación vigente sobre la materia.

Los cupos de estacionamiento deben ser dispuestos de manera que configuren rectángulos de mínimo 5,00 metros de largo, por 2,50 metros de ancho.

Deben estar libres de elementos estructurales o divisorios. El lado de dicho rectángulo, que colinda con el área de maniobra y circulación de acceso al cupo, debe estar libre de obstáculos. Cuando los cupos de estacionamiento se dispongan paralelamente al eje del área de maniobra y circulación que da acceso al cupo, el largo mínimo del rectángulo es 5,8 metros.

Los cupos de estacionamiento y la zona de maniobra y circulación que se ubiquen en el primer piso o nivel de acceso al predio, con excepción del área estricta para acceso vehicular, deben estar a una distancia de mínimo seis (6) metros hacia el interior, respecto del paramento de construcción contra espacio público.

Los estacionamientos de visitantes deben tener acceso directo desde zonas de uso común, sin servidumbre alguna respecto de estacionamientos privados. Las fracciones decimales que resulten de la aplicación de la exigencia de estacionamientos no generan cupos adicionales.

4.1.4.4.4 Competencia de la autorización de intervenciones en la zona de influencia.

Las intervenciones en la zona de influencia o en predios colindantes con el Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil, correspondientes a obra nueva y demolición deberán contar siempre con autorización del Ministerio de Cultura.

De otro lado, considerando que las Intervenciones en los inmuebles que cuentan con declaratoria como BIC del ámbito Distrital deben presentar el respectivo anteproyecto de intervención ante el IDPC, cuyo aval es requisito previo para el trámite de licencia ante Curaduría Urbana; se eximen del trámite de autorización de intervención ante el Ministerio de Cultura (independientemente del tipo de intervención).

Las intervenciones correspondientes a: modificación, remodelación, reparaciones locativas, primeros auxilios, reconstrucción, reforzamiento estructural, consolidación y ampliación, en los inmuebles catalogados en el nivel 3 de intervención, conservación contextual, de la zona de influencia, deben presentar el respectivo anteproyecto de intervención únicamente ante el IDPC y no ante el Ministerio de Cultura.

BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía Mayor de Bogotá. (1992). Decreto 321 de 1992. *por el cual se dictan normas generales para los Estacionamientos de servicio al público, tal como lo establece el literal B del Artículo 460 del Acuerdo 6 de 1990*.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2001). *Decreto 606 de 2001: Por medio del cual se adopta el inventario de algunos Bienes de Interés Cultural, se define la reglamentación de los mismos y se dictan otras disposiciones.* Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2004). Decreto 190 de 2004. Por medio del cual se compilan las disposiciones contenidas en los Decretos Distritales 619 de 2000 y 469 de 2003.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007). *Decreto 492 de 2007. Por el cual se adopta la Operación Estratégica del Centro de Bogotá, el Plan Zonal del Centro -PZCB- y las Fichas Normativas para las Unidades de Planeamiento Zonal -UPZ- 91 Sagrado Corazón, 92 La Macarena, 93 Las Nieves...* Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (5 de Diciembre de 2012). Decreto 553 de 2012. *"Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto Distrital 318 de 2006 - Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá Distrito Capital-, y se dictan otras disposiciones"*.

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2014). Decreto 562 de 2014. Por el cual se reglamentan las condiciones urbanísticas para el tratamiento de renovación urbana, se incoporan áreas a dicho tratamiento, se adoptan las fichas normativas de los sectores con este tratamiento y se dictan otras disposic.

Congreso de la República de Colombia. (1997). Ley 397 de 1997. Ley General de Cultura.

Congreso de la República de Colombia. (14 de Marzo de 2002). Ley 735 de 2002 "Por la cual se declaran monumentos nacionales, el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil; se adoptan medidas para la educación universitaria y se dictan otras disposiciones". *Diario oficial*(44.726).

Congreso de la República de Colombia. (2008). *Ley 1185 de 2008. Por la cual se modifica y adiciona la Ley 397 de 1997 –Ley General de Cultura– y se dictan otras disposiciones.* Bogotá.

Ministerio de Cultura. (20 de Mayo de 2010). Resolución 0983 de 2010. *Por la cual se desarrollan algunos aspectos técnicos relativos al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza material*.

Ministerio de Cultura. (10 de Diciembre de 2010). Resolución No. 2728 . *Por la cual se delimita el Área Afectada y la Zona de Influencia de los Inmuebles denominados "Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil" localizados en la ciudad de Bogotá D. C., declarados Monumento Nacional, hoy Bien de Interés Cultural* .

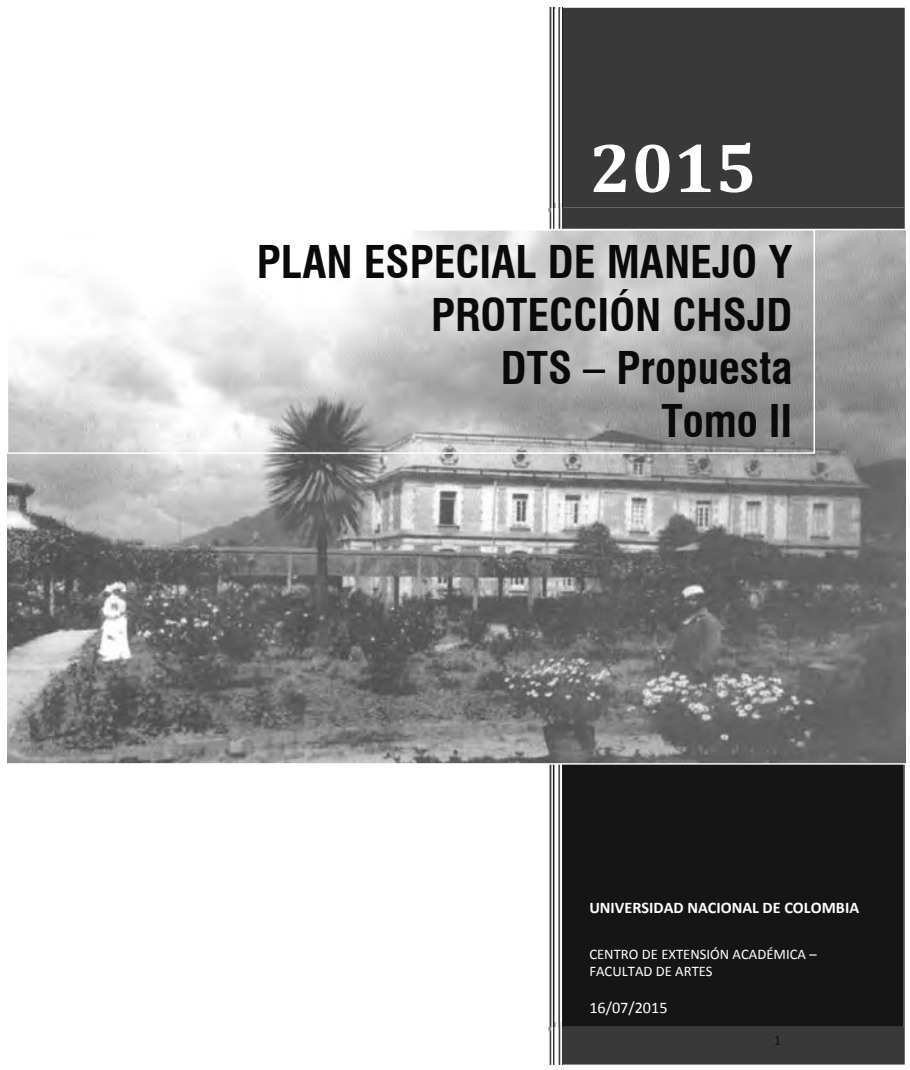
Ministerio de Cultura. (2011). Formulación e implementación de Planes Especiales de Manejo y Protección. Bienes inmuebles de interés cultural. *Programa Bitácora del Patrimonio*.

Ministerio del Medio Ambiente. (2002). Resolución conjunta 1164 de 2002. *Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares*.

Niño Murcia, C., & Reina Mendoza, S. (2010). *La carrera de la modernidad. Construcción de la Carrera Décima, Bogotá (1945-1960)*. Bogotá: Instituto Distrital de Patrimonio Cultural.

Presidencia de la República de Colombia. (10 de Marzo de 2009). Decreto 763 de 2009. *Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 814 de 2003 y 397 de 1997 modificada por medio de la Ley1185 de 2008, en lo correspondiente al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza material*.

Presidencia de la República de Colombia. (10 de Marzo de 2009). Decreto 763 de 2009. *Por el cual se reglamentan parcialomente las Leyes 814 de 2003 y 397 de 1997 modificada por medio de la Ley1185 de 2008, en lo correspondiente al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza material*.



PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Contrato Inter-administrativo n°. 232 de 2013 Suscrito entre el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural, la Universidad Nacional de Colombia y el Ministerio de Cultura

DOCUMENTO TÉCNICO DE SOPORTE
PROPUESTA – TOMO 2

16 de julio de 2015

Dirección proyecto: Arq. María Claudia Romero Isaza, Arq. Juan Carlos del Castillo Daza
Valoración patrimonial: Arq. Juanita Barbosa
Coordinación técnica: Arq. Sandra Melo Rodríguez
Coordinación componente edilicio: Arq. Germán Téllez
Coordinación componente urbano: Arq. Juan Carlos del Castillo, Arq. Sandra Mondragón
Especialista en Sistemas de Información Geográfica: Arq. José David Pinzón
Coordinación componente institucional-Fase 2: Dr. Carlos Humberto Arango
Coordinación componente institucional-Fase 1: Dr. Juan Carlos García Ubaque
Asesoría jurídica: Dr. Alfredo Rueda
Coordinación componente médico arquitectónico-Fase 2: Dr. Carlos Humberto Arango
Coordinación componente médico arquitectónico-Fase 1: Dr. Álvaro Casallas
Coordinación componente socioeconómico: Dr. Oscar Rodríguez

EQUIPO DE TRABAJO

DIRECCIÓN
Arq. María Claudia Romero Isaza
CODIRECCIÓN
Arq. Juan Carlos del Castillo Daza

COORDINACIÓN
COORDINADOR TÉCNICO GENERAL: Sandra Marcela Melo Rodríguez
ARQUITECTO AUXILIAR: Mónica Coy De Márquez
ESTUDIANTE AUXILIAR: Juanita Tatiana Erasso Lozano
TÉCNICO ADMINISTRATIVO: Luz Adriana Díaz Castiblanco

COMPONENTE URBANO
DIRECTOR COMPONENTE: Juan Carlos del Castillo
COORDINADOR COMPONENTE URBANO: Sandra Jeannette Mondragón Álvarez
ARQUITECTO COMPONENTE URBANO: María del Pilar Zambrano Gómez
ARQUITECTO COMPONENTE URBANO: Antonio Orlando Amézquita Zárate
ARQUITECTO COMPONENTE URBANO: Luis Cesar Martínez Ospina
INGENIERO CIVIL ESPECIALISTA EN MOVILIDAD: Ana Luisa Flechas Camacho
ESPECIALISTA EN MEDIO AMBIENTE: Germán Camargo Ponce de León
AUXILIAR MEDIOAMBIENTE: Guibor Camargo Salamanca
AUXILIAR MEDIOAMBIENTE: Elisa Sola Moreno
ESTUDIANTE POSGRADO: Melissa Pamela Suarez Rovira
ESPECIALISTA EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA: Arq. José David Pinzón
GEÓGRAFO AUXILIAR: Juan Sebastián Rojas
GEÓGRAFO AUXILIAR: Diego Fernando Neuta
ABOGADO ESPECIALISTA EN NORMA URBANA: Mauricio Puerto Barrera

COMPONENTE EDILICIO
DIRECTOR COMPONENTE: Germán Téllez García
COORDINADOR COMPONENTE EDILICIO: Diego Augusto Fernández Price
DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA HIDRO-SANITARIA ING. HIDRÁULICO: Rodolfo Fajardo Gutiérrez EU
DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA MECÁNICA INGENIERO MECÁNICO: Diego Alejandro Castro Bulla
ARQUITECTO AUXILIAR: Ángela Rocío Cely Hostos
ARQUITECTO AUXILIAR: Mónica Coy De Márquez
ARQUITECTO AUXILIAR: Jaumer Iván Blanco López
ARQUITECTO AUXILIAR: Laura Teresa Murillo Torres
ARQUITECTO AUXILIAR: Camilo Andrés Salamanca Rodríguez
ARQUITECTO AUXILIAR: María Francesca Farné Corzo
ARQUITECTO AUXILIAR: Jeannette Marcela Jiménez Maldonado

ACTUALIZACIÓN ESTUDIO HISTÓRICO CONSTRUCTIVO: David Ernesto Arias
EVALUACIÓN ESTRUCTURAL - ING. ESTRUCTURAL: Patrimonio e Ingeniería – Juan Carlos Rivera
ESTUDIO DE SUELOS O GEOTÉCNICA - INGENIERO CIVIL: Felizzola Ingeniería Ltda.
LEVANTAMIENTO TOPOGRÁFICO- INGENIERO CIVIL: Ingeomática Ltda.

COMPONENTE INSTITUCIONAL – FASE 2

DIRECTOR CONSULTORÍA: Dr. Carlos Humberto Arango
CONSULTOR FINANCIERO: Jorge Alberto Otero
CONSULTORA INSTITUCIONAL: Diana Rocío Chaves
CONSULTORA GESTIÓN: Ana Lucía Mujica

COMPONENTE INSTITUCIONAL – FASE 1

DIRECTOR COMPONENTE: Dr. Juan Carlos García Ubaque
MÉDICO GERENTE: Álvaro Casallas Gómez
ESPECIALISTA EN GERENCIA HOSPITALARIA: Laura Sorangel Becerra Peñaranda
MEDICO EPIDEMIÓLOGO: Francisco Palencia Sánchez
CONSULTORÍA JURÍDICA: Alfredo Luis Rueda Prada
ABOGADA ESPECIALISTA EN URBANISMO: Natalia Pedraza Mora
CONTADORA PÚBLICA: Luz Jinneth Cuevas Muñoz
MÉDICO ESPECIALISTA ADMÓN. EN SALUD Y GESTIÓN HOSPITALARIA: Jaime Forero Henríquez
SERVICIOS TÉCNICOS, SISTEMATIZACIÓN DE ENCUESTAS: Total B&C SAS
ESTUDIANTE AUXILIAR (Ciencias Económicas): Claudia Carolina Colmenares

COMPONENTE MÉDICO ARQUITECTÓNICO – FASE 2
DIRECTOR CONSULTORÍA: Dr. Carlos Humberto Arango
ARQ. ESPECIALISTA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA: Ana María Velásquez Mejía
CONSULTOR FINANCIERO: Jorge Alberto Otero
CONSULTORA INSTITUCIONAL: Diana Rocío Chaves
CONSULTORA GESTIÓN: Ana Lucía Mujica

COMPONENTE MÉDICO ARQUITECTÓNICO – FASE 1
COORDINADOR PROGRAMA MÉDICO -ARQUITECTÓNICO: Dr. Álvaro Casallas
ASESOR PROGRAMA MEDICO-ARQUITECTÓNICO: Dr. Carlos H. Arango
ARQ. ESPECIALISTA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA: Ana María Velásquez Mejía
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO: Yesenia Castro Cely
FISIOTERAPEUTA ESP. EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO: Angélica Marcela Palacio Puentes
ECONOMISTA ESTADÍSTICO: Daniel Alfonso Garavito Jiménez

COMPONENTE SOCIOECONÓMICO
COORDINADOR COMPONENTE SOCIOECONÓMICO: Dr. Oscar Rodríguez
ECONOMISTA: Decsi Astrid Arévalo Hernández
POLITÓLOGO: Daniela Cárdenas Talero
SOCIÓLOGO: Angélica Rodríguez López
ESTADÍSTICO: Daniel Alfonso Garavito Jiménez
HISTORIADOR: Juan Jacobo del Castillo

PLAN DE DIVULGACIÓN
DISEÑADOR GRÁFICO: Martha Isabel Gómez
DISEÑADOR GRÁFICO: Nelson Beltrán

CORRECCIÓN DE ESTILO
PERIODISTA: Orlando Riaño

ÍNDICE GENERAL DEL DOCUMENTO DE PROPUESTA

TOMO I:

1 ASPECTOS GENERALES
2 DELIMITACIÓN DE ÁREAS
3 NIVELES PERMITIDOS DE INTERVENCIÓN
4 CONDICIONES DE MANEJO
4.1 Aspectos Físico Técnicos

TOMO II:

4.2 Aspectos Administrativos
4.3 Aspectos Financieros
5 PLAN DE DIVULGACIÓN

TOMO III:

SÍNTESIS DE LA PROPUESTA

TABLA DE CONTENIDO

4.2 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 12
4.2.1 Presentación 12
4.2.2 Consideraciones preliminares 13
4.2.2.1 Premisas para el desarrollo del modelo institucional del PEMP 13
4.2.2.2 Metodología a utilizar en el diseño del modelo Institucional 16
4.2.3 Modelo de desarrollo institucional del CHSJD: estructura Jurídico Administrativa y bases para el diseño del modelo de gestión 18
4.2.3.1 Consideraciones jurídicas claves para el diseño de la estructura administrativa 18
4.2.3.2 Consideraciones jurídicas en el contexto del SGSSS que inciden sobre modelo institucional del CHSJD 22
4.2.3.3 Opciones de Organización Institucional del CHSJD 25
4.2.3.4 Selección de la alternativa institucional a desarrollar para el CHSJD 33
4.2.4 Modelo de desarrollo Institucional del CHSJD: propuesta del modelo de gestión ... 47
4.2.4.1 Perfil del modelo de gestión de los bienes BIC del CHSJD y diseño del modelo de operación de servicios 47
4.2.4.2 Programa Médico Arquitectónico (PMA) y estructuración de usos del CHSJD 58
4.2.4.3 Lineamientos para la gestión de los bienes BIC del CHSJD y la operación del Hospital Universitario 65
4.3 ASPECTOS FINANCIEROS 67
4.3.1 Aspectos financieros de la operación del complejo hospitalario 67
4.3.1.1 Estimación De Requerimientos de Inversión 68
4.3.1.2 Simulación y proyección de la operación del CHSJD 91
4.3.1.3 Fuentes de financiación del PEMP 101
4.3.1.4 Análisis Económico del PEMP 107
4.3.2 Programa de Gestión 110
4.3.2.1 Esquema de rehabilitación del complejo 110
4.3.2.2 Fases de implementación y cronograma 113
4.3.2.3 Proyectos prioritarios y Proyectos emblemáticos 125
5 PLAN DE DIVULGACIÓN 169
5.2 Objetivo general 169
5.3 Objetivos específicos 169
5.4 Antecedentes 169
5.5 Público objetivo 172
5.6 Actividades 172
5.6.1 Mapa-afiche 172
5.6.2 Audiovisual 174

5.6.3 Página web **175**
5.6.4 Eventos **178**
5.6.5 Piezas gráficas **178**
5.6.6 Recursos virtuales **179**
5.7 Nichos para ubicación del público objetivo **180**
BIBLIOGRAFÍA **187**
Anexo No 1. PMA DEL CHSJD, SIN EL IMI **191**
Anexo 2. PMA del IMI **214**
Anexo 3 ..... **225**

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Portada del libro Historia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. 170
Imagen 2. Algunas de las fotografías de Nicolás Van Helmeryck 171
Imagen 3. Cara externa del plegable y su contenido informativo. 173
Imagen 4. La cara interior del plegable, al estar desplegada funciona como un afiche. 174
Imagen 5. Captura de pantalla del menú Historia Institucional. 176
Imagen 6. Captura de pantalla del menú Patrimonio Edilicio / Los edificios. 177
Imagen 7. Captura de pantalla del menú Patrimonio Edilicio / Sistemas Constructivos. 177

ÍNDICE DE PLANOS

Plano 1. Plano de usos principales del CHSJD. 63
Plano 2. Fase de Implementación 1 (0 – 3.5 años). 118

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Metodología desarrollo aspectos administrativos del PEMP. 17
Gráfica 2. Esquema básico modelo institucional del CHSJD - PEMP. 26
Gráfica 3. Rutas de decisiones entre el ente propietario, el ente Gestor y los entes operadores de los servicios del CHSJD según USOS de las edificaciones. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. 29
Gráfica 4. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. Relación entre la entidad propietaria y el Ente Gestor del CHSJD y entre el Ente Gestor y los Entes Operadores. 31
Gráfica 5. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. Relación entre el Ente Gestor y entes operadores de los servicios del CHSJD según USOS de las edificaciones. 33
Gráfica 6. Rutas de decisiones entre el ente propietario, el ENTE GESTOR y los entes operadores de los servicios del CHSJD. OPCIONES RESULTANTES A RECOMENDAR CHSJD – PEMP. 35
Gráfica 7. Perfil de capacidades del ENTE GESTOR Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. 48
Gráfica 8. Red de operadores de los bienes inmuebles BIC modelo de operación del CHSJD – PEMP (ver descripción de usos detallada como su uso principal y alternativo en el ítem 4.2.4.2.5). 49
Gráfica 9. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP. 50
Gráfica 10. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP. 51
Gráfica 11. Propuesta de transformación del ente gestor por fases del proyecto – PEMP 54
Gráfica 12. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP. 55
Gráfica 13. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP. 55
Gráfica 14. Estructura organizacional propuesta ENTE GESTOR bienes inmuebles del CHSJD – PEMP. 57
Gráfica 15. Estructura organizacional propuesta ENTE GESTOR bienes inmuebles del CHSJD – PEMP. 66
Gráfica 16. Esquema de factibilidad financiera 68
Gráfica 17. Flujo de recursos financieros en la operación del CHSJD. 100
Gráfica 18. Algoritmo del esquema de rehabilitación. 112
Gráfica 19. Mapa del sitio del CHSJD. 175
Gráfica 20. Triple perspectiva concepto Hospital Universitario 227
Gráfica 21. Esquema de funcionamiento para el área de Salud de la Mujer y atención Materno Perinatal 236
Gráfica 22. Esquema de funcionamiento para el área de CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD, incluido el servicio de TRAUMA MAYOR 236
Gráfica 23. Relaciones sobre las que se estructura la actividad investigativa 239
Gráfica 24. Grupo de interés a considerar para la estructuración de la investigación en salud . 239
Gráfica 25. Objetivos para la investigación en el CHSJD 240
Gráfica 26. Organización del conocimiento hospitalario 241
Gráfica 27. Capacidades requeridas para desarrollar Investigación e innovación en el CHSJD .. 243
Gráfica 28. Modelo de organización hospitalaria centrada en la innovación 244

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cantidad de oferta instalada - requerida 2015 59
Tabla 2. CHSJD – Tipología de usos. 61
Tabla 3. Perfil de usos del CHSJD según tipología de usos. 64
Tabla 4. Costos de Primeros Auxilios 70
Tabla 5. Liberaciones y desmontes propuestos. 79
Tabla 6. Costo de estudios técnicos e intervención patrimonial del Conjunto Edilicio (Cifras en Millones COP$). 85
Tabla 7. Consolidado de recursos de inversión para la intervención del Conjunto Edilicio (Cifras en Millones COP$). 86
Tabla 8. Costos de intervención de espacio público. 87
Tabla 9. Costo nuevos desarrollos 87
Tabla 10. Costos desarrollo de parqueaderos permanentes subterráneos. 88
Tabla 11. Acciones generales para el saneamiento y mejoramiento ambiental del CHSJD 89
Tabla 12. Requerimientos de inversión PEMP (Cifras en Millones COP$ Constantes 2015) 90
Tabla 13. Cronograma de inversiones (Cifras en COP$ Constantes 2015) 91
Tabla 14. Precios del canon de arrendamiento mensual por M2 (Cifras en COP$ Constantes 2015). 92
Tabla 15. Ventas por servicios inmobiliarios (Cifras en COP$ Constantes 2015) 93
Tabla 16. Ventas detalladas por inmueble (Cifras en COP$ Constantes 2015) 93
Tabla 17. Gastos de funcionamiento y operación del CHSJD (Cifras en COP$ Constantes 2015) 98
Tabla 18. Estado de Resultados proyectado (Cifras en Millones COP$ constantes de 2015). 99
Tabla 19. Flujo de evaluación financiera (Cifras en Millones COP$ constantes de 2015). 101
Tabla 20. Proyección de amortización de crédito. 102
Tabla 21. Identificación de requerimientos y fuentes de financiación (Cifras en Millones COP$ Constantes 2015). 105
Tabla 22. Proyección de la generación de IVA (Cifras en Millones COP$ constantes 2015) 109
Tabla 23. Actividades y/o procesos para la rehabilitación del complejo. 110
Tabla 24. Cronograma de Fases. 122
Tabla 25. Proyectos prioritarios - SA.1. 127
Tabla 26. Proyectos prioritarios - SA.2. 129
Tabla 27. Proyectos prioritarios - SA.3. 131
Tabla 28. Proyectos prioritarios - SA.4. 133
Tabla 29. Proyectos prioritarios - C.1. 135
Tabla 30. Proyectos prioritarios - C.2. 137
Tabla 31. Proyectos prioritarios - C.3A. 139
Tabla 32. Proyectos prioritarios - C.3B. 141
Tabla 33. Proyectos prioritarios - C.4. 143
Tabla 34. Proyectos prioritarios - M.1. 145
Tabla 35. Proyectos prioritarios - M.2. 147
Tabla 36. Proyectos Emblemáticos - ZD.1. 149
Tabla 37. Proyectos Emblemáticos – ZD.2 151
Tabla 38. Proyectos Emblemáticos - ZD.3. 153
Tabla 39. Proyectos Emblemáticos - ZD.4. 155
Tabla 40. Proyectos Emblemáticos - AE.1. 157
Tabla 41. Proyectos Emblemáticos - AE.2. 159
Tabla 42. Proyectos Emblemáticos - MV.1. 161
Tabla 43. Proyectos Emblemáticos - MV.2. 164
Tabla 44. Proyectos Emblemáticos - MV.3. 167
Tabla 45-. PMA - Ed. Central (–Ala oriental–). 191
Tabla 46. PMA - Ed. Santiago Samper. 192
Tabla 47. PMA - Ed. Salud Mental. 193
Tabla 48. PMA - Ed. Cundifarma. 194
Tabla 49. PMA - Ed. Enfermedades Tropicales. 195
Tabla 50. PMA - Ed. Inmunológico. 197
Tabla 51. PMA - Ed. Siberia. 198
Tabla 52. PMA - Ed. Convento. 198
Tabla 53. PMA - Ed. San Jorge. 199
Tabla 54. PMA - Ed. San Roque. 199
Tabla 55. PMA - Ed. Paulina Ponce de León. 199
Tabla 56. PMA - Ed. San Lucas. 200
Tabla 57. PMA - Ed. San Eduardo. 201
Tabla 58. PMA - Ed. Central. 202
Tabla 59. PMA - ED. Mantenimiento. 211
Tabla 60. PMA - Resumen de servicios. 212
Tabla 61. PMA -IMI. 214
Tabla 62. Sistemas de Gestión de la Calidad 229
Tabla 63. Focos de responsabilidad y requisitos de norma 231
Tabla 64. Principios rectores para el desarrollo de la innovación en el CHSJD 238
Tabla 65. Retos de investigación con pacientes en el CHSJD 241
Tabla 66. Estrategias para superar los retos para realizar investigación con pacientes en el CHSJD 242
Tabla 67. Riesgos capacidades de innovación 242
Tabla 68. Precios de referencia para la IPS por cada actividad de atencón en salud 248
Tabla 69. Proyección de ingresos para la IPS año 1. 249
Tabla 70. Proyección de ingresos para la IPS años 2 y 3. 250
Tabla 71. Proyección de ingresos para la IPS año 4. 252
Tabla 72. Proyección de ventas de servicios IPS CHSJD (Cifras en Millones $COP). 252
Tabla 73. Proyección de Costos y Gastos IPS CHSJD (Cifras en Millones $COP). 253
Tabla 74. Estado de Resultados Proyectado (Cifras en Millones $COP). 254

4.2 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.2.1 Presentación

Siguiendo los lineamientos definidos en el documento-guía para la «*FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN de PLANES ESPECIALES DE MANEJO Y PROTECCIÓN»* (Ministerio de Cultura, 2011) y haciendo referencia al Decreto reglamentario 763 de 2009 de la Ley de Patrimonio, los aspectos administrativos de las condiciones de manejo a proponer, tiene como finalidad:

> La realización de acciones para crear o consolidar la institucionalidad necesaria que garantice el manejo y la sostenibilidad administrativa del BIC. En este contexto, se debe definir la entidad que se encargará del manejo administrativo del BIC, o las características de la entidad que se deba crear, o fortalecer si ya existe, en cuyo caso se incluirá su naturaleza, socios, así como sus competencias y capacidad financiera, de acuerdo a la misión definida en el PEMP.

De la misma manera y como parte de la propuesta integral, en las condiciones de manejo, se define el desarrollo de las siguientes acciones, en relación con el componente administrativo:

- Propuesta institucional que determine cuál es el fortalecimiento que se requiere para que la administración del BIC pueda implementar las medidas de protección del bien, o el tipo de ente gestor.
- Definir claramente las diferentes relaciones de competencia que deben tener las entidades públicas y privadas sobre el manejo del bien y su zona de influencia, así como los mecanismos de coordinación que sean necesarios.
- Indicar los aspectos que deben ser fortalecidos en las entidades correspondientes, que permitan una atención sobre el BIC, así como el modelo de gestión necesario para la ejecución y seguimiento del PEMP.
- Definir los actos administrativos y jurídicos necesarios para el fortalecimiento institucional o para la creación y eficiencia del órgano gestor.
- Definir los tipos de acuerdo público privado que se puedan realizar para la ejecución de los proyectos y acciones del PEMP.
- Definir, de manera específica, al responsable de los procesos de comunicación y participación ciudadana y de los mecanismos correspondientes.
- Definir el proceso de seguimiento de la ejecución del PEMP y a quién le compete esta responsabilidad. En este punto también hay que determinar la línea de base de indicadores de seguimiento de la aplicación del PEMP y de sus impactos.

De acuerdo con estos requerimientos, en este segmento ***aspectos administrativos* del PEMP** se plantearán los elementos que permitan proponer la *institucionalidad necesaria* para la protección de los BIC del CHSJD, en alineación con las Condiciones físico-técnicas de manejo (Tomo I, 4.1.) y planteando las bases del diseño de los Aspectos financieros que permitan garantizar su sostenibilidad (Tomo II, 4.3.), y que hacen parte de las *condiciones de manejo*.

4.2.2 Consideraciones preliminares

4.2.2.1 Premisas para el desarrollo del modelo institucional del PEMP

De manera previa al desarrollo de una propuesta del modelo administrativo del PEMP para el CHSJD, es necesario tener presente un conjunto de factores que hacen que éste, sea un plan particularmente diferente y tenga consideraciones que lo hacen único al momento de enfrentar su diseño institucional.

Estos factores, que se hicieron evidentes en el tramo diagnóstico, se convierten en premisas para el diseño del PEMP y que se describen de la siguiente manera, distribuidos en dos conjuntos de premisas:

1. PREMISAS JURÍDICO-INSTITUCIONALES:

- (i) El reconocimiento de la existencia del complejo entramado jurídico que ha caracterizado la historia del CHSJD, que ha puesto de manifiesto múltiples situaciones que complejizan su situación actual, incluida la definición última sobre su propiedad. No obstante, de manera independientemente de cual sea el ente que termine definido como propietario o de quien fuese la entidad que le tenga en "posesión" y cualquiera que fuera la figura institucional y de gestión que se adopte, prevalece la obligación el Estado de proteger este BIC y por lo tanto la obligación de acometer los lineamientos específicos definidos en el presente PEMP.
- (ii) La circunstancia de que el CHSJD no es hoy una persona jurídica en sí misma, sino un conjunto de bienes (valorados como bienes BIC), a quienes se debe asignar una institucionalidad específica para su recuperación y puesta en marcha que garantice su sostenibilidad patrimonial, bien bajo el amparo de la institucionalidad de su propietario o bien bajo la figura institucional de un tercero, ya existente o uno nuevo.

2. PREMISAS ADMINISTRATIVO-INSTITUCIONALES

El hecho que exista la obligación legal (Congreso de la República de Colombia, 2002. Art. 3) de preservar el CHSJD como *centro especial para la educación universitaria en ciencias de la salud («*El Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil continuarán funcionando como un centro especial para la educación universitaria que imparta, en las ciencias de la salud, las Universidades oficiales y privadas, esto es, como hospitales universitarios), hace que el desarrollo del PEMP este condicionado al menos por los siguientes factores:

(i) Que su uso principal debe ser destinado prioritariamente a la provisión de servicios de salud, educación e investigación en ciencias de la salud, a partir de los cuales se derivan otro tipo de servicios como son el conjunto de servicios conexos a la salud, junto con otros servicios complementarios, institucionales, sociales y culturales, que se asocian todos al perfil de Hospital Universitario y que integran los usos completos del CHSJD.

(ii) Que la vocación de Hospital Universitario se concreta a través del logro de un estatus legal vigente que esta normatizado en Colombia (Congreso de la República de Colombia, 2011)[1] y que se alcanza con el cumplimiento de un conjunto complejo de reglas que deberán ser buscadas de manera gradual y progresiva durante la puesta en marcha del CHSJD y como consecuencia de un proceso evolutivo de maduración[2], teniendo claro que aunque no nace con dicha condición como parte de su perfil institucional de apertura, en el PEMP se definirán los lineamientos necesarios para que durante la ejecución del mismo se logre dicho propósito, como un fin ineludible.

(iii) Que los bienes BIC del complejo, cuyo diseño fue hecho en su momento para prestar servicios de salud con las normas de cada época en la que fueron construidos, deberán adaptarse al cumplimiento de las normas técnicas para la provisión de servicios de salud hoy vigentes, lo que incluye la necesaria intervención de recuperación edilicio-patrimonial para su habilitación, restauración y conservación.

(iv) Que la sostenibilidad de los bienes BIC que hacen parte del complejo, debería estar ligada a la viabilidad financiera propia de su uso específico, en este caso del conjunto de servicios propios y derivados de los usos definidos para el CHSJD, debiendo asegurar que está en capacidad de soportar tanto su funcionamiento corriente, como el costo del mantenimiento de los mismos, en condiciones que garanticen la preservación de los bienes BIC a su cargo.

(v) Que la puesta en marcha de los usos del CHSJD, dependerá además de una importante inversión financiera en su recuperación, lo que no solo requiere de un proceso continuo y escalonado de intervenciones en el tiempo para lograr su habilitación técnica progresiva, sino además de la búsqueda e inyección sostenida de recursos económicos que soporten dicha inversión, y cuya fuente de ingresos deberá incorporar fondos adicionales a los generados en la propia operación corriente del CHSJD provenientes de una diversidad de fuentes, incluyendo de base la obligación legal de aporte de recursos públicos por parte de entidades del Estado, según ley 735/2002.

(vi) Que la oferta de servicios de salud que se ofrezca desde el CHSJD, entraría a hacer parte de la oferta del «Nodo Central Red Hospitalaria Cuidad Salud»[3] y de red de prestadores públicos y privados del Distrito Capital y por tanto habría de considerarse que el CHSJD tendría un papel específico que cumplir dentro de la oferta/demanda de servicios que requiere la población. De igual manera, se considera que la oferta de servicios docentes y de investigación entraría a hacer parte de las redes vigentes de servicios educativos y de investigación disponibles en el Distrito capital y en la región. Todo este conjunto de servicios, al igual que los servicios conexos y complementarios, deberán garantizar en todo caso, la sostenibilidad del CHSJD, de acuerdo con las reglas del marco legal vigente en Colombia.

(vii) Que los servicios de salud (componente asistencial) que serán ofertados por parte del CHSJD, deberán ser provistos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente en Colombia, lo que los condiciona, al igual que a todos los Prestadores de Servicios de Salud, cualquiera que sea su naturaleza, a interactuar dentro de las reglas de juego mediante las cuales deberá garantizar su auto sostenibilidad y supervivencia.

(viii) Que la condición del CHSJD de desarrollar la labor como Hospital Universitario le obliga a ofrecer junto con la prestación de servicios asistenciales de salud, la labor de formación en salud, debiendo tener entonces no solo la capacidad para ofertar desde el CHSJD servicios de salud, sino también servicios educativos, pudiendo para ello contar con la participación y colaboración de entidades idóneas, como centros hospitalarios especializados y centros de formación legalmente reconocidos, con programas afines a su oferta de servicios y programas docente asistenciales.

Bajo estos dos conjuntos de premisas, se desarrollan a continuación los *aspectos administrativos* del PEMP, definiendo las acciones que habrían de realizarse para crear la *institucionalidad necesaria para el manejo y la sostenibilidad administrativa del BIC* CHSJD. Para ello, se desarrolla en primera instancia, un análisis que permite orientar la decisión acerca de la entidad que estaría encargada de su manejo administrativo, y que dilucide el perfil jurídico administrativo de mayor conveniencia, entre la elección de una persona jurídica ya existente o de una nueva, tal y como lo indica para este componente la metodología del PEMP. Para cualquiera de las dos opciones, se hará precisión sobre su naturaleza jurídica, cuerpo de gobierno, competencias y su capacidad financiera.

En el desarrollo de los textos se utiliza el concepto Complejo Hospitalario San Juan de Dios CHSJD, el cual denota, el conjunto completo de bienes inmuebles que hacen parte del conjunto y que incluyen tanto las edificaciones en actividad funcional vigente y con usos consolidados (Cancerológico, Dermatológico, IMI, Ancianato, Jardín Infantil), así como las edificaciones a

[1] Art. 100. Hospitales Universitarios. Resolución 3409 del 23 de octubre de 2012. «por la cual se define la documentación para efectos del reconocimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud como Hospitales Universitarios».
[2] Como ocurre con el requisito No 1. Resolución 3409/12: «estar habilitado y acreditado de acuerdo con el sistema obligatorio de garantía de la calidad».
[3] Definido en el Plan Nacional de Desarrollo PND 2015-18, LEY 1753 del 9 de junio 2015, Regionalización - Plan Plurianual de inversiones. Anexo 1. Iniciativas de Inversión. Bogotá D.C. Proyectos Visionarios. Página 10.

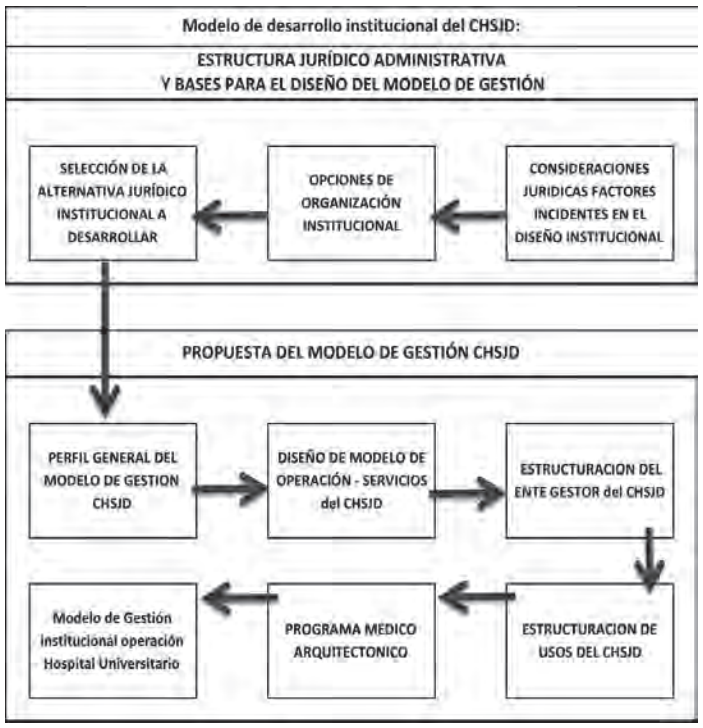
recuperar y habilitar para su uso, conservación y protección, junto con todo el espacio físico perimetral y circundante incorporado dentro de los límites del área de influencia definido en el PEMP. El área física del CHSJD, incluye no solo el área de intervención, sino también el espacio del área de influencia. El concepto Hospital Universitario queda asimilado dentro del concepto CHSJD, y se entiende tal y como está definido por la ley: «centro especial para la educación universitaria que impartan, en las ciencias de la salud, las Universidades oficiales y privadas". Así la funcionalidad del CHSJD estará ligada al uso central como hospital universitario, y a los demás usos conexos, complementarios, institucionales o culturales, asociados al mismo.

4.2.2.2 Metodología a utilizar en el diseño del modelo Institucional

Se propone un método de desarrollo de la propuesta en sus «aspectos administrativos», cuya estructura se desarrolla en dos segmentos:

(i) uno relacionado con la definición del *Modelo de gestión y estructura Jurídico Administrativa* que se adoptará para la Gestión del CHSJD, en el que se identifican y analizan alternativas para su diseño y se propone la selección de una alternativa a desarrollar y

(ii) otro relacionado con la definición del *Propuesta Institucional* en donde se propone el Modelo de Gestión del CHSJD que será utilizado, considerando la estructuración del ente gestor, la estructuración de los usos, el perfil operativo de los servicios, el programa médico arquitectónico y el modelo específico a aplicar para la operación del hospital dentro del CHSJD.



Gráfica 1. Metodología desarrollo aspectos administrativos del PEMP.

Como se observa, es necesario considerar de entrada, la especificación del modelo jurídico institucional sobre el que operaria el CHSJD, a manera de plataforma de gestión y que define la persona jurídica que se haría responsable de la recuperación, funcionalidad y sostenibilidad de los bienes BIC que constituyen el conjunto, teniendo en cuenta las premisas condicionantes que ya se describieron, en especial la que define su uso originario para prestación de servicios como Hospital Universitario, combinando labores asistenciales, de educación y de investigación en salud.

Sobre esta plataforma jurídico administrativa, se propone el modelo institucional para la gestión propiamente dicha, en el que se estructura cada uno de sus componentes y relaciones, hasta definir el Programa Médico Arquitectónico PMA que será requerido y el desarrollo específico del modelo de operación de los servicios de asistencia-educación-investigación del complejo.

4.2.3 Modelo de desarrollo institucional del CHSJD: estructura Jurídico Administrativa y bases para el diseño del modelo de gestión

Este apartado explora las posibilidades jurídico institucionales para la organización administrativa del CHSJD y selecciona la alternativa que resulta priorizada luego del proceso de análisis, luego de lo cual será posible estructurar la nueva figura que equivaldría al diseño de la entidad gestora del proyecto para la recuperación y administración del BIC y del modelo de operación completo del CHSJD. Se adiciona al final de este ítem, un análisis de la relación con los demás actores y de las reglas de juego del SGSSS que se deben considerar, en donde se incorporan un conjunto de consideraciones jurídicas que tienen incidencia sobre el diseño institucional.

4.2.3.1 Consideraciones jurídicas claves para el diseño de la estructura administrativa

Consideraciones iniciales

- Es importante insistir en que el modelo hospitalario busca aportar «una síntesis de alternativas de organización hospitalaria sustentada en las experiencias, evaluaciones y recomendaciones existentes en el campo hospitalario nacional y distrital» y proponer «el modelo que deberá aplicarse en el CHSJD, como hospital universitario de IV nivel de complejidad», definiendo «el tipo de servicios de salud y de atención que prestará a la comunidad, las especialidades que debería incorporar y desarrollar el hospital, las funciones de investigación y educación que les serán propias y la articulación con el Sistema hospitalario de la ciudad».
- En relación con la estructura y figura administrativa se plantea en este punto, formular una propuesta del «perfil de la Entidad o Unidad gestora que tenga a su cargo la puesta en marcha de la reapertura del CHSJD» y un «esquema de actuaciones, procedimientos y protocolos para que dicha Entidad Gestora coordine las fases de reactivación del Conjunto Hospitalario del Hospital San Juan de Dios y promueva la puesta en marcha de la nueva estructura institucional que tendrá a su cargo la organización y coordinación del modelo hospitalario y del plan de ordenamiento físico previstos».
- Es claro precisar que la funcionalidad del CHSJD deberá llevarse a cabo, de manera independiente de la figura jurídico institucional que resulte de mayor conveniencia aplicar, bien con un nuevo ente, o bien con un ente existente o bien con un conjunto de entidades, cualquiera que sea la naturaleza jurídica resultante y su forma de operación.

Hallazgos claves del diagnóstico jurídico. Síntesis.

La propuesta jurídica tiene su fundamento en las conclusiones generadas en el acápite de diagnóstico jurídico, cuya síntesis es la siguiente:

- Una de las primeras conclusiones del diagnóstico es que no se encontró evidencia sobre el hecho de que el CHSJD cuente con una personería jurídica propia pública o privada. En algún momento del tiempo se asumió la existencia de la Fundación San Juan de Dios pero posteriormente, en el año 2005, el Consejo de Estado estableció que dicha fundación en realidad nunca existió y que el CHSJD corresponde a un conjunto de bienes de propiedad de la Beneficencia de Cundinamarca. Es importante resaltar que la decisión del Consejo de Estado no corresponde a la orden de liquidación o extinción de la Fundación de Juan de Dios sino la nulidad de unos decretos que presumían su existencia.
- El Consejo de Estado encuentra que como la fundación en realidad no existió, entonces los decretos que presumían su existencia terminan siendo nulos y como consecuencia de ello también el acto administrativo que posteriormente le había reconocido personería jurídica. Esta conclusión del diagnóstico resulta vital para efectos de la propuesta de una nueva institucionalidad, por cuanto no se está en presencia de una persona jurídica que deba reorganizarse, sino de un conjunto de bienes con unas características especiales.
- También en el diagnóstico se estableció que conforme a los pronunciamientos jurisprudenciales el titular de estos bienes es la Beneficencia de Cundinamarca y por ende a esa entidad corresponde en este momento los derechos reales sobre los mismos y debe ejercer las acciones legales correspondientes para recuperar la propiedad y tenencia de tales bienes conforme en forma expresa lo ordenó la Corte Constitucional.
- No obstante lo anterior la Resolución 197 de 27 de noviembre de 2014, proferida por el gerente liquidador del conjunto de derechos y obligaciones de la extinta Fundación San Juan de Dios en liquidación, establece la adjudicación por enajenación del CHSJD a la Empresa de Renovación Urbana de Bogotá por lo que el análisis y escenarios propuestos se desarrollarán teniendo en cuenta este nuevo hecho.
- Dentro de las conclusiones del diagnóstico también se señaló que los bienes se encuentran desafectados del pago de los pasivos laborales de los antiguos colaboradores de los hospitales San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil, por cuanto finalmente la Corte Constitucional obligó a la Nación, el Distrito Capital y la Beneficencia de Cundinamarca a asumir estos pasivos en su calidad de entidades públicas y con cargo a sus presupuestos. Del mismo modo y también como consecuencia de lo resuelto por la Corte Constitucional, se estableció que existe una fecha cierta de terminación de las relaciones laborales de estos colaboradores, razón por la cual la nueva institucionalidad que se defina no tiene la obligación de vincular personal que anteriormente tenía relaciones con los hospitales San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil.
- En todo caso se preserva la conclusión inicial del diagnóstico en el sentido de que es la Beneficencia de Cundinamarca la entidad que inicialmente por tener los derechos de propiedad sobre los bienes puede ejecutar los actos de disposición de la propiedad, obviamente contando con las restricciones legales.

Dentro de ese contexto aparece una circunstancia favorable para la reapertura del CHSJD por cuanto en realidad se trata de unos bienes públicos que ciertamente tienen una característica especial como Bienes de Interés Cultural, BIC y un uso predeterminado por la ley como es la destinación para hospital universitario, pero que en tanto se trata de unos bienes, es posible explorar una amplia gama de posibilidades para que se cumpla el uso definido en la Ley 735 de 2002.

Como consideración general debe advertirse que todas las figuras jurídicas que se exploran deben analizarse a la luz del contenido del artículo 10 de la Ley 397 de 1997 que señala:

> ARTICULO 10. INEMBARGABILIDAD, IMPRESCRIPTIBILIDAD E INALIENABILIDAD. <Artículo modificado por el artículo 6 de la Ley 1185 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los bienes de interés cultural de propiedad de entidades públicas, son inembargables, imprescriptibles e inalienables.
>
> PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de Cultura autorizará, en casos excepcionales, la enajenación o el préstamo de bienes de interés cultural del ámbito nacional entre entidades públicas. Las alcaldías, gobernaciones y autoridades de los territorios indígenas y de las comunidades negras de que trata la Ley 70 de 1993, serán las encargadas de dar aplicación a lo previsto en este parágrafo respecto de los bienes de interés cultural declarados por ellas.
>
> Las autoridades señaladas en este parágrafo podrán autorizar a las entidades públicas propietarias de bienes de interés cultural para darlos en **comodato** a entidades privadas sin ánimo de lucro de reconocida idoneidad, hasta por el término de cinco (5) años prorrogables con sujeción a lo previsto en el artículo 355 de la Constitución Política**, celebrar convenios interadministrativos y de asociación** en la forma prevista en los artículos 95 y 96 de la Ley 489 de 1998 o en las normas que los modifiquen o sustituyan, y en general, **celebrar cualquier tipo de contrato, incluido el de concesión**, que implique la entrega de dichos bienes a particulares, siempre que cualquiera de las modalidades que se utilice se dirija a proveer y garantizar lo necesario para la protección, recuperación, conservación, sostenibilidad y divulgación de los mismos, sin afectar su inalienabilidad, imprescriptibilidad e inembargabilidad… *(Congreso de la República de Colombia, 1997)*

Debe tenerse en cuenta que el CHSJD es un Bien de Interés Cultural del ámbito Nacional al tenor de lo establecido en el inciso segundo del artículo 8° de la Ley 397 de 1997 que señala:

> Son bienes de interés cultural del ámbito nacional los declarados como tales por la ley, el Ministerio de Cultura o el Archivo General de la Nación, en lo de su competencia, en razón del interés especial que el bien revista para la comunidad en todo el territorio nacional.

Al tenor de esta disposición es preciso recordar que el artículo 1° de la Ley 735 de 2002 estableció que:

> ARTÍCULO 1o. Declárase monumentos Nacionales, el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, ubicados en la ciudad de Bogotá, D. C., en reconocimiento a los señalados servicios prestados al pueblo colombiano durante las distintas etapas de la historia de Colombia.
>
> Igualmente, declárase Patrimonio Cultural de la Nación la Fundación San Juan de Dios y el Instituto Inmunológico Nacional en consideración a su valiosa contribución a la protección de la salud del pueblo y a su extraordinario aporte científico. *(Congreso de la República de Colombia, 2002)*

Conforme a la normatividad vigente no existe duda alguna sobre el carácter de Bien de Interés Cultural del ámbito nacional del CHSJD.

En ese orden de ideas y sumando el hecho de que los bienes pertenecen a la Beneficencia de Cundinamarca, (o a la Empresa de Renovación Urbana de Bogotá en caso de que se materialice la transferencia) que en todo caso son entidades públicas, en cualquier decisión que se adopte deberá considerarse indefectiblemente el contenido del artículo 10 de la Ley 397 de 1997 que establece una serie de restricciones para el manejo de estos bienes. La más importante de estas restricciones es que estos bienes no podrán ser enajenados a entidades privadas y solamente se permitirá en forma excepcional el traspaso entre entidades públicas.

Por esta razón el análisis probablemente identifique la imposibilidad de la utilización de formas organizativas de personas jurídicas de carácter netamente privado. Lo anterior no significa que los privados no puedan participar por medio de contratos en la tenencia o administración de los bienes porque así lo tiene permitido la ley, siempre y cuando la modalidad que se utilice se dirija a proveer y garantizar lo necesario para la protección, recuperación, conservación, sostenibilidad y divulgación de los bienes, sin afectar su inalienabilidad, imprescriptibilidad e inembargabilidad.

Por estas razones, para todas las modalidades analizadas se entiende que en su desarrollo debe garantizarse la protección, recuperación, conservación, sostenibilidad y divulgación el Bien de Interés Cultural CHSJD, por lo que no se mencionará este aspecto en cada modalidad para no ser repetitivos.

También considera el hecho de que en el actual plan de desarrollo del Distrito Capital (2012-2016) se incorporó dentro de uno de los objetivos del plan la puesta en funcionamiento del CHSJD.

4.2.3.2 Consideraciones jurídicas en el contexto del SGSSS que inciden sobre modelo institucional del CHSJD

Consideraciones jurídicas acerca de las inversiones

- Por esto y con base en lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta las conclusiones iniciales del diagnóstico tenemos que la infraestructura que se pretende reabrir requiere una serie de inversiones para la entrada en funcionamiento. Estas inversiones corresponden a obras de restauración, remodelación y conservación de los inmuebles, las cuales deben ser asumidas conforme a la Ley 735 de 2002 por el Gobierno Nacional por intermedio del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Educación Nacional.
- Para mayor claridad sobre este aspecto el Consejo de Estado se pronunció en concepto proferido por la Sala de Consulta y Servicio Civil C.P. GUSTAVO APONTE SANTOS del 1° de julio de 2004 señalando:

> La obligación de acometer las obras de remodelación, restauración y conservación de los monumentos nacionales Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil, establecida a cargo del Departamento Nacional de Planeación y los Ministerios de Cultura y de Educación Nacional en el artículo 2° de la ley 735 de 2002, **se refiere a las edificaciones de los mismos** y tales entidades, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, **deben incluir en sus respectivos proyectos de presupuesto las partidas necesarias para cumplirla**. Estas entidades deben velar porque dichos inmuebles conserven la naturaleza de centros hospitalarios, la cual constituye su razón de ser. (Subrayado fuera de texto)

- El costo de estas inversiones debe asumirse por virtud de un mandato legal que claramente ratifica y precisa el Consejo de Estado de modo que las mismas no se financiarán con recursos provenientes de la venta de servicios de salud ni estarán a cargo de institucionalidad que se defina para el manejo de los bienes sino de las entidades mencionadas en la Ley. No obstante, la posibilidad de contar con este tipo de fuentes, no se excluye que otras entidades puedan concurrir con recursos provenientes de otras fuentes que permitan su puesta en marcha.

Consideraciones jurídicas acerca de los ingresos para la operación corriente de la prestación de servicios de salud

- Por el contrario, la operación de la entidad hospitalaria y sus costos de funcionamiento sí deben provenir de los ingresos generados por los pagadores del sistema de seguridad social en salud porque pese a la obligación existente por parte del Ministerio de Salud de contratar servicios de salud para la población pobre no en lo no cubierto mediante el subsidio a la demanda, es claro que hoy en día este es un monto marginal dadas las coberturas de aseguramiento y la nivelación de los planes de beneficios.
- En tal sentido es pertinente hacer relación al Sistema General de Seguridad Social en Salud que hoy se encuentra funcionando en el país y que ha sido definido en esencia por las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Es cierto que el sistema general de seguridad social en salud tiene unas excepciones puntuales señaladas en el artículo 279 de la ley 100 de 1993 y que básicamente corresponde a los trabajadores y pensionados de Ecopetrol, las Fuerzas Armadas y el Magisterio. A los anteriores regímenes exceptuados debe sumarse el régimen especial de las universidades públicas conforme lo definido por las leyes 647 de 2001 y 1443 de 2011.
- En ese orden de ideas si bien pudiese ser factible que la (s) entidad (es) proveedora (s) de servicios de salud sirviera a uno de éstos regímenes con dedicación exclusiva, ello implicaría que alguno de ellos tomara interés en la propiedad o administración de los bienes en cuyo caso la institución básicamente establecería relaciones con un pagador exclusivo y bajo las reglas específicas del respectivo régimen exceptuado o especial. Siendo esto factible, resulta poco probable porque finalmente sería una limitación poblacional bastante considerable en el campo de acción de la institución teniendo en cuenta que necesariamente será una institución de alta complejidad. Por esta razón, lo más probable es que la institución se encuentre inmersa dentro del sistema general de seguridad social en salud y de ahí la importancia de considerar su relación con los otros actores del sistema.
- Debe recordarse que con la expedición de la ley 100 de 1993 se introdujeron muchos cambios al funcionamiento del anterior Sistema Nacional de Salud. Uno (i) de los cambios principales fue la sustitución de un modelo de subsidio a la oferta por un modelo de subsidio a la demanda como mecanismo para la prestación de servicios de salud a la población más pobre y vulnerable del país. El otro cambio (ii) fundamental fue la introducción de una función de aseguramiento en salud a cargo de unas entidades especializadas que son las entidades administradoras de planes de beneficios en salud, EAPB, quienes tienen la responsabilidad de administrar los recursos del sistema y conformar las redes de servicios para garantizar los beneficios en salud de la población afiliada. Los dos cambios anteriormente anotados hacen que las Instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia no puedan concebirse en forma aislada sin relación con los pagadores del sistema.
- Si bien es cierto la Ley 100 de 1993 previó el principio de libre elección de prestadores por parte de los usuarios del sistema de salud, también es cierto que ésta libre elección se encuentra limitada por la conformación de la red de prestadores de servicios de salud de las EAPB. En tal sentido estas son libres de conformar su red de prestadores y el usuario tendrá derecho a la libre elección pero solamente dentro de la red ofertada por ellas. La excepción a esta regla la constituye la atención inicial de urgencias en la cual existe obligación de todas las IPS de prestar los servicios y de todas las EAPB de pagar el valor de estos servicios, así no se tenga relación contractual previa con la institución. En estos casos se aplicarán las tarifas definidas en el Decreto 2423 de 1996.

- La otra excepción, aunque pertenece a un sistema diferente, es la relacionada con la atención de los accidentes de tránsito en donde la obligación de pago surge para las compañías aseguradoras que ofertan el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, o para el fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA), sin que tampoco se exija un contrato previo.
- Fuera de las anteriores excepciones la prestación de servicios debe estar mediada por contratos suscritos entre las EAPB y las IPS en la forma y condiciones reguladas en el Decreto 4747 de 2007. El escenario descrito hace que una IPS no sea viable si no tiene definidos los eventuales pagadores que contrataran sus servicios de salud. Estos pagadores en esencia son las EAPB, aunque también pueden ser las entidades territoriales y las aseguradoras del SOAT o el mismo fosyga, aunque cada vez en menor proporción. Efectivamente, a las entidades territoriales les corresponde con cargo a los recursos de oferta garantizar los servicios de salud de la población pobre no afiliada al sistema general de seguridad social en salud y de los servicios no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
- Sin embargo estas dos circunstancias cada vez son menores por las siguientes razones: (i) por un lado el Gobierno Nacional desde el 1° de julio de 2012 unificó el POS del régimen subsidiado con el POS del régimen contributivo en Colombia de modo que el contenido de los servicios es el mismo, (ii) por el otro lado la cobertura a la seguridad social ha venido aumentado significativamente en el país al punto que hoy el Ministerio de Salud y Protección Social reporta una cobertura cercana al 95% de toda la población. Estas dos circunstancias hacen que en esencia los ingresos de las IPS (y esta no sería la excepción) *se deriven en el futuro de la venta de servicios de salud incluidos en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado*. Por esta razón resulta crucial la identificación de pagadores (EPS) interesados en que el CHSJD haga parte de su red de servicios.
- En conclusión respecto de este aspecto se tiene que la sostenibilidad debe calcularse con base en la operación corriente.

Consideraciones jurídicas acerca de la prestación de servicios de salud- educación-investigación y los servicios conexos y complementarios

- También es pertinente aclarar los alcances que tiene la declaratoria de Bienes de Interés Cultural, lo cual incluye que dentro del uso y destinación de los bienes pueda contemplarse la posibilidad de implementar usos o servicios conexos y complementarios con la misión esencial de atención en salud, educación e investigación. En tal sentido es perfectamente viable la destinación de algunas áreas para funciones institucionales, sociales, culturales y/o comerciales, tales como parqueaderos, cafeterías o restaurantes, albergues, funerarias, floristerías, entidades financieras y en general otros tipos de uso que permitan una oferta complementaria y asociada a la prestación integral de los servicios de salud.
- Carecería de sentido una interpretación restrictiva de la norma por cuanto ello impediría el desarrollo armónico e integral del proyecto. Lo esencial en este caso es que en los predios se defina la operación de la prestación de servicios de salud como elemento principal de su uso, pero teniendo en cuenta la realidad de la gran mayoría de IPS del país en el sentido de que resulta perfectamente ajustado a la norma que algunas de las áreas en estricto sentido no se dediquen a la atención directa de pacientes, sino a otros servicios que complementen el uso principal.
- Es así que en muchas de las IPS del país, tanto públicas como privadas, se implementan en sus predios estos servicios conexos sin que ello desnaturalice la institución porque en todo caso deberá cumplir con las normas de habilitación para los servicios ofertados y en consecuencia los servicios conexos no implican que un prestador de servicios de salud deje de ser una IPS sometida a la reglamentación vigente en la materia. Todo lo anterior beneficiaría esencialmente a los usuarios del servicio de salud que requieren de estos servicios conexos y permitiría un uso óptimo de los espacios que inclusive puede representar un aprovechamiento económico.

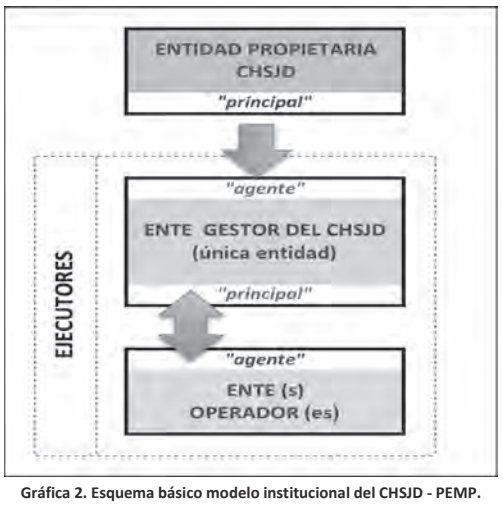
Consideraciones jurídicas de la ocupación de las instalaciones del CHSJD

- Otro aspecto que no puede dejarse de lado en el análisis jurídico es la ocupación de parte de las instalaciones del CHSJD por parte de ex colaboradores de la institución. Sin duda esta es una ocupación ilegal por cuanto las personas que allí se encuentran no tienen ningún título válido para estar en las instalaciones. De hecho el principal problema de este tipo de ocupaciones sería la eventual adquisición de la propiedad por una prescripción adquisitiva pero como se dejó dicho anteriormente conforme a la Ley 397 de 1997 estos son bienes de interés cultural imprescriptibles.
- Debe tenerse en cuenta que probablemente el tema de mayor conflicto con estos ex trabajadores es el correspondiente a la satisfacción de sus supuestos derechos laborales pero tal y conforme se mencionó en el diagnóstico, sobre este aspecto ya existe una sentencia de la Corte Constitucional que hace tránsito a cosa juzgada y que establece en forma clara y precisa una solución a este problema definiendo los responsables del pago de tales acreencias laborales.

4.2.3.3 Opciones de Organización Institucional del CHSJD

4.2.3.3.1 Estructura institucional general

El diseño de la estructura general del modelo institucional, parte de la identificación de las entidades involucradas y los roles que desempeñan: (i) el rol de ente propietario de los bienes del CHSJD y (ii) el rol de ejecutor para otros entes vinculados para la operación, entre los que existe una dinámica de relación de *agente–principal*, en donde «el principal» (propietario) entrega a «un agente» la competencia administrativa para su puesta en marcha y que en este caso se denominará el ENTE GESTOR, esperando que la labor de este último logre los objetivos esperados por *el principal* sobre los fines del CHSJD. El Ente Gestor (*el agente*) podría eventualmente ejecutar de manera directa su labor, llevando a cabo por sí mismo la totalidad de las funciones administrativas, o podría realizarla a través de una o muchas otras entidades operadoras especializadas, caso en el cual el Ente Gestor tendría a su vez *agentes* ejecutores y su papel cambiará para este efecto, tomando a su vez el rol del *principal*.



Gráfica 2. Esquema básico modelo institucional del CHSJD - PEMP.

1. ENTIDAD PROPIETARIA del CHSJD, cuyo rol es el de *principal*, quien tiene la potestad de ser el tomador de decisiones de gobierno sobre el conjunto y de actuar como administrador, siendo el responsable último de las actuaciones sobre la garantía de recuperación y preservación de los bienes BIC a su cargo y quien debe responder por su sostenibilidad y uso apropiado, velando por el cumplimiento de las normas legales vigentes, incluida la cabal aplicación del PEMP. Es a partir de las decisiones del propietario como agente principal, que se desprende el desarrollo de todo el modelo de gestión institucional y para lo que requiere de un «agente» que desarrolle su mandato. El propietario asume de manera categórica, la responsabilidad sobre la protección de los bienes inmuebles a su cargo, bien sea de forma directa o mediante una figura delegada, como la de un poseedor del bien por ejemplo. En cualquier caso, la protección de los bienes es ineludible.

2. ENTIDADES EJECUTORAS, cuyo rol es el de llevar a cabo los procesos de gestión del CHSJD y cuya potestad de actuación corresponde a un mandado otorgado por el agente principal, para que el CHSJD alcance sus fines y desarrolle la vocación de su legado histórico y del requerimiento legal, obrando como agentes encargados de responder por el cumplimiento de los fines del CHSJD en cabeza de su propietario. Un atributo fundamental de estas entidades operadoras es su carácter especializado, en donde se espera que aquellas que se lleguen a requerir, deberán cumplir con condiciones de idoneidad necesarias para hacer parte de una red de proveedores que se configuraría en el desarrollo del modelo.

La ejecución directa del mandato del propietario sobre el CHSJD se encarga en la figura denominada **ENTE GESTOR**, que de acuerdo con el Ministerio de Cultura, es «*la base institucional que posibilitara la implementación efectiva del plan de acción y de inversiones y que integrara a todos los actores involucrados*.» […] «*Su principal función es la de liderar la ejecución del PEMP»* (Ministerio de Cultura, 2011, p. 55)[4]. La misma norma, respecto del ENTE GESTOR, aclara lo siguiente: «*Es necesario que las entidades encargadas de la toma de decisiones, los inversionistas y usuarios estén vinculados a dicho ente, que debe ser representativo de las fuerzas vivas de la ciudad; también debe ser técnica y financieramente autosuficiente, de tal manera que se pueda garantizar su sostenibilidad, su continuidad y su credibilidad. Este ente podrá ser público o mixto, dependiendo de las características y capacidades locales*».

De esta forma, se deduce que el ente gestor se configura **como una única entidad**, centro de la estructura institucional y cuya existencia es esencial y de la mayor trascendencia en la operación del modelo de gestión administrativo-institucional de los bienes el CHSJD, cumpliendo con un papel específico que se encuentra bien definido desde el marco normativo mencionado en el párrafo anterior.

El ENTE GESTOR en su papel de *agente*, delegado por el *principal* (propietario), es el ejecutor directo del PEMP y de su modelo administrativo en la labor de llevar a cabo todas las acciones que son propias de la gestión institucional del CHSJD y que suponen un desarrollo de una capacidades administrativas específicas, que deben permitirle gestionar con éxito los bienes BIC a su cargo, ligados a los tipos de usos que le son permitidos y el contexto en que es posible desarrollar sus actividades. Pero también supone, el desarrollo de capacidades operativas directas, en este caso para gestionar la especificidad de un BIC mediante diversas opciones. Ver modelo “ruta de decisiones”, descrito en gráfico página siguiente.

4.2.3.3.2 Elementos constituyentes y relaciones posibles entre los actores

A partir del modelo institucional general que se esquematizó en el ítem anterior, se desarrolla a continuación un modelo de estructura y dinámica “relacional” que se puede advertir entre los diversos actores involucrados en la gestión del CHSJD, con la pretensión de tener un marco de

[4] Esta base institucional se denomina ente gestor, y su principal función es la de liderar la ejecución del PEMP.

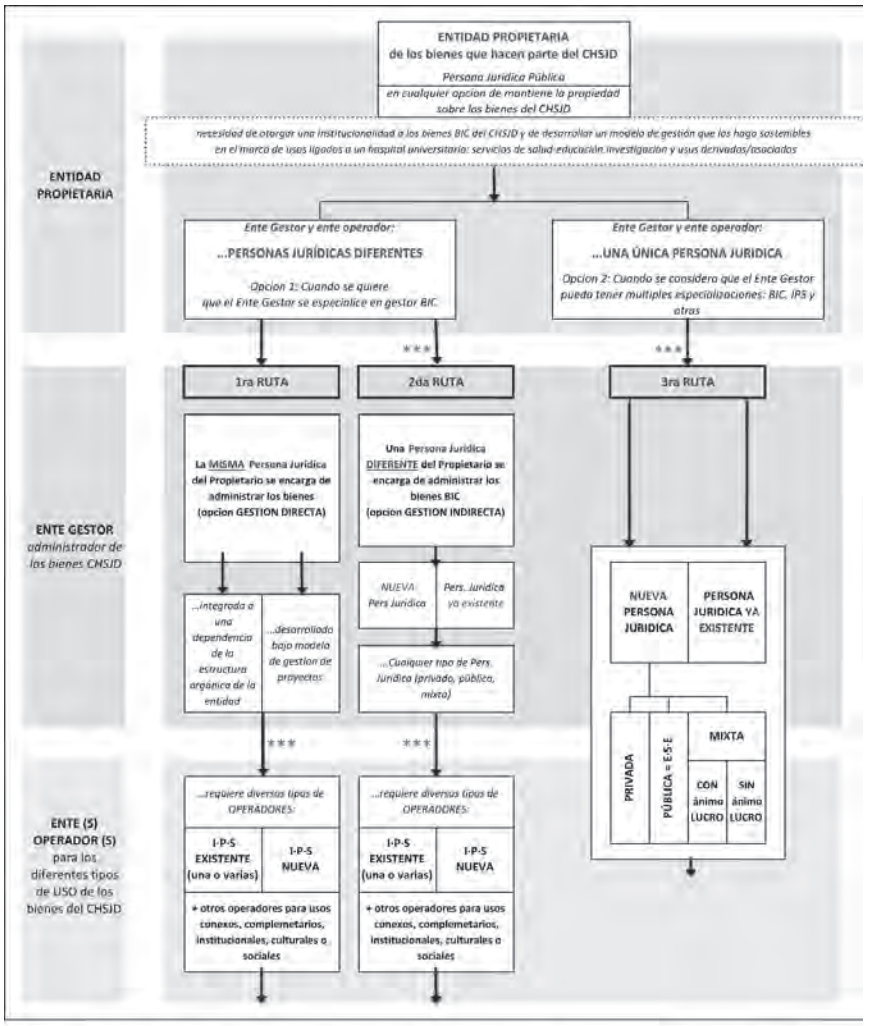
análisis y una guía de ruta de decisiones posibles, que integre las diferentes opciones que podrían llegar a considerarse para la elección de la alternativa más apropiada de gestión institucional.

Modelo básico de actores y relaciones / RUTA DE DECISIONES

En la siguiente figura se pueden: (i) identificar la presencia de los diferentes actores que constituyen el modelo de gestión administrativo institucional del CHSJD y (ii) observar las diversas opciones relacionales determinadas por rutas probables de decisión, que de manera teórica, se podrían tomar frente al ordenamiento institucional que se requiere para la operación del CHSJD y de cuyo análisis podamos definir la vía de decisiones a seguir para la propuesta institucional a desarrollar para el complejo.

Como se aprecia, las relaciones entre el ente propietario y el Ente Gestor, están determinadas por la posibilidad de escoger de entrada, entre dos opciones de diseño institucional, en donde (i) se decide que el Ente Gestor y la(s) entidad(es) operadora(s) especializados operen como personas jurídicas independientes, cada una con su rol (1ra y 2da ruta), y otra en donde (ii) se decide que las funciones del Ente gestor y de las entidades operadoras, corresponden a una misma entidad (una misma persona jurídica – 3ra ruta).

Para solucionar este dilema, la decisión deberá orientarse en principio desde una definición acerca de si, la necesidad que se tiene frente al manejo apropiado y sostenible de los bienes BIC del CHSJD, se resuelve de manera óptima, (i) con la posibilidad de tener una única entidad (gestora y ejecutora al mismo tiempo) que debería tener un carácter multiespecializado, dado que tendría que poder realizar con experticia la gestión de los bienes BIC del CHSJD, al tiempo que se especializaría como Institución prestadora de servicios de tipo universitaria, junto con especialización en la gestión de los demás usos derivados: institucionales, culturales, sociales; o si por el contrario, (ii) se advierte una mayor conveniencia en la opción de tener, por un lado, una entidad gestora especializada en administrar los bienes BIC del conjunto, y por el otro, un conjunto de operadores especializados, entre ellos, quienes presten servicios como IPS universitaria.



Gráfica 3. Rutas de decisiones entre el ente propietario, el ente Gestor y los entes operadores de los servicios del CHSJD según USOS de las edificaciones. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP.

En el evento, en el que la decisión correspondiera a la opción de diferenciar el ente gestor especializado en la administración de los bienes BIC del CHSJD, del ente operador, también aparece un segundo dilema a resolver y es si (i) la función «gestora» debiera ser asumida por el propietario de los bienes BIC, estableciendo una acción de control directo sobre la administración del modelo institucional, o si (ii) el Ente Gestor debiera corresponder a una entidad diferente a la persona jurídica del propietario (bien mediante una entidad ya existente o mediante una nueva entidad gestora). En ambos casos, y tomando como base de análisis este modelo propuesto, se establecerá una ruta de decisión que permita optar por la selección de la alternativa jurídico institucional más apropiada al contexto en el que se dará vida al CHSJD, tendiente a la reapertura del mismo, iniciando las actuaciones necesarias para la recuperación y preservación del conjunto de bienes BIC que hacen parte del complejo.

A continuación de describe el detalle de estas relaciones:

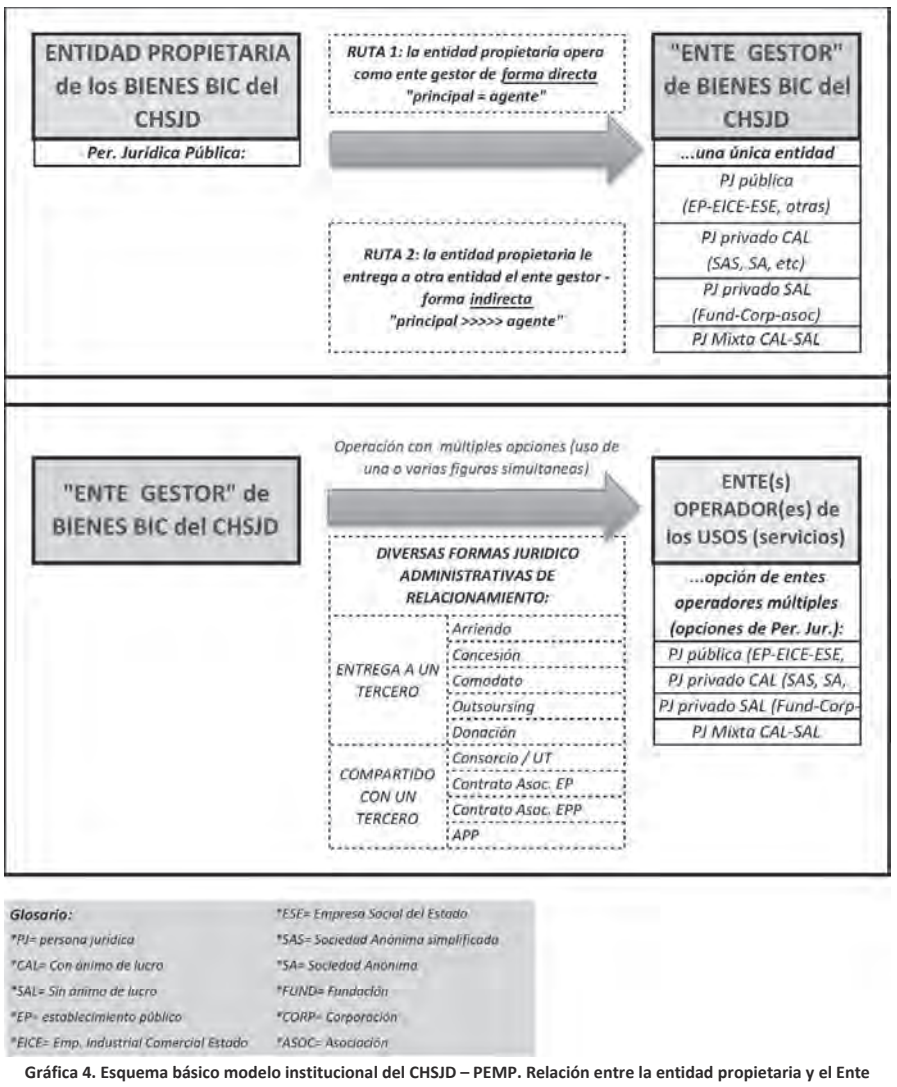
Rutas Nos. 1 y 2: Rutas de relaciones teóricas, en el escenario en donde el Ente Gestor de los bienes BIC y los entes operadores, son personas jurídicas diferentes

Análisis de los relacionamientos entre la Entidad Propietaria y el Ente Gestor

Como se aprecia en la gráfica, la Entidad Propietaria de los bienes BIC (que es una persona jurídica de carácter público), se podría relacionar con el ENTE GESTOR por dos vías:

1ra RUTA, (i) constituyéndose de manera **directa**, en el mismo Ente Gestor, caso en el cual el rol de *principal* no se diferenciaría del rol del *agente*, y en el que dicho propietario con su propia persona jurídica, asume la ejecución de labores administrativas institucionales de los bienes del CHSJD y 2da RUTA, (ii) mediante la entrega del rol de Ente Gestor a una entidad diferente (que podría ser de cualquier naturaleza jurídica), en donde le rol de *principal* se mantiene y se separa del rol del *agente* en cabeza de otra entidad, gestionando la administración institucional del CHSJD de forma **indirecta**.

De igual manera, la entidad Propietaria podría decidir conservar su propiedad única, o abrir un perfil de propiedad colectiva, que en el marco de las restricciones de la Ley seria siempre pública (dado que solo puede haber enajenación entre entidades públicas), caso en el cual se entendería que aunque desarrolle una apertura a otro conjunto de propietarios, este podría mantener el control del gobierno corporativo, preservando la mayoría de la propiedad, no obstante que, la regla general para esta alternativa, es que si bien los deferentes bienes pudiesen llegar a ser de un conjunto diverso de propietarios públicos, todos deberán acatar las reglas del conjunto prescritas en el PEMP y administradas por el Ente Gestor.



Gráfica 4. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. Relación entre la entidad propietaria y el Ente Gestor del CHSJD y entre el Ente Gestor y los Entes Operadores.

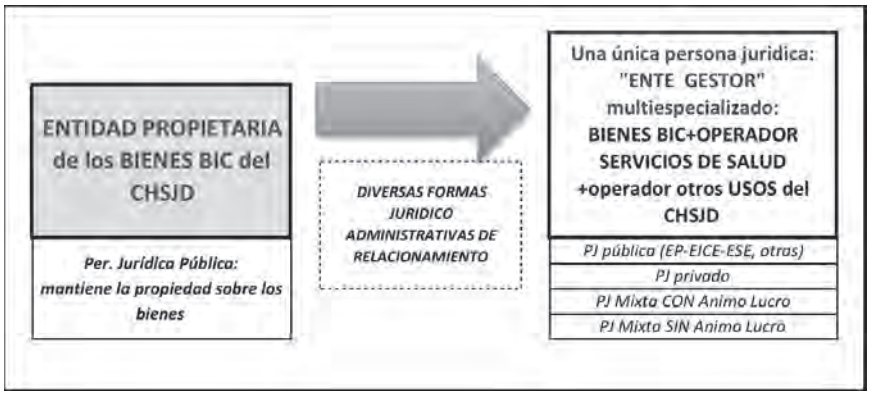
Análisis de los relacionamiento entre el Ente Gestor y los entes operadores

En un segundo momento, se detalla un nivel de relacionamiento explícito entre el ente gestor y los operadores, en donde el camino a seguir es aquel en donde el Ente Gestor conforma una red de operadores múltiples, cada uno especializado en la generación de un bien o servicio específico, pero integrados por la labor del Ente Gestor. Este tipo de relacionamiento, hace que el Ente Gestor deba crear las capacidades necesarias para que pueda utilizar las diferentes figuras que se encuentran en el marco jurídico institucional colombiano, y que van desde figuras en las que el ente operador es un tercero que responde por el servicio (mediante formas como arrendamientos, concesiones, outsourcing, comodatos y/o donaciones), hasta figuras en donde el ente gestor comparte la operación de un servicio con un tercero (como ocurre con los consorcios, las uniones temporales, joint venture, los contratos de asociación entre entidades públicas, o entre públicas y privadas y las Asociaciones Público Privadas APP).

RUTA No 3: Ruta de relaciones teóricas en el escenario en donde NO se divide el papel de Ente Gestor de los bienes BIC, del papel de los entes operadores.

Bajo la premisa de que la entidad propietaria *mantendría los derechos de propiedad* sobre los bienes BIC, la relación con la persona jurídica que asume los roles de ente gestor/operador (entidad ejecutora), se desarrollaría mediante las diversas formas de relacionamiento jurídico que serán revisadas más adelante.

En esta alternativa, la entidad deberá desarrollar una multiplicidad de funciones diversas con gran especialización de cada una, como ocurre con el hecho de que lleve a cabo (i) la prestación de servicios de salud, adoptando la forma de IPS de alta complejidad y para lo que debería cumplir con todos los requerimientos de ley para su constitución y funcionamiento, al igual que para los de tener la condición de hospital universitario. Habría además de asumir otras funciones derivadas como corresponden a (ii) la gestión de los servicios de formación en salud, ligados a la prestación de servicios asistenciales, con vínculos con centros de formación universitarios y el desarrollo de convenios docente asistenciales, (iii) la gestión de proyectos de investigación científica ligados a la salud y el desarrollo de capacidades con grupos de investigación formados que cumplen con los protocolos de Colciencias y además de (iv) la prestación de servicios conexos a la salud, de usos complementarios al conjunto, institucionales, de arte y cultura, sociales y comunitarios, entre otros usos que podrían tener los bienes BIC y (v) el desarrollo de actividades especializadas de gestión de dichos bienes BIC y el desarrollo de acciones de recuperación, puesta en funcionamiento y mantenimiento de este tipo de bienes y su gestión patrimonial, inmobiliaria, etc. En la siguiente figura se describe la relación básica que existe entre la entidad propietaria de los bienes BIC del CHSJD y esta «única persona jurídica».



Gráfica 5. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. Relación entre el Ente Gestor y entes operadores de los servicios del CHSJD según USOS de las edificaciones.

Esta entidad ejecutora podría corresponder a una entidad creada para este efecto o una entidad ya existente. En una nueva entidad, podría participar la entidad propietaria como aportante prioritario, y compartir la propiedad con otros entes, siempre y cuando se asegure que la nueva persona jurídica no ponga en riesgo los principios fundamentales de estos bienes BIC de no enajenabilidad, no embargabilidad y no prescriptibilidad, frente a una entidad ya existente.

Así las cosas, el mayor riesgo de esta opción se advierte en la elevada concentración de capacidades diferentes que debe desarrollar una única entidad.

4.2.3.4 Selección de la alternativa institucional a desarrollar para el CHSJD

Con fundamento en las consideraciones jurídicas preliminares (4.2.3.1. y 4.2.3.2.) y en el marco analítico anteriormente propuesto para el diseño de la plataforma institucional de los bienes BIC del CHSJD (4.2.3.3.1 y 4.2.3.3.2.), se hará a continuación un ejercicio de selección de la alternativa más apropiada para el funcionamiento de estos bienes.

La metodología a utilizar para el proceso de selección, corresponde al desarrollo del marco analítico propuesto para el diseño de la estructura institucional, y que se desarrolla a partir del análisis detallado de cada una de las alternativas descritas en las rutas de decisión y que permitirán, dentro de los determinantes jurídicos y demás factores condicionantes, llegar a la selección final a proponer y desarrollar. Se desarrolla el análisis de tres rutas de decisión:

1. La PRIMERA RUTA, relacionada con la vía en donde se mantiene la separación del ENTE GESTOR especializado en la admón. de bienes y del (los) ente(s) operador(es), y se propone que sea la misma persona jurídica del propietario, la que se encargue de gestionar los bienes.
2. La SEGUNDA RUTA, relacionado con la vía en donde se mantiene la separación del ENTE GESTOR especializado en la admón. de bienes y del (los) ente(s) operador(es), y se propone que sea una persona jurídica diferente a la del propietario, la que se encargue de su gestión.
3. LA TERCERA RUTA, relacionada con la vía en donde se considera la presencia de una única persona jurídica para el desarrollo integrado de las labores especializadas de admón. de bienes BIC y la prestación de servicios propios de los usos asignados los bienes BIC, la que se encargue de gestionar dichos bienes.

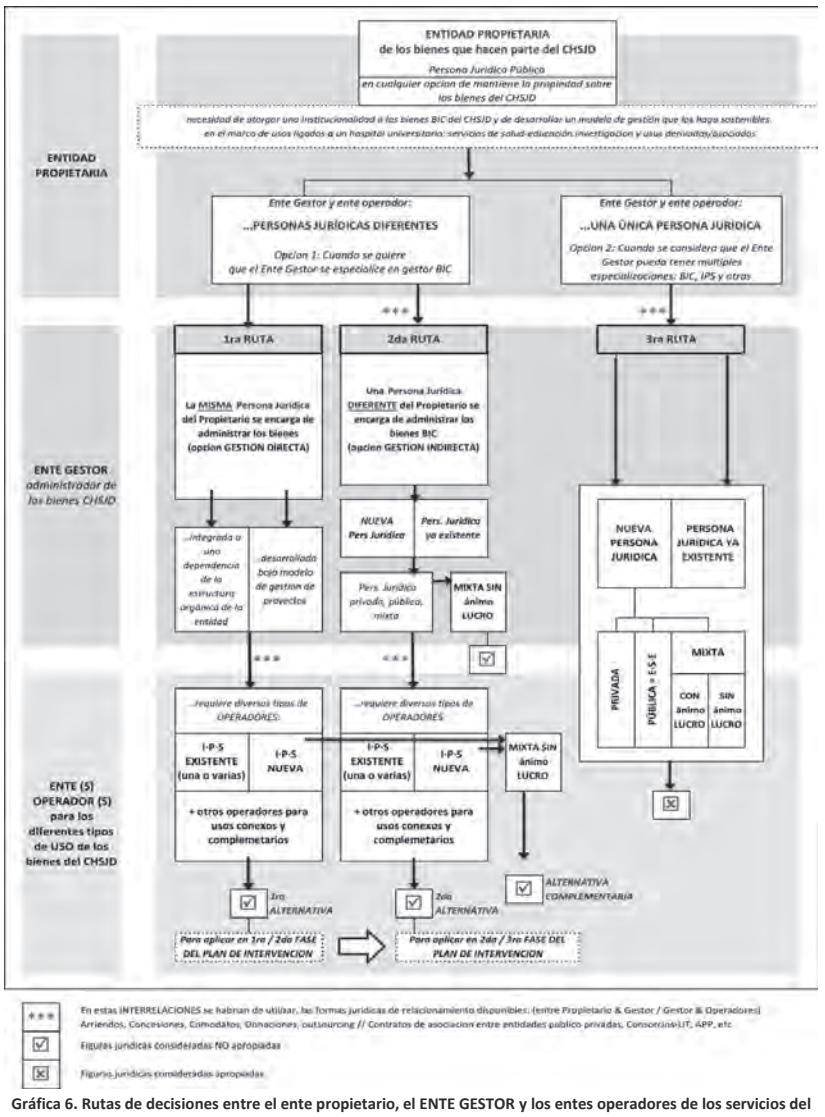
Se parte de la consideración, de que en ningún caso se propone el cambio de propiedad, sino que mantiene en cabeza de los propietarios actuales, que es al momento de elaboración del presente PEMP el Departamento de Cundinamarca, quien mantiene un proceso de venta de los bienes BIC del CHSJD al Distrito Capital de Bogotá, en cabeza de la Empresa de Renovación Urbana ERU y que no se ha logrado ejecutoriar aún. Se recuerda en este punto, que la ley solo permite que los bienes BIC puedan enajenarse solo entre entidades públicas, con autorización del Ministerio de Cultura, según artículo 6to de la Ley 1185 de 2008.

De acuerdo con esta premisa, las rutas de análisis para la decisión sobre la mejor alternativa, parten de revisar las opciones entre varias alternativas que aunque no consideran la venta de los bienes, si abren la posibilidad de proponer la participación del propietario en la constitución de nuevas empresas, que harían las veces de ENTE GESTOR de bienes BIC (ruta No. 2) o de gestor/operador integrado (ruta No. 3). En la gráfica 7, pueden observarse cada una de las rutas y el proceso de decisión final resultante.

4.2.3.4.1 Análisis Primera Ruta.

Características básicas y reglas de juego

- La entidad propietaria, decide asumir directamente la administración de los bienes BIC del CHSJD y para ello, dentro de su misma personería jurídica y estructura de funcionamiento, crea las capacidades propias de un ENTE GESTOR de esta naturaleza.
- Las opciones, son dos: (i) crear una dependencia dentro de la estructura organizacional de la entidad, para desarrollar las actividades de ENTE GESTOR con la pretensión de darle un carácter más estable o de permanencia en el tiempo o (ii) asume la organización y puesta en funcionamiento del ENTE GESTOR, como un proyecto específico, que tendría un carácter más transitorio, desarrollando un modelo de *gerencia de proyectos* dentro de la entidad.



Gráfica 6. Rutas de decisiones entre el ente propietario, el ENTE GESTOR y los entes operadores de los servicios del CHSJD. OPCIONES RESULTANTES A RECOMENDAR CHSJD – PEMP.

- El ENTE GESTOR, en ambas modalidades, debe desarrollar las capacidades suficientes para poder ejercer la administración de los bienes BIC de forma acertada aplicando lo dictado en el PEMP, por ello, este ente deberá contar además del equipo de dirección de proyecto, con un grupo de gestión técnica: patrimonial /arquitectónica /urbanística, comercial /inmobiliaria, jurídico /contractual, administrativo /financiero y de asesoría en temas salud/hospitalarios.
- El ENTE GESTOR, debe asegurar la gestión directa sobre los bienes BIC del CHSJD, de todo el conjunto, generando los mecanismos técnicos y financieros necesarios para su recuperación, puesta en uso y su conservación futura y para su sostenibilidad financiera, mientras que cada entidad operadora de los servicios, debe velar por la calidad de los mismos, su gestión productiva y su sostenibilidad financiera, que le son inherentes a la naturaleza de sus respectivos portafolios.
- El aliado central y proveedor principal de servicios corresponde a los entes operadores de servicios de salud (*entidades "ancla"*), el cual podría ponerse en funcionamiento mediante una o varias entidades que utilizarían para el desarrollo de su labor los bienes BIC del CHSJD que correspondan a inmuebles destinados a proveer atenciones en salud-educación-investigación de manera integral, de acuerdo con la tipología de usos. El ENTE GESTOR deberá garantizar que el uso de estos inmuebles permitan desplegar el desarrollo que por mandato legal se obliga para con la figura de Hospital Universitario, preservando esta vocación central.
- Este operador de servicios de salud universitarios se acepta entonces con la posibilidad de que pudiese desarrollar su labor tanto mediante una entidad hospitalaria existente y reconocida, como por una nueva entidad. En este último caso, la nueva entidad no se considera como un proyecto específico de esta ruta en una primera etapa del proyecto, pero podría desarrollarse en el proceso de consolidación del proyecto en segunda o tercera fase. De manera particular y luego de tomar en consideración la revisión jurídica, las figuras viables con las de una nueva ESE o la de una entidad mixta sin ánimo de lucro, en la que pueda participar incluso la entidad propietaria de los bienes del CHSJD. El análisis otorga mayores beneficios a la figura de una persona jurídica mixta, tipo corporación.
- Los servicios de salud universitarios, como regla de juego ineludible del modelo en esta ruta de decisión, deben ser operados por IPS con una idoneidad y experiencia reconocida, que demuestren la vinculación con centros de educación y formación de talento humano mediante convenios docente asistenciales ya configurados y en operación y la existencia de contratos de prestación de servicios con EPS en el Distrito Capital que aseguren su viabilidad de entrada, con demostración de la existencia de un proceso activo de desarrollo hacia la acreditación (o que ya este acreditado) y de un proceso activo para la constitución de la figura de hospital universitario reconocido como tal.
- El ENTE GESTOR, siguiendo los lineamientos del PEMP, podría configurar una red de múltiples personas jurídicas, que proveerían los bienes y servicios propios de los usos definidos para los bienes inmuebles del CHSJD adicionales a los de salud y que por medio de diversas figuras de relacionamiento jurídico entre entidades, podría conformar un abanico de opciones mediante contratos o convenios: arrendamientos, comodatos, concesiones, etc., con entidades que luego de postularse en procesos de selección para hacer uso de uno o varios de los bienes BIC, son aceptadas o rechazados luego de llenar requisitos de capacidad previamente diseñados.
- Los recursos para financiar la operación del ENTE GESTOR deberán ser compensados de los ingresos que deberán recaudarse a partir de su ejercicio corriente. Sin embargo mientras se superan las acciones preliminares de desarrollo para su puesta en marcha y el inicio de la fase productiva en términos de generación de ingresos, la propia entidad propietaria deberá proveer los recursos para su funcionamiento.
- El ENTE GESTOR deberá gestionar los recursos de inversión requeridos para la recuperación de los bienes, tanto de fuentes públicas, como de fuentes privadas, incluido el ejercicio de su propia producción de servicios y generación de ingresos que pueda respaldar operaciones financieras.
- Otras entidades que tienen obligación o gran interés en participar dentro del desarrollo del proyecto de recuperar y poner en uso los bienes inmuebles BIC del CHSJD, y habilitar el funcionamiento del liquidado Hospital universitario, podrán participar en un nivel de staff asesor, como ocurre con la comisión de patrimonio definida por la ley 735/2001, en donde se encuentran involucradas algunas entidades del orden Nacional, como algunos Ministerios y el DNP.

Ventajas de la alternativa

- Mantener diferenciada la labor del ENTE GESTOR, de los entes operadores, permite que cada uno de estos actores, desarrolle una labor idónea a partir de su especialización, bajo la unidad de dirección de un único ente (el gestor) con la potestad de gobernar el PEMP y sus actores y garantizar el uso apropiado de los bienes BIC a su cargo.
- La diferenciación de roles del ENTE GESTOR y los entes operadores, permitirá que el primero pueda desarrollar su labor administradora especializada, sin distracción, mientras que si de manera simultánea tuviera que ser el operador que provee los servicios de salud, educación e investigación, seguramente se pondría en riesgo de poder concentrar sus acciones sobre la recuperación y preservación de los bienes. Seria tal la carga de responsabilidad sobre los temas de salud, que podría dejar para segundo plano, los temas de gestión de los bienes.
- La operación de los servicios que se prestarán utilizando los inmuebles del conjunto edilicio, a través de múltiples proveedores, le permite al ENTE GESTOR, desarrollar un modelo que garantice la sostenibilidad financiera de su operación, sin concentrar el riesgo de financiamiento que se generaría si se tuviera una única entidad, logrando además que de ser necesario, se produzcan procesos de re-cambio en uno o varios de los operadores, de acuerdo con la dinámica de la funcionamiento del CHSJD.
- El hecho de estar ligado de manera directa de un ente ya establecido y en funcionamiento, le permite al gestor, contar con una plataforma organizacional y de recursos que de entrada apoyaría su supervivencia, mientras se agotan todas la etapas iniciales, que solo generan gasto, con pocos ingresos a la vista, como ocurre mientras se realizan los estudios específicos, las contrataciones y se realizan las obras para la recuperación de los inmuebles, dentro de un plan gradual de intervención, antes de poder entregarlos para su uso a los operadores. Todo esto sin considerar, el tiempo de los procesos de selección y contratación con los operadores, ni el tiempo dedicado a la consecución de los recursos de inversión. Esta garantía de supervivencia del ENTE GESTOR y del proyecto, por estar incorporados dentro de la misma institucionalidad de la entidad propietaria, es fundamental en el éxito del proyecto, en la delicada fase de inicio.
- El ENTE GESTOR tiene la oportunidad de utilizar a conveniencia, dentro del marco legal aplicable, múltiples formas simultáneas de relacionamiento contractual con los operadores, pudiendo seleccionar y proponer las figuras de mayor conveniencia para el conjunto: arrendamientos, comodatos, concesiones, etc., pudiendo definir reglas de juego particular y desarrollar procesos de selección rigurosos con los operadores interesados.
- El inicio de las acciones para la puesta en marcha del proyecto, es de corto plazo. No es necesario proceder con los procesos de trámite, usualmente dispendiosos, para la creación de nuevas entidades o para convocar personas jurídicas ya existentes a desarrollar la labor de ENTE GESTOR y/o a de prestación de servicios de salud. Esta opción viabiliza la fase de "despegue" del proyecto en el corto plazo.
- El inicio del proyecto puede contar con la presencia de uno o varios operadores especializados en la prestación de servicios de salud de alta complejidad y la prestación simultánea de servicios docentes, desde el momento de su inicio, dado que tendría disponible de inmediato un conjunto de entidades interesadas en prestar allí sus servicios de salud utilizando los inmuebles y los beneficios de localización y reconocimiento del CHSJD, siendo éstas, entidades que ya se encuentran en operación y con tradición y experiencia en la oferta de servicios, con un *know how* que no tiene una entidad nueva, con contrataciones con EPS para servicios de salud ya realizadas y con convenios docente asistenciales ya firmados con diversas entidades universitarias que forman talento humano en salud, pudiendo garantizar de entrada la preservación de la vocación como hospital universitario.
- La amplitud y flexibilidad para la gestión de los bienes BIC a través de la oferta de operadores múltiples que ofrece la ciudad y que incluye de primera opción, diversas entidades que en el caso de los servicios de salud, hacen parte de la red pública distrital de hospitales, pero pudiendo convocar adicionalmente otro tipo de entidades de diversa naturaleza jurídica, de reconocida idoneidad.

Desventajas de la alternativa

- El Gobierno del ENTE GESTOR, en última instancia no tendría un carácter colegiado, ya que dependería directa y exclusivamente del jefe de la entidad territorial y del gerente de la entidad que ostente la propiedad de los bienes BIC del CHSJD, condicionando el éxito del proyecto a las capacidades e intereses de personas específicas.
- Frente a gobierno de la entidad, los demás entes externos que tienen o han tenido en la historia, un intenso compromiso con la reapertura del CHSJD, no podrían participar del Gobierno del proyecto en una fase inicial, dado que el carácter de su participación seria del nivel del staff asesor y su influencia limitada.
- Mientras no se inicie la fase productiva de generación de recursos, los costos de la operación deberán ser incorporados como recurso adicionales dentro de la entidad propietaria, lo que genera una nueva presión presupuestal sobre la entidad pública.

Balance

- Para la fase de inicio de proyecto, y en pos de garantizar su efectiva puesta en marcha, garantizando la supervivencia del ENTE GESTOR y la realización de las acciones de entrada, con la que se logra el "despegue" de las acciones previstas en el PEMP, esta opción resulta ser muy atractiva.
- La posibilidad de poner a andar este modelo institucional de forma temprana, permite que de manera rápida se inicie con el despliegue de todas las acciones preliminares y que se pueda avanzar con prontitud en la gestión de recursos, en la recuperación de los bienes BIC y en su puesta en operación.
- La posibilidad de conformar una red de "aliados" operadores del proyecto, dada la amplia disponibilidad de entidades en el Distrito Capital que podrían estar interesadas en desarrollar sus actividades en el marco de los usos prescritos por el PEMP y la existencia de la múltiples formas de contratación y relacionamiento jurídico, brinda un nivel amplio de flexibilidad en las opciones de gestión y administración de los bienes, que garantizan la ejecución efectiva del proyecto.

4.2.3.4.2 Análisis Segunda Ruta

Descripción

- En esta vía, la entidad propietaria de los bienes inmuebles BIC del CHSJD, mantiene una preferencia por la separación de roles entre el ENTE GESTOR y los entes operadores, pero esta vez, considerando que quien debe adelantar las labores de administración de los bienes debe ser un ENTE GESTOR con una personería jurídica propia (diferente a la de la entidad propietaria).
- Esta opción supone que es posible que el ENTE GESTOR quede en manos de una persona jurídica ya existente (y que podría tener cualquier tipo de naturaleza jurídica), para lo cual la entidad propietaria podría convocar un proceso de selección de la misma y utilizar los medios jurídico administrativos disponibles para establecer su vinculación por medio de instrumentos pertinentes, como los de entregar los bienes BIC del CHSJD para su administración, mediante contratos de concesión, comodatos, en arriendo u otros ya estudiados en el análisis jurídico.
- También supone, que es posible que se propicie la creación de una persona jurídica nueva, que entraría a administrar los bienes como ENTE GESTOR, caso en el que la entidad propietaria

tendría el interés de participar de esta nueva persona jurídica. De hecho, de no ser por este tipo de interés, no tendría sentido fomentar la creación de nuevas entidades. Las posibilidades que fueron estudiadas en los análisis jurídicos previos, corresponden tanto a formas contractuales de responsabilidad compartida (consorcios o de uniones temporales, o de contratos de asociación entre entidades públicas y privados, o de convenios entre entidades públicas, etc.), como a la creación directa de personas jurídicas nuevas (privadas con y sin ánimo de lucro, púbicas, mixtas con y sin ánimo de lucro) por medio de las cuales, se podría tener una participación de la entidad propietaria en el gobierno del nuevo ENTE GESTOR, compartiendo el gobierno junto con otros actores.

- El ENTE GESTOR, seleccionado o creado, deberá asumir una responsabilidad similar a la descrita en la ruta anterior, frente a la administración de los inmuebles y para ello deberá contar con las capacidades organizacionales y de recursos para proveer sus servicios.
- En el caso en el que la entidad ya existiera y fuese seleccionada para operar como ENTE GESTOR, la entidad propietaria seria responsables del pago del costo de sus servicios, hasta el momento en el que inicie la operación auto sostenible, mediante un mecanismo de contratación, excepto que le entregue los bienes a manera de comodato o concesión, caso en el cual la entidad gestora deberá proveer los recursos que requiera para su funcionamiento.
- En el caso en el que se creara la nueva persona jurídica, con participación de la entidad propietaria en su estructura de gobierno, el financiamiento se haría de manera similar al descrito en el ítem anterior. Luego del análisis jurídico preliminar, se considera como la mejor opción en relación a una nueva entidad la figura de una entidad mixta sin ánimo de lucro, que este caso operaria como ENTE GESTOR de los bienes BIC del complejo y en cuya junta directiva debería participar el propietario.
- De otro lado, en esta ruta, el despliegue de la operación, al igual que la primera ruta de decisiones, también considera la presencia de operadores múltiples, preservando la posibilidad de contar con prestadores de servicios de salud de alta complejidad, con perfil docente investigativo, como hospitales universitarios, junto con proveedores de otro tipo de servicios conexos, complementarios, institucionales, etc.
- De igual manera, considera las mismas formas de relacionamiento jurídico administrativas con los diversos proveedores de servicios, con los detalles ya descritos en la 1ra ruta.
- En este modelo, que separa los roles entre el ENTE GESTOR y el de los operadores, es posible vincular igual que en la ruta No. 1, uno o varios centros hospitalarios ya existentes a la operación de entrada del proyecto, que posibilitan desplegar rápidamente las funciones propias del hospital universitario que preserve a función central y la vocación originaria de los bienes del CHSJD, cumpliendo ya con varios de los requisitos técnicos científicos, administrativos y financieros necesarios para garantizar su funcionalidad. En general, tiene las mismas características a las descritas en la ruta anterior.

Ventajas de la alternativa

- Igual que en la primera ruta, mantener diferenciada la labor del ENTE GESTOR, de los entes operadores, permite que cada uno de estos actores desarrolle una labor idónea a partir de su especialización, con una ventaja adicional, que a diferencia de la 3ra ruta, el ENTE GESTOR que opera independiente de la figura de IPS / Hospital Universitario, permite que los bienes BIC que hacen parte del complejo, puedan seguir en cabeza del gestor, en caso de que la IPS entrara en una situación de crisis de sostenibilidad financiera en el marco de los ejercicios de compraventa de servicios de salud a la que están sometidos todos los hospitales públicos y privados hoy en Colombia, en un escenario del muy alta vulnerabilidad, ocasionado por las elevadas y antiguas carteras con las EPS. Cuando esto ocurre con una IPS que es la gestora de los bienes y a su vez quien provee los servicios de salud como hospital universitario, se ponen en riesgo la sostenibilidad de los bienes BIC a su cargo, como ya ocurrió con el cierre de la entidad hospitalaria que los administraba en el año 2001.
- Igual que en la primera ruta, la diferenciación de roles del ENTE GESTOR y los entes operadores, permitirá que el primero pueda desarrollar su labor administradora especializada sobre los bienes, sin que como podría ocurrir con la 3ra ruta, la funcionalidad como IPS relegue a segundo plano la conservación de los bienes BIC, además de la posibilidad también de utilización de las múltiples formas simultáneas de relacionamiento contractual con los operadores, pudiendo seleccionar y proponer las figuras de mayor conveniencia para el conjunto: arrendamientos, comodatos, concesiones, etc.
- Es una ventaja, poder contar desde el momento de su inicio, con la presencia de uno o varios operadores especializados en la prestación de servicios de salud de alta complejidad y la prestación simultánea de servicios docentes, dado que tendría disponible de inmediato un conjunto de entidades interesadas en prestar allí sus servicios de salud, como ocurre con los hospitales de la red pública distrital que requieren ampliar sus capacidades actuales de oferta de servicios a la población.

Desventajas de la alternativa

- La entidad propietaria deberá garantizar todos los recursos necesarios para pagar a un tercero por la operación inicial hasta que llegue a equilibrio. Este pago corresponde a la totalidad de recursos requeridos por el tercero para llevar a cabo su función gestora sobre los bienes BIC. En el caso de una nueva entidad donde podría existir una responsabilidad compartida, se podría considerar que los diferentes participantes de la nueva entidad podrían ser aportantes de la nueva operación, sin embargo esta es una opción cuya puesta en marcha requiere tiempo y un proceso de negociación que pudiese resultar dispendioso. A diferencia de la primera ruta, en esta modalidad no se contaría con un ente que "apadrine" la operación de entrada mientras se realizan las acciones de recuperación y puesta en funcionamiento.
- Su puesta en marcha no es rápida y toma un tiempo considerable que no sirve a los propósitos de inicio temprano de la operación y la búsqueda de pronto autofinanciamiento derivado de su operación corriente. Esto ocurre tanto en el proceso de habilitación de una entidad existente

Ventajas de la alternativa

para la entrega de funciones como ente rector, pero en especial, ocurre con todo el dispendioso procedimiento y el tiempo que demanda la creación de una nueva entidad.

Balance

- Se reafirman las bondades de prevalecer la separación de funciones entre la figura de un ENTE GESTOR y uno o varios entes operadores.
- Se considera una oportunidad para la gestión óptima de los bienes inmuebles del CHSJD, el desarrollo autónomo de las actividades de un ENTE GESTOR con un carácter colegiado, plural e independiente, como se considera ocurriría con la creación de una persona jurídica de carácter mixto sin ánimo de lucro, tipo corporación, en la que además de la entidad propietaria pudieran participar en su gobierno, otras entidades interesadas en la reapertura del HSJD y en la conservación optima de los bienes BIC del complejo (universidades, Ministerios, Entidades públicas distritales de salud y patrimonio, etc.)
- No obstante lo anterior, se considera que esta no es una alternativa viable de entrada, en la primera fase del proyecto, que requiere de una puesta en acción temprana del ENTE GESTOR y una gran dinámica y flexibilidad de operación inicial, que no sería posible mientras se desarrolla el proceso de concertación y procedimental necesario para crear una nueva entidad. Sin embargo, sería deseable hacia la segunda etapa iniciar el trámite de transición entre una figura que potencie su arranque como la descrita en la ruta No. 1 y que pueda migrar hacia en perfil como el descrito en esta ruta No. 2.

4.2.3.4.3 Análisis Tercera Ruta.

Descripción

- En esta alternativa se considera que de entrada, la realización de los dos tipos de roles, como administrador de bienes BIC (en el papel de ENTE GESTOR), y como prestador de servicios de salud (en el rol de hospital universitario), bajo una misma persona jurídica, no es la más conveniente. Esta alternativa se basa en la presunción de que una entidad hospitalaria de alta complejidad, que utiliza unos bienes BIC que fueron diseñados originalmente para su uso como entidad hospitalaria, estaría en capacidad como parte de su gestión administrativa y logística, de realizar el mantenimiento y preservación de dichos bienes de manera simultánea y para lo cual no se requerirían dos entidades independientes.
- Dado que si una de sus funcionalidades es la de prestador de servicios de salud, en la legislación colombiana este aspecto se comporta como un hecho prevalente que le obliga a cumplir con todos los requisitos de entrada y de permanencia como IPS. Esta circunstancia le otorga de inmediato un carácter ineludible a esta entidad como IPS, independiente del hecho de que además realice otras labores, como en este caso, de administrador de bienes BIC. Esta función de hecho, se entendería como una función complementaria, sin que ello llegase a requerir una función especializada de gestión del patrimonio. En este caso, la preservación de los inmuebles BIC, se entendería como parte del mantenimiento corriente de la infraestructura de un hospital, que tendría que tomar en consideración el cumplimiento de unos requerimientos técnicos especiales de conservación de patrimonio.
- El desarrollo de esta alternativa, parte además de la perspectiva, de utilizar los bienes BIC del CHSJD bajo la misma figura hospitalaria que tuvo en antaño, pudiendo rehabilitar una persona jurídica hospitalaria, como misión univoca de los bienes.
- Las opciones de esta alternativa, parten también de considerar que esta entidad hospitalaria pudiese ser una persona jurídica nueva o una ya existente. En ambos casos y tratándose de una IPS con la intención de proveer servicios de salud con carácter de hospital universitario y que utilizará para ello la infraestructura de los bienes BIC del CHSJD, la entidad propietaria podría utilizar los mecanismos de interacción disponibles para la entrega de dichos bienes como las figuras de arriendo, de concesión o de comodato, sin que entregue la propiedad de los mismos. En caso de que la intención del propietario sea provocar una venta de los inmuebles, solo podría hacerlo a otra entidad pública.
- En el caso de desear constituir una nueva persona jurídica, las opciones institucionales para su puesta en funcionamiento, corresponden a la de cuatro alternativas principales: una IPS privada con o sin ánimo de lucro o de la economía solidaria, una IPS pública, cuya única opción posible es la figura de una ESE o la de una entidad mixta (asociaciones entre entes públicos y privados con o sin ánimo de lucro, p.e.). Luego de los análisis jurídicos, se consideró que la mejor alternativa se encuentra en una persona jurídica mixta sin ánimo de lucro tipo corporación, siendo una segunda opción la creación de una ESE y descartando que de ninguna manera es viable una persona jurídica privada o mixta con ánimo de lucro, dado que pondría en conflicto la perspectiva de entidad pública con un perfil BIC. En cualquier caso debe recordarse que la opción deberá ser auto sostenible.

Ventajas de la alternativa

- Se simplifica el proceso de toma de decisiones, al estar concentradas en una misma entidad que ejerce el gobierno de toda la operación hospitalaria y de administración de los bienes BIC del CHSJD.
- En caso de que la entidad propietaria entregase los bienes por mecanismos como comodatos o por concesiones y arriendos, podría hacer la entrega de la totalidad de los bienes del conjunto, sin tener que hacer inversión alguna, comprometiendo a receptor de los mismos en realizar las acciones de inversión, recuperación y puesta en funcionamiento condicionándolo al cumplimiento de las reglas del PEMP.

Desventajas de la alternativa

- No se logra provocar un nivel óptimo de especialización en la función de administración de los bienes inmuebles BIC, que hagan óptimo el desempeño de las labores de recuperación y conservación de los mismos.

- Cuando una IPS, que es la gestora de los bienes y a su vez quien provee los servicios de salud como hospital universitario, entra en una situación de crisis financiera, como ocurre hoy con muchos hospitales en Colombia, de inmediato pone en riesgo la sostenibilidad de los bienes BIC a su cargo, como ya ocurrió con el cierre de la entidad hospitalaria que administraba los bienes del CHSJD en el año 2001. En este modelo, la quiebra financiera del Hospital, pondría en riesgo, la conservación de los bienes.
- En este caso, la operación hospitalaria, es la que además de posibilitar sostener en equilibrio la operación corriente financiera del hospital, debe permitir financiar el mantenimiento de los inmuebles BIC a su cargo, a diferencia de las rutas No 1 y 2, en donde: (i) los propios bienes los que garantizan la sostenibilidad del ENTE GESTOR y generan recursos para la conservación de los mismos, incluyendo recursos para soportar una parte de la inversión en su propia recuperación y (ii) en donde cada operador vinculado, incluidas las IPS participantes, debe responder por la garantía de su propia sostenibilidad. En otras palabras en esta opción "no se diversifica el riesgo", como factor clave hoy en la sostenibilidad de una entidad.
- El hospital tendría que diversificar su "portafolio de servicios" en una gama de operaciones que van mucho más allá del perfil científico de servicios de salud (asistencia-educación-investigación), dado que tendría que asumir usos de los bienes BIC a su cargo, diferentes a la naturaleza de estos servicios, como ocurre con servicios tan diversos como los usos edilicios de arte y cultura, usos institucionales, usos social comunitarios y usos en producción de bienes y servicios "complementarios", que ciertamente tienen una naturaleza muy diferente a la de la misión de una IPS.
- La puesta en marcha de una nueva IPS, supone el desarrollo de un conjunto amplio de requisitos legales técnico administrativos y el ingreso a un escenario de diversos mercados en salud en condiciones complejas de operación y la necesidad además de cumplir de entada con los requisitos de un hospital universitario que se exigirá a partir del 2016, hacen que el proceso de inicio de operaciones sea largo y dispendioso, lo que retardaría la intervención sobre los bienes BIC a su cargo.
- Para la recuperación de los bienes, es la IPS la que tendría que implementar los procesos propios de la identificación y consecución de recursos y la gestión de los mismos, incluidas las operaciones crediticias, lo que no solo es un proceso que requiere una gran especialización, sino además que pone en riesgo la sostenibilidad misma del hospital ante una eventual incumplimiento con las obligaciones.

Balance

- La posibilidad de que no exista una responsabilidad especializada directa, sobre la gestión de los bienes BIC y de que su relevancia quede supeditada a un segundo plano, en cabeza de una IPS, le resta valor desde una perspectiva de preservación del conjunto de bienes inmuebles del CHSJD como patrimonio de la Nación.
- La posibilidad de que la sostenibilidad de los bienes dependa del éxito de una única entidad, una IPS, que hoy por hoy representan en Colombia entes con elevado riesgo financiero y alta incertidumbre en su viabilidad, pone en duda la sostenibilidad de los bienes del complejo. De hecho los márgenes de operación son tan estrechos, que la liberación de recursos para poder cubrir los costos adicionales que conlleva la conservación de los BIC, hacen a las IPS entidades frágiles en la protección de piezas patrimoniales. Dicho de otro modo, la carga del costo de la preservación patrimonial genera una presión financiera adicional seria sobre el frágil equilibrio operacional de una IPS en Colombia hoy.
- Precisamente el abandono y deterioro actual que se observa conjunto de bienes BIC del CHSJD tuvo su origen en la liquidación de la entidad hospitalaria que los administraba en el 2001, en razón de la imposibilidad financiera e mantenerlo abierto.

4.2.3.4.4 Selección de la alternativa institucional a considerar

Luego de revisar cada una de las alternativas que se modelaron bajo el concepto de opciones o rutas de decisión bajo la aplicación del esquema analítico propuesto, se llega a la conclusión de tomar como primera alternativa la ruta No. 1, para la operación del proyecto durante las fases iniciales (1 y 2) y como segunda alternativa la ruta No. 2, para la operación del proyecto durante las fases de consolidación y maduración (2 y 3) del mismo previstas en el PEMP. La ruta No. 3, no se consideró como una opción apropiada.

La conclusión integral nos muestra que la institucionalidad que permite crear condiciones que propician el despegue del proyecto y que ofrece mayores oportunidades para otorgarle la viabilidad de inicio, corresponde a la figura mediante la cual, la misma persona jurídica que tiene los derechos de propiedad y tenencia de los bienes, sea quien crea las condiciones requeridas para su puesta en marcha y bajo su tutela y amparo permita llevar a cabo todas las acciones requeridas en el PEMP, hasta garantizar que alcance una etapa de consolidación que le posibilite en ese momento, estimular la creación de una persona jurídica que de manera colegiada asuma la gestión de los bienes BIC del CHSJD y que permita conservar las condiciones que consoliden el proyecto.

Bajo este precepto, se parte de la ruta No 1 y se realiza una transición hacia la ruta No 2.

En este aspecto, se consolida el concepto de mayor favorabilidad para los fines del PEMP del CHSJD, con la decisión de contar con un ENTE GESTOR como entidad especializada en la gestión patrimonial y como ejecutor experto de los lineamientos dictados en dicho PEMP, separado de la labor de agentes operadores, y cuya institucionalidad empieza ligada a la misma persona jurídica de la entidad propietaria y migra hacia una persona jurídica diferente de carácter colegiado.

Para esta persona jurídica colegiada, se considera la mejor opción, en el mediano plazo, la de constituir una nueva entidad de la que sea participe la entidad propietaria (preservando la participación mayoritaria), en conjunto con otras entidades interesadas en la conservación de los bienes BIC del CHSJD y en la reapertura de los servicios de salud, educación e investigación de una hospital universitario, recomendándose la figura de una entidad con personería jurídica mixta sin ánimo de lucro, tipo "corporación" y con funciones explicitas como ENTE GESTOR de los bienes.

Como aspecto común entre las rutas No. 1 y 2, está la propuesta de contar con un conjunto de entes operadores de los bienes BIC en razón de la tipología de usos asignados por el PEMP a cada pieza del conjunto patrimonial. Dentro del conjunto de operadores, se encuentra en primera instancia la indicación de contar con una o varias IPS, que ostenten la condición de tener idoneidad y experiencia reconocida, que tengan procesos activos de acreditación de la calidad en salud y de obtención del reconocimiento como hospital universitario, con una operación financiera y comercial estable y que tengan convenios docente asistenciales activos en pregrado y postgrado de medicina. Todo esto, para garantizar la preservación de los fines originarios de CHSJD y la obligación legal de contar con un perfil de hospital universitario y cuya certificación debe alcanzarse con un plan de trabajo específico.

Un segundo aspecto común, es el de la necesidad de contar con otros operadores especializados en la provisión de servicios ligados a los usos diferentes a los se salud: usos conexos, complementarios, institucionales, culturales y socio-comunitarios.

Todos los operadores, mantendrían con el ENTE GESTOR, relaciones configuradas mediante la multiplicidad de opciones de relacionamiento jurídico: arrendamientos, concesiones, comodatos, outsourcing, APP, consorcios, etc. según se defina la mayor conveniencia para el desarrollo de los usos y de las actividades de las partes.

Así entonces la figura jurídico administrativa que se plantea en este punto, nos permite concluir que la propuesta de perfil de la ENTIDAD O UNIDAD GESTORA que tendría a cargo la puesta en marcha de la recuperación y uso de los bienes del CHSJD y la reapertura de los servicios de hospital universitario prevista en la norma, estaría en cabeza de un ENTE GESTOR que primero deberá ser estructurado dentro de la institucionalidad propia de su actual propietario (o poseedor) para actuar durante las primeras fases y luego deberá ser transferido a un ente colegiado (mixto sin ánimo de lucro) para continuar con su actuación futura permanente, con la consideración de que este ENTE GESTOR, habría de poner en marcha un esquema de reglas de juego y actuaciones para gobernar la reactivación del CHSJD y de promover la organización y coordinación del modelo, contando para ello con una disposición plural de operadores, que tendrían un conjunto de barreras de entrada y permanencia ligadas a cumplimiento de los fines fundacionales y de vocación del CHSJD, y con un conjunto de instrumentos jurídico administrativos de relacionamiento institucional, que le otorgan un abanico de opciones para la gestión en condiciones de viabilidad y sostenibilidad futuras.

4.2.4 Modelo de desarrollo Institucional del CHSJD: propuesta del modelo de gestión

Siguiendo con el desarrollo de la metodología propuesta en 4.2.2.2 y a partir de las conclusiones obtenidas en el desarrollo del acápite anterior «Modelo de desarrollo institucional del CHSJD: estructura Jurídico Administrativa y bases para el diseño del modelo de gestión», se desarrolla a continuación a propuesta del modelo de gestión para los bienes inmuebles BIC del CHSJD.

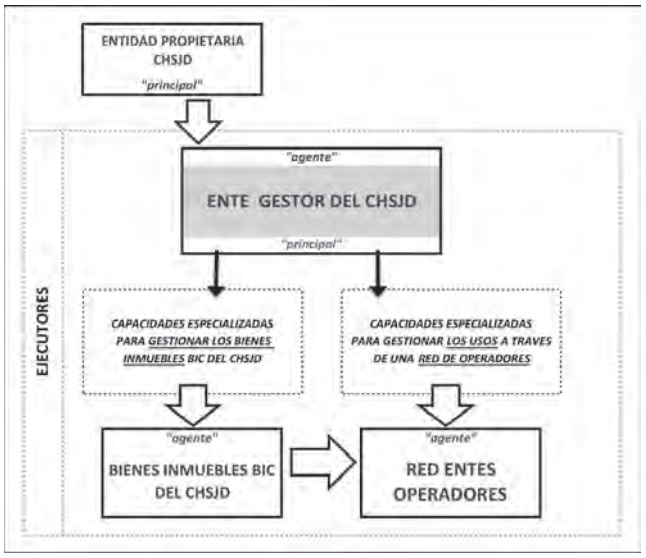
Se propone entonces (i) configurar el perfil del modelo de gestión para los bienes BIC del CHSJD, lo que incluye explicitar las reglas de juego, precisar el modelo de operaciones y estructurar el perfil del ENTE GESTOR, para concretar a continuación (ii) el Programa médico arquitectónico – PMA y concluir con (iii) los lineamientos de operación que tendrían los servicios del hospital universitario dentro del modelo de gestión.

4.2.4.1 Perfil del modelo de gestión de los bienes BIC del CHSJD y diseño del modelo de operación de servicios

4.2.4.1.1 Diseño del modelo de operación alineado con el modelo jurídico administrativo seleccionado

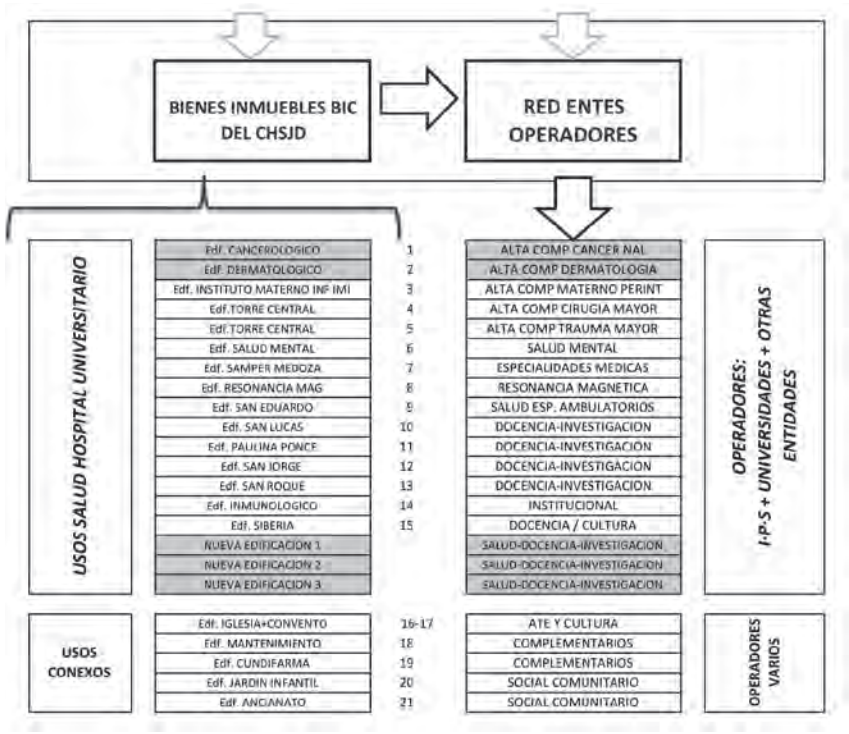
La premisa central de la operación está basada en una condición en donde se debe lograr de manera simultánea la recuperación y conservación de los bienes inmuebles BIC del CHSJD al tiempo que, utilizando dichos bienes, desplegar una funcionalidad basada en los usos definidos para el CHSJD, centrada en la vocación originaria de centro de servicios asistenciales y de educación e investigación y sus usos derivados.

En este sentido, el ENTE GESTOR propuesto, para poder cumplir su labor deberá desarrollar (i) una capacidad especializada en gestionar los bienes inmuebles del conjunto y además desarrollar (ii) la capacidad especializada en gestionar la red de operadores que permitirían poner los inmuebles en funcionamiento en el marco de los usos que se le definan a cada una de las piezas edilicias del conjunto.



Gráfica 7. Perfil de capacidades del ENTE GESTOR Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP.

Los operadores son agentes que se vinculan a la operación total o parcial de las piezas edilicias del conjunto, dentro de cada uno de los usos prescritos para la operación por el PEMP, resaltando de nuevo que estos usos correspondan a asistencia-educación-investigación en salud. En este sentido, los operadores serán agentes especializados en proveer este tipo de servicios. En el caso de la prestación de servicios en salud, se requiere una IPS como operador, la cual sería el agente principal del desarrollo de dichas actividades y el centro de dinamización de los demás servicios de apoyo y complementarios requeridos, y la responsable de generar los convenios con los Centros Universitarios de formación de talento humano para la salud, es decir, el/los convenio/s docente asistencial/es. Un operador también puede ser, de manera directa, una entidad universitaria que provea servicios de educación, estableciendo relaciones especificas con el ENTE GESTOR para el uso de los inmuebles y el aprovechamiento de la presencia de operadores de servicios de salud. Una descripción general del modelo de operación basado en operadores externos múltiples, se presenta en la siguiente gráfica.

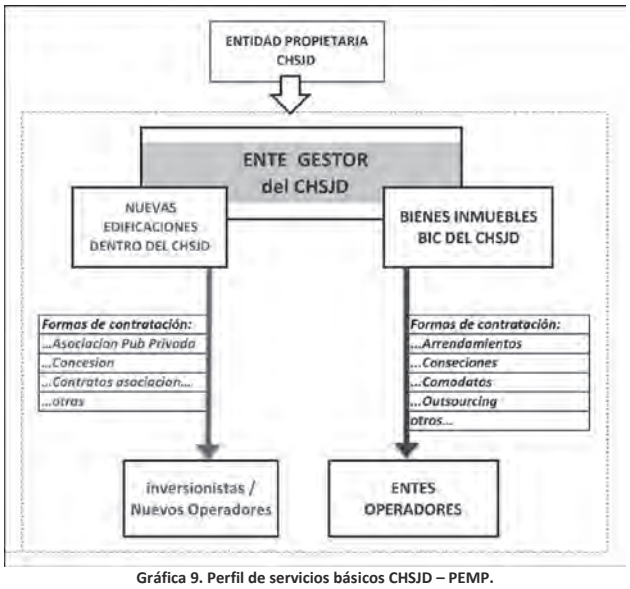


Gráfica 8. Red de operadores de los bienes inmuebles BIC modelo de operación del CHSJD – PEMP (ver descripción de usos detallada como su uso principal y alternativo en el ítem 4.2.4.2.5).

Como se aprecia, la operación de la prestación los servicios de salud de alta complejidad - Hospital Universitario, se encuentra distribuida en diversos perfiles ligados a las edificaciones:

1. Edificaciones ya bien consolidadas en su operación y uso, como ocurre con el edificio de cáncer que es ocupado por el Instituto nacional Cancerológico ESE y el "edificio dermatológico" ocupado por el Instituto Nacional Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE, dos entidades estables y en operación activa. Los operadores son IPS.
2. Edificaciones que vienen funcionando pero con una institucionalidad que se debe consolidar, como ocurre con la operación del "edificio Instituto Materno Infantil", que siempre ha permanecido en funcionamiento, operado por un hospital de la red pública del Distrito Capital. Es operador es entonces una IPS.
3. Las piezas BIC del CHSJD que se podrán en operación y que requieren diversos grados de intervención para otorgarles un 100% de funcionalidad, como ocurre con las demás edificaciones que se pueden observan en la figura anterior. Los operadores serán IPS o entidades del SGSSS. Es importante destacar que la pieza líder en el desarrollo de los usos como hospital universitario descritos en este ítem, corresponde al área que actualmente ocupa el edifico central.

Existe además, otro grupo de perfiles que están relacionados de forma conexa con las edificaciones que se destinarán a usos sociales, culturales, institucionales o complementarios.



Gráfica 9. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP.

El vínculo que se establece en este modelo de operación, entre el ENTE GESTOR y los entes operadores, se desarrolla a través de los diversos mecanismos de intercambio jurídico administrativos vigentes en la legislación y que fueron estudiados con detenimiento, como se aprecia en la figura siguiente. Entre el ENTE GESTOR y los Operadores, se pueden desarrollar modelos de contratación diversos: arrendamientos, comodatos, etc.

También se puede producir un tipo de relación especifica en el ENTE GESTOR, y nuevas entidades operadoras con el carácter de inversionistas, en nuevos desarrollos a llevar a cabo dentro del conjunto en los espacios no construidos destinados para ellos dentro del campus del CHSJD y que realizarían actividades en el mismo marco de usos propuestos en el modelo de operación y dentro de la vocación como hospital universitario, lo que además generaría nuevos recursos para invertir en el proceso de recuperación y conservación de los bienes inmuebles del CHSJD.

Este tipo de interacción se puede desarrollar por mecanismos jurídico contractuales que estimulen la inversión pública y privada, como ocurre con las Asociaciones-Púbico-Privadas APP o los contratos de concesión, entre otras figuras. Estos nuevos desarrollos pueden albergar usos como los de edificaciones destinadas a ampliar la oferta de servicios de una IPS existente en el CHSJD como por ejemplo del Instituto Nal. Dermatológico, del Instituto Nal. Cancerológico o incluso una nueva torre contemporánea para servicio materno perinatal del IMI o para servicios de educación y formación de talento humano en salud, convocando la llegada de Universidades con programas de salud al complejo o desarrollando nuevos centros de investigación (Instituto de biotecnología de Bogotá p.e.) y/o un centro de servicios especializados para la investigación.

En síntesis, se puede reafirmar que en el diseño del PEMP la condición de garantizar el uso central de los bienes inmuebles del CHSJD en el marco del mandato para actuar como Hospital Universitario se preserva intacta. Se ratifica también que su desarrollo debe realizarse contando con la presencia de varios operadores o IPS especializadas y con la presencia de múltiples centros de formación a través de convenios docentes asistenciales suscritos con estas IPS. Por tanto, el modelo operativo parte de la concepción de los usos del CHSJD desde su misión central en salud y se visualiza de la siguiente manera en relación con los demás tipos de servicios.



Gráfica 10. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP.

1. Un eje o anillo central, relacionado con los usos en salud: asistencia-educación-investigación, como Hospital Universitario, desde donde parte cualquiera otro uso posible o derivado.

- Los servicios de salud priorizados para las primeras fases de desarrollo del hospital universitario, se definieron, luego el estudio de oferta y demanda del componente diagnóstico del PEMP, correspondieron a servicios de salud de alta complejidad materno-perinatales (edificio del IMI), al servicio de atenciones quirúrgicas complejas (área que actualmente ocupa el edificio central) para la atención hospitalaria y para la atención ambulatoria especializada (edificios San Eduardo, Medicina Tropical y Santiago Samper), destinados a la atención ambulatoria especializada, y al servicio de apoyo en salud mental (edificio de salud mental). Dentro de los servicios quirúrgicos complejos, aparece de manera relevante la necesidad de contar con un centro de Trauma Mayor (para desarrollar en el edificio de urgencias de la torre central).
- Los servicios de educación corresponden a formación de programas de pregrado en ciencias de la salud (medicina, enfermería, bacteriología, etc.), programas de postgrado en ciencias de la salud (en cualquiera de las especialidades medico quirúrgicas) y en programas técnicos, tecnológicos y auxiliares en salud. Los centros universitarios o las IPS operadoras, con grupos de investigación reconocidos por Colciencias, corresponde a aquellos ligados al perfil de patologías y servicios provistos por el hospital. Este grupo de servicios de asistencia-educación-investigación, se amplían y complejizan en las fases siguientes de desarrollo del CHSJD, dependiendo de múltiples circunstancias, entre ellas, el haber conseguido consolidar primero la estabilidad operacional técnico científica y administrativo financiero de las entidades operadoras y del conjunto edilicio.
- Se consideran dentro de la propuesta el desarrollo futuro de Institutos y de Centros de Excelencia con al más alto perfil en calidad de la prestación, la formación de recurso humano con habilidades y destrezas confiables y debidamente certificadas y producción de conocimiento a través de investigación básica y aplicada que contribuya a resolver necesidades aún pendientes en el ámbito local, regional nacional e internacional.

2. Un anillo de servicios conexos al anterior, que abarca un conjunto de servicios derivados del anillo de salud y que son necesarios para respaldar la prestación de servicios, como ocurre con los servicios de soporte terapéutico (rehabilitación, nutrición, banco de sangre, bancos de órganos y tejidos, unidades renales, unidades de hemodinámia, genética y laboratorio de medicina personalizada, etc.), los servicios de ayuda diagnósticas (laboratorio clínico, laboratorio de patología, diagnóstico por imágenes, electro diagnóstico, etc.), los servicios de apoyo logístico o de «bata gris» (transporte asistencial, esterilización, alimentación, seguridad, aseo y manejo de residuos hospitalarios especializados, comunicaciones, mantenimiento, lavandería hospitalaria, etc.), entre otros.
3. Un anillo exterior, que incluye los servicios complementarios derivados de los dos anteriores y que sin estar ligados a la salud, si tienen un vínculo con el desarrollo de proyectos de salud, como ocurre con los servicios de arte y cultura en salud, servicios comerciales y financieros, servicios de alojamiento de corta, media y larga estancia, parqueaderos, guardería, iglesias y culto, entre muchos otros.

Este modelo de operación, alineado al modelo de desarrollo jurídico institucional que se definió, permite proponer un mecanismo de generación de ingresos que garantice la sostenibilidad del ENTE GESTOR y de la de los bienes inmuebles a su cargo, derivada de los procesos de contratación por el uso de los mismos. Adicionalmente, los nuevos desarrollos, a través de estos mecanismos provocan nueva inversión y un ingreso para el ENTE GESTOR.

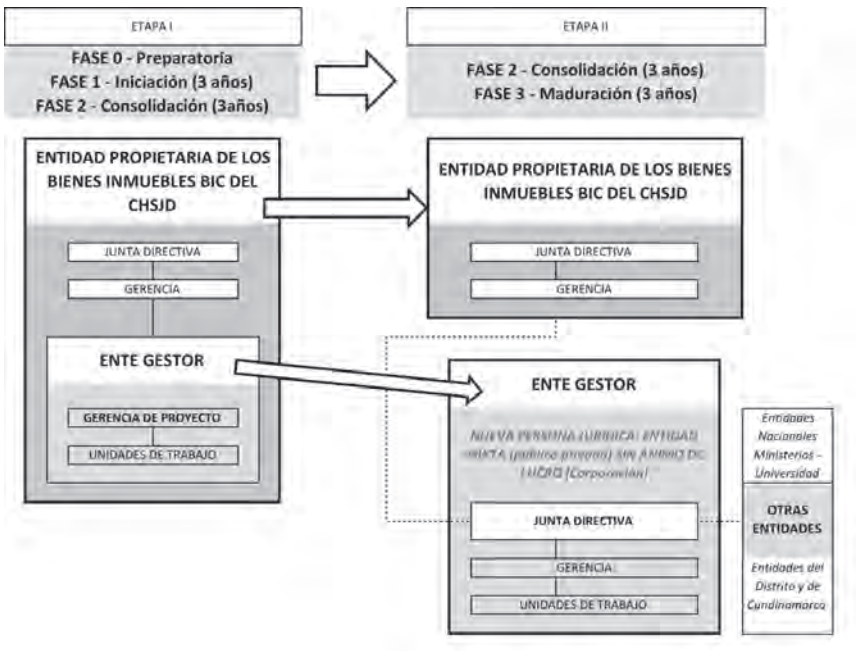
El perfil específico de los servicios de salud a proveer por el hospital, se puede revisar en 4.1.4.3.

4.2.4.1.2 Estructuración del ENTE GESTOR del CHSJD

De acuerdo con la alternativa seleccionada, centrada en una institucionalidad otorgada al ENTE GESTOR por la persona jurídica de la entidad propietaria, al menos en las primeras fases del proyecto, se propone el marco de organización básico que habría de tener entonces el ENTE GESTOR para cumplir sus fines. Dado que la entidad propietaria en este caso es de carácter público, el ENTE GESTOR en esta modalidad, se entiende obviamente de la misma naturaleza.

Para los bienes inmuebles del CHSJD, la entidad propietaria correspondería según el diagnóstico jurídico a la Beneficencia del Departamento de Cundinamarca, o en el caso de finiquitarse la venta, correspondería la Empresa de Renovación Urbana ERU del Distrito Capital. De cualquier modo, el modelo que aquí se propone, aplicaría a cualquier entidad pública a la que se le reconozca a propiedad del CHSJD.

En este punto, es conveniente resaltar, que la propuesta institucional para el ENTE GESTOR corresponde a un modelo en dos etapas, pasando desde el perfil de un ENTE bajo el gobierno y tutela de la Entidad Propietaria en el primer tramo de “despegue” y “consolidación” al segundo de “maduración”, en donde se migra hacia una entidad independiente, con gobierno colegiado. Ver figura siguiente.



Gráfica 11. Propuesta de transformación del ente gestor por fases del proyecto – PEMP.

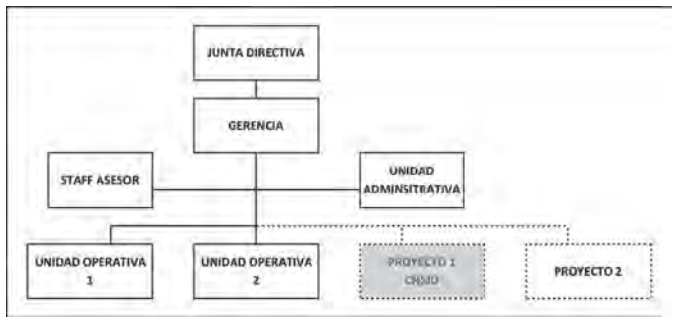
Finalidad del ENTE GESTOR. El ENTE GESTOR es

> La base institucional que posibilitara la implementación efectiva del plan de acción y de inversiones y que integrara a todos los actores involucrados.” […] “su principal función es la de liderar la ejecución del PEMP (Ministerio De Cultura, 2011).

Respecto de la organización del ENTE GESTOR, se toma en cuenta lo indicado en el manual de formulación del PEMP, donde se aclara lo siguiente:

> Es necesario que las entidades encargadas de la toma de decisiones, los inversionistas y usuarios estén vinculados a dicho ente, que debe ser representativo de las fuerzas vivas de la ciudad; también debe ser técnica y financieramente autosuficiente, de tal manera que se pueda garantizar su sostenibilidad, su continuidad y su credibilidad. Este ente podrá ser público o mixto, dependiendo de las características y capacidades locales.

En todo caso, el ENTE GESTOR tendría que ocupar un lugar dentro de la estructura orgánica y funcional de la entidad propietaria, y para lo que se consideran dos opciones. Una, (i) haciendo parte de la estructura orgánica formal de la entidad, caso en el cual, se organizaría dentro de la misma en el marco de una dependencia especifica del nivel técnico-operativo, siguiendo la normativa aplicable para estos efectos en la entidad pública y elevando este modificación a la estructura mediante acto administrativo. Dos, (ii) haciendo parte de un “modelo de gerencia por proyectos”, esto es, dándole un carácter menos “orgánico” y más flexible, hasta el momento en el que se considere cumplido o agotado el proyecto, lo que luce muy bien en los casos en que la entidad pública propietaria de los inmuebles tenga como parte de su funcionalidad, precisamente en gerenciar proyectos como parte de su cotidianeidad. Ver figuras siguientes. De cualquier manera, se está proponiendo una estructuración del ENTE GESTOR, que funciona de la misma forma para ambas opciones.



Gráfica 12. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP.

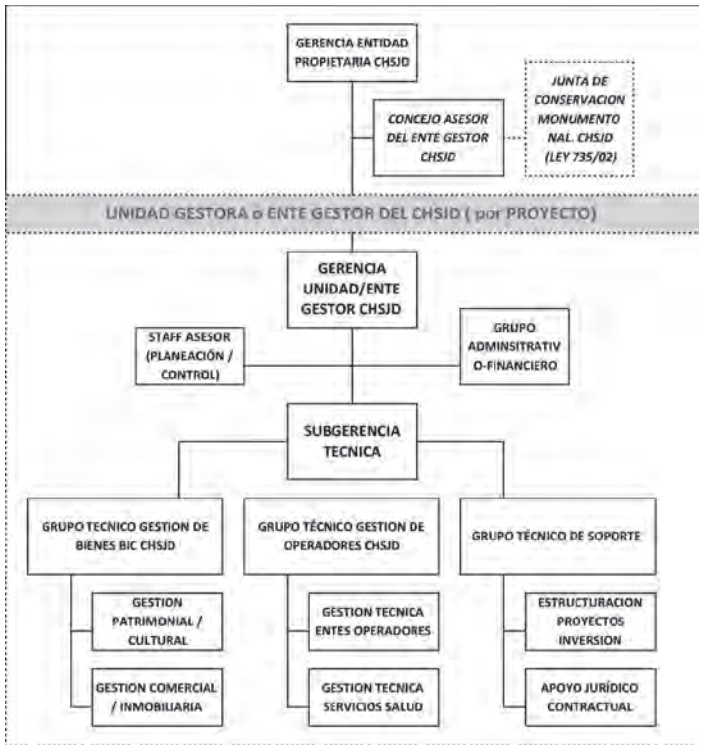


Gráfica 13. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP.

La propuesta organizacional para estructurar la UNIDAD (ENTE) GESTORA, se desarrolla en tres niveles:

1. Nivel de Gobierno del ENTE GESTOR

- El objetivo de este nivel, es la conducción integral del ENTE GESTOR hacia el cumplimiento de sus fines
- Dado que el ENTE GESTOR, estaría incorporado dentro de la estructura del propietario, el ENTE GESTOR no tendría un cuerpo colegiado de gobierno, que ya tendría la entidad constituida, es decir, que no habría una junta directiva que gobernara el ENTE GESTOR. Hacia futuro, según el planteamiento institucional desarrollado, la nueva entidad que asuma el rol autónomo de ENTE GESTOR, habría de tener un cuerpo de gobierno, propio de una entidad mixta sin ánimo de lucro.
- Para lograr contar con un cuerpo colegiado que convoque la participación de las diversas entidades involucradas con el proyecto y actores interesados en el CHSJD, a favor del mismo, se propone la creación de un «consejo asesor», que estaría constituido por entidades del Gobierno Nacional, Departamental y Distrital, asimilando su perfil de base, a lo definido en la ley 735 de 2012 donde se ordena la creación de la «junta nacional de patrimonio» (integrada por los ministros de Salud, Cultura y Educación Nacional, Alcalde Mayor de Bogotá, D.C. y el gobernador de Cundinamarca o sus delegados), junto con otros invitados adicionales, que deberán ser definidos durante su desarrollo.
- El actor central del gobierno, estaría representado en el Gerente de Proyecto CHSJD que se nombre de manera específica para liderarlo.
- Se debe asignar, mediante acto administrativo del respectivo ente territorial que encabece la propiedad, la representación de participación del gerente de la entidad.



Gráfica 14. Estructura organizacional propuesta ENTE GESTOR bienes inmuebles del CHSJD – PEMP.

2. Nivel de Staff Asesor y Administrador del ENTE GESTOR

- El objetivo de este nivel, es poder contar con un grupo de procesos y funciones de soporte técnico especializado para la planificación y el control de la ejecución del PEMP, junto el grupo de procesos de soporte administrativo y financiero de la operación del ENTE GESTOR.
- Para la planeación del ENTE GESTOR, el PEMP actúa como la guía de ruta de navegación de largo plazo y desde la cual se deben desarrollar planes operativos anuales y los proyectos específicos para su puesta en marcha.
- Desde la perspectiva del control, este grupo de procesos deben garantizar el cabal cumplimiento con los lineamientos y preceptos definidos en el PEMP y rendir informes periódicos sobre el cumplimiento de objetivos y metas, sobre la base de la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación específico del proyecto.
- Desde la perspectiva de la administración de los recursos que debe captar el ENTE GESTOR, y dado que se desarrolla como una gerencia de proyectos especializada, los recursos deben manejarse en cuentas bancarias independientes de las cuentas de la entidad propietaria, y llevar una contabilidad especifica de proyecto.

3. Nivel Técnico Operativo del ENTE GESTOR

- La organización y funcionalidad técnica del ENTE GESTOR se configura con base en sus dos competencias principales: (i) como gestor o administrador de los bienes BIC del complejo y (ii) como gestor o administrador de los entes operadores, que participan desarrollando actividades especializadas ligadas a los usos de los bienes inmuebles del CHSJD.
- Dentro de este marco de competencias, se propones dos grupos funcionales de trabajo. El primero que gestiona los bienes inmuebles, debe tener competencias para la gestión del patrimonio cultural y la gestión comercial inmobiliaria y el segundo grupo, que gestionaría la red de operadores, con competencias para la gestión técnicas de los usos prescritos, con énfasis en los usos de salud-hospital universitario (salud-educación-investigación), además de los usos institucionales, de arte y cultura y social comunitarios derivados.
- Se propone un grupo adicional que respalde desde una perspectiva técnica especializada, los procesos de estructuración financiera y jurídica de los otros dos grupos técnico operativos que se acaban de describir.
- Estos tres grupos, están integrados por una subgerencia técnica, que debe velar por el trabajo coordinado entre los grupos técnicos y hacer cumplir las reglas de juego planteadas por el PEMP.
- Se resalta en este punto la función de hacer cumplir reglas de juego básicas, en los agentes operadores de los servicios como hospital universitario: (i) los operadores IPS deben demostrar de que están trabajando en un proceso activo de mejoramiento de la calidad hacia la Acreditación en Salud, demostrar que tiene convenios docente asistenciales activos de pre y posgrado en áreas de la medicina y en otras profesiones de la salud, y que desarrollara la labor docente con las universidades vinculadas a través de estos proyectos dentro de la operación del hospital y demostrar que se tiene un plan activo para lograr su calificación con hospital universitario de acuerdo con las reglas vigentes.

4.2.4.2 Programa Médico Arquitectónico (PMA) y estructuración de usos del CHSJD

La presente propuesta de un PMA para el CHSJD se enmarca dentro del Objetivo General del PEMP (Plan Especial de Manejo Y Protección) de formulación de un instrumento que sirva al uso adecuado del CHSJD, a su recuperación progresiva y puesta en funcionamiento como Centro de Prestación de Servicios de Salud bajo su condición de Monumento Nacional y caracterización como Hospital Universitario que integra a las funciones asistenciales en salud, las de educación y formación de recurso humano y las de investigación como actividades misionales.

El Programa Médico Arquitectónico (PMA) Hospitalario para el HSJD, como instrumento técnico, representa y define la relación entre los servicios asistenciales a prestar, la educación y formación de recurso humano y la investigación y los espacios físicos requeridos como escenario arquitectónico para dicha prestación. El diseño de estos espacios físicos se han ajustado a la normatividad vigente y tiene en cuenta aspectos funcionales, las relaciones externas, relaciones internas, el dimensionamiento de las necesidades y esquemas de atención, el dimensionamiento espacial y de equipamiento, la vulnerabilidad intrínseca, la flexibilidad funcional y obviamente a los usuarios de los servicios y todas sus condiciones y características (Bambarén Alatrista & Alatrista Gutiérrez, 2008).

La propuesta del PMA para el proyecto CHSJD tiene como insumos un portafolio de servicios a incorporar y desarrollar en el futuro Hospital, resultado del análisis de Demanda y Oferta de servicios en Salud y adicionalmente a los servicios en salud de alta complejidad propuestos. Se identificaron necesidades en investigación en salud y en educación y formación de recurso humano especializado requerido para la prestación. El CHSJD por vocación histórica y proyección futura, se constituye y erige como un proyecto de alto impacto a nivel local, regional y nacional en el desarrollo con excelencia de todas las anteriores actividades misionales.

Por otra parte, los volúmenes de atenciones requeridas de acuerdo al análisis Oferta Demanda para la primera fase del portafolio diseñado se describen en la siguiente tabla.

Tabla 1. Cantidad de oferta instalada - requerida 2015

CANTIDAD DE OFERTA INSTALADA (recursos físicos básicos) REQUERIDA 2015								
UNIDAD FUNCIONAL	**RECURSO**	**BLOQUE CIRUGÍA MAYOR**		**CENTRO DE TRAUMA**		**UNIDAD ADICCIONES**		**TOTAL**
CONSULTA EXTERNA	Consultorios	42		4		1		47
URGENCIAS	Consultorios	7		3		1		11
HOSPITALIZACIÓN	Camas Generales	115	191	57	69	11	11	271
	UC Intermedios	55		8		0		
	UC Intensivos	21		4		0		
QUIRÓFANOS	Urgencias	3	17	3	3		0	20
	Electiva/ Ambulatoria	14		0				

En la tabla quedan explícitos el número de consultorios para la Consulta Externa y urgencias, camas de hospitalización general, UCI y Cuidado Intermedio y quirófanos para atención de urgencias y de cirugía electiva especializada.

4.2.4.2.1 Objetivos

Los objetivos son:

- Precisar los servicios asistenciales a prestar, a la luz de la normativa vigente.
- Definir los espacios físicos requeridos para estos servicios, respetando las características de los Bienes de Interés Cultural al interior de cuales se ubicarán.
- Dimensionar estos espacios acorde con la función y el equipamiento.
- Cumplir la normativa vigente para el desarrollo de este tipo de proyectos establecida por el Ministerio de Salud
- Contemplar áreas para los servicios asistenciales, la educación, el bienestar estudiantil, la investigación, la extensión y la administración docente.

En cuanto al Componente Edilicio establecido los objetivos fundamentales son:

- Verificar la viabilidad de la adecuación de la infraestructura para la prestación de servicios asistenciales.
- Respetar, conservar y resaltar los valores patrimoniales valorados. En resumen armonizar lo patrimonial con lo asistencial.

Por último, desde la experiencia profesional:

- Tener en cuenta todos los aspectos técnicos, funcionales y normativos para llevar a buen término la recuperación y puesta en marcha del hospital y
- Sugerir los servicios complementarios que ayuden a su sostenibilidad.

4.2.4.2.2 Metodología

Luego de definir el modelo de desarrollo institucional, tanto en su componente jurídico administrativo como en el modelo de gestión propuesto, se elaboró un modelo de «tipología de usos» específicos al CHSJD que permitieron proponer un perfil de usos principales y alternativos, luego de lo cual, a la luz de las normas, se hizo un listado de los espacios que componen cada edificación, las dimensiones mínimas exigidas y se propusieron las áreas por espacio y servicio. Se revisó cada edificio existente y sus posibilidades así como la propuesta urbana, aproximación y accesibilidad a cada edificio.

Luego de sugerir y hacer ajustes en conjunto sobre estos componentes del proyecto, se propusieron los servicios específicos para cada edificio y se validaron con el componente de salud, para la elaboración definitiva del programa a desarrollar en cada uno de ellos. El PMA se pensó de manera genérica y total contemplando la flexibilidad y versatilidad que deben tener hoy las instituciones asistenciales dada la rapidez de los avances tecnológicos, las innovaciones en la forma de prestar los servicios y los cambios en la oferta y la demanda.

Modelo de Tipología de Usos

Tabla 2. CHSJD – Tipología de usos.

TIPO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
I	SALUD-EDUCACIÓN	Corresponde al conjunto de servicios de salud de alta complejidad que serán prestados mediante el uso de los bienes inmuebles BIC del CHSJD y que se diseñan en un contexto universitario dentro del cual están ligados a la prestación de servicios de formación de talento humano en salud. Los actores claves aquí son las IPS que operan el Hospital Universitario y el conjunto de programas de formación de pre y postgrado en salud de las Universidades.
II	EDUCACIÓN-INVESTIGACIÓN	Se integran en este tipo los servicios de investigación en salud, desarrollados por los Grupos de Investigación reconocidos formalmente en Colciencias vinculados a las ciencias de la salud o a ciencias afines, junto con los servicios de educación y sus programas de formación que están ligados a los grupos de investigación. Los actores claves son las universidades e instituciones con Grupos de Investigación.
III	CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS	Los servicios "conexos" a los servicios de salud-educación-investigación corresponden a la producción de bienes y servicios derivados o requeridos a partir de los servicios de asistencia-educación-investigación. Los servicios "complementarios" a los servicios de salud-educación-investigación, corresponden a la producción de bienes y servicios derivados o requeridos a partir de la operación de los dos tipos anteriores de servicios y de los servicios conexos, y que sin tener relación directa con la salud, si son elementos necesarios o derivados de la operación general del conjunto.
IV	ARTE Y CULTURA	Dadas las características particulares del conjunto de bienes inmuebles que le otorgan un interés arquitectónico, cultural e histórico único y que hacen parte del CHSJD, se crea esta categoría, permitiendo el uso específico en asuntos de arte, historia, museología y cultura.
V	INSTITUCIONAL	Este uso corresponde a una funcionalidad ligada al desarrollo de procesos de gestión, de dirección, gerencial, administrativa, que no requiera instalaciones técnicas sofisticadas que alteren la funcionalidad central. Corresponde también a actividades de atención de público, indicadas como "no masiva".
VI	SOCIAL COMUNITARIO	Para el conjunto de servicios de salud, que particularmente tiene el CHSJD incorporados y que corresponden a labores de acción social explicitas con atención a la comunidad en condiciones sociales de vulnerabilidad, como a atención de adultos mayores y niños, se incluye esta categoría.

4.2.4.2.3 Normativa

A continuación la normativa específica que se tuvo en cuenta para desarrollar el PMA:

1. Resolución 4445 de Diciembre de 1996 del Ministerio de Salud, **«**Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que **deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares»** y
2. Resolución 2003 de 2014 «Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de **habilitación** de servicios de salud»
3. Reglamento colombiano de construcción sismo resistente en el Capítulo J , «Requisitos de protección contra incendios en edificaciones» y Capitulo K, «Requisitos complementarios»
4. Decreto 553 DE 2012 «Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto Distrital 318 de 2006 - **Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá Distrito Capital**-, y se dictan otras disposiciones».

4.2.4.2.4 Criterios para la definición del PMA

Con la convicción del valor histórico y patrimonial que tiene el conjunto y lo que significa su recuperación para la ciudad, hemos concentrado todos esfuerzos en encontrar la viabilidad de rescatar y poner en marcha el CHSJD y sus demás usos derivados. Los criterios conductores en la elaboración del programa han sido:

- Recuperar la infraestructura existente con valores históricos y patrimoniales establecidos por el PEMP.
- Dar respuesta viable al estudio de factibilidad respecto a las necesidades asistenciales.
- Aplicar la normativa vigente en cuanto a las condiciones que deben cumplir las edificaciones hospitalarias y a los estándares de infraestructura que se deben tener en cuenta para la habilitación de los servicios.
- Para garantizar una atención integral de alta complejidad, idealmente deberá contar con todos los tipos de servicios asistenciales, a saber: urgencias, ambulatorios (consulta externa general y especializada), diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos y hospitalarios con sus respectivos servicios de apoyo, de acuerdo con los resultados del estudio de oferta y demanda.
- El cierre de varios años de la institución nos obliga a actualizar el programa de necesidades y a revisar los estándares de habilitación que deberá cumplir la infraestructura para la correcta prestación de los servicios de salud.
- Enfocarse en una atención moderna para los usuarios, no solo desde lo tecnológico y funcional sino desde la calidad espacial de la infraestructura como un componente más de la recuperación y el tratamiento médico, con criterios de comodidad y confort, privacidad, óptimo aprovechamiento de la relación con el exterior, ventilación e iluminación natural al máximo, amplitud, claridad y sencillez en su distribución, fácil orientación en su interior.
- Entender la vocación de cada uno de los edificios que conforman el conjunto y así proponer los servicios a prestar en cada uno de ellos, tratando de respetar y resaltar los valores estéticos y estructurales valorados por el Componente Edilicio.
- Asignación de los USOS según la tipología diseñada específicamente para el proyecto.
- Por último el programa arquitectónico médico y docente se proyectó en su totalidad para el conjunto y se pensó en la adecuación de los servicios e intervención por fases para que desde el inicio de las obras la comunidad se sienta atraída por el proyecto y le devuelva el valor y la significación que este Hospital ha tenido históricamente para la ciudad.

4.2.4.2.5 Formulación final de Usos del CHSJD, según tipología de usos



Plano 1. Plano de usos principales del CHSJD.

Tabla 3. Perfil de usos del CHSJD según tipología de usos.

TIPO	NOMBRE
I	SALUD-DOCENCIA
II	DOCENCIA-INVESTIGACION
III	CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS
IV	ARTE Y CULTURA
V	INSTITUCIONAL
VI	SOCIAL COMUNITARIO

T usos transitorios

ASIGNACIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE USOS POR EDIFICIO

COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS CHSJD				
No.	Id.	Nombre del Edificio	USOS PRINCIPALES	USOS ALTERNATIVOS
1	13	Cancerologico	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
2	20	Dermatologico Federico Lleras	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
3	14	Instituto Materno Infantil	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
4	15	Ed. Central	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
5	1	Ed. San Roque	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
6	2	Ed. Inmunológico	INSTITUCIONAL (tipo V)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)*
7	3	Ed. San Jorge	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
8	4	Ed. Paulina Ponce de León	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
9	5	Ed. San Lucas	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
10	6	Ed. San Eduardo	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
12	8	Ed. Santiago Samper	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)**
16	11	Ed. Enfermedades Tropicales	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
17	16	Ed. Cundifarma	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo III)	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo III)
18	17	Ed. Resonancia Magnetica	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo III)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
19	18	Ed. Salud Mental	SALUD - DOCENCIA (tipo I)	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)
11	7	Ed. Siberia	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	ARTE Y CULTURA (tipo IV)
13	9	Ed. Mantenimiento	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo III)	Servicios complementarios **
14	10	Ed. Convento	ARTE Y CULTURA (tipo IV)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
15	10 - A	Capilla	ARTE Y CULTURA (tipo IV)	ARTE Y CULTURA (tipo IV) - Liturgico
20	19	Rehabilitacion Psiquiatrico	*usos transitorios*	*usos transitorios*
21	21	Centro de Salud	*usos transitorios*	*usos transitorios*
22	23	Porteria	*Liberación y desmonte*	*Liberación y desmonte*
23	22	Torre Docente	*Liberación y desmonte*	*Liberación y desmonte*
24	12	Ancianato	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)
25	24	Jardin Infantil	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)

* *Su uso alternativo es exclusivamente docente.*
** *El edificio conserva su sistema de entrepiso original en madera, y su adecuación al uso de investigación o salud requerirá el cambio del mismo.*

4.2.4.2.6 Propuesta para ubicación de servicios según características arquitectónicas de los edificios del conjunto – USOS PRINCIPALES

El PMA del CHSJD (sin el Instituto Matero Infantil IMI)

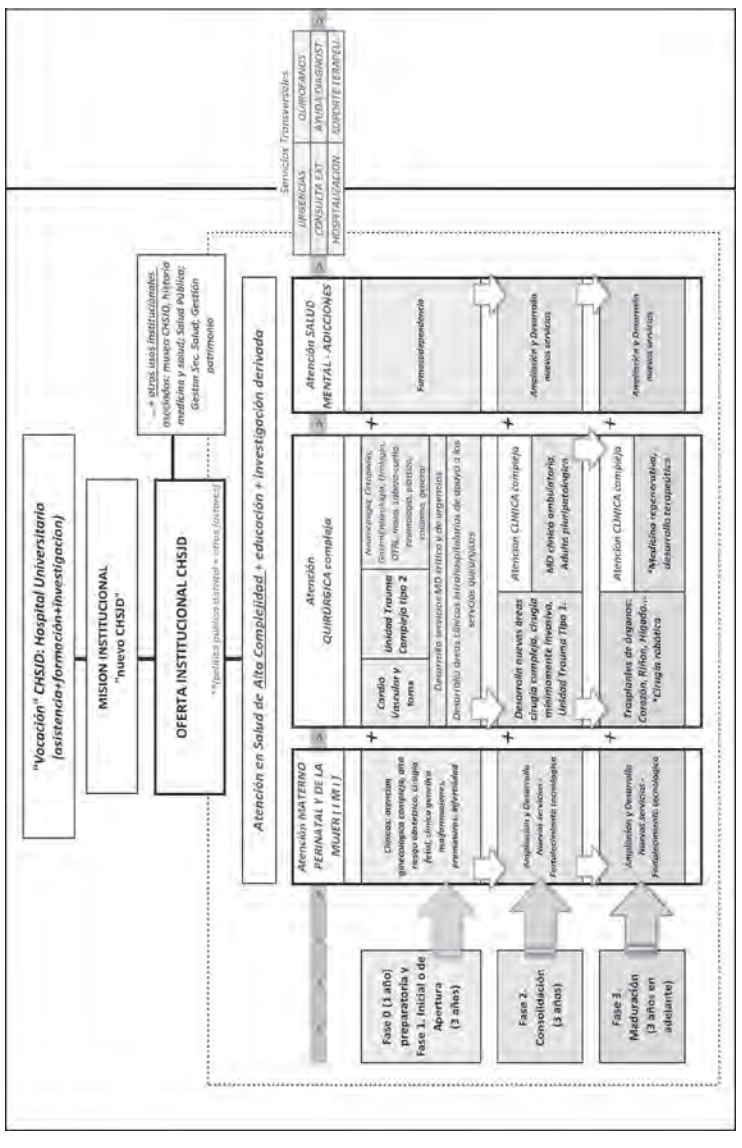
El Programa Médico-arquitectónico para cada edificio se formuló conjuntamente verificando la viabilidad y los requisitos normativos en la futura adecuación de cada inmueble, es decir, se hicieron esquemas por cada edificio para validar la adecuación de los servicios proyectados, para que cumplan con la cantidad de los espacios requeridos, las relaciones funcionales, las dimensiones adecuadas, el manejo de acabados, la evacuación, la accesibilidad, los aspectos técnicos, etc. Sin embargo, es importante advertir que se entiende el ejercicio anteriormente descrito como una alternativa de adecuación funcional del Conjunto, que no invalida la posibilidad de albergar otros usos alternativos contemplados. Ver el detalle del PMA del CHSJD en el Anexo No. 1.

El PMA del Instituto Materno Infantil – IMI

El PMA del Instituto Materno Infantil - IMI desarrollado por la SDS y actualmente en aprobación por parte del Ministerio de la Cultura, se acoge y se incorpora en el Anexo No. 2, por solicitud específica de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

4.2.4.3 Lineamientos para la gestión de los bienes BIC del CHSJD y la operación del Hospital Universitario

- Es importante insistir en que el modelo hospitalario que se describe en el numeral 4.2.4.4, busca aportar «una síntesis de alternativas de organización hospitalaria sustentada en las experiencias, evaluaciones y recomendaciones existentes en el campo hospitalario nacional y distrital» y proponer «el modelo que deberá aplicarse en el CHSJD, como hospital universitario de alto nivel de complejidad», definiendo «el tipo de servicios de salud y de atención que prestará a la comunidad, las especialidades que debería incorporar y desarrollar el hospital, las funciones de investigación y educación que les serán propias y la articulación con el Sistema hospitalario de la ciudad».
- También es importante resaltar, que bajo el modelo de gestión administrativo institucional propuesto, el desarrollo de este ítem (operación Hospital Universitario), corresponde a un conjunto de lineamientos que habría de tener en cuenta el ENTE GESTOR para la gestión del hospital universitario con las IPS operadoras que contrate, velando por el cumplimiento y preservación de la vocación originaria, en escenarios de sostenibilidad a largo plazo y conservación de los BIC.
- Se adjunta entonces en anexo, los lineamientos a considerar en la gestión de los bienes BIC del CHSJD de la que haga parte la operación que configuran los servicios de Hospital Universitario. El perfil central de servicios de salud que ofertara el CHSJD, en los usos específicos de asistencia en salud, como resultado del estudio de oferta y demanda, se aprecia en la siguiente gráfica.



Gráfica 15. Estructura organizacional propuesta ENTE GESTOR bienes inmuebles del CHSJD – PEMP.

4.3 ASPECTOS FINANCIEROS

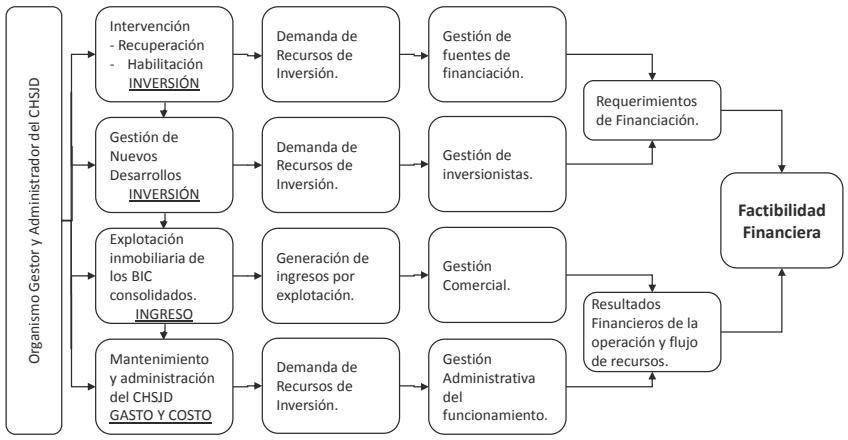
Bajo el análisis de los aspectos financieros del PEMP se integran los elementos desarrollados en el componente diagnóstico y las propuestas formuladas como lineamientos orientadores para el cumplimiento de los objetivos del mismo. En ese sentido, el tratamiento de los aspectos financieros previstos por este PEMP para la recuperación del CHSJD está enmarcado y definido por tres tipos de racionalidades: a) la racionalidad jurídica proveniente del ordenamiento legal que ampara este BIC; b) la racionalidad organizativa con la cual se ha escogido y recomendado un modelo de gestión capaz de administrar unos bienes públicos, cumpliendo con los lineamientos establecidos en este PEMP; y c) la racionalidad económica que demanda la obtención de significativos recursos para la recuperación del conjunto hospitalario, que además supone la necesidad de generación de recursos financieros en el corto, mediano y largo plazo que lo hagan sostenible como una pieza insignia de la Ciudad y la Salud en Colombia, y que entorno a ella se propicie el desarrollo económico y la competitividad de un importante sector del centro de la Capital.
Los aspectos financieros se dividen en Análisis de factibilidad financiera y Programa de Gestión.
El Análisis de factibilidad pretende identificar los mecanismos, la procedencia de los recursos y las fuentes de ingresos que soporten y garanticen la viabilidad y sostenibilidad económica y financiera de las etapas, los procedimientos y protocolos contenidos en el esquema de gestión. El Programa de Gestión, por su parte, aborda los procesos necesarios para lograr la puesta en funcionamiento del complejo hospitalario, estableciendo una hoja de ruta que define las etapas, cronograma estimado, y proyectos prioritarios que deben ser ejecutados en las etapas iniciales de la ejecución del PEMP y del proyecto de recuperación del BIC.

Es esencial precisar que con los contratantes del Plan Especial de Manejo y Protección se concertó que por tratarse de un instrumento de gestión cuyo enfoque es esencialmente patrimonial y dado que es esencial que la recuperación y reapertura sean graduales y por tanto impliquen un horizonte de tiempo lo suficientemente extenso, es indispensable que exista un grado muy amplio de flexibilidad, tanto en la definición de los eventuales usos y servicios que podrán llegar a tener las edificaciones, como en las fases de implementación del proyecto. Esto implica que las propuestas que aquí se plantean tienen el propósito de ser elementos orientadores y por tanto que al momento de realizar la toma de decisiones correspondientes es posible que se requieran de estudios más profundos.

4.3.1 Aspectos financieros de la operación del complejo hospitalario

En la lógica propuesta por el componente institucional del PEMP, en donde se formula el establecimiento de una instancia gestora del CHSJD que es responsable de administrar, mantener y explotar los inmuebles del Complejo, empleando para ello todos los instrumentos aplicables según el ordenamiento jurídico, la orientación del análisis de factibilidad se basa en cómo a partir de unas intervenciones que tienen por objeto recuperar y habilitar el conjunto de edificaciones, se logra desarrollar una serie de activos productivos, mediante los cuales y a través de su explotación inmobiliaria, el gestor o administrador del CHSJD generará recursos financieros, que se destinarán

por una parte a cubrir los costos de funcionamiento de la administración del Complejo y a generar el flujo de recursos necesarios para aportar a la intervención patrimonial integral del CHSJD bajo su administración y operación.



Gráfica 16. Esquema de factibilidad financiera

4.3.1.1 Estimación De Requerimientos de Inversión

En este segmento se presenta la información consolidada sobre el monto de los recursos de inversión que son necesarios para la implementación del PEMP. Estos recursos se encuentran agrupados según los diferentes aspectos identificados en los componentes diagnóstico y propositivo que se han desarrollado en la formulación del PEMP.

4.3.1.1.1 Primeros Auxilios

Según el Artículo 41 -*Tipos de obras para BIC inmuebles*- del Decreto 763 de 2009 donde se reglamentan parcialmente las leyes 397 de 1997 (modificada por la Ley 1185 de 2008) y 814 de 2003, relativas al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza material y al Régimen Especial de Protección de los BIC, los primeros auxilios consisten en

> Obras urgentes a realizar en un inmueble que se encuentra en peligro de ruina, riesgo inminente, o que ha sufrido daños por agentes naturales o por la acción humana. Incluye acciones y obras provisionales de protección para detener o prevenir daños mayores, tales como: apuntalamiento de muros y estructuras, sobrecubiertas provisionales y todas aquellas acciones para evitar el saqueo de elementos y/o partes del inmueble, carpinterías, ornamentaciones, bienes muebles, etc. *(Presidencia de la República de Colombia, 2009)*.

En vista de que toda intervención que planee realizarse en un BIC debe ser aprobada por el Ministerio de Cultura, esta entidad expidió la Resolución 983 de 2010 donde desarrolla algunos aspectos técnicos relativos al patrimonio. En el capítulo VI reglamenta las intervenciones mínimas de estos bienes que no requieren autorización previa, solicitando únicamente que el propietario informe a la instancia competente el tipo de intervención realizada.

Según el Artículo 27 las intervenciones mínimas que se pueden efectuar en BIC inmuebles son:

> 1. Limpieza superficial de fachadas sin productos químicos.
> 2. Mantenimiento de pintura de interiores o exteriores, con excepción de superficies con pintura mural o papel de colgadura.
> 3. Mantenimiento de cubiertas mediante acciones tales como limpieza, reposición de tejas e impermeabilizaciones superficiales que no afecten las condiciones físicas del inmueble y mantenimiento de elementos para control de aguas como canales, bajantes, goteros y alfajías, entre otros.
> 4. Reemplazo o restitución de elementos de acabado, puntuales y en mal estado, así como de elementos no estructurales.
> 5. Remoción de elementos ajenos a las características constructivas y arquitectónicas del bien.
> 6. Obras de primeros auxilios tales como apuntalamiento de muros o elemento [sic] estructurales, sobrecubiertas y cerramientos provisionales que eviten el saqueo de elementos y/o partes del inmueble, carpinterías, ornamentaciones, bienes muebles, entre otros, siempre y cuando no alteren la integridad del bien. *(Ministerio de Cultura, 2010)*

En la tabla siguiente se describen las acciones concernientes a obras de primeros auxilios, donde se le asigna a cada una un valor aproximado que permita tener un acercamiento a la inversión necesaria para realizar la intervención. Para el cálculo de costos se tuvieron en cuenta diferentes aspectos: análisis de precios realizado por profesionales expertos en proyectos de conservación de patrimonio, revisión de presupuestos de proyectos de intervención patrimonial ejecutados en 2012 y 2013, análisis de costos a partir del Generador de precios de la construcción para Colombia en la página web de CYPE Ingenieros S.A. y presupuesto de demolición, en el caso de liberaciones, elaborado por la empresa Abecol Demoliciones y Construcciones SAS.

Ocho de las veinticuatro edificaciones que conforman el conjunto hospitalario, requieren de forma prioritaria la ejecución de primeros auxilios: San Eduardo, Siberia, Santiago Samper, Mantenimiento, la casa cural de la Capilla, Cundifarma, Salud Mental y Jardín Infantil. Seis edificaciones no se encuentran incluidas en este esquema: Cancerológico y Centro Dermatológico Federico Lleras, pues al estar en funcionamiento se les realiza un mantenimiento periódico y además han desarrollado proyectos recientes de intervención en su infraestructura; Instituto Materno Infantil, cuyo proyecto de intervención ya se encuentra en proceso de aprobación; y los edificios Centro de salud (UPA), Torre Docente y Portería principal, cuya permanencia no se encuentra contemplada en el presente PEMP.

Página 72 a 76
Tabla 4. Costos de Primeros Auxilios



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ARTES
CENTRO DE EXTENSIÓN ACADÉMICA

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO
HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Contrato Inter-administrativo 232 de 2013

EDIFICIO	ACCIÓN	UBICACIÓN	CANTIDAD-UNIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
01. SAN ROQUE	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 196.52 ml	$ 1,440.00	$ 282,988.80
			Bajantes: 239.2 ml	$ 5,815.00	$ 1,390,948.00
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carezcan de vidrios	Fachadas	321 m2	$ 2,850.00	$ 914,850.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	393.04 m2	$ 1,693.00	$ 665,416.72
			COSTOS TOTALES ED. SAN ROQUE		$ 3,254,203.52
02. INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA	Limpieza y sondeo de sifones, gárgolas,canales y bajantes	Terrazas -costado norte y cubierta	**Canales:** 120.44 ml	$ 1,440.00	$ 173,433.60
			Bajantes: 200 ml	$ 5,815.00	$ 1,163,000.00
	Desmonte de las instalaciones de ventilación que perforan la techumbre metálica.	Cielo rasos tercer piso y cubierta	8.75 m2	$ 53,500.00	$ 468,125.00
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carezcan de vidrios	Fachadas	254.87 m2	$ 2,850.00	$ 726,379.50
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	240.88 m2	$ 1,693.00	$ 407,809.84
	Desmonte de estructura metálica, ventiladores y ductos	Fachadas	29.32 m2	$ 26,904.00	$ 788,825.28
	Retiro y transporte de escombros		4.15 m3	$ 12,643.00	$ 52,468.45
			COSTOS TOTALES ED. INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA		$ 3,780,041.67
03. SAN JORGE	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 192.21 ml	$ 1,440.00	$ 276,782.40
			Bajantes: 231.38 ml	$ 5,815.00	$ 1,345,474.70
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carezcan de vidrios	Fachadas	307.91 m2	$ 2,850.00	$ 877,543.50
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	384.42 m2	$ 1,693.00	$ 650,823.06
			COSTOS TOTALES ED. SAN JORGE		$ 3,150,623.66
04. CIRUGIA PLASTICA	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 161.63 ml	$ 1,440.00	$ 81,360.00
			Bajantes: 217.5 ml	$ 5,815.00	$ 1,264,762.50
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carezcan de vidrios	Fachadas	498.3 m2	$ 2,850.00	$ 1,420,155.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	436.26 m2	$ 1,693.00	$ 738,588.18
	Poda de árboles		87.59 m2	$ 6,025.00	$ 527,729.75
	Suministro e instación de canales y bajantes		**Canales:** 56.5 ml		$ -
			COSTOS TOTALES ED. CIRUGIA PLASTICA		$ 4,032,595.43
05. SAN LUCAS	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Bajantes:** 265.75 ml	$ 5,815.00	$ 1,545,336.25
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carezcan de vidrios	Fachadas	495 m2	$ 2,850.00	$ 1,410,750.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	434.42 m2	$ 1,693.00	$ 735,473.06
	Suministro e instación de canales y bajantes		**Canales:** 218.13 ml	$ 19,440.00	$ 4,240,447.20
			COSTOS TOTALES ED. SAN LUCAS		$ 7,932,006.51

EDIFICIO	ACCIÓN	UBICACIÓN	CANTIDAD-UNIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
06. SAN EDUARDO	Construcción de sobrecubiertas provisionales de protección	Totalidad de la cubierta del edificio. Filtraciones generalizadas	745.85 m2	$ 115,000.00	$ 85,772,750.00
	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 187.53 ml	$ 1,440.00	$ 270,043.20
			Bajantes: 300 ml	$ 5,815.00	$ 1,744,500.00
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalación de polietileno en las zonas que carezcan de vidrios	Fachadas	405.66 m2	$ 2,850.00	$ 1,156,131.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	375.06 m2	$ 1,693.00	$ 634,976.58
	Retiro y transporte de escombros		18.56 m3	$ 12,643.00	$ 234,654.08
			COSTOS TOTALES ED. SAN EDUARDO		$ 89,813,054.86
07. SIBERIA	Desmonte de sobrecubierta de protección existente	Cubierta	1668.6 m2	$ 8,500.00	$ 14,183,355.00
	Construcción de sobrecubiertas provisionales de protección	Cubierta	1668.6 m2	$ 115,000.00	$ 191,892,450.00
	Apuntalamiento de muros	Sectores de muro que han sido afectados por las cubiertas colapsadas.	670.81 m2	$ 101,654.00	$ 68,190,519.74
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carescan de vidrios	Fachadas	357.42 m2	$ 2,850.00	$ 1,018,647.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	652.12 m2	$ 1,693.00	$ 1,104,039.16
	Poda de arbustos y cesped	Áreas perifericas	m2	$ 6,025.00	
	Retiro y transporte de escombros		19.93 m3	$ 12,643.00	$ 251,974.99
			COSTOS TOTALES ED. SIBERIA		$ 276,640,985.89
08. SANTIAGO SAMPER	Construcción de sobrecubiertas provisionales de protección	Totalidad de la cubierta del edificio. Filtraciones generalizadas	745.84 m2	$ 115,000.00	$ 85,771,600.00
	Apuntalamiento de entrepiso	Volúmen occidental	29.5 m2	$ 101,654.00	$ 2,998,793.00
		Corredor central- Costado Occidental	21.42 m2	$ 101,654.00	$ 2,177,428.68
	Apuntalamiento de cielo rasos	Volúmen occidental	29.5 m2	$ 101,654.00	$ 2,998,793.00
		Corredor central- Costado Occidental	21.42 m2	$ 101,654.00	$ 2,177,428.68
		Volúmen Absidal (Auditorio Completo)	91.38 m2	$ 101,654.00	$ 9,289,142.52
	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 179.6 ml	$ 1,440.00	$ 258,624.00
			Bajantes: 189.84 ml	$ 5,815.00	$ 1,103,919.60
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalación de polietileno en las zonas que carezcan de vidrios	Fachadas	410.4 m2	$ 2,850.00	$ 1,169,640.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	359.2 m2	$ 1,693.00	$ 608,125.60
	Retiro y transporte de escombros		13.63 m3	$ 12,643.00	$ 172,324.09
			COSTOS TOTALES ED. SANTIAGO SAMPER		$ 108,725,819.17

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ARTES
CENTRO DE EXTENSIÓN ACADÉMICA

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO
HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Contrato Inter-administrativo 232 de 2013

EDIFICIO	ACCIÓN	UBICACIÓN	CANTIDAD-UNIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
09. MANTENIMIENTO	Reparación de cubierta	Cuerpo central del volumen principal dos pisos de altura	76 m2	$ 91,143.00	$ 6,926,868.00
	Construcción de una sobrecubierta de protección	Entre: Volumen de dos pisos- Volumen Órtesis y Protesis	80 m2	$ 115,000.00	$ 9,200,000.00
		Crujía sur de tipologia en H	329.69 m2	$ 115,000.00	$ 37,914,350.00
	Apuntalamiento de entrepiso	Volumen de dos pisos(zona central colapsada)	31.75 m2	$ 101,654.00	$ 3,227,514.50
	Apuntalamiento de cielo rasos	Crujia sur de tipologia en H	213.23 m2	$ 101,654.00	$ 21,675,682.42
	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 525 ml	$ 1,440.00	$ 756,000.00
			Bajantes: 191.5 ml	$ 5,815.00	$ 1,113,572.50
	Suministro e instación de canales y bajantes	Cubierta	125.3 ml	$ 19,440.00	$ 2,435,832.00
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carescan de vidrios	Fachadas	261.82 m2	$ 2,850.00	$ 746,187.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	1050 m2	$ 1,693.00	$ 1,777,650.00
	Retiro y transporte de escombros		17.07 m3	$ 12,643.00	$ 215,816.01
				COSTOS TOTALES ED. MANTENIMIENTO	$ 85,989,472.43
10. CAPILLA Y CONVENTO	Reparación de la cubierta	Sector oriental del transepto-habitaciones casa cural	20.32 m2	$ 91,143.00	$ 1,852,025.76
	Apuntalamiento de entrepiso	Sector oriental del transepto-habitaciones casa cural	20.32 m2	$ 101,654.00	$ 2,065,609.28
	Construcción de una sobrecubierta de protección	Deambulatorio de articulación entre Capilla y Convento	54.53 m2	$ 115,000.00	$ 6,270,950.00
	Apuntalamiento de entrepiso	Deambulatorio de articulación entre Capilla y Convento	20.39 m2	$ 101,654.00	$ 2,072,725.06
	Capilla: Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 157.35 ml	$ 1,440.00	$ 226,584.00
			Bajantes: 248.2 ml	$ 5,815.00	$ 1,443,283.00
	Convento: Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 211.08 ml	$ 1,440.00	$ 303,955.20
			Bajantes: 152.5 ml	$ 5,815.00	$ 886,787.50
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carezcan de vidrios	Fachadas	404.28 m2	$ 2,850.00	$ 1,152,198.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	736 m2	$ 1,693.00	$ 1,246,048.00
	Retiro y transporte de escombros		22.17 m3	$ 12,643.00	$ 280,295.31
				COSTOS TOTALES ED. CAPILLA Y CONVENTO	$ 17,800,461.11
11. ENFERMEDADES TROPICALES	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 263.3 ml	$ 1,440.00	$ 379,152.00
			Bajantes: 349.6 ml	$ 5,815.00	$ 2,032,924.00
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carescan de vidrios	Fachadas	261.82 m2	$ 2,850.00	$ 746,187.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	526.6 m2	$ 1,693.00	$ 891,533.80
	Poda de arbustos y cesped	Patio Interior	300.41 m2	$ 6,025.00	$ 1,809,970.25
				COSTOS TOTALES ED. ENFERMEDADES TROPICALES	$ 5,859,767.05

EDIFICIO	ACCIÓN	UBICACIÓN	CANTIDAD-UNIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
12. ANCIANATO	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	574.24 ml	$ 1,440.00	$ 826,905.60
			526.88 ml	$ 5,815.00	$ 3,063,807.20
				COSTOS TOTALES ED. ANCIANATO	$ 3,890,712.80
15. EDIFICIO CENTRAL	Construcción de una sobrecubierta de protección polietileno y madera rolliza	Cubierta	3000 m2	$ 70,000.00	$ 210,000,000.00
	Limpieza y sondeo de canales,bajantes y sifones	Cubierta	**Canales:** 605.6 ml	$ 1,440.00	$ 872,064.00
			Bajantes: 628 ml	$ 5,815.00	$ 3,651,820.00
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carescan de vidrios	Fachadas	3463.2 m2	$ 2,850.00	$ 9,870,205.50
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	1211.2 m2	$ 1,693.00	$ 2,050,561.60
	Retiro y transporte de escombros		12.94 m3	$ 12,643.00	$ 163,600.42
				COSTOS TOTALES ED. CENTRAL	$ 226,608,251.52
16. CUNDIFARMA	Construcción de una sobrecubierta de protección	Volúmen circular	198.3 m2	$ 70,000.00	$ 13,881,000.00
	Apuntalamiento de entrepiso	Volúmen circular	108.52 m2	$ 101,654.00	$ 11,031,492.08
	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 337.73 ml	$ 1,440.00	$ 486,331.20
			Bajantes: 214.26 ml	$ 5,815.00	$ 1,245,921.90
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carescan de vidrios	Fachadas	188 m2	$ 2,850.00	$ 535,800.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	675.46 m2	$ 1,693.00	$ 1,143,553.78
	Retiro y transporte de escombros		12.94 m3	$ 12,643.00	$ 163,600.42
				COSTOS TOTALES ED. CUNDIFARMA	$ 28,487,699.38
17. RESONANCIA MAGNETICA	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 101.4 ml	$ 1,440.00	$ 146,016.00
			Bajantes: 40.5 ml	$ 5,815.00	$ 235,507.50
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	202.8 m2	$ 1,693.00	$ 343,340.40
				COSTOS TOTALES ED. RESONANCIA MAGNETICA	$ 724,863.90
18. UNIDAD DE SALUD MENTAL	Construcción de una sobrecubierta de protección polietileno y madera rolliza	Cubierta	895 m2	$ 70,000.00	$ 62,650,000.00
	Limpieza y sondeo de canales,bajantes y sifones	Cubierta	**Canales:** 301.2 ml	$ 1,440.00	$ 433,728.00
			Bajantes: 90 ml	$ 5,815.00	$ 523,350.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	602.4 m2	$ 1,693.00	$ 1,019,863.20
	Retiro y transporte de escombros		25.25 m3	$ 12,643.00	$ 319,235.75
				COSTOS TOTALES ED. SALUD MENTAL	$ 64,946,176.95

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ARTES
CENTRO DE EXTENSIÓN ACADÉMICA

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO
HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Contrato Inter-administrativo 232 de 2013

EDIFICIO	ACCIÓN	UBICACIÓN	CANTIDAD-UNIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
24. JARDIN INFANTIL	Limpieza y sondeo de canales y bajantes	Cubierta	**Canales:** 183.25 ml	$ 1,440.00	$ 263,880.00
			Bajantes: 164.8 ml	$ 5,815.00	$ 958,312.00
	Revisión de carpinterias de puertas y ventanas e instalacion de polietileno en las zonas que carescan de vidrios	Fachadas	99.08 m2	$ 2,850.00	$ 282,378.00
	Remoción y control de vegetación invasiva	Cubiertas, andenes perimetrales y fachadas	366.5 m2	$ 1,693.00	$ 620,484.50
				COSTOS TOTALES ED. JARDIN INFANTIL	$ 2,125,054.50

FUENTES:

- Generador de precios de la construcción. Colombia. CYPE Ingenieros, S.A.
- Análisis de presupuestos de proyectos de intervención en patrimonio años 2012 y 2013
- Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de conservación del patrimonio.
- Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de arquitectura hospitalaria.
- Abecol Demoliciones y Construcciones S.A.S

TOTAL COSTOS DIRECTOS		**$ 933,761,790.35**
COSTOS INDIRECTOS (A.I.U.)		
ADMINISTRACIÓN	25%	$ 233,440,447.59
IMPREVISTOS	12%	$ 112,051,414.84
UTILIDADES	8%	$ 74,700,943.23
IVA SOBRE UTILIDAD	16%	$ 11,952,150.92
TOTAL COSTOS INDIRECTOS (A.I.U.)		$ 432,144,956.57
TOTAL OBRA (C. DIRECTOS + C. INDIRECTOS)		**$ 1,365,906,747**
INTERVENTORÍA	10%	$ 136,590,674.69
GRAN TOTAL		**$ 1,502,497,422**

4.3.1.1.2 Liberaciones y desmontes propuestos

La recuperación de los edificios del Conjunto, en su calidad de Bienes de Interés Cultural, implica también la recuperación de la distribución espacial de cada uno de estos con miras a recuperar sus valores arquitectónicos y disponer de mejores espacios que se adapten a los requerimientos técnicos necesarios para la reapertura del conjunto hospitalario.

Las liberaciones y desmontes que se describen a continuación y se cuantifican en la Tabla 30 otorgándoles valores aproximados, no contemplan los edificios que se encuentran en funcionamiento actualmente o tiene proyecto de intervención en curso: Ancianato, Cancerológico, Instituto Materno Infantil y Centro Dermatológico Federico Lleras; en los edificios de Resonancia Magnética y Salud Mental, el proceso de desmontes y liberaciones está sujeto al uso que se les vaya a designar en el nuevo Programa Médico Arquitectónico. Tampoco se cuantifica en este ejercicio los costos que se deriven de la restitución de elementos que restablezcan la lectura arquitectónica original de las edificaciones.

Para el caso de los edificios Centro de Salud (UPA), Torre Docente, Rehabilitación Psiquiátrica y Portería principal cuya demolición es sugerida, se otorga un valor aproximado por M2 contemplando la totalidad del edificio.

Además de las edificaciones con reconocimiento patrimonial, se han incluido en este ejercicio los puentes de comunicación adosados a los inmuebles principales (Cirugía Plástica – Edificio Central y Cirugía Plástica – San Lucas) y una serie de construcciones de edilicia menor que se encuentran dispersas al interior del predio.

San Roque
Se sugiere el desmonte de divisiones livianas, cielo rasos falsos en fibra de vidrio y tuberías de instalaciones que alteren la espacialidad original.

Instituto de Inmunología
Se sugiere el desmonte del volumen del costado sur, de la estructura y escalera metálica adosadas a la fachada occidental, los muros divisorios, divisiones livianas, cielo rasos e instalaciones de ventilación, que alteren la espacialidad original al interior. Se propone también la restitución del vacío de la escalera en el nivel de la mansarda.

San Jorge
Se propone el desmonte de muros divisorios, divisiones livianas, cielo raso falso en fibra de vidrio y tuberías de instalaciones que alteran la configuración espacial de la tipología de pabellón.

Paulina Ponce de León (Cirugía Plástica)
Se sugiere el desmonte del entrepiso y la escalera que conforman el tercer nivel y de muros divisorios, cielo raso falso e instalaciones que interfieren con la espacialidad original.

San Lucas
Se sugiere la liberación de muros divisorios, divisiones ligeras, cielo rasos falsos e instalaciones que modificaron la espacialidad original.

San Eduardo
Se propone el desmonte del entrepiso del tercer nivel y la escalera que da acceso a esta planta; de la escalera ubicada en el costado suroccidental del edificio y de muros divisorios, divisiones livianas, cielo raso falso e instalaciones que interfieran con la lectura espacial del edificio.

Siberia
Se propone el desmonte de los muros que separan el corredor principal de los espacios laterales en el costado sur y de la escalera que comunicaba interiormente el semisótano con el primer piso.

Santiago Samper
Se sugiere la liberación total del volumen de baños del costado suroccidental, del mezzanine en madera del segundo piso, muros divisorios, divisiones livianas y tuberías de instalaciones que alteren la espacialidad original.

Mantenimiento
Se propone la liberación del volumen de Órtesis y prótesis localizado en el costado nororiental, así como de muros divisorios e instalaciones que alteran la configuración espacial del edificio.

Convento
Se propone el desmonte de los entrepisos y escaleras que alteraron las espacialidad y lectura original de las fachadas.

Capilla
En la sacristía se sugiere el desmonte del entrepiso en madera y los muros divisorios que le acompañan.

Enfermedades Tropicales
Se sugiere el desmonte de la escalera en concreto del costado noroccidental, de los volúmenes adosados en el costado suroccidental y el patio central, de muros divisorios, divisiones ligeras e instalaciones que interfieran con la lectura espacial original.

Edificio Central
En este caso no se estableció el desmonte de elementos menores, ya que se desconocen las modificaciones realizadas al interior del edificio y las intervenciones importantes están sujetas al uso que se defina en el Programa Médico Arquitectónico, en caso de plantearse mantener el edificio. Para lo cual, se definieron el desmonte de volúmenes importantes que afectan la morfología original, la zona expandida de urgencias en el costado sur-oriental, el crecimiento sobre la galería cubierta en el costado nor-oriental, la ampliación sobre la plataforma de base del edificio y los volúmenes construidos sobre las terrazas del bloque de cuatro pisos en el extremo oriental.

Cundifarma
Se propone el desmonte de los muros agregados sobre la Cl 1ª y Cr. 10ª, así como los muros divisorios y otras adiciones que interfieran con la lectura de la tipología original.

Jardín Infantil
Se sugiere el desmonte de volúmenes adosados al edificio original, conservando únicamente este inmueble y la barra de aulas ubicada en el costado oriental. Se propone el desmonte de muros divisorios, divisiones livianas e instalaciones que interfieren con la fluidez espacial.



Tabla 5. Liberaciones y desmontes propuestos.

EDIFICIO	ELEMENTOS A LIBERAR	MUROS (m²)	ENTREPISOS (m²)			ESCALERAS (m²)			CUBIERTAS (m²)	COSTO DE DEMOLICIÓN				TOTAL COSTO LIBERACIÓN
	PLANTA	CANTIDAD	CANTIDAD	MATERIAL C	MATERIAL M	CANTIDAD	MATERIAL C	MATERIAL M	CANTIDAD	MUROS (m²)	ENTREPISOS (m²)	ESCALERAS (m²)	CUBIERTAS (m²)	
01. SAN ROQUE	1	257.5	0	_	_	0	_	_	0	$ 4,179,740	$ 0	$ 0	$ 0	
	2	249.82	0	_	_	0	_	_	0	$ 4,055,078	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	507.32	0			0			0	$ 8,234,818	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8,234,818
02. INSTITUTO INMUNOLÓGICO	1	61.02	0	_	_	0	_	_	18.48	$ 990,477	$ 0	$ 0	$ 658,867	
	2	84.04	0	_	_	0	_	_	0	$ 1,364,137	$ 0	$ 0	$ 0	
	3	348.3	11.46	X	_	0	_	_	0	$ 5,653,606	$ 553,128	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	493.36	11.46			0			18.48	$ 8,008,220	$ 553,128	$ 0	$ 658,867	$ 9,220,215
03. SAN JORGE	1	151.32	0	_	_	0	_	_	0	$ 2,456,226	$ 0	$ 0	$ 0	
	2	123.27	0	_	_	0	_	_	0	$ 2,000,919	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	274.59	0			0			0	$ 4,457,145	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4,457,145
04. CIRUGÍA PLÁSTICA	1	145.94	0	_	_	0	_	_	0	$ 2,368,898	$ 0	$ 0	$ 0	
	2	299.67	0	_	_	0	_	_	0	$ 4,864,243	$ 0	$ 0	$ 0	
	3	307.27	385.8	X	_	21.33	X	_	0	$ 4,987,607	$ 18,621,023	$ 940,269	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	752.88	385.8			21.33			0	$ 12,220,748	$ 18,621,023	$ 940,269	$ 0	$ 31,782,040
05. SAN LUCAS	1	424.51	0	_	_	0	_	_	0	$ 6,890,646	$ 0	$ 0	$ 0	
	2	877.14	0	_	_	0	_	_	0	$ 14,237,736	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	1301.65	0			0			0	$ 21,128,383	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21,128,383
06. SAN EDUARDO	1	224.71	0	_	_	10.59	X	_	0	$ 3,647,493	$ 0	$ 466,828	$ 0	
	2	340.28	0	_	_	17.77	X	_	0	$ 5,523,425	$ 0	$ 783,337	$ 0	
	3	381.76	335.08	X	_	0	_	_	10.29	$ 6,196,728	$ 16,172,971	$ 0	$ 366,869	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	946.75	335.08			28.36			10.29	$ 15,367,646	$ 16,172,971	$ 1,250,166	$ 366,869	$ 33,157,652
07. SIBERIA	S	0	0	_	_	3.35	_	X	0	$ 0	$ 0	$ 37,369	$ 0	
	1	36.85	0	_	_	0	_	_	0	$ 598,149	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	36.85	0			3.35			0	$ 598,149	$ 0	$ 37,369	$ 0	$ 635,518

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ARTES
CENTRO DE EXTENSIÓN ACADÉMICA

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO
HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Contrato Inter-administrativo 232 de 2013

	ELEMENTOS A LIBERAR	MUROS (m²)	ENTREPISOS (m²)			ESCALERAS (m²)			CUBIERTAS (m²)	COSTO DE DEMOLICIÓN				TOTAL COSTO LIBERACIÓN
		CANTIDAD	CANTIDAD	MATERIAL		CANTIDAD	MATERIAL		CANTIDAD					
EDIFICIO	PLANTA			C	M		C	M		MUROS (m²)	ENTREPISOS (m²)	ESCALERAS (m²)	CUBIERTAS (m²)	
08. SANTIAGO SAMPER	1	144.58	0	_	_	1.9	_	X	11.48	$ 2,346,823	$ 0	$ 21,195	$ 409,296	
	2	35.05	13.31	_	X	0	_	_	0	$ 568,932	$ 221,798	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	179.63	13.31			1.9			11.48	$ 2,915,754	$ 221,798	$ 21,195	$ 409,296	$ 3,568,043
09. MANTENIMIENTO	1	338.43	0	_	_	0	_	_	79.44	$ 5,493,396	$ 0	$ 0	$ 2,832,274	
	2	36.12	0	_	_	0	_	_	0	$ 586,300	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	374.55	0			0			79.44	$ 6,079,696	$ 0	$ 0	$ 2,832,274	$ 8,911,970
10. CONVENTO	1	100.4	169.9	_	X	11.75	_	X	0	$ 1,629,693	$ 2,831,214	$ 131,071	$ 0	
	2	61.08	78.8	X	_	6.34	X	_	0	$ 991,451	$ 3,803,361	$ 70,723	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	161.48	248.7			18.09			0	$ 2,621,143	$ 4,144,337	$ 201,794	$ 0	$ 6,967,274
10. CAPILLA	1	0	0	_	_	0	_	_	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	2	0	28.7	_	X	3.3	_	X	0	$ 0	$ 478,257	$ 36,812	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	0	28.7			3.3			0	$ 0	$ 478,257	$ 36,812	$ 0	$ 515,068
11. ENFERMEDADES TROPICALES	1	467.62	0	_	_	5.36	X	_	20.04	$ 7,590,408	$ 0	$ 236,280	$ 714,486	
	2	552.74	0	_	_	0	_	_	0	$ 8,972,076	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	1020.36	28.7			8.66			20.04	$ 16,562,484	$ 478,257	$ 381,750	$ 714,486	$ 18,136,977
12. ANCIANATO	1													
	2													
	TOTAL													

	ELEMENTOS A LIBERAR	MUROS (m²)	ENTREPISOS (m²)			ESCALERAS (m²)			CUBIERTAS (m²)	COSTO DE DEMOLICIÓN				TOTAL COSTO LIBERACIÓN
		CANTIDAD	CANTIDAD	MATERIAL		CANTIDAD	MATERIAL		CANTIDAD					
EDIFICIO	PLANTA			C	M		C	M		MUROS (m²)	ENTREPISOS (m²)	ESCALERAS (m²)	CUBIERTAS (m²)	
13. CANCEROLÓGICO	1 2 3	*El proceso de desmontes y liberaciones de este edificio esta consignado en el proyecto de intervención presentado.												
	TOTAL													
14. INSTITUTO MATERNO INFANTIL	1 2 3	*El proceso de desmontes y liberaciones de este edificio esta consignado en el proyecto de intervención presentado.												
	TOTAL													
15. EDIFICIO CENTRAL	S	319.25	0	_	_	0	_	_	682.35	$ 5,182,066	$ 0	$ 0	$ 24,327,825	
	1	0	0	_	_	0	_	_	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	2	336.51	0	_	_	0	_	_	612.42	$ 5,462,230	$ 0	$ 0	$ 21,834,610	
	3	0	0	_	_	0	_	_	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	4	0	0	_	_	0	_	_	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	5	0	0	_	_	0	_	_	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	6	0	0	_	_	0	_	_	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	7	0	0	_	_	0	_	_	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	8	0	0	_	_	0	_	_	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	9	0	0	_	_	0	_	_	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	655.76	0			0			1294.77	$ 10,644,296	$ 0	$ 0	$ 46,162,435	$ 56,806,731
16. CUNDIFARMA	1	475.32	0	_	_	0	_	_	138.29	$ 7,715,394	$ 0	$ 0	$ 4,930,453	
	2	84.85	0	_	_	0	_	_	0	$ 1,377,285	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
										$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	
	TOTAL	560.17	0			0			138.29	$ 9,092,679	$ 0	$ 0	$ 4,930,453	$ 14,023,133
17. RESONANCIA MAGNÉTICA	1	* La demolición de elementos en este edificio no responde a criterios de conservación del patrimonio, dependerá de su adecuación al uso determinado por el PMA												
	TOTAL													

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ARTES
CENTRO DE EXTENSIÓN ACADÉMICA

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO
HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL
Contrato Inter-administrativo 232 de 2013

EDIFICIO	ELEMENTOS A LIBERAR PLANTA	MUROS (m²) CANTIDAD	ENTREPISOS (m²) CANTIDAD	MATERIAL C	MATERIAL M	ESCALERAS (m²) CANTIDAD	MATERIAL C	MATERIAL M	CUBIERTAS (m²) CANTIDAD	COSTO DE DEMOLICIÓN MUROS (m²)	ENTREPISOS (m²)	ESCALERAS (m²)	CUBIERTAS (m²)	TOTAL COSTO LIBERACIÓN
18. SALUD MENTAL	1 2	* La demolición de elementos en este edificio no responde a criterios de conservación del patrimonio, dependerá de su adecuación al uso determinado por el PMA												
	TOTAL													
19. REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA		* Se demuele el 100% del edificio, correspondiente a tres plantas. Área construida: 3267.45 m²												
														$ 114,360,750
20. FEDERICO LLERAS ACOSTA														
	TOTAL													
21. CENTRO DE SALUD		* Se demuele el 100% del edificio, correspondiente a tres plantas. Área construida: 4396.73 m²												
														$ 153,885,550
22. TORRE DOCENTE		* Se demuele el 100% del edificio, correspondiente a trece plantas. Área construida: 3025.75 m²												
	TOTAL													$ 167,750,000
23. PORTERÍA PRINCIPAL	1	* Se demuele el 100% del edificio, correspondiente a tres plantas. Área construida: 105.64 m²												
	TOTAL	105.64				0								$ 3,169,200

EDIFICIO	ELEMENTOS A LIBERAR PLANTA	MUROS (m²) CANTIDAD	ENTREPISOS (m²) CANTIDAD	MATERIAL C	MATERIAL M	ESCALERAS (m²) CANTIDAD	MATERIAL C	MATERIAL M	CUBIERTAS (m²) CANTIDAD	COSTO DE DEMOLICIÓN MUROS (m²)	ENTREPISOS (m²)	ESCALERAS (m²)	CUBIERTAS (m²)	TOTAL COSTO LIBERACIÓN
24. JARDÍN INFANTIL	1	838.41	0	_	_	0	_	_	314.96	$ 13,609,071 $ 0 $ 0 $ 0	$ 0 $ 0 $ 0 $ 0	$ 0 $ 0 $ 0 $ 0	$ 11,229,269 $ 0 $ 0 $ 0	
	TOTAL	838.41	0			0			314.96	$ 13,609,071	$ 0	$ 0	$ 11,229,269	$ 24,838,340
25. PUENTES	1. S.L. - C.P. 2. C.P. - E.C.	52.6 38.46	48.02 29.64	X X	_ _	0 0	_ _	_ _	48.02 29.64	$ 853,803 $ 624,283	$ 2,317,733 $ 1,430,604 $ 0 $ 0	$ 0 $ 0 $ 0 $ 0	$ 1,712,057 $ 1,056,755 $ 0 $ 0	
	TOTAL	91.06	77.66			0			77.66	$ 1,478,086	$ 3,748,338	$ 0	$ 2,768,812	$ 7,995,235
26. EDIFICACIONES MENORES	*Construción No 1	Demolición total del Antiguo Archivo Fundación San Juan de Dios (un piso). Area Construida: 216 m²												
	*Construcción No 2	Demolición total de Construcción de dos plantas en obra negra situada al costado norte de Rehabilitación Psiquiatrica. Area Construida: 440 m²												
	*Construcción No 3	Edificación de un piso situado frente al depósito de basuras del Hospital. Area Construida: 140,19 m²												
	*Construcción No 4	Construcción de un piso para estar de enfermeras, situado entre pabellones San Lucas y Cirugía. Area Construida: 83 m²												
	*Construcción No 5	Cobertizo para la caldera. Area Construida: 77.87 m²												
	*Construcción No 6	Construcciones utilitarias adosadas al costado sur del Edificio Central (5). Area Construida Total: 180,88 m²												
	TOTAL		1137.9 m²											$ 44,129,313
	TOTAL	8194.82	11896.28			81.69			1965.41	$ 133,018,318	$ 43,939,851	$ 2,832,542	$ 70,072,763	$ 733,673,356
	*** TOTAL AREA EDIFICOS DEMOLIDOS EN SU INTEGRIDAD**								19597.69					

COSTO DE DEMOLICIÓN - VALOR UNITARIO		
MUROS	$ 16,232	m ²
ENTREPISOS EN CONCRETO	$ 48,266	m ²
ENTREPISOS EN MADERA	$ 16,664	m ²
ESCALERAS EN CONCRETO	$ 44,082	m ²
ESCALERAS EN MADERA	$ 11,155	m ²
CUBIERTAS	$ 35,653	m ²

NOTAS A LA TABLA DE LIBERACIONES

Cielo rasos: Es importante desarrollar un proceso de valoración de los mismos para identificar el coste, el procedimiento y el área específica a desmontar.

Edificio Central: Como indicador para definir los m ² de demolición de muros, se utilizó un promedio de muros existentes por área construida en un piso tipo.

TOTAL COSTOS DIRECTOS		**$ 733,673,356**
COSTOS INDIRECTOS (A.I.U)		
Administración	25%	$ 183,418,339
Inprevistos	12%	$ 88,040,803
Utilidades	8%	$ 58,693,868
IVA sobre Utilidad	16%	$ 9,391,019
Total Costos Indirectos (A.I.U)		$ 339,544,029
TOTAL OBRA (C.DIRECTOS + C.INDIRECTOS)		**$ 1,073,217,385**
Interventoria	10%	$ 107,321,739
GRAN TOTAL		**$ 1,180,539,124**

Fuentes: Generador de precios de la construcción. Colombia. CYPE Ingenieros, S.A.
Análisis de presupuestos de proyectos de intervención en patrimonio años 2012 y 2013
Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de conservación del patrimonio.
Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de arquitectura hospitalaria.
Abecol Demoliciones y Construcciones S.A.S

4.3.1.1.3 Estudios y proyecto de intervención

El Decreto 763 de 2009 define en su artículo 41 los tipos de obras permitidas para BIC inmuebles, de acuerdo con el nivel de intervención permitido y con la autorización previa de las autoridades competentes. Entre estas, se encuentran obras menores como primeros auxilios -descritos en el primer apartado de este numeral-, reparaciones locativas y obras de mayor grado de intervención, que corresponden con el diagnóstico general del conjunto hospitalario. En este ítem se encuentran: reforzamiento estructural, rehabilitación o adecuación funcional, restauración, obra nueva, ampliación, consolidación, demolición, liberación, modificación, reconstrucción y reintegración.

Los estudios técnicos requeridos para la recuperación y puesta en funcionamiento del hospital pueden variar debido al amplio espectro de tipologías arquitectónicas, niveles de intervención y composición material de las edificaciones que componen el complejo. Sin embargo, se puede establecer un valor promedio para estos, así como para el proyecto de intervención.

Es importante precisar que esta cuantificación y valoración es de carácter preliminar y fue construida a partir de un análisis sobre presupuestos de proyectos de intervención patrimonial y del concepto técnico de profesionales con alta experiencia en las áreas de restauración arquitectónica y arquitectura hospitalaria. Asimismo, se tuvieron en cuenta tres variables para cada edificación: nivel de intervención, complejidad espacial y uso (desde un rango amplio que incluye asistencial, docencia y formación, investigación, cultural y de uso comunitario).

Tabla 6. Costo de estudios técnicos e intervención patrimonial del Conjunto Edilicio (Cifras en Millones COP$).

	CONJUNTO EDILICIO	Estudios Técnicos Costo Directo	Estudios Técnicos Costo Total (Directo + Indirecto)	Intervención Patrimonial Costo Directo	Intervención Patrimonial Costo Total (Directo + Indirecto)
1	Ed. San Roque	321,357,500.0	446,686,925	3,702,038,400	5,956,875,949
2	Ed. Inmunológico	280,707,500.0	390,183,425	4,042,188,000	6,504,203,867
3	Ed. San Jorge	313,150,000.0	435,278,500	4,509,360,000	7,255,920,989
4	Ed. Paulina Ponce de León	535,570,000.0	744,442,300	6,169,766,400	9,927,647,719
5	Ed. San Lucas	418,425,000.0	581,610,750	4,820,256,000	7,756,177,524
6	Ed. San Eduardo	464,237,500.0	645,290,125	5,348,016,000	8,605,385,585
7	Ed. Siberia	498,422,500.0	692,807,275	7,177,284,000	11,548,824,139
8	Ed. Santiago Samper	340,995,000.0	473,983,050	4,910,328,000	7,901,110,578
9	Ed. Mantenimiento	426,835,000.0	593,300,650	4,917,139,200	7,912,070,344
10	Ed. Convento	343,920,000.0	478,048,800	4,952,448,000	7,968,885,028
10 - A	Capilla	210,405,000.0	292,462,950	3,534,804,000	5,687,782,420
11	Ed. Enfermedades Tropicales	496,925,000.0	690,725,750	7,155,720,000	11,514,125,938
12	Ancianato	1,935,267,500.0	2,690,021,825	18,578,568,000	29,894,402,197
13	Cancerologico	0.0	0	0	0
14	Instituto Materno Infantil	271,717,231.7	377,686,952	20,291,063,186	32,649,943,951
15	Ed. Central	6,603,532,500.0	9,178,910,175	95,090,868,000	153,008,813,881
16	Ed. Cundifarma	661,532,500.0	919,530,175	8,255,925,600	13,284,444,764
17	Resonancia Magnetica	83,810,000.0	116,495,900	1,206,864,000	1,941,940,725
18	Ed. Salud Mental	505,128,000.0	702,127,920	7,273,843,200	11,704,195,616
19	Rehabilitacion Psiquiatrico	0.0	0	0	0
20	Dermatologico Federico Lleras	0.0	0	0	0
21	Centro de Salud	0.0	0	0	0
22	Torre Docente	0.0	0	0	0
23	Porteria Principal	0.0	0	0	0
24	Jardin Infantil	241,607,500.0	335,834,425	2,319,432,000	3,732,151,643
25	Puentes	0.0	0	0	0
26	Edificaciones Menores		0	0	0
	TOTAL COSTOS	**14,953,545,231.7**	**20,785,427,872**	**214,255,911,986**	**344,754,902,858**

ADMINISTRACIÓN	15%	2,243,031,785	ADMINISTRACIÓN	25%	53,563,977,997
IMPREVISTOS	0%	0	IMPREVISTOS	12%	25,710,709,438
UTILIDAD	8%	1,196,283,619	UTILIDAD	8%	17,140,472,959
IVA	16%	2,392,567,237	IVA	16%	2,742,475,673
COSTOS INDIRECTOS		5,831,882,640	COSTOS INDIRECTOS		99,157,636,067
INTERVENTORÍA	0%	0	INTERVENTORÍA	10%	31,341,354,805
TOTAL COSTOS		20,785,427,872	TOTAL COSTOS		344,754,902,858

Fuentes: Generador de precios de la construcción. Colombia. CYPE Ingenieros, S.A./Análisis de presupuestos de proyectos de intervención en patrimonio años 2012 y 2013./Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de conservación del patrimonio./Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de arquitectura hospitalaria./Abecol Demoliciones y Construcciones S.A.S

La tabla 7 consolida el monto de los recursos necesarios para la intervención del Conjunto Edilicio en el CHSJD. Según esto, se recogen los costos totales por conceptos de primeros auxilios, estudios técnicos, liberaciones y desmontes y la intervención patrimonial necesaria para recuperar, habilitar y restaurar los inmuebles integrantes del Complejo.

Tabla 7. Consolidado de recursos de inversión para la intervención del Conjunto Edilicio (Cifras en Millones COP$).

	CONJUNTO EDILICIO	Estudios Técnicos Costo Total (Directo + Indirecto)	Primeros Auxilios Costo Total (Directo + Indirecto)	Liberaciones y Desmontes Costo Total (Directo + Indirecto)	Intervención Patrimonial Costo Total (Directo + Indirecto)	TOTAL INTERVENCIONES Costo Total (Directo + Indirecto)
1	Ed. San Roque	446,686,925	5,236,274	13,250,481	5,956,875,949	6,422,049,629
2	Ed. Inmunológico	390,183,425	6,082,389	14,836,064	6,504,203,867	6,915,305,746
3	Ed. San Jorge	435,278,500	5,069,606	7,171,903	7,255,920,989	7,703,440,997
4	Ed. Paulina Ponce de León	744,442,300	6,488,769	51,139,845	9,927,647,719	10,729,718,632
5	Ed. San Lucas	581,610,750	12,763,233	33,997,259	7,756,177,524	8,384,548,766
6	Ed. San Eduardo	645,290,125	144,516,390	53,353,315	8,605,385,585	9,448,545,415
7	Ed. Siberia	692,807,275	445,137,478	1,022,599	11,548,824,139	12,687,791,491
8	Ed. Santiago Samper	473,983,050	174,948,541	5,741,267	7,901,110,578	8,555,783,436
9	Ed. Mantenimiento	593,300,650	138,363,940	14,340,073	7,912,070,344	8,658,075,007
10	Ed. Convento	478,048,800	28,642,366	11,210,901	7,968,885,028	8,486,787,095
10 - A	Capilla	292,462,950	0	828,786	5,687,782,420	5,981,074,156
11	Ed. Enfermedades Tropicales	690,725,750	9,428,834	29,183,847	11,514,125,938	12,243,464,369
12	Ancianato	2,690,021,825	6,260,468	0	29,894,402,197	32,590,684,491
13	Cancerológico	0	0	0	0	0
14	Instituto Materno Infantil	377,686,952	0	0	32,649,943,951	33,027,630,903
15	Ed. Central	9,178,910,175	364,630,805	91,406,575	153,008,813,881	162,643,761,437
16	Ed. Cundifarma	919,530,175	45,838,987	22,564,343	13,284,444,764	14,272,378,270
17	Resonancia Magnética	116,495,900	1,166,364	0	1,941,940,725	2,059,602,989
18	Ed. Salud Mental	702,127,920	104,503,594	0	11,704,195,616	12,510,827,131
19	Rehabilitación Psiquiátrico	0	0	184,015,596	0	184,015,596
20	Dermatológico Federico Lleras	0	0	0	0	0
21	Centro de Salud	0	0	247,614,161	0	247,614,161
22	Torre Docente	0	0	269,923,170	0	269,923,170
23	Portería Principal	0	0	5,099,496	0	5,099,496
24	Jardín Infantil	335,834,425	3,419,383	39,966,876	3,732,151,643	4,111,372,326
25	Puentes	0	0	12,864,973	0	12,864,973
26	Edificaciones Menores	0	0	71,007,595	0	71,007,595
	COSTO TOTAL INTERVENCIÓN	**20,785,427,872**	**1,502,497,422**	**1,180,539,123**	**344,754,902,858**	**368,223,367,275**

Fuentes: Generador de precios de la construcción. Colombia. CYPE Ingenieros, S.A./Análisis de presupuestos de proyectos de intervención en patrimonio años 2012 y 2013./Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de conservación del patrimonio./Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de arquitectura hospitalaria./Abecol Demoliciones y Construcciones S.A.S

4.3.1.1.4 Espacio público

En este ítem se contemplan las obras que tienden a la recuperación y regularización de las áreas existentes y el diseño de nuevos componentes que integran el espacio público del conjunto hospitalario (entre ellas: senderos peatonales, corredores vehiculares, plazoletas y zonas duras, áreas empradizadas, arborizadas y ajardinadas, mobiliario urbano; entre otros).

El cálculo de costos de los mencionados componentes es complejo de establecer, ya que debe hacerse sobre un diseño urbano preciso que permita cuantificar al detalle, las unidades y metros cuadrados por intervención. Para obtener un presupuesto aproximado se consultó con especialistas en arquitectura del paisaje que, revisando el plan general y de acuerdo a su experticia, determinaron un costo aproximado de $400.000 costo directo, por metro cuadrado. El área total a intervenir es de 108.000 M2, que se definió restando el área ocupada por las edificaciones al total de área afectada.

Tabla 8. Costos de intervención de espacio público.

	M2	Vr x M2	VALOR
COSTOS DIRECTOS	108,000	$ 400,000.00	$ 43,200,000,000
COSTOS INDIRECTOS	ADMINISTRACIÓN	25%	$ 10,800,000,000
	IMPREVISTOS	12%	$ 5,184,000,000
	UTILIDADES	8%	$ 3,456,000,000
	IVA SOBRE UTILIDAD	16%	$ 552,960,000
COSTOS DIRECTOS+INDIRECTOS			$ 63,192,960,000
INTERVENTORÍA		10%	$ 6,319,296,000
TOTAL COSTOS			**$69,512,256,000**

4.3.1.1.5 Nuevos desarrollos: edificaciones y parqueaderos

Para las nuevas edificaciones, que ocuparían alrededor de 20.300 M2 se determinaron unos costos directos de construcción de $2.800.000 por M2. La ubicación y volúmenes de estos nuevos desarrollos fueron propuestos en el componente de diagnóstico del presente PEMP.

Tabla 9. Costo nuevos desarrollos.

COSTOS DIRECTOS	Área M2	Vr x M2	Valor Total
Subsector A	3,900.0	2,800,000	10,920,000,000
Subsector B	5,200.0	2,800,000	14,560,000,000
Subsector C	11,200.0	2,800,000	31,360,000,000
TOTAL COSTOS DIRECTOS			**56,840,000,000**
COSTOS INDIRECTOS	ADMINISTRACIÓN	25%	$ 14,210,000,000
	IMPREVISTOS	12%	$ 6,820,800,000
	UTILIDADES	8%	$ 4,547,200,000
	IVA SOBRE UTILIDAD	16%	$ 727,552,000
TORAL COSTOS INDIRECTOS			**26,305,552,000**
INTERVENTORÍA		10%	8,314,555,200
TOTAL NUEVOS DESARROLLOS			**91,460,107,200**

La estimación de los parqueaderos a desarrollar en el CHSJD, obedece en parte al cumplimiento de la normatividad exigible en cuanto al número de parqueaderos, y por otra parte, se consideró como un instrumento de atracción de inversión privada al proyecto. Según lo anterior, fueron

considerados un total de 1,385 plazas de estacionamiento, de las cuales 481 plazas corresponden a la normatividad aplicable en la materia y las restantes 904 plazas corresponden al potencial de parqueaderos que se podrían desarrollar en CHSJD, cifra que deberá ser validada mediante estudios específicos de mercado, el déficit de parqueaderos en la zona y la cantidad óptima de plazas que hagan viable este nuevo desarrollo.

Tabla 10. Costos desarrollo de parqueaderos permanentes subterráneos.

CONCEPTO		VALOR
ÁREA M2 X ESTACIONAMIENTO		13
CIRCULACIONES M2		6
TOTAL M2 X ESTACIONAMIENTO		18
NUMERO DE ESTACIONAMIENTOS		1,385
COSTOS DIRECTOS DE CONSTRUCCIÓN X M2		1,200,000
COSTOS DIRECTOS X ESTACIONAMIENTO		21,600,000
TOTAL COSTOS DIRECTOS		**29,916,000,000**
ADMINISTRACIÓN	25%	7,479,000,000
INTERVENTORÍA	10%	4,376,112,480
IMPREVISTOS	12%	3,589,920,000
UTILIDAD	8%	2,393,280,000
IVA SOBRE UTILIDAD	16%	382,924,800
COSTOS INDIRECTOS		**18,221,237,280**
TOTAL COSTOS		**48,137,237,280**

4.3.1.1.6 Saneamiento y mejoramiento ambiental del predio

Las acciones ambientales determinadas en el presente PEMP se encuentran encaminadas al mejoramiento ambiental interior de los edificios mediante la reducción de riesgos y mayor eficiencia ecológica en su funcionamiento; y al mejoramiento ambiental en el exterior, con miras a reducir los impactos sobre el conjunto. En el numeral 4.1 Aspectos Físico-Técnicos (Área afectada y Zona de influencia), se describe detalladamente el procedimiento y se presentan los argumentos (consideración general, factores de deterioro, beneficios, recomendaciones, entre otros) de cada una de las acciones sugeridas.

Los costos fueron determinados por el equipo del Componente Ambiental de esta consultoría, conformado por profesionales con amplia experiencia en este campo. Como en los ítems descritos anteriormente, estos valores son aproximados y están sujetos al proyecto de intervención de cada edificación.



Tabla 11. Acciones generales para el saneamiento y mejoramiento ambiental del CHSJD

EJES ESTRUCTURALES DE LA PROPUESTA									INDICADORES		
Acción General	Máximo	Actual	Estrategia General	Máximo	Actual	Líneas de Acción	Máximo	Actual	Indicador de Producto	Indicador de Resultado (seguimiento)	PRESUPUESTOS APROXIMADOS (COP $)
Mejoramiento del Ambiente Interior	45%	0%	Saneamiento de los espacios interiores	30%	0%	Control de vectores y plagas	5%	0%	1) Fumigación y descontaminación de los interiores del complejo Hospitalario. 2) Control de los problemas de humedad en los edificios. 3) Impermeabilización de los edificios del hospital contra la fauna urbana proveniente del exterior.	1) (%) Porcentaje de área construida libre de vectores, plagas y focos de humedad.	$ 30,000,000.00
						Control de riesgos biológicos	5%	0%	1) Estudios del riesgo biológico presenta a partir de las instalaciones y el material biomédico presente en el HSJD.	1) Cualificación y calificación del riesgo biológico que permita definir las acciones especificas entorno a este factor de vulnerabilidad ambiental.	$ 200,000,000.00
						Control de riesgos químicos	5%	0%	1) Estudios del riesgo químico presenta a partir de las instalaciones y el material biomédico presente en el HSJD.	1) Cualificación y calificación del riesgo químico que permita definir las acciones especificas entorno a este factor de vulnerabilidad ambiental.	$ 200,000,000.00
						Control de riesgos por radioactividad	5%	0%	1) Estudios del riesgo por radioactividad presenta a partir de las instalaciones y el material biomédico presente en el HSJD.	1) Cualificación y calificación del riesgo por radioactividad que permita definir las acciones especificas entorno a este factor de vulnerabilidad ambiental.	$ 200,000,000.00
						Sustitución de materiales peligrosos de construcción	10%	0%	1) Localización y sustitución adecuada de materiales peligrosos de construcción. 2) Disposición adecuada de los residuos provenientes de la readecuación de las instalaciones del hospital.	1) (%)Porcentaje de las áreas edificadas con viabilidad ambiental para la reapertura de las distintas actividades hospitalarias.	$ 3,000,000,000.00
			Estrategia Bioclimática	10%	0%	Microclima (temperatura e iluminación)	5%	0%	1) Adecuar las instalaciones del hospital para generar condiciones microclimáticas de confort.	1) (%) Porcentaje del área construida que cumple con los estándares de confort microclimaticos requeridos por el uso hospitalario.	$ 1,000,000,000.00
						Ventilación (cantidad y calidad del aire interno)	5%	0%	1) Adecuar las instalaciones del hospital para generar condiciones estándar de ventilación.	1) (%) Porcentaje del área construida que cumple con los estándares de ventilación requeridos por el uso hospitalario.	$ 1,000,000,000.00
			Ahorro de Agua	5%	0%	Ahorro de Agua	5%	0%	1) Instalación de aparatos ahorradores de agua. 2) Sistemas de almacenamiento y aprovechamiento de aguas lluvias. 3) Sistemas de almacenamiento y aprovechamiento de aguas grises	1) Porcentaje de precipitaciones anuales aprovechado (tomado como referencia las cantidad de áreas duras del complejo hospitalario). 2) Consumo percapita de agua por usuarios, personal y residentes mensualizado (litros y tarifas) 3) (%) Porcentaje de aguas grises reutilizadas de manera segura.	$ 850,000,000.00
Mejoramiento del Espacio Público	55%	0%	Calidad ambiental del paisajismo	15%	0%	Manejo de los espacios abiertos e interiores	5%	0%	1) Realización del **Inventario Forestal** de los jardines y patios internos del complejo hospitalario. 2) Realización de los procesos de adecuación y regularización fitosanitarias del arbolado interno del hospital (2 años)	1) Inscripción del arbolado interno dentro de las bases de información del SIGAU del Jardín Botánico de Bogotá. 2) (%) Porcentaje del arbolado interno con saneamiento y regulación fitosanitaria.	$ 145,000,000.00
						Articulación con el espacio público urbano	10%	0%	1) Articulación física con la red de ECO-ESPACIOS del Centro: que vincule mediante alamedas verdes 4 (cuatro) elementos de importancia ambiental para la ciudad en un componente unificado de la Estructura Ecológica Principal: (Parque de la Independencia, Parque tercer Milenio, Complejo Hospitalario San Juan de Dios, Río Fucha). 2) Revitalización de la Avenida de la Hortúa, como eje articulador del archipiélago hospitalario, en donde se privilegie principalmente la Movilidad Activa. 3) Armonización de los usos hospitalarios localizados en los edificios contiguos a los sectores en donde se generará una apertura de los espacios libres y jardines del Hospital San Juan de Dios.	1) (%) Porcentaje de avance de los proyectos urbanos de articulación con los ECO-ESPACIOS. 2) (%) Porcentaje de avance de los proyectos de articulación del archipiélago hospitalarios. 3) (%) Porcentaje de áreas libres y jardines del hospital destinados a espacio público con apertura efectiva.	$ 25,000,000,000.00
			Control de riesgos ambientales en el entorno	25%	0%	Control de la fauna urbana	10%	0%	1) Realización de Jornadas de vacunación y esterilización en las zonas de influencia trazadas para el hospital. 2) Instalación de canecas para la disposición de los residuos residenciales y comerciales en el área de estudio. 3) Impermeabilización de las instalaciones del complejo hospitalario con respecto a la fauna urbana (perros, palomas, gatos, etc).	1) Disminución de los eventos por contaminación y ataques a la población por parte de animales callejeros registrados en los distintos Planes Ambientales Locales en los que se encuentra inmerso el área de estadio del PEMP. 2) (%) Porcentaje del área construida impermeabilizada con respecto de la fauna urbana interior, incluidas las áreas verdes y jardines internos.	$ 180,000,000.00
						Armonización de usos y actividades vecinas	10%	0%	1) Regularización del uso inadecuado del espacio público externo. 2) Establecimiento de máximos ambientales permitidos en materia de ruido y emisiones, con los correspondientes horarios acordados con la población del área de estudio del PEMP. 3) Disminución del factor de riesgo por incendio, mediante la implementación de medidas de precaución ambiental para los actores comerciales de la zona.	1) (%) Porcentaje del espacio público libre de presencia de actividades comerciales formales, informales o no reguladas. 2) (%) Porcentaje de unidades prediales dentro del área de estudio que cumplen con los acuerdos de máximos ambientales en materia de ruido y emisiones, dentro de los horarios establecidos. 3) (%) Porcentaje de establecimientos comerciales o semi-industriales dentro del área de estudio que cumplen con requerimientos y estándares de seguridad ambiental y responsabilidad ambiental empresarial.	$ 350,000,000.00
						Manejo de residuos sólidos en el entorno	5%	0%	1) Instalación de canecas para la disposición de los residuos residenciales y comerciales en el área de estudio. 2) Realización de jornadas de limpieza y educación ciudadana con respecto al manejo de los residuos (residenciales y comerciales)	1) (%) Porcentaje de puntos de recolección de basuras con canecas instaladas en el área de estudio. 2) (#) Número de focos de contaminación por disposición en masa inadecuada de residuos residenciales y comerciales. 3) (%) Porcentaje de la población del área de estudio que conoce y respeta los horarios de recolección de basura y las medidas ambientales para la disposición de los residuos sólidos.	$ 100,000,000.00
			Pacificación del Tráfico	15%	0%	Pacificación del Tráfico	15%	0%	1) Prohibición del tránsito de vehículos de carga pesada por la Avenida de la Hortúa y regularización del tráfico de vehículos de carga pesada por la Carrera 10 con horarios y tarifas. 2) Establecimiento de horarios de carga y descarga dentro de las áreas comerciales del área del estudio del PEMP. 3) Prohibición del uso de la bocina en los cuatro ejes viales transversales al hospital (Avenida de la Hortúa, Avenida Caracas, Carrera 10, Calle 2S). 4) Establecimiento de máximos ambientales de emisiones por vehículo (tanto fijas como móviles). 5) Instalación de un punto de control de nivel de ruido y calidad del aire dentro del Hospital San Juan de Dios. 6) Instalación de barrearas de arboles que impermeabilicen las actividades hospitalarias del San Juan de Dios contra los impactos medioambientales provenientes del flujo vehicular externo. 7) Soterramiento a mediano plazo de la Carrera 10, entre las calles 2 y 3 sur.	1) Reducción porcentual de los niveles de emisiones fijas y móviles provenientes de la contaminación vehicular del área de estudio del PEMP. 2) Reducción porcentual de los niveles de ruido provenientes de la contaminación vehicular del área de estudio del PEMP. 3) Reducción porcentual de la magnitud y frecuencia de micro-vibraciones provenientes de la contaminación vehicular del área de estudio del PEMP.	$ 120,000,000,000.00
Totales	100%	0%		100%	0%		100%	0%			**$ 152,255,000,000.00**

Las intervenciones y actividades formuladas en el marco del PEMP demandan en total recursos por el orden de los $693 mil millones, incluyéndose las intervenciones necesarias para rehabilitar, restaurar y conservar el conjunto de Edificios, las intervenciones en saneamiento y mejoramiento ambiental del predio, el mejoramiento del espacio de uso público y los nuevos desarrollos que consolidarán la propuesta arquitectónica y urbana del Complejo. Según lo anterior, en la Tabla 12 se presentan los requerimientos totales de inversión necesarios para la implementación del Plan Especial de Manejo y Protección.

Tabla 12. Requerimientos de inversión PEMP (Cifras en Millones COP$ Constantes 2015)

COMPONENTE EDILICIO	VALOR
Estudios Técnicos	20,785
Primeros Auxilios	1,502
Liberaciones y Desmontes	1,181
Intervención Patrimonial	344,755
SUBTOTAL COMPONENTE	**368,223**
COMPONENTE URBANO	
Intervención Espacio Publico	69,512
SUBTOTAL COMPONENTE	**69,512**
COMPONENTE AMBIENTAL	
Saneamiento y Mejoramiento Ambiental	152,255
SUBTOTAL COMPONENTE	**152,255**
NUEVOS DESARROLLOS	
Nuevos Desarrollos	91,460
Estacionamientos	48,137
SUBTOTAL NUEVOS DESARROLLOS	**139,597**
TOTAL INVERSIONES REQUERIDAS	**729,588**

4.3.1.1.7 Cronograma de inversiones

La ubicación en la línea de tiempo de cada una de las actividades, ha sido formulada en los componentes anteriores de este PEMP, a continuación se consolida la información sobre las fases en las que se ubica cada intervención y su respectiva asignación de requerimiento de recursos financieros.

Tabla 13. Cronograma de inversiones (Cifras en COP$ Constantes 2015).

	FASE 0	FASE 1	FASE 2	TOTAL INVERSIÓN	% INVERSIÓN
COMPONENTE EDILICIO					
Estudios Técnicos	14,498	6,287	0	20,785	3.0%
Primeros Auxilios	1,502	0	0	1,502	0.2%
Intervención Patrimonial	78,669	241,870	25,396	345,935	48.4%
SUBTOTAL COMPONENTE	**94,670**	**248,158**	**25,396**	**368,223**	**51.6%**
COMPONENTE ESPACIO PUBLICO					
Intervención Espacio Publico	0	69,512	0	69,512	6.2%
SUBTOTAL COMPONENTE	**0**	**69,512**	**0**	**69,512**	**6.2%**
COMPONENTE AMBIENTAL					
Saneamiento y Mejoramiento Ambiental	3,630	3,291	145,334	152,255	21.9%
SUBTOTAL COMPONENTE	**3,630**	**3,291**	**145,334**	**152,255**	**21.9%**
NUEVOS DESARROLLOS					
Nuevos Desarrollos	0	0	91,460	91,460	13.3%
Estacionamientos	0	48,137	0	48,137	6.9%
SUBTOTAL NUEVOS DESARROLLOS	**0**	**48,137**	**91,460**	**139,597**	**20.2%**
TOTAL INVERSIONES REQUERIDAS	**98,300**	**369,098**	**262,190**	**729,588**	**100.0%**

4.3.1.2 Simulación y proyección de la operación del CHSJD

Como ya se ha mencionado, el modelo de gestión propuesto para los bienes integrantes del CHSJD, corresponde a una operación inmobiliaria especial, en donde el administrador o gestor del Complejo obtiene sus ingresos derivados del arrendamiento o contraprestación recibida por el uso de los inmuebles. Es ese sentido, para estimar los ingresos provenientes de estas operaciones se hace necesario identificar el precio del canon de arrendamiento, las cantidades de metros cuadrados útiles disponibles en cada periodo de tiempo. Así mismo, la administración del Complejo, demandará de parte del gestor incurrir en gastos asociados al funcionamiento, y sobre todo asociados al mantenimiento recurrente que debe realizarse a los inmuebles con miras a mantenerlos conservados de forma posterior a su intervención inicial.

4.3.1.2.1 Tarifas de los servicios inmobiliarios

La fijación del precio del canon de arrendamiento por metro cuadrado obedece estrictamente a una lógica de mercado, según ello, tal como se referenció en el componente diagnóstico del PEMP, la Empresa de Renovación Urbana ERU en su documento de metodología para fijar el canon de arrendamiento del CHSJD, identificó los precios de mercado por metro cuadrado para el arrendamiento mensual de inmuebles similares, los cuales oscilaron entre $18.000 y $31.000. Así mismo, la ERU determinó el grado de funcionalidad de los inmuebles y a partir de dicha valoración afectó el valor del canon para cada uno de los inmuebles. Los resultados y método empleado por la ERU fueron reseñados en el componente diagnóstico del PEMP en el segmento de precios de referencia. La tabla 39 consolida la propuesta de canon por metro cuadrado establecida por la ERU para el arrendamiento de los inmuebles que actualmente explota.

Tabla 14. Precios del canon de arrendamiento mensual por M2 (Cifras en COP$ Constantes 2015).

N°	Edificio	Valor Canon mensual por M2 - ERU
1	Ed. San Roque	24,618
2	Ed. Inmunológico	24,618
3	Ed. San Jorge	24,618
4	Ed. Paulina Ponce de León - Cirugía Plástica	24,618
5	Ed. San Lucas	24,618
6	Ed. San Eduardo	24,618
7	Ed. Siberia	18,220
8	Ed. Santiago Samper	24,618
9	Ed. Mantenimiento	24,618
10	Ed. Convento	24,618
10 - A	Capilla	24,618
11	Ed. Enfermedades Tropicales	18,220
12	Ancianato	24,618
14	Instituto Materno Infantil	24,618
15	Ed. Central	17,603
16	Ed. Cundifarma	18,220
17	Resonancia Magnética	24,618
18	Ed. Salud Mental	24,618
24	Jardín Infantil	24,618

Dado que en el citado documento se incorporó una valoración del grado de funcionalidad de los inmuebles, y se afectó el valor del canon según las condiciones actuales de cada edificio, y considerando que para el presente PEMP, se realizarán las intervenciones necesarias para recuperar y habilitar plenamente estas funcionalidades, los precios de referencia a emplear en las proyecciones financieras de ingresos, corresponden a los precios máximos de mercado observados en el análisis realizado por la ERU, es decir, un precio por metro cuadrado de $31.000 mensuales. Este valor se aplicará a cada inmueble una vez se concluyan las intervenciones necesarias para su rehabilitación y su funcionalidad sea plena.

Adicionalmente a los ingresos por arrendamientos, se estiman ingresos derivados de la administración del Complejo, para ello se estableció como tarifa de administración el 5% del canon de arrendamiento. Este valor aplica tanto para los edificios actuales, como para los nuevos desarrollos (incluyendo parqueaderos), caso en el cual se estimará el valor del arrendamiento hipotético y sobre este se calculará el valor de la administración.

4.3.1.2.2 Proyección de ingresos

Según los precios de arrendamiento por M2 establecidos de $31.000 y la disponibilidad de los inmuebles según la programación de las fases de intervención, se estiman los ingresos por venta de servicios inmobiliarios para el Complejo. Las fases establecidas para el desarrollo de las actividades del PEMP, se establecieron como Fase 0 que corresponde al primer año, Fase 1 correspondiente a los años 2 a 4, Fase 2 en la que se ubican los años 5 a 7, la Fase 3 correspondiente a los años 8 a 10 y la Fase 4 en la que se agrupan los años 11 a 20. La siguiente tabla muestra los ingresos consolidados por fases.

Tabla 15. Ventas por servicios inmobiliarios (Cifras en COP$ Constantes 2015).

	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
SUBTOTAL VENTAS POR SERVICIOS INMOBILIARIOS BIC	4,469	35,332	69,204	69,634	232,112
SUBTOTAL VENTAS POR SERVICIOS INMOBILIARIOS NUEVOS DESARROLLOS	0	464	1,841	2,524	8,413
TOTAL FACTURACIÓN ARRENDAMIENTOS	**4,469**	**35,795**	**71,046**	**72,157**	**240,525**
IVA GENERADO POR ARRENDAMIENTOS	715	5,727	11,367	11,545	38,484
TOTAL VENTAS POR SERVICIOS INMOBILIARIOS	**5,184**	**41,523**	**82,413**	**83,703**	**279,009**

La tabla 16 presenta las ventas por servicios inmobiliarios detallados por edificio.

Tabla 16. Ventas detalladas por inmueble (Cifras en COP$ Constantes 2015).

	Edificio	Concepto	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
1		Disponibilidad en M2	0	1,089	1,089	1,089	1,089

	Edificio	Concepto	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
	Ed. San Roque	Canon de Arrendamiento M2	0	31,000	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	1,550	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	425,316,528	1,275,949,584	1,275,949,584	4,253,165,280
2	Ed. Inmunológico	Disponibilidad en M2	0	865	865	865	865
		Canon de Arrendamiento M2	0	31,000	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	1,550	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	1,013,079,690	1,013,079,690	1,013,079,690	3,376,932,300
3	Ed. San Jorge	Disponibilidad en M2	0	1,042	1,042	1,042	1,042
		Canon de Arrendamiento M2	0	31,000	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	1,550	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	406,911,456	1,220,734,368	1,220,734,368	4,069,114,560
4	Ed. Paulina Ponce de León	Disponibilidad en M2	0	0	1,363	1,363	1,363
		Canon de Arrendamiento M2	0	0	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	0	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	1,597,151,682	1,597,151,682	5,323,838,940
5	Ed. San Lucas	Disponibilidad en M2	0	0	1,477	1,477	1,477
		Canon de Arrendamiento M2	0	0	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	0	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	1,730,186,136	1,730,186,136	5,767,287,120
6	Ed. San Eduardo	Disponibilidad en M2	0	1,218	1,218	1,218	1,218
		Canon de Arrendamiento M2	0	31,000	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	1,550	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	475,883,604	1,427,650,812	1,427,650,812	4,758,836,040
7	Ed. Siberia	Disponibilidad en M2	0	1,591	1,591	1,591	1,591
		Canon de Arrendamiento M2	0	31,000	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	1,550	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	621,550,062	1,864,650,186	1,864,650,186	6,215,500,620
8	Ed. Santiago Samper	Disponibilidad en M2	0	0	1,109	1,109	1,109
		Canon de Arrendamiento M2	0	0	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	0	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	1,299,186,378	1,299,186,378	4,330,621,260
9	Ed. Mantenimiento	Disponibilidad en M2	0	0	1,414	1,414	1,414
		Canon de Arrendamiento M2	0	0	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	0	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	1,656,351,018	1,656,351,018	5,521,170,060
10	Ed. Convento	Disponibilidad en M2	0	0	956	956	956
		Canon de Arrendamiento M2	0	0	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	0	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	746,530,344	1,119,795,516	3,732,651,720
10A	Capilla	Disponibilidad en M2	0	0	689	689	689
		Canon de Arrendamiento M2	0	0	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	0	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	538,098,372	807,147,558	2,690,491,860
11	Ed. Enfermedades Tropicales	Disponibilidad en M2	0	0	1,723	1,723	1,723
		Canon de Arrendamiento M2	0	0	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	0	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	1,345,851,360	2,018,777,040	6,729,256,800
12	Ancianato	Disponibilidad en M2	0	0	3,406	3,406	3,406
		Canon de Arrendamiento M2	0	0	0	0	0
		Administración M2	0	0	0	0	0
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	0	0	0
14		Disponibilidad en M2	13,842	13,842	13,842	13,842	13,842
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	0	0	0

	Edificio	Concepto	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
	Instituto Materno Infantil	Canon de Arrendamiento M2	18,995	31,000	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	950	1,550	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	3,313,004,817	12,032,796,390	16,220,360,268	16,220,360,268	54,067,867,560
15	Ed. Central	Disponibilidad en M2	5,213	26,066	26,066	26,066	26,066
		Canon de Arrendamiento M2	17,603	17,603	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	880	880	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	1,156,298,624	15,610,031,428	30,544,138,800	30,544,138,800	101,813,796,000
16	Ed. Cundifarma	Disponibilidad en M2	0	2,345	2,345	2,345	2,345
		Canon de Arrendamiento M2	0	31,000	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	1,550	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	916,007,778	2,748,023,334	2,748,023,334	9,160,077,780
17	Resonancia Magnética	Disponibilidad en M2	0	364	364	364	364
		Canon de Arrendamiento M2	0	31,000	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	1,550	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	284,255,244	426,382,866	426,382,866	1,421,276,220
18	Ed. Salud Mental	Disponibilidad en M2	0	2,273	2,273	2,273	2,273
		Canon de Arrendamiento M2	0	31,000	31,000	31,000	31,000
		Administración M2	0	1,550	1,550	1,550	1,550
		Ingresos por Arrendamiento	0	888,025,194	2,664,075,582	2,664,075,582	8,880,251,940
19	Rehabilitación Psiquiátrico	Disponibilidad en M2	0	2,856	0	0	0
		Canon de Arrendamiento M2	0	24,618	0	0	0
		Administración M2	0	1,231	0	0	0
		Ingresos por Arrendamiento	0	2,657,894,531	885,964,844	0	0
24	Jardín Infantil	Disponibilidad en M2	0	0	496	496	496
		Canon de Arrendamiento M2	0	0	0	0	0
		Administración M2	0	0	0	0	0
		Ingresos por Arrendamiento	0	0	0	0	0
SUBTOTAL VENTAS POR SERVICIOS INMOBILIARIOS BIC			**4,469,303,441**	**35,331,751,906**	**69,204,365,624**	**69,633,640,818**	**232,112,136,060**
INGRESOS POR NUEVOS DESARROLLOS			FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
	Subsector A		0	0	145,080,000	217,620,000	725,400,000
	Subsector B		0	0	96,720,000	290,160,000	967,200,000
	Subsector C		0	0	208,320,000	624,960,000	2,083,200,000
	Parqueaderos Permanentes		0	463,698,000	1,391,094,000	1,391,094,000	4,636,980,000
SUBTOTAL VENTAS POR SERVICIOS INMOBILIARIOS NUEVOS DESARROLLOS			**0**	**463,698,000**	**1,841,214,000**	**2,523,834,000**	**8,412,780,000**
TOTAL FACTURACIÓN ARRENDAMIENTOS			**4,469,303,441**	**35,795,449,906**	**71,045,579,624**	**72,157,474,818**	**240,524,916,060**

Los ingresos estimados por los nuevos desarrollos, se formulan considerando solo el valor de la administración. Para lo cual se toma como base el precio de arrendamiento por metro cuadrado de $31.000 mensual, pero solo se incorpora a la simulación como ingreso el 5% correspondiente a la administración. Sin embargo, no se excluye la posibilidad de que el ente gestor participe como promotor u operador de los nuevos desarrollos, y que por esa vía genere ingresos diferentes a los de una gestión inmobiliaria. Por ejemplo, el ente gestor puede participar de los beneficios de la explotación de los parqueaderos, en donde según el modelo de asociación publica privada considere la transferencia de determinado porcentaje sobre la utilidad o las ventas por el negocio.

Vale la pena anotar algunas situaciones particulares en la proyección de ingresos por la operación del CHSJD, en primer lugar, los Edificios donde actualmente operan el Ancianato y el Jardín Infantil se excluyeron de la proyecciones de ventas, en cambio de ello, las entidades que los ocupan deberán asumir los costos de la intervención patrimonial y el mantenimiento recurrente para la conservación de estos BIC. Por otra parte, se asumieron ingresos para el Edificio Rehabilitación Psiquiátrica, el cual pese a su demolición futura, podrá generar ingresos hasta el año 5 de operación.

Cabe anotar que las proyecciones de ingresos simuladas obedecen a un escenario básico y que puede considerarse conservador, pues se parte de reconocer un precio de arrendamiento acorde a los precios de mercado, el cual se debe decir que no incorpora la potencialidad del Complejo Hospitalario en su conjunto y que representa para los potenciales usuarios del proyecto una serie de beneficios que se derivan de la aglomeración de industrias del conocimiento y la presencia de varios segmentos de la cadena de valor asociada a los servicios de salud, educación e investigación, que pueden traducirse en incrementos de la productividad y competitividad de las empresas que allí se instalen. Adicionalmente, las estimaciones de ingresos y beneficios pueden quedarse cortas

al no incorporar en la simulación financiera, la posibilidad de que el ente gestor no solo opere como administrador inmobiliario, sino que también decida vincularse la prestación de alguno de los servicios conexos y complementarios que se espera se desarrollen en el complejo, caso en el cual podrá participar de los beneficios financieros de ejercer este tipo de actividades.

4.3.1.2.3 Proyección de costos y gastos de funcionamiento

Para la estimación de los costos y gastos de funcionamiento de la operación del CHSJD, se parte del diseño formulado en el componente institucional, en el cual se da origen a un organismo gestor que tiene por mandato la administración y operación del conjunto de bienes de interés cultural y la función de garantizar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en este PEMP, así como la ejecución de la gestión necesaria para mantener el pleno uso de las edificaciones tan pronto como cada una de ellas se encuentre habilitada para su operación.

Para el cumplimiento de sus objetivos, el organismo gestor cuenta con una estructura organizacional y funciones establecidas, y para su cumplimiento incurre en gastos de funcionamiento y operacionales. El principal concepto de gasto en el que incurre el organismo gestor obedece a los relacionados con el mantenimiento periódico o recurrente de los edificios con fines de la conservación, bajo este concepto se concentra el 49.8% del gasto total. Por su parte el gasto relacionado con el mantenimiento de las áreas comunes del complejo representa el 18.5% del gasto total y el gasto de vigilancia que representa el 15.6%.

Las fuentes de información empleadas para la simulación de los gastos de funcionamiento y operación del Complejo Hospitalario corresponden, para el gasto de mantenimiento, a una estimación de gastos de mantenimiento anual por M2 equivalente a $50.000. Para los gastos de mantenimiento de áreas comunes y zonas verdes, así como para el gasto de vigilancia, se tomó como referencia la información suministrada por la ERU sobre los valores presupuestados para el año 2015 por estos conceptos para el CHSJD. En cuanto al gasto de personal, la proyección de gastos, corresponde a la estructura establecida en el diseño institucional.

Finalmente, sobre la simulación de gastos de administración y operación del Complejo se asumieron otros gastos generales, los cuales fueron estimados como un 30% del total del gasto de funcionamiento e incluye múltiples conceptos como servicios públicos comunes, seguros generales, gastos de promoción y ventas, gastos legales e impuestos entre otros. La Tabla 17 consolida los gastos de administración y operación del Complejo Hospitalario.

Tabla 17. Gastos de funcionamiento y operación del CHSJD (Cifras en COP$ Constantes 2015).

RESUMEN POR FASES	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	% Particip.
RECURSOS HUMANOS	230,400,000	2,073,600,000	2,073,600,000	2,073,600,000	6,912,000,000	12.4%
MANTENIMIENTO EDIFICIOS	0	3,245,084,000	9,330,630,000	9,498,991,500	31,663,305,000	49.8%
MANTENIMIENTO ÁREAS VERDES Y ALAMEDAS	1,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	10,000,000,000	18.5%
VIGILANCIA	840,000,000	2,520,000,000	2,520,000,000	2,520,000,000	8,400,000,000	15.6%
OTROS GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	69,120,000	622,080,000	622,080,000	622,080,000	2,073,600,000	3.7%
TOTAL GASTOS DE OPERACIÓN	**2,139,520,000**	**11,460,764,000**	**17,546,310,000**	**17,714,671,500**	**59,048,905,000**	

4.3.1.2.4 Proyección de resultados financieros

A partir de la simulación de ingresos, costos y gastos que se obtendrán de la operación del CHSJD, se identifican los resultados financieros que el organismo gestor producirá en los diferentes periodos de proyección en un horizonte de 20 años, divididos en las fases ya mencionadas.

Tabla 18. Estado de Resultados proyectado (Cifras en Millones COP$ constantes de 2015).

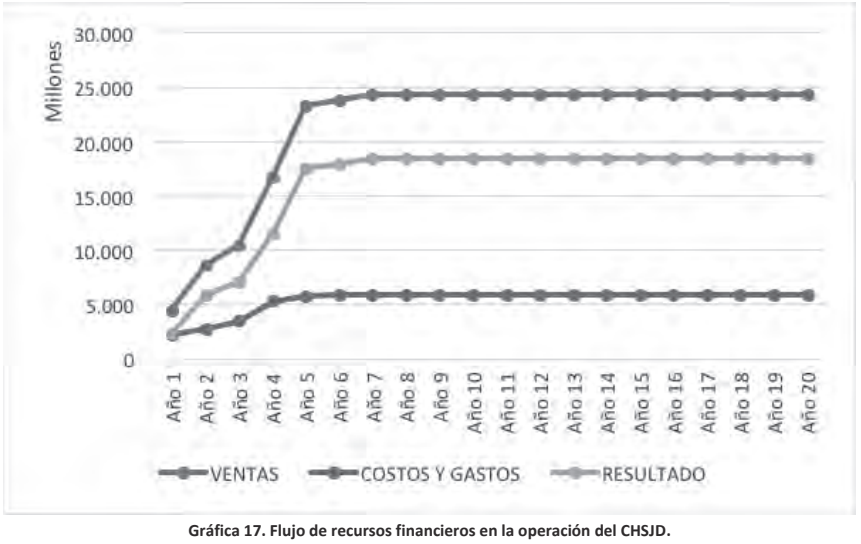
	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	TOTAL
VENTAS	4,469.3	35,795.4	71,045.6	72,157.5	240,524.9	423,992.7
menos						
COSTOS	1,840.0	8,765.1	14,850.6	15,019.0	50,063.3	90,538.0
igual						
RESULTADO BRUTO	**2,629.3**	**27,030.4**	**56,194.9**	**57,138.5**	**190,461.6**	**333,454.7**
menos						
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	299.5	2,695.7	2,695.7	2,695.7	8,985.6	17,372.2
igual						
RESULTADO OPERACIONAL	**2,329.8**	**24,334.7**	**53,499.3**	**54,442.8**	**181,476.0**	**316,082.6**

Los resultados financieros arrojados por la operación del CHSJD corresponden a la ejecución de ingresos, costos y gastos operacionales, en este escenario no se consideran las inversiones requeridas, ni costos financieros, pues corresponde al escenario básico operacional que demuestra la sostenibilidad del modelo de gestión.

4.3.1.2.5 Proyección de flujo de caja

Dadas las características de la operación modelada para el Complejo Hospitalario, en donde el flujo de recursos obedece a una lógica similar a los pagos de contado, que el organismo gestor es de carácter público y se acoge al régimen tributario aplicable a este tipo de entidades, y que no se incorpora en esta proyección el costo de los activos con su respectiva depreciación, el flujo de caja puede asimilarse al resultado operacional.

Según lo anterior, en el escenario básico de proyección financiera la operación del CHSJD durante los 20 años de simulación generará recursos por el orden de $316,082 millones. Recursos que estarán disponibles en cada vigencia y cuyo destino podría destinarse a cubrir parte de las inversiones necesarias para la intervención patrimonial del Complejo, o para adquirir una obligación financiera que provea de los recursos en los montos y fases establecidas.



Gráfica 17. Flujo de recursos financieros en la operación del CHSJD.

4.3.1.2.6 Estimación de Costo de Capital

Se establece como tasa de costo de capital la tasa social de descuento, dado el carácter del bien en el marco de un proyecto de interés público. La tasa social de descuento es considerada el costo de oportunidad del estado, y su uso es recuente en la evaluación de proyectos públicos. Según la información publicada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), la tasa social de descuento en Colombia es del 12%.

4.3.1.2.7 Evaluación financiera

Tal como se pudo observar en los numerales anteriores la operación inmobiliaria a desarrollar por el ENTE GESTOR es financieramente viable, pues a partir de la explotación inmobiliaria de los Edificios del Conjunto se encuentra en la capacidad de cubrir sus costos y gastos de funcionamiento, además de generar excedentes financieros cuya sumatoria a lo largo de los 20 años de proyección asciende a los $316,082 millones.

Para expresar estos recursos en términos de su valor actual, se descuentan estos flujos financieros a la tasa equivalente al costo de oportunidad del inversionista, para este caso, al tratarse de un proyecto de origen público, la tasa social de descuento resulta un supuesto valido. Bajo estas condiciones la generación de flujos de caja proyectados a veinte años y descontados con la tasa social de descuento del 12%, arroja un valor presente de los flujos de $282,216 millones. Los cuales representan un 38.68% de los requerimientos de inversión totales del PEMP.

Bajo el supuesto de comprometer el 60% de los flujos de recursos financieros generados por la operación del CHSJD, al pago de los recursos de crédito requeridos para financiar parte de las inversiones requeridas durante las primeras fases del PEMP. Se tendrá capacidad de contratar obligaciones financieras por un monto de $191,522 millones, cuyas condiciones comerciales, se presentarán en detalle más adelante. Para este escenario en el que el organismo gestor asuma una obligación financiera por el monto ya indicado y en las condiciones comerciales establecidas, el flujo de recursos financieros descontado después de cubrir los costos financieros asciende durante los 20 años de proyección a los $66,957 millones a valor presente. Con lo que se valida la viabilidad financiera de la operación del CHSJD.

Tabla 19. Flujo de evaluación financiera (Cifras en Millones COP$ constantes de 2015).

	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	TOTAL
VENTAS	4,469.3	35,795.4	71,045.6	72,157.5	240,524.9	423,992.7
COSTOS Y GASTOS	2,139.5	11,460.8	17,546.3	17,714.7	59,048.9	107,910.2
RESULTADO OPERACIONAL	**2,329.8**	**24,334.7**	**53,499.3**	**54,442.8**	**181,476.0**	**316,082.6**
COSTO DE LA DEUDA	4,130.6	23,658.0	44,732.2	42,545.3	126,024.2	241,090.3
FLUJO FINANCIERO	-1,800.9	676.7	8,767.1	11,897.5	55,451.8	74,992.2
FLUJOS A VALOR PRESENTE	**-1,607.9**	**604.2**	**7,827.8**	**10,622.7**	**49,510.6**	**66,957.4**

4.3.1.3 Fuentes de financiación del PEMP

Tal como se mencionó en el numeral «estimación de requerimientos de inversión» se identificaron requerimientos totales de inversión por valor de $729,588 millones para llevar a cabo la intervención patrimonial integral del Complejo Hospitalario San Juan de Dios. La identificación de fuentes reales que concurran con recursos de financiación tiene sustento normativo en la Ley 735 de 2002 y la Ley 388 de 1997, las cuales se abordarán más adelante. Por otra parte, el marco de la propuesta institucional y el modelo de operación formulado, permite la identificación de las fuentes de financiación que se detallan en los siguientes numerales.

4.3.1.3.1 Generación propia de recursos del organismo gestor

Como se mencionó antes, la operación inmobiliaria desarrollada por el organismo gestor diseñado, permite además de la cobertura de los costos de mantenimiento del Complejo y el pago de los gastos de funcionamiento, la generación de excedentes financieros para la contribución al pago de las inversiones necesarias para la intervención patrimonial.

Según lo anterior, el organismo gestor obtiene como resultado de su operación corriente a lo largo de los 20 años de proyección, un excedente de recursos del orden de los $316,082 millones, dado que ese monto se obtiene a partir de la operación de cada año, y que las inversiones necesarias han sido identificadas como necesarias durante los primeros seis años de operación del complejo, se hace necesario que el organismo gestor acuda a recursos de crédito que suministren los fondos necesarios para la financiación de parte de estas inversiones.

Según los flujos de recursos identificados para el organismo gestor, se simuló la contratación de un crédito bajo una línea especial de fomento con una entidad financiera de segundo piso en las condiciones que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 20. Proyección de amortización de crédito.

CRONOGRAMA DE AMORTIZACIÓN DEL PRÉSTAMO						
Valor préstamo		$ 191,522,540,009		Tasa efectiva (DTF)		4.36%
plazo (años)		20				
años de gracia		3				
	PERIODO	**SALDO INICIAL**	**PAGO CAPITAL**	**PAGO INTERÉS**	**PAGO TOTAL**	**SALDO FINAL**
	0					191,522,540,009
AÑO 1	1	191,522,540,009	0	4,130,647,659	4,130,647,659	191,522,540,009
AÑO 2	2	191,522,540,009	0	4,130,647,659	4,130,647,659	191,522,540,009
AÑO 3	3	191,522,540,009	0	4,130,647,659	4,130,647,659	191,522,540,009
AÑO 4	4	191,522,540,009	11,266,031,765	4,130,647,659	15,396,679,425	180,256,508,244
AÑO 5	5	180,256,508,244	11,266,031,765	3,887,668,385	15,153,700,150	168,990,476,479
AÑO 6	6	168,990,476,479	11,266,031,765	3,644,689,111	14,910,720,876	157,724,444,714
AÑO 7	7	157,724,444,714	11,266,031,765	3,401,709,837	14,667,741,602	146,458,412,948
AÑO 8	8	146,458,412,948	11,266,031,765	3,158,730,563	14,424,762,328	135,192,381,183
AÑO 9	9	135,192,381,183	11,266,031,765	2,915,751,289	14,181,783,054	123,926,349,418
AÑO 10	10	123,926,349,418	11,266,031,765	2,672,772,015	13,938,803,780	112,660,317,653
AÑO 11	11	112,660,317,653	11,266,031,765	2,429,792,741	13,695,824,506	101,394,285,887
AÑO 12	12	101,394,285,887	11,266,031,765	2,186,813,467	13,452,845,232	90,128,254,122
AÑO 13	13	90,128,254,122	11,266,031,765	1,943,834,193	13,209,865,958	78,862,222,357
AÑO 14	14	78,862,222,357	11,266,031,765	1,700,854,919	12,966,886,684	67,596,190,592
AÑO 15	15	67,596,190,592	11,266,031,765	1,457,875,644	12,723,907,410	56,330,158,826
AÑO 16	16	56,330,158,826	11,266,031,765	1,214,896,370	12,480,928,136	45,064,127,061
AÑO 17	17	45,064,127,061	11,266,031,765	971,917,096	12,237,948,862	33,798,095,296
AÑO 18	18	33,798,095,296	11,266,031,765	728,937,822	11,994,969,587	22,532,063,531
AÑO 19	19	22,532,063,531	11,266,031,765	485,958,548	11,751,990,313	11,266,031,765
AÑO 20	20	11,266,031,765	11,266,031,765	242,979,274	11,509,011,039	0
TOTALES			191,522,540,009	49,567,771,911	241,090,311,921	

De acuerdo con lo anterior, el organismo gestor estaría en capacidad de aportar recursos para la cobertura de las inversiones necesarias por valor de $191,522 millones, los que representan un 26.3%.

Cabe anotar que existen líneas de crédito establecidas por FINDETER específicamente para la inversión de proyectos de interés cultural. Sin embargo, dada la magnitud y relevancia del proyecto definido para el CHSJD, se debe explorar la opción de que la entidad Financiera de Desarrollo Territorial implemente una línea de recursos especial. Con ello se busca el otorgamiento de condiciones crediticias más favorables que aporten a la factibilidad financiera del proyecto.

4.3.1.3.2 Gestión de recursos para nuevos desarrollos

El desarrollo de nuevas piezas al interior del complejo, es además de una necesidad para la consolidación de la propuesta arquitectónica del Complejo Hospitalario, una fuente de recursos de inversión si se considera que estos nuevos desarrollos pueden ser financiados por entidades diferentes a los agentes públicos tradicionalmente visibilizados en la conservación del CHSJD. En ese sentido, recursos de inversión de diferentes fuentes pueden hacerse presentes en la financiación de estos nuevos desarrollos, los cuales representan para el PEMP una necesidad de recursos de $139,597 millones.

El desarrollo de los parqueaderos necesarios para el Complejo, además de permitir el cumplimiento normativo, representa una oportunidad interesante de atracción de inversión privada al proyecto. Con un total de 1,385 plazas de estacionamiento propuestas, en un sector estratégico de la Ciudad en donde el déficit de parqueaderos se encuentra documentado en diferentes estudios, la opción propuesta consiste en desarrollar una Asociación Publico Privada, en la que el agente privado construya y opere dichos parqueaderos bajo un modelo tradicional de APP. Con esto se podrían movilizar los recursos necesarios para esta intervención, los cuales ascienden a los $48,137 millones.

De la misma manera, los nuevos desarrollos como las edificaciones formuladas en la propuesta pueden financiarse bajo la misma lógica de Asociación Publico Privada, en donde un privado construye y opera dicha infraestructura con el fin de prestar un servicio público (p.e. Colegio Distrital). En ese mismo sentido, uno de los nuevos desarrollos podría ser llevado a cabo por la E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, empresa que desde hace varios años viene adelantando gestiones para construir una torre docente y de consultorios, enfrentándose a la problemática del terreno disponible para llevarlo a cabo.

En ese orden de ideas, los recursos para los nuevos desarrollos que ascienden a los $91,460 millones cuentan con fuentes de financiación que se materializarán como fruto de la gestión de atracción de inversiones al Complejo.

4.3.1.3.3 Inmuebles actualmente destinados a la asistencia social

Las inversiones necesarias para la intervención del Jardín Infantil y el Ancianato ascienden a los $36,702 millones. Estos inmuebles son utilizados actualmente por la Secretaría de Integración Social del Distrito y la Beneficencia de Cundinamarca respectivamente, sin que se conozca algún monto de contraprestación o remuneración establecida por su uso. La propuesta formulada desde el PEMP, busca de la sostenibilidad financiera del proyecto, sin afectar de forma negativa a la población del área de influencia y mucho menos a entidades o programas de asistencia social. De acuerdo con esto, se requiere que las entidades usuarias de estos inmuebles asuman por lo menos los costos asociados al mantenimiento de las edificaciones posterior a la intervención inicial, el cual equivale para ambos edificios un valor anual de $195 millones.

Con la propuesta anterior se busca aliviar el gasto anual de operación del complejo, y liberar por esta vía, recursos que se destinarán a financiar la intervención patrimonial inicial. Por otra parte, el beneficio para estas entidades, se deriva de la revitalización del Complejo Hospitalario y las dinámicas económicas y sociales que se espera se consoliden como resultado de la intervención propuesta. Sin embargo, debe gestionarse la concurrencia a la financiación de la intervención patrimonial de las entidades usuarias de los inmuebles.

4.3.1.3.4 Recursos de la vigencia actual asignados al CHSJD

Corresponden a los recursos que bajo la figura actual, mediante la cual La Empresa de Renovación Urbana (ERU) administra el CHSJD, ha destinado a intervenir con fines de rehabilitación diferentes aspectos de la infraestructura del Complejo y que se alinean con las intervenciones propuestas en el PEMP. Según el reporte aportado por la ERU, se identificaron inversiones del orden de los $10,256 millones aprobadas y en ejecución para la vigencia 2015 que corresponden a aspectos considerados por el PEMP.

Por otra parte, se cuenta con la aprobación del proyecto de intervención para el IMI, en donde se han aprobado recursos por $33,027 incluyendo estudios e intervención para la rehabilitación de este inmueble.

4.3.1.3.5 Aportes del nivel Nacional al CHSJD

A manera de resumen sobre la identificación de las fuentes de financiación caracterizadas anteriormente, la tabla 21 muestra los montos de inversión requerida, así como los montos identificados en las diferentes fuentes. Bajo el modelo de gestión propuesto y las fuentes de financiación identificadas se logra el flujo de fondos para la cobertura del 51.3% de los recursos totales que requiere el PEMP.

Tabla 21. Identificación de requerimientos y fuentes de financiación (Cifras en Millones COP$ Constantes 2015).

Requerimiento de recursos de inversión PEMP	**729,588.0**	
Aportes de recursos generados por la operación del CHSJD	191,522.5	26.3%
Gestión de recursos para nuevos desarrollos	139,597.3	19.1%
Recursos de la vigencia actual asignados al CHSJD	42,906.7	5.9%
Total fuentes de financiación identificadas	**374,026.6**	**51.3%**
Requerimiento de recursos final	**355,561.3**	**48.7%**

El Artículo 2 de la Ley 735 de 2002 establece que «*El Gobierno Nacional por intermedio del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Educación Nacional, acometerá las obras de remodelación, restauración y conservación del monumento nacional hospital San Juan de Dios y del Instituto Materno Infantil*.» Por lo que se hace necesaria la concurrencia de estas Entidades en la financiación de las obras establecidas en el PEMP.

Según lo anterior, debe realizarse la gestión conducente a logar la vinculación de las entidades del nivel Nacional con el aporte de los recursos restantes que ascienden a los $355,561.3 millones y que equivales al 48.7% de la inversión total requerida por el PEMP.

4.3.1.3.6 Otras fuentes de financiación

Dado que el marco jurídico bajo el cual se formula la operación del CHSJD, permite la apropiación de recursos de diferentes fuentes nacionales y extranjeras, es factible que estos recursos sean incorporados a título de donación. Por ello, la obtención de recursos de financiación para la implementación del PEMP, debe considerar adelantar gestiones ante organismos de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones vinculadas con la cultura y patrimonio.

Otras fuentes de financiación identificadas en la formulación del PEMP, corresponden a la venta de terrenos que hacen parte del Complejo a otras entidades públicas. Por ejemplo el caso del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, entidad que desde hace varios años ha manifestado su interés de legalizar mediante compra la condición que ostenta sobre el terreno que ocupa, además de requerir espacios de expansión para el desarrollo de sus proyectos de docencia y servicios ambulatorios. Las operaciones de venta de terreno que pudieran presentarse en el proceso de consolidación del CHSJD, deben observar y acatar los lineamientos establecidos por la Ley 1185 de 2008, en donde se establecen los parámetros para la enajenación de bienes declarados de interés cultural.

4.3.1.3.7 Determinantes técnicas, financieras y presupuestales

La implementación del PEMP se sustenta en el establecimiento y asignación de responsabilidades en los diferentes niveles de la administración pública, para este caso es necesario que las entidades vinculadas por efectos de la Ley 735 de 2002, y aquellas con competencias para aplicar los contenidos de la Ley 388 de 1997 y el Decreto 763 de 2009, implementen las acciones necesarias para el logro de los objetivos del presente Plan.

En este sentido, es importante que las entidades obligadas a concurrir con recursos financieros para la implementación del PEMP, incluyan dentro de sus presupuestos las partidas necesarias para el cumplimiento de responsabilidades que les corresponden frente al PEMP. Con relación a la Ley 735 de 2002, el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Cultura y el Ministerio Educación, y en el marco de la Junta de Conservación del monumento nacional, de la cual hacen parte también el Ministerio de Salud, La Gobernación de Cundinamarca y el Departamento Administrativo de Planeación Distrital, se establezcan las participaciones económicas de cada entidad frente al PEMP y se definan los aspectos técnicos inherentes a la implementación del mismo.

4.3.1.3.8 Instrumentos de gestión, financiación e incentivos

Los instrumentos definidos por el Decreto 763 de 2009 para estimular la conservación y mantenimiento de los BIC, así como la formulación de los PEMP, hacen referencia a la posibilidad de deducir de la base del impuesto de renta los costos incurridos en su ejecución (Elaboración del PEMP y mantenimiento) aunque tengan relación directa con la obtención de la renta. Para el caso del presente PEMP, en donde la entidad gestora, es de carácter público y no es responsable del pago del impuesto de renta, dichos incentivos no tendrían aplicación.

4.3.1.4 Análisis Económico del PEMP

4.3.1.4.1 Efectos Económicos

La formulación e implementación del PEMP para el CHSJD representa la oportunidad de reincorporar al sistema económico y social una importante pieza urbana, que por su historia, relevancia y características, se ha constituido como ícono de las ciencias de la salud en Colombia. Por ello, los efectos económicos de la rehabilitación del CHSJD son multidimensionales y tendrán impacto en aspectos directamente relacionados con la calidad de vida de la población, el desarrollo económico y la institucionalidad, entre otros.

En primer lugar, la rehabilitación del CHSJD tendrá un impacto directo sobre los niveles de acceso a los servicios de salud de alta complejidad en el Distrito, con la ampliación de la oferta de servicios de salud prevista en la ejecución de los proyectos formulados en el marco del PEMP, se espera poner a disposición de la población del Distrito y la región, y especialmente a aquella más vulnerable, una importante capacidad instalada que con atributos de máxima especialización, contribuye al cierre de la brecha existente entre la oferta y demanda de este tipo de servicios.

El concepto de Complejo Hospitalario, encierra en sí mismo la existencia de relaciones funcionales entre los diferentes elementos integrantes del mismo. En esa medida, la formulación realizada en el PEMP y la identificación de usos específicos que hacen parte directa o indirecta de las cadenas productivas de prestación de servicios de salud, educación e investigación, deben producir encadenamientos e integración de diferentes eslabones de la cadena de valor. En esta medida, se espera que los agentes económicos que se instalen en el CHSJD gocen de condiciones favorables para integrar vertical y horizontalmente sus procesos productivos, por ello no sería extraño que en fases posteriores se presenten procesos de clusterización en diferentes segmentos de la cadena de valor.

En la medida en que en la infraestructura del Complejo se instalen diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter especializado en sus respectivos campos de acción, y que al interior de ellas se esté formando el recurso humano especializado, se presentará un caso claro de encadenamiento, cuyos efectos positivos en la productividad y competitividad están ampliamente demostrados en la literatura.

Así mismo, en el sentido de la formación del personal, se prevén impactos positivos que se traducirán en desarrollo económico y de calidad de vida de la población. La formulación del PEMP propone la habilitación de importante infraestructura al servicio de la docencia y la formación de recursos humanos a nivel de universitario en especialización, pregrado y técnico, vinculando estas actividades académicas con sitios de práctica y laboratorios de investigación, como un ejemplo más de encadenamiento.

La implementación del PEMP, supone también la rehabilitación de una importante infraestructura productiva, la cual se espera soporte y potencialice procesos de formalización y cualificación de actividades económicas que hoy en día se realizan en torno de la prestación de servicios de salud que actualmente se realiza en el sector de la Hortúa. De esta manera se espera, que como resultado de la implementación del PEMP, que se produzcan impactos en términos de generación de empleos y pago de impuestos locales y nacionales.

En términos de empleos, se espera la generación de puestos de trabajo en dos segmentos, el primero en el corto y mediano plazo, asociado de forma directa al proceso de intervención patrimonial en su componente de obra civil, en donde se requerirá de mano de obra del sector de la construcción. Y el segundo segmento ubicado en el mediano y largo plazo, que corresponde al recurso humano que laborará en las actividades económicas que se desarrollarán de forma permanente en el Complejo.

4.3.1.4.2 Previsión de impactos fiscales

El análisis del impacto económico en términos generación de impuestos debe abordarse desde dos niveles. En primer lugar, la generación de impuestos nacionales como del IVA, para el cual se identifican dos fuentes generadoras, la primera que corresponde al IVA generado por la actividad de intervención en obras civiles, los cuales se estimaron en un valor de $6,819 millones durante el periodo de proyección establecido en el análisis del PEMP, y el segundo hecho generador de IVA que corresponde a la actividad económica de arrendamientos, en donde se espera una generación durante los próximos 20 años por valor de $67,838 millones. La siguiente tabla muestra la asignación del IVA en las fases de ejecución del proyecto.

Tabla 22. Proyección de la generación de IVA (Cifras en Millones COP$ constantes 2015)

CONCEPTO DE IVA	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	TOTAL
IVA GENERADO CONSTRUCCIÓN	1,550.9	4,768.3	500.7	0.0	0.0	6,819.8
IVA GENERADO ARRENDAMIENTOS	715.1	5,727.3	11,367.3	11,545.2	38,484.0	67,838.8
TOTAL IVA	**2,266.0**	**10,495.5**	**11,868.0**	**11,545.2**	**38,484.0**	**74,658.7**

En cuanto a los impuestos locales se evidencian principalmente la generación de dos tributos como son el Impuesto Predial y el Impuesto de industria y comercio. En cuanto a la generación del Impuesto Predial se estima un valor anual de $676 millones. Para ello se tomó como valor base para el cálculo, el avaluó comercial del Complejo, el cual según información aportada por la Empresa de Renovación Urbana es de $150,280 millones, valor sobre el cual se calcula la tarifa establecida de 5 por mil y se aplica la exención correspondiente por ser un BIC de uso dotacional privado, la cual es equivalente al 10%.

El otro tributo local aplicable, corresponde al Impuesto de Industria y Comercio, el cual debe analizarse desde dos hechos que lo generan. En primer lugar la generación de este impuesto por la actividad principal desarrollada por el organismo gestor, en términos de la operación inmobiliaria (arrendamientos) cuyo código de actividad 7010 ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS, tiene asignada una tarifa de impuesto de 9.66 por mil. Sin embargo, dado que el organismo de gestión que operará el CHSJD es de carácter público, no genera la obligación.

El otro hecho generador del Impuesto de Industria y Comercio, se identifica en la realización de actividades económicas grabables por parte de agentes económicos responsables de este tributo. Dado el grado de flexibilidad que permite el modelo de gestión en cuanto al tipo de entidades que podrían ocupar los inmuebles y la realización de una gama de actividades grabadas con diferentes tarifas, no es pertinente, por lo menos con la información disponible, establecer una proyección en la generación de estos impuestos.

4.3.1.4.3 Inversión indirecta y Dinámica económica y social

Los efectos previstos por la implementación del PEMP permearan diferentes capas de la organización económica y social de área de influencia del proyecto, por la dimensión del mismo, el contexto urbano de la zona y la potencialidad que el Complejo Hospitalario tiene al articularse con otras iniciativas de desarrollo urbano, económico y competitivo que se adelantan en la ciudad como son:

- Plan Ampliado del Centro
- Plan Parcial de San Bernardo

En este sentido, el desarrollo de estos planes y proyectos interactuaran de forma determinante con el PEMP del CHSJD, por lo que su articulación entre las entidades responsables de su gestión es de suma importancia. Estos proyectos, tienen impacto en los órdenes económico, social y ambiental, y todos ellos, contribuyen a la reconstrucción del tejido social y al establecimiento de una dinámica económica basada en la formalidad y en el encadenamiento productivo.

Cabe resaltar que el área de influencia del CHSJD está inmersa en una dinámica natural asociada a la prestación de servicios de salud, encontrándose en la zona seis (6) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que operan actualmente y que son referentes a nivel nacional en cada una de sus perfiles de especialización. Esta situación es una enorme fortaleza del CHSJD, pues aunque ha estado cerrado por más de una década, su renacimiento se producirá en un contexto que ha potenciado la esencia de la ciencia médica en Colombia.

El CHSJD y su contexto, hacen parte de la historia de la medicina en Colombia, representando un importante núcleo actividad de prestación de servicios de salud, docencia e investigación en salud, y se perfila a futuro como un polo de desarrollo de la salud para Bogotá y la región. Según esto la actividad turística y cultural entorno a las ciencias de la vida y la salud, hacen parte de la propuesta formulada en el PEMP y la presencia de la industria cultural en la operación del Complejo es un factor potenciador de su consolidación. Por ello, no puede descartarse que el ente gestor se vincule a este tipo de iniciativas bajo algún mecanismo de asociación, con lo cual puede obtener fuentes de ingresos diferentes a la gestión inmobiliaria, lo que sería un claro ejemplo de las posibles oportunidades de negocio en los que el ente gestor puede participar con miras a incrementar su generación propia de recursos y beneficios.

4.3.2 Programa de Gestión

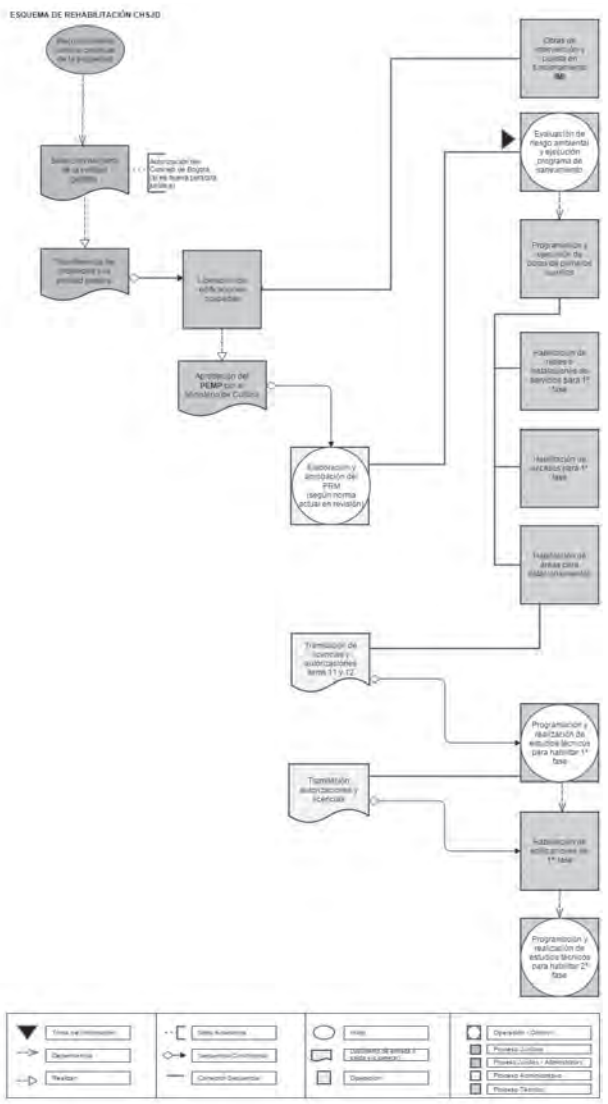
4.3.2.1 Esquema de rehabilitación del complejo

El presente esquema de rehabilitación del CHSJD toma en consideración las actividades y procesos que son necesarios para facilitar y hacer viable la **reapertura** del nuevo hospital, esquema que debe servir de orientación para la entidad que tenga a su cargo este proceso. Este esquema de rehabilitación es distinto al proceso de acreditación que requiere el Hospital universitario que será tratado en un esquema aparte.

Tabla 23. Actividades y/o procesos para la rehabilitación del complejo.

N°	Actividad y/ o proceso	Tipo de proceso
1.	Reconocimiento jurídico del titular de la propiedad	jurídico
2.	Selección del perfil de la entidad gestora	jurídico
3	Autorización del Concejo de Bogotá (si es nueva persona jurídica)	jurídico y administrativo
4	Transferencia de propiedad a la entidad gestora	jurídico
5	Liberación de edificaciones ocupadas	jurídico y administrativo
6	Obras de intervención y puesta en funcionamiento del IMI	técnico
7	Aprobación del PEMP por el Ministerio de Cultura	jurídico y administrativo
8	Obras de intervención y puesta en funcionamiento del IMI	técnico
9	Elaboración y aprobación del PRM* (según norma actual en revisión)	administrativo
10	Evaluación de riesgo ambiental y ejecución programa de saneamiento	técnico
11	Programación y ejecución de obras de primeros auxilios	técnico
12	Habilitación de redes e instalaciones de servicios para 1ª fase	técnico
13	Habilitación de accesos para 1ª fase	técnico
14	Habilitación de áreas para estacionamientos	técnico
15	Tramitación de licencias y autorizaciones ítems 11 y 12	administrativo
16	Programación y realización de estudios técnicos para habilitar 1ª fase	técnico
17	Tramitación autorizaciones y licencias	administrativo
18	Habilitación de edificaciones de 1ª. fase	técnico
19	Programación y realización de estudios técnicos para habilitar 2ª fase	técnico

El esquema de rehabilitación del CHSJD se sintetiza en el siguiente algoritmo:



Gráfica 18. Algoritmo del esquema de rehabilitación.

4.3.2.2 Fases de implementación y cronograma

4.3.2.2.1 Fase previa

El desarrollo del proceso de rehabilitación y puesta en servicio del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, dependerá de la implementación de actividades y proyectos mediante los cuales se obtenga el soporte institucional, ambiental y de infraestructura necesario para la apertura de servicios de salud, de educación e investigación, institucionales, culturales, social-comunitarios y complementarios.

Los proyectos y actividades a tener en cuenta en esta fase previa son:

- Constitución del ENTE GESTOR, estructura institucional y esquema de financiamiento para el CHSJD.
- Contratación de los diseños, estudios y proyectos que se relacionan a continuación, necesarios para la ejecución de las obras a desarrollar en cada uno de los edificios que se habilitarán en la Fase 1: levantamiento arquitectónico detallado; estudio de suelos y vulnerabilidad sísmica para todas las construcciones que se van a conservar; proyectos de intervención, restauración y adecuación particulares; diseño y cálculo para el reforzamiento estructural; diseños eléctrico, hidráulico, gases medicinales, aire acondicionado; especificaciones, programación y presupuesto; proyectos urbanos y paisajísticos.
- Gestión de trámites, permisos y licencias ante las entidades públicas (Ministerio de Cultura, Instituto Distrital de Patrimonio -IDPC-, Curaduría Urbana, Empresas de Servicios Públicos etc.)
- Ejecución de las obras de primeros auxilios para nueve edificaciones del Hospital (San Eduardo, Santiago Samper, Mantenimiento, Siberia, Casa Cural-Capilla-Convento, Cundifarma, Salud Mental, Jardín Infantil y Edificio Central) y aquellos que puedan ser usados de manera inmediata.
- Saneamiento ambiental general del predio y de los edificios que forman parte del Conjunto Hospitalario.
- Retiro de redes generales obsoletas de servicios existentes en el Hospital, y renovación de las mismas en los grupos de edificios que se darán al servicio en la Fase 1.

4.3.2.2.2 Fase 1 (0-3.5 Años)

INSTITUTO MATERNO INFANTIL

La Administración Distrital a través del IDPC y la Secretaría de Salud, contrató la actualización de los estudios técnicos y el proyecto para la restauración, adecuación y reforzamiento estructural del Instituto Materno Infantil. El proyecto en referencia cuenta con la aprobación de las entidades

contratantes y se encuentra en trámite ante Ministerio de Cultura, para dar vía libre a la gestión de permisos y al desarrollo de la obra.

La ejecución de este proyecto en este período es estratégica en tanto que es el único edificio del Conjunto que cuenta con todos los estudios aprobados y con su puesta en marcha se habilitarán aproximadamente 9000 M2 de servicios asistenciales especializados y de alto nivel.

INSTITUTO NACIONAL CANCEROLÓGICO E INSTITUTO DERMATOLÓGICO

Se incluye también en esta fase el desarrollo de las obras de conservación y adecuación de los edificios en referencia los cuales tienen actualmente estudios y proyectos en curso, que deberán estar aprobados por las entidades encargadas de la protección del patrimonio, en el momento de puesta en marcha de la fase en referencia.

ANCIANATO Y JARDÍN INFANTIL

El Ancianato bajo la administración de la Gobernación de Cundinamarca deberá desarrollar durante este período una intervención conducente a corregir las deficiencias funcionales que se presentan en los temas de accesibilidad y los encuentros inadecuadamente resueltos entre los volúmenes originales y las áreas de ampliación. Adicionalmente, el edificio denominado Jardín Infantil, que fue desde su origen un edificio anexo al anteriormente mencionado, podría habilitarse para complementar el programa de atención al adulto mayor, o para lo que disponga la Administración Distrital en el marco de los usos posibles establecidos por el PEMP.

SERVICIO DE URGENCIAS

Durante el desarrollo del PEMP, la Administración Distrital ha propuesto la apertura de un servicio de urgencias en el volumen oriental del Edificio Central, con el objeto de introducir rápidamente un servicio asistencial de impacto en la comunidad, que sirva como punto de partida para la generación de actividad constante dentro del predio.

Esta propuesta se considera como una habilitación posible y una obra de ejecución rápida dado que el Edificio Central posee desde su inicio estructura en concreto y un sistema de organización de planta libre que facilita la adecuación funcional en el espacio construido. Aunque estructural y arquitectónicamente, el volumen no se puede entender aislado completamente del edificio principal, goza de cierta autonomía debido a las juntas de dilatación que se observan en los planos consultados en la firma Cuellar Serrano Gómez. Teniendo en cuenta estas consideraciones generales, se puede concluir que los proyectos arquitectónico y de reforzamiento estructural, así como los estudios técnicos necesarios para la habilitación del volumen oriental del Edificio Central podrán ser elaborados en un tiempo prudencial, y debido a la premura expresada por la Administración Distrital la contratación de los mismos deberá producirse de inmediato.

Avanzar en la reapertura de un servicio como el de urgencias en el edificio mencionado puede ser estratégicamente conveniente desde varios enfoques:

- Es un servicio de alto impacto en la comunidad.
- El edificio habilitado se ubica inmediato a una vía arteria de importancia como la Carrera 10ª, lo cual contribuye a visibilizar el servicio y de paso, al proceso de recuperación de la infraestructura del hospital.
- El servicio de urgencias generará flujos constantes y su necesidad de ampliación obligará a la creación de interdependencias con otros servicios de salud, lo cual obligará rápidamente a la habilitación total del edificio y en la misma vía, a prever la ampliación del servicio para consolidarlo como un centro de excelencia en atención de urgencias dentro del nodo hospitalario.

Para la habilitación y apertura de este servicio se deberán adelantar de forma prioritaria los procesos de gestión y contratación de los diseños arquitectónicos, técnicos y estructurales para todo el módulo oriental del edificio, pues aunque no se habilite inmediatamente en su totalidad, se establecerá un marco para las próximas actuaciones dentro del inmueble, que contemplará la ampliación de los servicios asistenciales y la ubicación definitiva de los mismos. Los procesos de gestión y contratación de los diseños, no dependerán de la aprobación del PEMP, sin embargo estos deberán ajustarse a sus consideraciones generales y fundamentalmente a la definición del nivel de intervención establecido para este edificio: Conservación Contextual.

La Universidad Nacional recogiendo esta alternativa, realizó una propuesta de PMA para este servicio dispuesto en aproximadamente 1900 M2, de los 5000 M2 de área disponible en el edificio. Se plantea una intervención de escala contenida, ya que la habilitación de una mayor área ampliaría los costos y los tiempos de ejecución de la obra.

EL NÚCLEO FUNDACIONAL

Se propone también habilitar en esta fase el grupo de edificios que conforman el Núcleo Fundacional, compuesto por los edificios Instituto Inmunológico, San Roque, San Jorge y Siberia. La habilitación de estas edificaciones tiene como fin consolidar la actividad docente y de investigación en el Conjunto Hospitalario, creando una cierta autonomía en relación con la zona asistencial, y además, configurar un espacio de recepción para los usuarios que accederán peatonalmente al hospital desde la Avenida de la Hortúa.

El Edificio Inmunológico, cuya localización y calidad arquitectónica sugieren su adecuación para un uso de gran representatividad en el funcionamiento del hospital, se recomienda que albergue usos institucionales relacionados con la Administración General de la institución o como segunda alternativa que tenga usos educativos y de investigación. Por su parte, los pabellones San Roque y San Jorge se propone que sean destinados al uso de docencia-investigación, y el edificio Siberia se adecúe como Centro de Convenciones al servicio del Hospital San Juan de Dios y de los hospitales vecinos. Es importante resaltar que el grave estado de conservación de este último edificio no da plazos de espera, por lo tanto, deberán adelantarse desde la Fase Preliminar las obras de primeros auxilios que garanticen su conservación.

Simultáneamente, con la intervención de los edificios mencionados se propone que se lleve a cabo la adecuación y puesta en valor de los espacios exteriores aledaños, entre los que se encuentra la construcción de la plazoleta ubicada en el costado norte del Instituto Inmunológico, que servirá para recuperar el acceso original al predio desde la Avenida de la Hortúa.

OTRAS EDIFICACIONES

En este período se propone poner en funcionamiento el edificio Cundifarma, cuya localización sobre la Carrera 10ª, y la autonomía que posee respecto a los demás edificios del conjunto, lo hacen ideal para ubicar allí actividades complementarias relacionados con los servicios de salud. Adicionalmente, se recomienda habilitar para la atención de pacientes con problemas psicológicos el edificio de Salud Mental, y el edificio de Resonancia Magnética para la toma de imágenes diagnósticas que inicialmente se prestarán en el volumen oriental del Edificio Central.

Estas acciones deberán responder a las disposiciones definidas en el PEMP, específicamente en lo relacionado con los usos, la edificabilidad y las acciones y estudios necesarios para la recuperación de los BIC's, de acuerdo al nivel de intervención. Adicionalmente, se recomienda que cualquier acción que se lleve a cabo, responda a las lógicas de agrupación de los edificios, es decir, se habilite el hospital por áreas y subconjuntos edilicios y no por edificaciones aisladas y dispersas en el predio, pues esta solución ocasionaría dificultades en términos de administración, control y seguridad al interior del conjunto, largos desplazamientos para los usuarios, problemas para garantizar la interconexión entre servicios y procesos de saneamiento menos organizados y más costosos.

OBRAS DE URBANISMO

Durante la implementación de esta fase, habrá importantes cambios en la accesibilidad y en la movilidad al interior del Conjunto, toda vez que los nuevos servicios requieren del transporte especializado de pacientes, alimentos, ropas etc. Por este motivo, se propone la habilitación provisional de un acceso desde la Avda. de la Hortúa. Posteriormente, una vez se consolide la actividad Hospitalaria, el acceso se desplazará a su lugar definitivo al sur del predio, respondiendo a la organización planteada en la propuesta urbana para el Área Afectada. Igualmente, se propone la apertura de ciento sesenta (160) parqueaderos provisionales a nivel del terreno para uso de trabajadores y visitantes en los siguientes sectores: Costado occidental del Instituto Inmunológico, costado occidental del pabellón Paulina Ponce de León (Cirugía Plástica), entre los pabellones San Eduardo y San Lucas, sobre la Carrera 10ª en el Costado oriental del Edificio Central y alrededor del edificio Rehabilitación Psiquiátrica.

Paralelamente a estas acciones, se deberá dar inicio al desarrollo de obras tendientes a la generación de espacios abiertos colectivos y zonas verdes para el aprovechamiento de la comunidad de los barrios circundantes, como es construcción de la plazoleta sobre la Carrera 10ª que dará acceso al conjunto de edificaciones situados sobre esta importante vía urbana.

Plano 2. Fase de Implementación 1 (0 – 3.5 años).

instalaciones y materiales de acabados, que generarían la alteración de los sistemas constructivos originales que todavía conservan.

La intervención funcional del área actualmente ocupada por el Edificio Central y del edificio San Eduardo implica un incremento importante en la densidad de servicios de salud. Por tal motivo, la apertura de las nuevas actividades deberá venir acompañada de la puesta en funcionamiento del edificio de Mantenimiento que apoyará los procesos de conservación de los diferentes inmuebles que integran el Conjunto Hospitalario.

OBRAS DE URBANISMO

Durante esta etapa se deberán desarrollar las obras de infraestructura y espacio público proyectadas dentro del ordenamiento general del Hospital. Como parte de estas obras se incluye la construcción de la totalidad de estacionamientos subterráneos, la red de movilidad interior incluyendo el sistema de circulación interna, los circuitos peatonales, el depósito principal y el de basuras y el proyecto de espacio público y paisajismo que no haya sido adelantado durante la Fase 1, en especial la Alameda ubicada en el costado occidental del predio, que propicia la articulación con los barrios vecinos.

Para habilitar el área que actualmente ocupa el Edificio Central deberá generarse un acceso vehicular definitivo a la zona de urgencias, el cual quedará localizado sobre la Calle 1a Sur, la construcción de esta entrada involucra la compra de dos (2) predios de la franja de vivienda del barrio Policarpa, que se encuentra adosada al predio del hospital.

NUEVOS DESARROLLOS

Se ha dejado planteada el área de desarrollo para nuevas edificaciones al interior del predio, cuyo programa y tiempo de ejecución dependerá de la proyección misional del Conjunto, la consolidación del Nodo Hospitalario y el alcance de objetivos institucionales planteados hasta ese momento. Para esta fase, el hospital contará con una reserva de 32.000 metros cuadrados para construir nuevas edificaciones.

4.3.2.2.3 Fase 2 (3.5-6 Años)

EDIFICIO CENTRAL

Como consecuencia de la apertura del servicio de Urgencias en el volumen oriental del Edificio Central durante la Fase 1, se propone que la Fase 2 se inicie con la intervención de la totalidad del área que actualmente ocupa Edificio Central, con el objeto de completar las interdependencias necesarias para que este actividad se fortalezca y avance en la prestación de servicios de salud de alta complejidad. Esta intervención ampliará de manera importante las actividades del Hospital Universitario. Este sector albergará el núcleo principal de servicios asistenciales del hospital entre los que se incluyen, Imágenes Diagnósticas, Hemodinámia, Cirugía y Hospitalización.

El soporte para la puesta en marcha de este conjunto es el bloque oriental del Edificio Central, habilitado en la Fase 1 para urgencias, donde se ubicarán además los servicios diagnósticos para la efectiva atención de los usuarios. Con este bloque se terminará de recuperar la infraestructura del hospital que presenta frente sobre la Avenida Carrera Décima, promoviendo la habilitación de actividad sobre esta importante vía urbana.

PABELLONES

En la esquina nor-oriental del predio se pondrán en funcionamiento los pabellones San Eduardo, San Lucas y Paulina Ponce de León (Cirugía Plástica), ubicándose en el primero, los servicios de Consulta Externa, y en los otros dos, aulas para educación-investigación. La intervención del pabellón San Eduardo implica el desmonte del antiguo Centro de Salud (hoy UPA) que le fue adosado en el año 1.970, para permitir la reconstrucción del volumen demolido en el costado norte y la recuperación de las fachadas del edificio de conservación.

CAPILLA Y CONVENTO

El conjunto constituido por la Capilla y el Convento, ubicado sobre el costado norte del predio a continuación del Núcleo Fundacional, será destinado al uso cultural. La Capilla conservará el actual uso litúrgico y podrá alternarlo con actividades de carácter cultural. Por su parte, se propone que en los espacios del Convento se aloje el Museo de Ciencias de la Salud, que integrará la colección que sobre el tema posee el Hospital San Juan de Dios, con colecciones pertenecientes a diferentes instituciones.

EDIFICIOS SECTOR SUR

En el sector sur serán habilitados durante la Fase 2 los edificios Enfermedades Tropicales y Santiago Samper, los cuales podrán albergar distintas especialidades o servicios de apoyo a la educación y la investigación. Los usos de salud e investigación han sido excluidos de los edificios Santiago Samper y Mantenimiento, pues su habilitación implicaría la inclusión de un importante número de



Plano 2. Fase de Implementación 2 (3.5 - 6 años).

Tabla 24. Cronograma de Fases.

CRONOGRAMA DE INTERVENCIONES FÍSICO-TÉCNICAS PARA FASES														
PROYECTO	ACTIVIDAD	0-6 meses	6-12 meses	1-1,5 años	1,5-2 años	2-2,5 años	2,5-3 años	3-3,5 años	3,5-4 años	4-4,5 años	4,5-5 años	5-5,5 años	5,5-6 años
URBANISMO		Fase de Implementación 1							Fase de Implementación 2				
1. Mitigación de impactos	Desarrollo provisional de parqueaderos, zonas peatonales y acceso de Urgencias												
2. Saneamiento ambiental	Saneamiento basico de áreas exteriores												
3. Redes de servicios	Retiro y renovación de redes generales de servicios												
4. Bienes Muebles	Inventario y protección de Bienes Muebles												
5. Áreas privadas de uso público													
a. Estructura de movilidad	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
b. Espacios exteriores - Núcleo fundacional	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
b. Espacios exteriores - Pabellones	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
b. Espacios exteriores - Sector sur	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervencion y obra												
	Dotación y apertura al público												
b. Espacios exteriores - Nuevos desarrollos	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
c. Plazoleta acceso Av. Hortúa	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
c. Alameda (costado occidental)	Estudios técnicos y proyecto de intervencion												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervencion y obra												
	Dotación y apertura al público												
d. Parqueaderos subterráneos	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotacion y apertura al publico												
6. Espacio público													
* Plazoleta Cr. 10	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervencion y obra												
	Dotación y apertura al público												
* Proyecto Avenida de la Hortúa	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervencion y obra												
	Habilitación y apertura al público												
* Proyecto Calle 2 Sur	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Negociación y compra de predios												
	Licitación												
	Intervencion y obra												
	Habilitación y apertura al público												
CONJUNTO EDILICIO													
1. Primeros auxilios	Medidas de primeros auxilios para todas las edificaciones												
2. Saneamiento ambiental	Saneamiento básico de la totalidad de las edificaciones												
3. Edificio Central - volumen Urgencias	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
3. Edificio Central - hospitalización	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Demolición de Torre Docente												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
4. Resonancia Magnética	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervencion y obra												
	Dotación y apertura al público												
5. Salud Mental	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervencion y obra												
	Dotacion y apertura al publico												
6. San Eduardo	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervencion y obra												
	Dotación y apertura al público												
7. Cundifarma	Estudios técnicos y proyecto de intervencion												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervencion y obra												
	Dotacion y apertura al publico												

8. Inmunológico	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al publico														
9. San Jorge	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al publico														
10. San Roque	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al publico														
11. Siberia	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al publico														
12. Mantenimiento	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitacion														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al público														
13. Paulina Ponce	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al publico														
14. San Lucas	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al publico														
15. Enfermedades Tropicales	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al publico														
16. Santiago Samper	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al publico														
17. Capilla y Convento	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervencion y obra														
	Dotación y apertura al publico														
18. Jardin Infantil	Estudios técnicos y proyecto de intervención														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al público														
19. Ancianato	Obras de adecuación														
20. UPA	Demolición de la edificación														
21. Rehabilitación Psiquiátrica	Demolicion de la edificación.														
22. Nuevo desarrollo Sector 5 Subsector A	Proyecto arquitectónico														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervencion y obra														
	Dotación y apertura al público														
22. Nuevo desarrollo Sector 5 Subsector C	Proyecto arquitectónico														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al público														
22. Nuevo desarrollo Sector 5 Subsector B	Proyecto arquitectónico														
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto														
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra														
	Licitación														
	Intervención y obra														
	Dotación y apertura al público														
22. Dermatológico	Entidad autónoma. Proyecto de intervención en tramite ante Ministerio de Cultura.														
23. Instituto Materno Infantil	Entidad autónoma. Proyecto de intervención en tramite ante Ministerio de Cultura.														
24. Instituto Nacional de Cancerología	Entidad autónoma. Proyecto de intervencion en tramite ante Ministerio de Cultura.														

4.3.2.3 Proyectos prioritarios y Proyectos emblemáticos

Se incluyen en este apartado, proyectos de extrema importancia, mencionados anteriormente en el documento de propuesta y que constituyen las bases para la recuperación y funcionamiento del conjunto hospitalario.

Los proyectos prioritarios se dividen en tres categorías que agrupan aquellas actividades fundamentales, que deben realizarse antes de la apertura al público de cualquier espacio del predio:

1. Saneamiento ambiental del predio: incluye los estudios y programas necesarios para poder garantizar un predio y unas instalaciones libres de riesgos para albergar cómoda y responsablemente los usos asistenciales, de investigación y de educación. Son acciones obligatorias y previas a la apertura.
2. Conservación del conjunto patrimonial: incluye los estudios técnicos necesarios para conocer el estado real de los bienes de interés cultural y para poder trazar de forma detallada los proyectos

de intervención. Incluye el estudio del patrimonio urbano, inmueble y de bienes muebles. Contempla también las obras prioritarias que deben acometerse en el hospital antes de la reapertura, para garantizar la estabilidad de algunas edificaciones y la seguridad de los futuros usuarios del conjunto hospitalario.

3. Mitigación de impactos: hace referencia a las acciones que surgen en respuesta a la reintroducción de un uso de impacto para la zona. El conjunto hospitalario debe resolver al interior de su predio la demanda de parqueaderos y ha de manejar según lo establecido por la normativa de salud, puntos como manejo de residuos y circulaciones.

Los emblemáticos se dividen también en tres categorías, que agrupan aquellos proyectos que apoyan la recuperación del conjunto hospitalario, mejorando fundamentalmente la calidad de los espacios exteriores y la comunicación efectiva entre las diferentes edificaciones que integran el complejo:

1. Plazoletas y zonas duras: incluye espacios privados de uso público y áreas de cesión al espacio público de la ciudad que facilitan la movilidad y accesibilidad dentro del conjunto y en los barrios aledaños.
2. Proyectos de intervención por núcleos en áreas exteriores: en este capítulo se destacan dos proyectos específicos de recuperación de jardines históricos mediante la rehabilitación de senderos peatonales existentes y el diseño de nuevas circulaciones, enmarcadas con vegetación de alto y bajo porte.
3. Proyectos de movilidad: en este apartado se muestra el diseño de los esquemas de movilidad peatonal y vehicular necesarios para el funcionamiento eficiente del conjunto hospitalario y el aprovechamiento de áreas del predio, sin interferir en el carácter restringido del uso hospitalario. Se incluye también el proyecto de parqueaderos subterráneos, que además de cubrir las plazas requeridas por la posible demanda del hospital, representa una de las posibles fuentes de financiación para su auto sostenimiento. Este proyecto servirá a los demás centro médicos de la zona (Dermatológico, Cancerológico, Materno) y a los barrios San Bernardo y Policarpa.

Tabla 25. Proyectos prioritarios - SA.1.

PROYECTOS PRIORITARIOS	SA.1	1 DE 2
CATEGORÍA	**PROY.No.**	**NOMBRE DEL PROYECTO**
Saneamiento ambiental Área Afectada	SA.1	CONTROL DE VECTORES Y PLAGAS
LOCALIZACIÓN	Todos los edificios del conjunto hospitalario	

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Presencia de artrópodos y de restos fecales de roedores; incursión de fauna urbana proveniente del entorno exterior en los edificios del hospita y condiciones deales para la proliferación de distintos tipos de vectores relacionados con el cierre repentino de as instalaciones. Se destacan el abandono de medicamentos y equipos biomédicos y el deter oro del mobiliario, incidiendo en la propagación y sosterimiento de diversos tipos de hongos, microbios y bacterias.

OBJETIVOS

˜ Lograr un ambiente interior que se ajuste a las condiciones mín mas de sa ubridad para a puesta en operación del hospital.
• Mejoram ento de las condiciones físicas de las instalaciones al elim nar la humedad, hongos y roedores como factores de deterioro.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Def nición del plan de control de vectores y plagas en coordinación con las entidades cuya interver ción sea pertinente.
Ejecución e implementación de acciones correctivas y preventivas.

METAS	ACTIVIDADES
Control de vectores y plagas	1. Fumigación y descontaminación de los espacios nteriores del conjunto hospitalario. 2. Control de los factores y problemas de humedad de los edificios. 3. Impedir el acceso de fauna urbana a los edificios de hospital.

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de cuatro (4l meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario de Fredic	Encargaco de contratación, ejecución y pago de las obras.
Secretaria Distrital de Ambiente IDIGER ;Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático) Secretaría de Salud	Asistencia técnica y acompañamiento en la etapa previa y durante el desarrollo del proyecto.

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
$ 30.000.000	Presupuesto público

PROYECTOS PRIORITARIOS	SA.1	2 DE 2
CATEGORÍA	**PROY.No.**	**NOMBRE DEL PROYECTO**
Saneamiento ambiental Área Afectada	SA.1	CONTROL DE VECTORES Y PLAGAS
LOCALIZACIÓN	Todos los edificios del conjunto hospitalario	

IMAGEN DEL PROYECTO



OBSERVACIONES

1. El crecimiento desmedido y la ausencia total de mantenimiento de los empradizados y la vegetación de alto porte, propician la aparición de roedores e insectos.
2. Los faltantes de vidrios en carpinterías de puertas y ventanas han permitido el acceso de animales (gatos, palomas y roedores), originando una fuente de contaminación importante al interior de los edificios.
3. La falta de controles en los accesos del predio permiten la entrada y salida constante de animales, generando un intercambio insalubre de basuras y otros desperdicios entre el conjunto y los barrios aledaños.

Tabla 26. Proyectos prioritarios - SA.2.

PROYECTOS PRIORITARIOS	SA.2	1 DE 2
CATEGORÍA	**PROY.No.**	**NOMBRE DEL PROYECTO**
Saneamiento ambiental Área Afectada	SA.2	CONTROL DE RIESGOS BIOLÓGICOS
LOCALIZACIÓN	Todos los edificios del conjunto hospitalario	

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Presencia de equipos con posibles riesgos biológicos: incubadoras de cultivos, baños serológicos con doble pocera, máquinas de hemodiálisis, equipos de refrigeración, esterilizadores, dispersadores de fármacos, entre otros, encontrados principalmente en el Edificio Central y en el Instituto de Inmunología. Otros factores de riesgos potenciales son la presencia de desechos hospitalarios en zonas exteriores, excrementos y cadáveres de animales al interior de los edificios.

OBJETIVOS

Identificación de los riesgos biológicos efectivos (confirmados) y determinación de las directrices de un plan de descontaminación y disposición de los materiales y de los equipos médicos y hospitalarios asociados a este tipo de riesgo.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Formulación de estudios especializados para identificar y cuantificar los riesgos biológicos y particularmente el material biomédico presente en el HSJD.

METAS	ACTIVIDADES
Elaboración de un diagnóstico detallado del riesgo biológico en el predio y sus edificios	Ejecución de estudios especializados del riesgo biológico presente a partir del análisis detallado de las instalaciones y del material biomédico presente en el HSJD.
Actividades correctivas	Según los resultados arrojados por los estudios técnicos

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
centro de un plazo máximo de cuatro (4) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Secretaria Distrital de Ambiente IDIGER (Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático) Secretaria de Salud	Asistencia técnica y acompañamiento en la etapa previa y durante el desarrollo del proyecto.

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
$ 200.000.000	Presupuesto público

	PROYECTOS PRIORITARIOS	SA.2	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Saneamiento ambiental Área Afectada	SA.2	CONTROL DE RIESGOS BIOLÓGICOS	
LOCALIZACIÓN	Todos los edificios del conjunto hospitalario		

IMAGEN DEL PROYECTO



OBSERVACIONES

1. En las áreas exteriores cercanas a los edificios se observan algunos residuos de medicamentos o de suministros hospitalarios, así como cilindros de gas propano y oxígeno que no se encuentran almacenados de manera adecuada.
2 y 3. En los edificios se observan cadáveres y nidos de insectos, y proliferación de hongos y mohos que afectan la salubridad y la condición mínima de habitabilidad y permanencia al interior.

Tabla 27. Proyectos prioritarios - SA.3.

	PROYECTOS PRIORITARIOS	SA.3	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Saneamiento ambiental Área Afectada	SA.3	CONTROL DE RIESGOS QUÍMICOS	
LOCALIZACIÓN	Todos los edificios del conjunto hospitalario		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Presencia de fármacos no desechados expuestos a condiciones medioambientales precarias. Equipos médicos sin almacenamiento adecuado: tensiómetros análogos con escalas de mercurio, sistemas de purificación, bombas de plomo, equipos de revelación para radiología, baterías eléctricas, generadores de nitrógeno, sintetizadores de péptido, entre otros. Se ubican principalmente en el Edificio Central y Mantenimiento.

OBJETIVOS

Identificación de los riesgos químicos efectivos (confirmados) y determinación de las directrices de un plan de descontaminación y disposición de los materiales y de los equipos médicos y hospitalarios asociados a este tipo de riesgo.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Realización de estudios especializados para identificar y cuantificar los riesgos químicos y particularmente el material biomédico presente en el HSJD.

METAS	ACTIVIDADES
Elaboración de un diagnóstico detallado del riesgo químico en el predio y sus edificios	Ejecución de estudios especializados del riesgo químico presente a partir del análisis detallado de las instalaciones y del material biomédico presente en el HSJD.
Actividades correctivas	Según los resultados arrojados por los estudios técnicos

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo dentro de un plazo máximo de cuatro (4) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Secretaría Distrital de Ambiente IDIGER (Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático) Secretaría de Salud	Aprobación, asistencia técnica y acompañamiento en la etapa previa y durante el desarrollo del proyecto.

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
$ 200.000.000	Presupuesto público

	PROYECTOS PRIORITARIOS	SA.3	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Saneamiento ambiental Área Afectada	SA.3	CONTROL DE RIESGOS QUÍMICOS	
LOCALIZACIÓN	Todos los edificios del conjunto hospitalario		

IMAGEN DEL PROYECTO



OBSERVACIONES

En algunos edificios (principalmente Inmunológico y E. Central) se observan equipos y neveras, que contienen fármacos mal almacenados o no descartados. También se observan equipos de revisión médica con contenido de mercurio u otras sustancias que no han tenido la recolección y almacenamiento adecuados.

Tabla 28. Proyectos prioritarios - SA.4.

	PROYECTOS PRIORITARIOS	SA.4	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Saneamiento ambiental Área Afectada	SA.4	CONTROL DE RIESGOS POR RADIOACTIVIDAD	
LOCALIZACIÓN	Edificios: Inmunológico, Mantenimiento, Santiago Samper, Edificio Central y Resonancia Magnética		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Los posibles riesgos están asociados a instrumentos y equipos de radiología, radioterapia y de medición de radioactividad. Se encontraron objetos con sellos de seguridad de la SDS, y muebles, máscaras, espectrofotómetros, detectores de radio y analizadores secuenciales, en áreas cercanas. Algunos equipos de radiología contienen Cobalto 60 o Americio, que en condiciones de abandono y humedad tienden a la oxidación. Hay también artículos vinculados a radioterapia, con fármacos abandonados y equipos de refrigeración con sellos de seguridad.

OBJETIVOS

Identificación de materiales y equipos hospitalarios asociados directa e indirectamente a riesgos por radioactividad y evaluación de desechos radioactivos mal manejados.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Identificación de riesgos por radioactividad efectivos (confirmados) y determinación de las directrices de un plan de descontaminación. Disposición de materiales y equipos asociados a este tipo de riesgo.

METAS	ACTIVIDADES
Elaboración de un diagnóstico detallado del riesgo por radioactividad en el predio y sus edificios	Cualificación y calificación del riesgo por radioactividad que permita definir las acciones específicas para afrontar este factor de vulnerabilidad ambiental.
Actividades correctivas	Según los resultados arrojados por los estudios técnicos

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo dentro de un plazo máximo de cuatro (4) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Secretaría Distrital de Ambiente IDIGER (Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático) Secretaría de Salud	Asistencia técnica y acompañamiento en la etapa previa y durante el desarrollo del proyecto.

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
$ 200.000.000	Presupuesto público

	PROYECTOS PRIORITARIOS	SA.4	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Saneamiento ambiental Área Afectada	SA.4	CONTROL DE RIESGOS POR RADIOACTIVIDAD	
LOCALIZACIÓN	Edificios: Instituto Inmunológico, Mantenimiento, Santiago Samper, Edificio Central y Resonancia Magnética		

IMAGEN DEL PROYECTO



OBSERVACIONES

En las imágenes se observan equipos de radiología y refrigeración con sellos de radioactividad que en condiciones de abandono y humedad tienden a la oxidación y posible contaminación ambiental por radioactividad.

Tabla 29. Proyectos prioritarios - C.1.

	PROYECTOS PRIORITARIOS	C.1	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Conservación del conjunto patrimonial	C.1	INVENTARIO Y PROTECCIÓN DE BIENES MUEBLES	
LOCALIZACIÓN	Totalidad del área del predio		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Dentro del predio del conjunto hospitalario se encuentran, además de los inmuebles, una serie de bienes muebles que requieren de una valoración completa y detallada y que se encuentran deteriorados por causas ambientales.

OBJETIVOS

Realizar un inventario completo que permita establecer la cantidad y los valores de los bienes muebles que se encuentran dentro del complejo, ya que en el presente PEMP se elaboró una lista preliminar que incluye los encontrados en espacio público y los asociados a las edificaciones.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Siguiendo la metodología determinada por el Ministerio de Cultura, se debe realizar el inventario completo de los bienes muebles de interés cultural y de acuerdo a su valoración definir las medidas de protección que se consideren pertinentes para garantizar su conservación. Se debe incorporar la información preliminar consolidada por la Dirección de patrimonio del Ministerio de Cultura, el inventario de bienes muebles de valor cultural de la Capilla con apoyo de la Alcaldía Local Antonio Nariño, el inventario preliminar de bienes muebles en espacio público y asociados a las edificaciones contenido en el presente PEMP y el inventario documental (planimetría e historias clínicas) adelantado por el liquidador.

METAS	ACTIVIDADES
Inventario de los Bienes Muebles	1. Definición de aspectos organizativos (equipo de trabajo, logística, cronograma, presupuesto, entre otros). 2. Elaboración de lista preliminar y agrupación de los BM (de carácter arqueológico artístico y utilitario; documental monumento en espacio público) 3. Diligenciamiento de la ficha de inventario.
Protección de los Bienes Muebles	1. Determinación de medidas de protección necesarias para los BM.

DURACIÓN

La duración del proyecto es indeterminada por la variedad de bienes a valorar (documentales, artísticos y médicos), además de estar sujeta a pacto con el contratista y trámites administrativos.

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Universidad Nacional de Colombia	Propietario de algunos bienes muebles
Beneficencia de Cundinamarca	Propietario del archivo documental
Archivo General de la Nación	Acompañamiento y custodia actual del archivo planimetrico
Ministerio de Cultura*	Acompañamiento para elaboración del inventario y autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Por determinar	Presupuesto público

	PROYECTOS PRIORITARIOS	C.1	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Conservación del conjunto patrimonial	C.1	INVENTARIO Y PROTECCIÓN DE BIENES MUEBLES	
LOCALIZACIÓN	Totalidad del área del predio		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

BIENES MUEBLES RELACIONADOS CON LAS EDIFICACIONES

BIENES MUEBLES EN ESPACIO PÚBLICO

OBSERVACIONES

Es fundamental la realización del inventario de Bienes Muebles antes de la apertura del Hospital en la fase cero. A partir de este inventario es necesario determinar que bienes deben ser restaurados o retirados temporalmente para prevenir su deterioro en aquellos sectores en donde se adelanten intervenciones.

Tabla 30. Proyectos prioritarios - C.2.

	PROYECTOS PRIORITARIOS	C.2	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Conservación del conjunto patrimonial	C.2	DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA PARA REDES DE SERVICIOS	
LOCALIZACIÓN	Totalidad del área del predio		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las redes de servicios (hidro-sanitarias, eléctricas) que alimentan a cada uno de los inmuebles, se encuentran deterioradas o no cumplen con los requerimientos de la normatividad vigente. Además no existe en la actualidad un sistema de protección contra descargas atmosféricas, ni redes de telecomunicaciones, sistemas de control y adquisición de datos

OBJETIVOS

Actualización total de redes obsoletas e instalación de nuevas redes necesarias para el funcionamiento adecuado del conjunto hospitalario.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

* Desmonte y retiro de redes, equipos e instalaciones asociadas a estas, que sea necesario reemplazar.
* Actualización y mantenimiento de redes e instalaciones que se conserven.

METAS	ACTIVIDADES
Actualización de redes hidrosanitarias	1. Reemplazo total de tuberías principales de la red de acueducto. 2. Sondeo y limpieza general de los componentes secundarios. 3. Intervención general de redes de suministro, incendios y desagües. 4. Separación de redes internas (transporte de aguas domésticas residuales y pluviales)
Actualizacion de redes electricas	1. Reemplazo, sondeo y limpieza de canalizaciones. 2. Instalación de subestaciones capsuladas. 3. Inspección y mantenimiento de transformadores. 4. Actualización general de las redes del complejo. 5. Implementación de sistema de protección contra descargas atmosféricas.

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo dentro de un plazo máximo de DOCE (12) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO		POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Hidrosanitario	$ 1.720.000.000	Presupuesto público
Eléctrico	$ 5.300.000.000	
(Este valor no incluye costos indirectos)		

	PROYECTOS PRIORITARIOS	C.2	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Conservación del conjunto patrimonial	C.2	DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA PARA REDES DE SERVICIOS - FASE CERO	
LOCALIZACIÓN	Totalidad del área del predio		

IMAGEN DEL PROYECTO



OBSERVACIONES

Imágenes de la condición actual de las redes hidrosanitarias y eléctricas al interior del predio.
1. Entrada de acometida taponada.
2. Sistema de recolección de aguas lluvias por medio de bajantes en lámina galvanizadas embebidas en andén, descargan a cuneta perimetral colmatada.
3. Subestación aérea en H.
4. Postes de alumbrado de áreas exteriores cubiertos por vegetación de alto porte sin poda y control de crecimiento. Varios tramos del tendido se encuentran deteriorados y sin cableado.
5. Cárcamo de conexiones. Deterioro evidente y con cableado obsoleto que representa un riesgo eléctrico.

Tabla 31. Proyectos prioritarios - C.3A.

	PROYECTOS PRIORITARIOS	C.3A	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Conservación del conjunto patrimonial	C.3A	PR MEROS AUXILIOS - NIVEL 1	
LOCALIZACIÓN	Edificios: I. Inmunológico, C. Plástica, San Lucas, San Eduardo, Siberia, S. Samper, Mantenimiento, Capilla, E. Central, Cundifarma		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El cierre intempestivo del Conjunto Hospitalario ha ocasionado patologías y deterioros producto de la falta de mantenimiento en las edificaciones y de modificaciones inadecuadas adelantadas en los edificios, durante su funcionamiento.

OBJETIVOS

* Detener el proceso de deterioro de las edificaciones.
* Garantizar la conservación hacia el futuro de los edificios, mejorando su estado de conservación.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Las edificaciones que conforman este grupo presentan mayor deterioro y además de las medidas de mantenimiento correctivo requieren de obras particulares, con el fin de estabilizar su situación hasta que se lleve a cabo su intervención integral.

METAS	ACTIVIDADES
Saneamiento de humedades	1. Limpieza y sondeo de bajantes y canales (en Inmunológico se incluyen sifones y gárgolas) 2. Construcción de sobrecubiertas provisionales de protección. 3. Instalación de polietileno en las zonas de puertas y ventanas que carezcan de vidrios.
Prevención de colapso estructural	1. Apuntalamiento de muros, entrepisos y cielo rasos.
Control de vegetación invasiva	1. Remoción y control de vegetación invasiva 2. Poda de árboles arbustos y césped
Limpieza del predio	3. Retiro y transporte de escombros

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo dentro de un plazo máximo de CUATRO (4) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura Departamento Nacional de Planeación Ministerio de Educación Nacional	Apropiar las partidas necesarias para acometer obras de remodelación, restauración y conservación del HSJD.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC de ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
$ 850.000.000 (Este valor no incluye costos indirectos)	Presupuesto público

	PROYECTOS PRIORITARIOS	C.3A	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Conservación del conjunto patrimonial	C.3A	PRIMEROS AUXILIOS	
LOCALIZACIÓN	Edificios: I. Inmunológico, C. Plástica, San Lucas, San Eduardo, Siberia, S. Samper, Mantenimiento, Capilla, E. Central, Cundifarma		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

EDIFICIOS QUE REQUIEREN PRIMEROS AUXILIOS URGENTES

OBSERVACIONES

Tabla 32. Proyectos prioritarios - C.3B.

	PROYECTOS PRIORITARIOS	C.3B	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Conservación del conjunto patrimonial	C.3B	PRIMEROS AUXILIOS	
LOCALIZACIÓN	Edificios: San Roque, San Jorge, Convento, Enfermedades Tropicales, Ancianato, R. Magnética, S. Mental, R. Psiquiátrica, J. Infantil		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El cierre intempestivo del Conjunto Hospitalario ha ocasionado patologías y deterioros producto de la falta de mantenimiento y de modificaciones inadecuadas adelantadas en los edificios, durante su funcionamiento.

OBJETIVOS

Detener el proceso de deterioro de las edificaciones.
Garantizar la conservación hacia el futuro de los edificios, mejorando su estado de conservación.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Desarrollo de actividades de mantenimiento correctivo comunes a los diferentes inmuebles que componen este grupo, donde principalmente se busca el saneamiento de las humedades por filtraciones de aguas lluvias procedentes de cubierta o de los terrenos aledaños.

METAS	ACTIVIDADES
Saneamiento de humedades	1. Limpieza y sondeo de bajantes y canales. 2. Instalación de polietileno en las zonas de puertas y ventanas que carezcan de vidrios.
Control de vegetación invasiva	3. Remoción y control de vegetación invasiva. 4. Poda de arbustos y césped (E. Tropicales)
Limpieza del predio	5. Retiro y transporte de escombros

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo dentro de un plazo máximo de dos (2) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura* Departamento Nacional de Planeación Ministerio de Educación Nacional	Apropiar las partidas necesarias para acometer obras de remodelación, restauración y conservación del HSJD.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
$ 100.000.000 (Este valor no incluye costos indirectos)	Presupuesto público

PROYECTOS PRIORITARIOS	C.3B	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO
Conservación del conjunto patrimonial	C.3B	PRIMEROS AUXILIOS
LOCALIZACIÓN	Edificios: San Roque, San Jorge, Convento, Enfermedades Tropicales, Ancianato, R. Magnética, S. Mental, J. Infantil	

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

EDIFICIOS QUE REQUIEREN PRIMEROS AUXILIOS

OBSERVACIONES

Tabla 33. Proyectos prioritarios - C.4.

PROYECTOS PRIORITARIOS	C.4	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO
Conservación del conjunto patrimonial	C.4	ESTUDIOS TÉCNICOS Y PROYECTOS - FASE CERO
LOCALIZACIÓN	**Edificios**: Inmunológico, San Roque, San Jorge, Torre Central (volumen oriental), Centro de salud (UPA) y Rehabilitación Psiquiátrica. **Espacios exteriores:** Plazoleta de acceso sobre Av. Hortúa	

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El conjunto hospitalario catalogado como BIC Nacional, requiere de una serie de estudios técnicos de alta precisión que permitan orientar las obras de intervención que serían desarrolladas para la recuperación de los inmuebles y su posterior puesta en funcionamiento.

OBJETIVOS

Complementar los análisis desarrollados en el PEMP, y establecer con precisión el estado de conservación del conjunto hospitalario y cada uno de sus inmuebles.
Ejecutar los proyectos de intervención de los edificios pertenecientes a la fase cero, así como los espacios exteriores conexos a estos (Plazoleta de acceso de Av. Hortúa)

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Los estudios técnicos y proyecto de intervención se desarrollaran de acuerdo a las fases de reapertura del conjunto hospitalario. Dentro de los proyectos prioritarios se incluyen aquellas edificaciones que hacen parte de la fase preliminar: excepto IMI, Cancerológico y Dermatológico.
Una de las acciones inexorables en el proceso de intervención es el desmonte y retiro de materiales peligrosos para la salud (asbestos, plomo, entre otros) y la sustitución por otros que favorezcan la condición salubre del hospital.

METAS	ACTIVIDADES
Estudios Técnicos	1. Levantamiento arquitectónico detallado. 2. Registro fotográfico. 3. Estudio geotécnico y evaluación estructural. 4. Exploraciones constructivas. 6. Estudio de patología y humedades. 7. Estudio fitosanitario.
Proyecto de intervención	8. Proyecto de intervención y adecuación. 9. Proyecto de reforzamiento estructural. 10. Proyecto de redes hidrosanitarias, eléctricas, iluminación, voz y datos. 11. Proyecto de instalaciones especiales.
Definición de tiempos y costos de obra	12. Programación y presupuesto

DURACIÓN

dentro de un plazo máximo de doce (12) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura Departamento Nacional de Planeación Ministerio de Educación Nacional	Apropiar las partidas necesarias para acometer obras de remodelación, restauración y conservación del HSJD.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
$ 37.000.000.000 (Este valor no incluye costos indirectos)	Presupuesto público

PROYECTOS PRIORITARIOS	C.4	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO
Conservación del conjunto patrimonial	C.4	ESTUDIOS TÉCNICOS Y PROYECTOS - FASE CERO
LOCALIZACIÓN	Edificios: Inmunológico, San Roque, San Jorge, Torre Central (volumen oriental), Centro de salud (UPA) y Rehabilitación Psiquiátrica	

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

INTERVENCIÓN EN EDIFICACIONES - FASE CERO

INTERVENCIÓN EN ÁREAS EXTERIORES - FASE CERO

OBSERVACIONES

Tabla 34. Proyectos prioritarios - M.1.

PROYECTOS PRIORITARIOS	M.1	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO
Mitigación de impactos	M.1	PARQUEADEROS PROVISIONALES
LOCALIZACIÓN	Sector delimitado de acuerdo a la entrada en funcionamiento de edificaciones de la Fase cero (0)	

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El conjunto hospitalario no cuenta con un espacio adecuado para estacionamiento de vehículos de funcionarios o usuarios en el hospital. En aerofotografías recientes se observa que se había destinado parte del espacio público o de las zonas verdes para este fin, sin ningún tipo de ordenamiento o estructura funcional que fuera coherente dentro del predio. Además, el servicio de parqueaderos en los barrios circundantes es deficiente y podría verse agravado con la reapertura del hospital.

OBJETIVOS

Habilitar provisionalmente unas áreas dentro del predio del Hospital para responder temporalmente a la demanda de estacionamientos requerida por el uso implementado en los edificios que corresponden a la fase cero.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Para resolver los estacionamientos durante el tiempo de obra requerido, se plantea la habilitación provisional de parqueaderos en superficie ubicados en el área próxima a los edificios habilitados en la fase cero, mediante un contrato por concesión o una modalidad similar.

METAS	ACTIVIDADES
160 Estacionamientos provisionales para Fase 0	1. Habilitación y regulación de áreas definidas para estacionamientos temporales.

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de dos (2) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Concesionario	Recibir en concesión por tiempo definido la prestación de servicios de estacionamiento en superficie en las zonas y bajo las condiciones que establezca la administración del Hospital.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Sin determinar (De acuerdo al área total (m2) de uso dotacional, en los edificios contenidos en la fase cero se establecerá el número de plazas requeridas)	Concesión a un operador privado

	PROYECTOS PRIORITARIOS	M.1	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Mitigación de Impactos	M.1	PARQUEADEROS PROVISIONALES	
LOCALIZACIÓN	Sector delimitado de acuerdo a la entrada en funcionamiento de edificaciones de la Fase cero (0)		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

ÁREAS DE PARQUEADEROS PROVISIONALES PARA USO INTERNO DEL HOSPITAL

ACCESOS A PARQUEADEROS PROVISIONALES

OBSERVACIONES

Tabla 35. Proyectos prioritarios - M.2.

	PROYECTOS PRIORITARIOS	M.2	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Mitigación de Impactos	M.2	ACCESO DE VEHÍCULOS DE SERVICIO	
LOCALIZACIÓN	Acceso provisional sobre la Cra. 10 o Av. de la Hortúa		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad el complejo no cuenta con accesos adecuados para la actividad hospitalaria. Teniendo en cuenta que para la reapertura total del conjunto se requieren de obras de considerable dimensión que faciliten la accesibilidad y movilidad en su interior, es necesario proveer de accesos temporales que sirvan a los edificios incluidos en las primeras fases de intervención y faciliten su funcionamiento.

OBJETIVOS

Habilitar acceso a los vehículos que cumplan labores de transporte propias del uso asistencial: ambulancias, camiones para evacuación de residuos peligrosos y de suministro de medicamentos, equipos y otros.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Se habilitaran accesos provisionales sobre la Cra. 10 que permitan la entrada y salida de vehículos de servicio. Es necesario contemplar los tramites y permisos necesarios para su habilitación y la posibilidad de disponer de dos accesos que permitan separar la circulación de vehículos de recolección de residuos y hacer más eficaz el tránsito de ambulancias.

METAS	ACTIVIDADES
Accesos vehiculares provisionales	1. Diseño del circuito de movilidad provisional (entrada, tránsito y salida). 2. Solicitud de permisos o licencias necesarios para su funcionamiento. 3. Obras de habilitación de accesos temporales.

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de dos (2) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional
Secretaria de Movilidad	Asistencia técnica para habilitación temporal de acceso sobre la Cra 10a

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Sin determinar (De acuerdo al número de accesos y vías internas necesarias para la circulación de vehículos de servicios)	Presupuesto público

	PROYECTOS PRIORITARIOS	M.2	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Mitigación de Impactos	M.2	ACCESO DE VEHÍCULOS DE SERVICIO	
LOCALIZACIÓN	Acceso provisional sobre la Cra. 10 o Av. de la Hortúa		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

ACCESOS PROVISIONALES PARA VEHÍCULOS DE SERVICIO

ACCESOS A PARQUEADEROS PROVISIONALES

OBSERVACIONES

Tabla 36. Proyectos Emblemáticos - ZD.1.

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	ZD.1	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Plazoletas y zonas duras	ZD.1	PLAZOLETA DE ACCESO - CARRERA DÉCIMA	
LOCALIZACIÓN	Esquina nororiental del predio		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La mínima vinculación funcional entre los equipamientos hospitalarios y su entorno, se ve acentuada con la anulación del acceso por la Cr. 10 y el efecto barrera generado por los ejes troncales de transporte masivo, que no permiten el paso de peatones, ciclistas y vehículos particulares. Adicionalmente, la construcción del edificio del Centro de Salud (UPA) significó la demolición del extremo norte del pabellón San Eduardo, afectándolo no solo en su volumetría sino en la generación de patologías que han afectado fuertemente la fachada oriental del edificio patrimonial.

OBJETIVOS

* Establecer un espacio público adecuado, que permita una transición entre dos vías de alto impacto Cr. 10 y AV. Hortúa y el acceso a los servicios del Conjunto Hospitalario.
* Recuperar la lectura de las fachadas de los pabellones de conservación arquitectónica como imagen icónica del hospital.
* Otorgar al sector espacios públicos de calidad que faciliten la integración de la comunidad y el tránsito peatonal entre los barrios circundantes.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto busca aportar una plaza pública emblemática para mejorar el cruce de la Cr. 10 y la Avenida de la Hortúa, generar el espacio de acceso y de imagen para el complejo hospitalario y aportar un espacio de transición entre las vías arteriales y los edificios destinados a servicios de salud.
Este espacio debe ser diseñado bajo el principio de plaza pública, principalmente en materiales duros dotados de arborización, seguridad, iluminación y equipamientos que a largo plazo permitan el reemplazo de cerramientos, cercas y muros ciegos por espacios colectivos integrados.

METAS	ACTIVIDADES
1. Aportar a la zona de la Hortúa un espacio tipo plaza para atender el déficit existente en espacio público y mejorar la calidad urbanística del sector y del complejo hospitalario.	1. Elaboración de estudios técnicos y proyecto. 2. Demolición del edificio del Centro de Salud (UPA) y reconstrucción del volumen norte del pabellón San Eduardo. 3. Construcción y dotación de la plazoleta pública.

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de dieciocho (18) meses

ACTORES

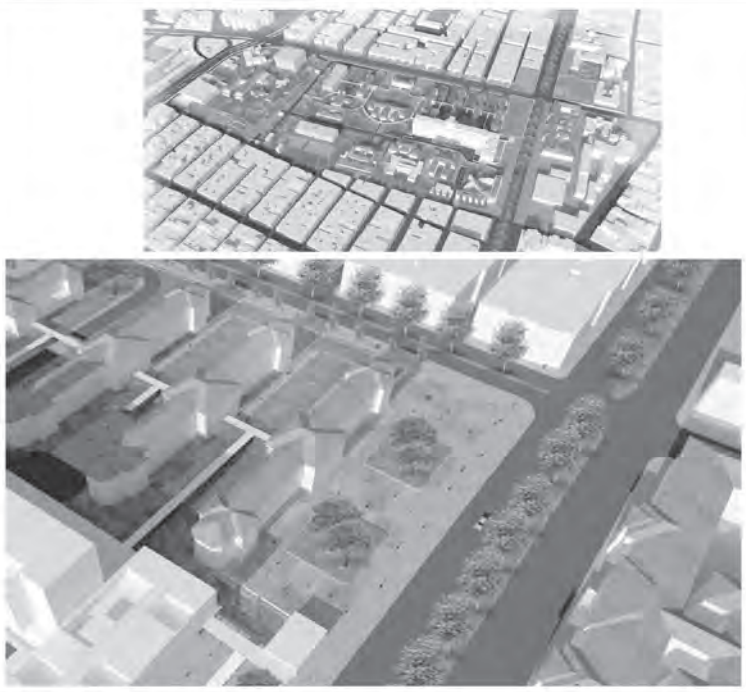
RESPONSABLES	ROLES
IDU	Encargado de contratación, ejecución y pago de estudios y obras.
ERU	Encargado de cesión del área requerida para el proyecto.
IDPC	Incorporación del proyecto al Plan de Rehabilitación del Centro.

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Por determinar	Presupuesto público

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	ZD.1	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Plazoletas y zonas duras	ZD.1	PLAZOLETA DE ACCESO - CARRERA DÉCIMA	
LOCALIZACIÓN	Esquina nororiental del predio		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

En la imagen de la parte superior se observan en naranja, los sectores que podrían conformar el gran espacio público de la intersección entre la Av. de la Hortúa y la Cr. 10. En la parte inferior se identifica la zona del predio que sería producto de cesión para el desarrollo de esta espacio público.

OBSERVACIONES

El proyecto debe enfocarse como una oportunidad para aportar un gran espacio público que integre la solución a la intersección de dos vías arteriales, el acceso al complejo hospitalario y una espacio de acceso al barrio San Bernardo Rehabilitado.
El proyecto debe considerar la integración de los predios liberados en el costado norte de la av. Hortua y la esquina nororiental de la intersección.

Tabla 37. Proyectos Emblemáticos – ZD.2

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	ZD.2	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Plazoletas y zonas duras	ZD.2	PROYECTO - AV. HORTÚA	
LOCALIZACIÓN	CALLE 1 - COSTADO NORTE DEL PREDIO		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La accesibilidad a la zona de La Hortúa, su conectividad con la ciudad y el desplazamiento interno presentar cif cultades por el tipo ce trazado y estructura del sistema vial arterial, por la cebilidad de la red vial intermedia y por las modal dades de transporte que soportan la movilidad. Además, el impacto de los ejes troncales de transporte público princ palmente, han generado un efecto barrera que dificulta y disminuye, de una parte, la f uidez de os desplazamientos peatonales y de ciclistas, de ambulancias y vehículos de emergencia cue requieren interactuar con el nodo hospitalario, y de otra, disminuye también la fluidez de los desplazamientos motorizados por alta presencia del vehículo privado y su efecto en la congestión de tráfico y en la contaminación ambiental.
Este aspecto acentúa el aislamiento, deterioro y despoblamiento de los barrios San Bernardo, Sevilla y
Policarpa, que hacen parte de la zona de influencia y no favorece le expectativa de altos flujos de peatones que se pueden incrementar por la construcción ce la Primera Línea del Metro - PLM, así como por la react vación del CHSJD y la dinámica urbana asociada.

OBJETIVOS

* Priorizar la conectividad en sentido oriente-occidente y viceversa, con el fin de mitigar los efectos urbanos, sociales y ambientales descritos anteriormente.
* Facil tar las re aciones f.uncionales entre usos actuales y futuros, sobretodo de ambulancias y vehículos de emergencia, peatones y ciclistas, dando prevalencia a estos últimos sobre los demás medios y modos de transporte.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto de alameda o parque lineal de la Avenida de la Hortúa, debe contar con un diseño integral del espacio público y mob liario urbano, adecuación de calzadas y andenes; directrices para la propuesta de movilidad vehicular, no motorizada y peatonal. Se debe incluir además la subterranización de redes e intervención en calzadas.

METAS	ACTIVIDADES
1. Desarrollo de un proyecto urbanístico en la Av. de la Hortúa que conecte los hospitales Santa Clara, HSJD y Samaritana que mejore la conectividad vehicular y peatonal de este correc vial.	1. Elaboración de estudios técnicos y proyecto.
	2. Ejecución de la obra de adecuación del corredor via .

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de dieciocho (18) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
IDU	Encargado de contratación, ejecución y pago de estudios y obras.
ERU	Encargado de cesión del área requerida para el proyecto.
IDPC	Incorporación del proyecto al Plan de Rehabilitación del Centro.

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Por determinar	Presupuesto público

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	ZD.2	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Plazoletas y zonas duras	ZD.2	PROYECTO - AV. HORTÚA	
LOCALIZACIÓN	CALLE 1 - COSTADO NORTE DEL PREDIO		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

En la imagen de la parte superior se observan en línea roja punteada, el tramo principal del proyecto de la AV. De la Hortúa. Este recorrido se extiende por el oriente hasta el Hospital de la Samaritana y por el occidente hasta el Hospital de Santa Clara. Abajo, vista hacia el occidente desde el IMI.

OBSERVACIONES

La intervención de la Avenida de la Hortúa debe contemplarse como una conexión entre los hospitales Santa Clara, San Juan de Dios Samaritana, por lo que es necesario tener en cuenta en su diseño las intersecciones con la Cr. 10 y la Avenida Caracas, siendo estos corredores viales de gran importancia en el sector, por sus dimensiones y por el flujo de pasajeros. Asimismo, debe integrarse la primera línea del metro que también tendría un fuerte impacto en la zona.

Tabla 38. Proyectos Emblemáticos - ZD.3.

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	ZD.3	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Plazoletas y zonas duras	ZD.3	PROYECTO - ALAMEDA	
LOCALIZACIÓN	CALLE 1 A CALLE 2A SUR - COSTADO OCCIDENTAL DEL PREDIO		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, el conjunto hospitalario propicia un efecto barrera que genera dentro de la zona de influencia un bloque infranqueable que ha contribuido al deterioro de la zona y a la presencia de actividades no planificadas. Además al interior del predio, se identifica una segmentación entre los desarrollos de los costados oriental y occidental que además de su distanciamiento físico, tienen accesos particulares sobre la Av. Caracas.

OBJETIVOS

* Ofrecer a la comunidad de los barrios circundantes, espacios abiertos, colectivos y zonas verdes para su disfrute.
* Integración del predio con la estructura urbana planteada para la zona de influencia.
* Vincular de manera física y espacial las instituciones del costado occidental del predio (Anciano, Dermatológico y nuevos desarrollos).

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto debe tener las características de una alameda parque de carácter público desarrollada en 40 m. de ancho, que integre actividades de recreación pasiva y contemplación. Se debe destinar una franja mínima de 15 m. para arborización de alto porte y zonas verdes. Dentro de su diseño se deben contemplar los accesos vehiculares -sobre CL 2S y Av. Hortúa- de servicios y particulares hacia los estacionamientos bajo superficie, diferenciando estas vías restringidas mediante tratamientos de material (adoquines, bolardos, etc.) conservando la continuidad de la superficie. Se deben ubicar también los puntos fijos de accesos peatonal a estacionamientos, complementando estos volúmenes con actividades comunitarias bajo cubierta

METAS	ACTIVIDADES
1. Establecer en el predio un proyecto privado de uso público que permita la circulación de peatones y vehículos no motorizados entre los barrios San Bernardo y Policarpa; que además, vincule las edificaciones de conservación y los nuevos desarrollos localizados en el extremo occidental del complejo hospitalario.	1. Elaboración de estudios técnicos y proyecto de la alameda. 2. Ejecución del proyecto de construcción de parqueaderos que estarían ubicados bajo la alameda. 3. Ejecución de la obra de alameda y apertura al público

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de doce (12) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura Departamento Nacional de Planeación Ministerio de Educación Nacional	Aprobar las partidas necesarias para acometer obras de remodelación, restauración y conservación del HSJD.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC de ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Por determinar	Presupuesto público

PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	ZD.3	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO
Plazoletas y zonas duras	ZD.3	PROYECTO - ALAMEDA
LOCALIZACIÓN	CALLE 1 A CALLE 2A SUR - COSTADO OCCIDENTAL DEL PREDIO	

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

En la imagen de la parte superior se observan en linea roja punteada, el área del predio donde se desarrolla el proyecto. En la parte inferior se observa una vista general de los tratamientos sobre superficie que podrían desarrollarse, siendo los volúmenes de acceso a parqueaderos las únicas construcciones permitidas.

OBSERVACIONES

La alameda que permite la circulación de los habitantes del barrio y usuarios de los equipamientos hospitalarios y ofrece espacios de esparcimiento y recreación pasiva para el sector, es un proyecto privado de uso público que pertenecerá al conjunto hospitalario. Por lo tanto, la administración del HSJD podrá determinar la restricción de acceso y circulación al público en el momento en que se puedan ver afectadas las actividades relacionadas con la vocación misional del hospital.

Tabla 39. Proyectos Emblemáticos - ZD.4.

PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	ZD.4	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO
Plazoletas y zonas duras	ZD.4	PROYECTO - CALLE 2 SUR
LOCALIZACIÓN	CALLE 2 SUR - COSTADO SUR-ORIENTAL DEL PREDIO	

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Existe un barrera física entre el hospital san juan de dios y el barrio policarpa generada por la ocupación de la antigua acequia por 41 predios construidos. Esta barrera afecta la accesibilidad al hospital; ha suprimido la fachada sur del complejo y separa funcionalmente el equipamiento hospitalario del barrio.

OBJETIVOS

* Es necesario generar un espacio público que mejore sustancialmente el déficit que presenta el Policarpa y eliminar la barrera física existente con el conjunto.
* Habilitar esta vía para el acceso de ambulancias y vehículos en situación de emergencia.
* Abrir una alternativa urbanística a los 41 predios localizados sobre la antigua acequia, dado que estos predios están inhabilitados para cambiar su uso y edificabilidad que limita su valorización.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto incorporaría una calle con zona verde arborizada, espacio para uso peatonal, espacio para ciclo ruta y calzada vehicular.
La apertura de la C 2Sur requiere de la elaboración de un Plan Parcial liderado por la ERU para relocalizar a los residentes y propietarios de los 41 predios afectados.

METAS	ACTIVIDADES
1. Generar una espacio público que elimine la barrera física entre el hospital y el barrio Policarpa	1. Elaboración Plan Parcial 2. Elaboración del diseño y presupuesto del proyecto. 3. Ejecución de la obra. 4. Creación de una empresa social de gestión para este proyecto.

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto a trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de dieciocho (18) meses

ACTORES

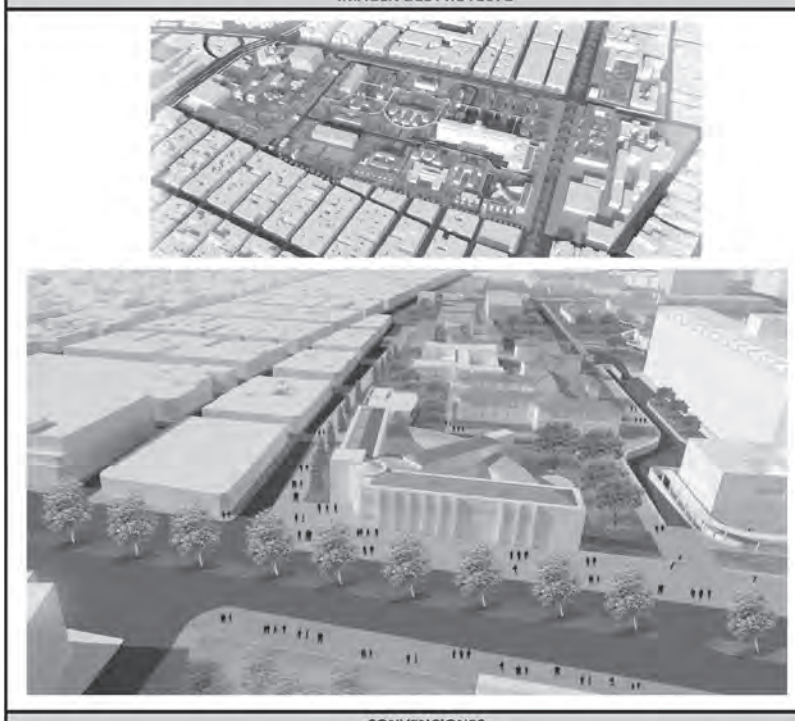
RESPONSABLES	ROLES
IDU	Encargado de contratación, ejecución y pago de estudios y obras.
ERU	Encargado de cesión del área requerida para el proyecto.
IDPC	Incorporación del proyecto al Plan de Rehabilitación de Centro.

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Por determinar	Presupuesto público

PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	ZD.4	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO
Plazoletas y zonas duras	ZD.4	PROYECTO - CALLE 2 SUR
LOCALIZACIÓN	CALLE 2 SUR - COSTADO SUR-ORIENTAL DEL PREDIO	

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

En la imagen de la parte superior se observan en linea roja punteada, el área del predio donde se desarrolla el proyecto. En la parte inferior se observa una vista general del espacio público que se genera en el borde sur del predio, beneficiando la fachda del conjunto sobre ese costado y al barrio Policarpa con una nueva área libre.

OBSERVACIONES

Esta intervención tendrá un impacto directo sobre la comunidad del barrio Policarpa, por lo que es fundamental la vinculación de la población residente en el sector. Además sería ideal si pudiera reubicarse a los propietarios de los 41 predios donde se emplazaría el proyecto, en alguno de los nuevos desarrollos que se plantean en la zona de influencia.

Tabla 40. Proyectos Emblemáticos - AE.1.

PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	AE.1	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO
Intervención de espacios exteriores por núcleos	AE.1	JARDÍN NÚCLEO FUNDACIONAL
LOCALIZACIÓN	NÚCLEO FUNDACIONAL - COSTADO NORTE DEL PREDIO	

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La localización aislada de las edificaciones, genera espacios libres entre ellas y en otras áreas de bajo desarrollo constructivo. Históricamente el hospital, tuvo diversos jardines basados principalmente en trazados geométricos que, además de embellecer el conjunto, contribuyeron en la consolidación de los senderos peatonales que comunicaban los volúmenes entre sí. Actualmente, los jardines han desaparecido casi en su totalidad y lo que se conserva de ellos está en alto grado de deterioro.

OBJETIVOS

* Cualificar los jardines y zonas verdes al interior del hospital, conservando el principio de pulmón verde.
* Recuperación de espacios verdes emblemáticos del hospital, acordes con las agrupaciones o núcleos y el carácter de los edificios circundantes.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Las intervenciones propuestas para el diseño de estos espacios deberán ser acordes con la estructura urbana y funcional del conjunto. Para la recuperación de áreas exteriores del núcleo fundacional (entre Inmunológico, San Roque, San Jorge y Siberia) la primera alternativa debe ser la recuperación de los remanentes de los trazados antiguos (senderos peatonales, bases de pérgolas, etc.), y la conservación de la arborización en la zona.

METAS	ACTIVIDADES
Anteproyecto de recuperación de jardín histórico	Diseño de jardín y áreas complementarias, con base en el trazado original.
Evaluación de elementos remanentes	Evaluación en campo de la conveniencia y posibilidad de reutilización de elementos remanentes (bases de pérgolas, jardineras) y de senderos peatonales.
Intervención de espacio exterior del núcleo fundacional	* Recuperación de elementos remanentes (si da a lugar). * Mantenimiento de vegetación de alto porte. * Intervención y adecuación integral.

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de seis (6) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Por determinar	Presupuesto público

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	AE.1	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Intervención de espacios exteriores por núcleos	AE.1	JARDÍN NÚCLEO FUNDACIONAL	
LOCALIZACIÓN	NÚCLEO FUNDACIONAL - COSTADO NORTE DEL PREDIO		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

En la imagen de la parte superior se observan en línea roja punteada, el área del predio donde se desarrolla el proyecto. En la parte inferior se observa una vista general de la recuperación de las pérgolas sobre los senderos peatonales y la recuperación y mantenimiento de la vegetación de alto porte enmarcando las circulaciones.

OBSERVACIONES

El proyecto de diseño del jardín, debe responder adecuadamente a la plazoleta de acceso frente al edificio Inmunológico, localizada sobre la Avenida de la Hortúa.
El escenario ideal es la ejecución de los tres proyectos simultáneamente: intervención de los edificios, construcción de la plazoleta y recuperación del jardín. Sin embargo, el jardín puede ser intervenido en una etapa posterior, dentro de un proyecto completo que contemple otros jardines o áreas exteriores del predio.

Tabla 41. Proyectos Emblemáticos - AE.2.

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	AE.2	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Intervención de espacios exteriores por núcleos	AE.2	JARDÍN ENTRE PABELLONES	
LOCALIZACIÓN	PABELLONES (S. EDUARDO - S. LUCAS - PAULINA PONCE) COSTADO NORORIENTAL DEL PREDIO		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La localización aislada de las edificaciones, generan espacios libres entre ellas y en áreas de bajo desarrollo constructivo. Históricamente el hospital, tuvo diversos jardines basados principalmente en trazados geométricos que, además de embellecer el conjunto, contribuyeron en la consolidación de los senderos peatonales que comunicaban los volúmenes entre sí. Actualmente, los jardines han desaparecido casi en su totalidad y lo que se conserva de ellos está en alto grado de deterioro.

OBJETIVOS

* Cualificar los jardines y zonas verdes al interior del hospital, conservando el principio de pulmón verde.
* Recuperación de espacios verdes emblemáticos del hospital, acordes con las agrupaciones o núcleos y el carácter de los edificios circundantes.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Las intervenciones propuestas para el diseño de estos espacios deberán ser acordes con la estructura urbana y funcional del conjunto. Para la recuperación de áreas exteriores del núcleo de pabellones (entre San Eduardo y San Lucas; entre San Lucas y Paulina Ponce; entre Paulina Ponce y San Jorge), debe considerarse la recuperación de los espacios históricamente demarcados y la conservación de la arborización en la zona, de acuerdo con la estructura urbana interna del conjunto y las afectaciones sobre los edificios patrimoniales.

METAS	ACTIVIDADES
Anteproyecto de recuperación de jardín histórico	Diseño de jardín y áreas complementarias, con base en el trazado original.
Intervención de espacio exterior del núcleo fundacional	* Recuperación de elementos remanentes (si da a lugar). * Mantenimiento de vegetación de alto porte. (Se debe evaluar la afectación que tienen algunos árboles sobre los pabellones). * Intervención y adecuación integral.

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de seis (6) meses

ACTORES

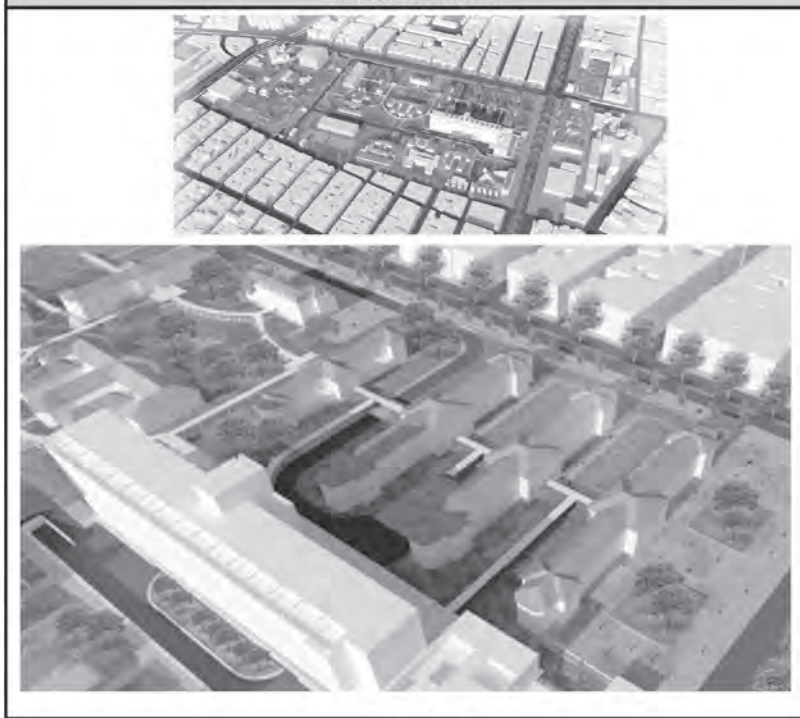
RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Por determinar	Presupuesto público

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	AE.2	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Intervención de espacios exteriores por núcleos	AE.2	JARDÍN ENTRE PABELLONES	
LOCALIZACIÓN	PABELLONES (S. EDUARDO - S. LUCAS - PAULINA PONCE) COSTADO NOR-ORIENTAL DEL PREDIO		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

En la imagen de la parte superior se observan en línea roja punteada, el área del predio donde se desarrolla el proyecto. En la parte inferior se observa una vista general de las circulaciones cerradas que conectan entre pabellones y con el Edificio Central.

OBSERVACIONES

En la recuperación de los jardines entre pabellones, debe incluirse el área libre entre el edificio Paulina Ponce de León y San Jorge; así como las áreas libres frente a los extremos sur y norte del pabellón San Eduardo. Estas últimas, deben ser diseñadas como transición entre la plazoleta pública de la Cr. 10 y la fachada oriental del edificio de conservación.

Tabla 42. Proyectos Emblemáticos - MV.1.

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	MV.1	1 DE 3
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Proyectos de movilidad	MV.1	MOVILIDAD VEHICULAR	
LOCALIZACIÓN	TOTALIDAD DEL PREDIO		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El desarrollo por etapas del conjunto hospitalario y las intervenciones importantes en los espacios exteriores (construcción de la Cr. 10), generaron la aparición desarticulada de vías, parqueaderos y senderos espontáneos que buscaban satisfacer la demanda de cada edificio. Es por esto que algunos sectores, como el costado occidental se encuentran totalmente segmentados y sin conexión con las demás edificaciones

OBJETIVOS

* Garantizar la continuidad de los flujos de tránsito necesarios para el buen funcionamiento del hospital.
* Recuperación de circulaciones existentes (acordes con el proyecto), rediseño y construcción de nuevas rutas que mejoren la movilidad centro del conjunto y no entren en conflicto con sus valores ambientales.
* Implementar vías claramente diferenciadas que faciliten la movilidad al interior del predio.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

La propuesta de diseño final deberá contemplar la creación de superficies continuas que prioricen la movilidad peatonal, sin sardineles ni calzadas; diferenciando las veces vehiculares mediante cambios de materiales y texturas de piso, así como la instalación de bolardos y otros elementos de mobiliario urbano que sean requeridos. La circulación de peatones es priorizada ya que el hospital goza de una importante conectividad en términos de transporte público (troncales de Transmilenio de Cr.10 y Av. Caracas, rutas complementarias de SITP sobre Av. Hortúa, futura primera línea de metro cercana a la esquina nor-occidental del conjunto), y se proyecta que la mayor parte de los pacientes, usuarios y trabajadores de hospital utilizarán estos medios de movilización.

Para las personas que lleguen al hospital en taxi, se deberá disponer de bahías para cargue y descargue de pasajeros sobre las vías de acceso próximas a las edificaciones de mayor demanda de visitantes. Para el caso de taxis que transporten pacientes al servicios de urgencias, conduzcan o recojan pacientes o visitantes convalecientes, con movilidad reducida o en condición de discapacidad al acceso principal del hospital o a los servicios de consulta, deben seguir la normatividad de los vehículos particulares, contenida en el siguiente apartado.

Dentro de la movilidad vehicular se deben diferencian los circuitos:

1. **Para vehículos particulares únicamente en los siguientes casos:**

a. Que conduzcan pacientes al servicios de urgencias (Ingreso por los accesos habilitados únicamente para este servicio). Luego de dejar al paciente el vehículo no podrá estacionarse ni esperar en esta área y deberá desplazarse hasta los estacionamientos del hospital, por las salidas vehiculares para público.
b. Que recojan pacientes del acceso principal de (Edificio Central).
c. Que conduzcan o recojan pacientes y/o visitantes con movilidad reducida o en condicion de discapacidad, al acceso principal de hospital (Edificio Central) o a los servicios de consulta. El vehículo no podrá estacionarse en esta área y deberá desplazarse hasta los estacionamientos del hospital.

2. Para vehículos de servicio:

Esta clase de vehículos deben diferenciarse en dos grupos: los que cumplen labores propias del uso asistencial (ambulancias, camiones para evacuación de residuos peligrosos, camiones de suministro de alimentos, equipos, ropas y lencería; y en el segundo grupo, los vehículos de servicios y de emergencias que ocasionalmente pueden hacer ingreso al conjunto (carros de bomberos, policiales y de mantenimiento de redes de servicios públicos). Para el primer grupo se debe diseñar un plan de manejo de tránsito interno que regule las restricciones de horarios de circulación y delimite las zonas en que se pueden mover este tipo de vehículos, bajo estos principios básicos:

a. El acceso y salida del hospital para estos vehículos estará ubicado en la entrada sur occidental, para que la vía de circulación interna pase por la zona de menor actividad y se facilite el aprovisionamiento y la evacuación del Edificio Central y de Mantenimiento.

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	MV.1	2 DE 3
CATEGORÍA	**PROY.No.**	**NOMBRE DEL PROYECTO**	
Proyectos de movilidad	MV.1	MOVILIDAD VEHICULAR	
LOCALIZACIÓN	TOTALIDAD DEL PREDIO		

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

b. Las ambulancias son los únicos vehículos que no tendrán restricción de circulación cuando se encuentren en situación de emergencia.
c. Se propone ubicar el acceso y salida vehicular a urgencias sobre la C 1 Sur entre los edificios Cundinfarma y Resonancia Magnética, con el fin de evitar su localización sobre vías arterias o largos recorridos entre la entrada vehicular y las urgencias. Para el acceso, es necesaria la adquisición de dos predios de Barrio Policarpa. El acceso de ambulancias deberá cumplir con los requerimientos de la normativa vigente (Plan Maestro de Salud Dec. 553 de 2012).
d. Se permitirá el acceso de vehículos de transporte y evacuación de residuos peligrosos hasta la zona de cargue y descargue del Edificio Central, únicamente. Los vehículos de transporte de residuos ordinarios no podrán ingresar a hospital, deberá disponerse de una espacio en el acceso suroccidental próximo al depósito principal de basuras.
e. El proyecto de diseño de espacio público deberá contemplar los anchos mínimos de vía necesarios para garantizar la circulación, así como una correcta señalización dentro del circuito.

3. Circuito vehicular exclusivo

a. Se debe habilitar un corredor de circulación perimetral unidireccional dentro del Conjunto hospitalario, donde un sistema de transporte interno comunicará las dependencias y servicios del hospital y los accesos y salidas peatonales de los estacionamientos. En este trazado se contempla la circulación paralela de medios de transporte no motorizados.
b. El sistema vehicular interno debe ser definido por el hospital, así como los intervalos y frecuencia de tiempo en su circulación. Se recomienda que estos vehículos sean preferiblemente eléctricos, de tamaño pequeño con capacidad de 20 a 25 pasajeros y deben contar con las especificaciones técnicas requeridas para el transporte de personas en condición de discapacidad o movilidad reducida.

METAS	ACTIVIDADES
1. Generar un circuito vehicular efectivo que facilite el tránsito y circulación al interior del complejo hospitalario,	1. Elaboración de estudios técnicos y proyecto.
	2. Elaboración del Plan de manejo de Tránsito
	3. Construcción y dotación de los circuitos vehiculares.

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo dentro de un plazo máximo de dieciocho (18) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Por determinar	Presupuesto público

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	MV.1	3 DE 3
CATEGORÍA	**PROY.No.**	**NOMBRE DEL PROYECTO**	
Proyectos de movilidad	MV.1	MOVILIDAD VEHICULAR	
LOCALIZACIÓN	TOTALIDAD DEL PREDIO		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

- Acceso vehicular para ambulancias
- Acceso a estacionamientos para vehículos particulares
- Acceso vehicular para transporte de residuos
- Circuito vehicular exclusivo
- Acceso a Hospital general para vehículos particulares
- Acceso a urgencias para vehículos particulares

OBSERVACIONES

Los proyectos de movilidad vehicular y peatonal, deben ser diseñados y ejecutados de manera simultánea. Si el desarrollo se realiza por etapas, es importante que se cuente con el proyecto general del predio para que en la fase final, se observen circuitos totalmente articulados y coherentes en su funcionamiento y materialidad.

Tabla 43. Proyectos Emblemáticos - MV.2.

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	MV.2	1 DE 3
CATEGORÍA	**PROY.No.**	**NOMBRE DEL PROYECTO**	
Proyectos de movilidad	MV.2	MOVILIDAD PEATONAL	
LOCALIZACIÓN	TOTALIDAD DEL PREDIO		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El desarrollo por etapas del conjunto hospitalario y las intervenciones importantes en los espacios exteriores (construcción de la Cr. 10), generaron la aparición desarticulada de vías, parqueaderos y senderos espontáneos que buscaban satisfacer la demanda de cada edificio. Es por esto que algunos sectores, como el costado occidental se encuentran totalmente segmentados y sin conexión con las demás edificaciones.

OBJETIVOS

* Interrelación y comunicación eficiente entre los distintos volúmenes que componen el Conjunto Hospitalario.
* Recuperación de uno de los elementos más representativos del paisaje urbano del conjunto derivado del trazado regulador inicial de 1921, complementado por los senderos que conectan con los edificios construidos, no contemplados en la propuesta del Arq. Pablo de la Cruz.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

En primera instancia, es necesario entender la red de senderos como un sistema organizativo del conjunto arquitectónico y su vinculación con los espacios abiertos. Además de sus características funcionales, le confiere identidad y coherencia al Conjunto Hospitalario.

Se propone por tanto, la recuperación y regularización del trazado peatonal principal sobre la base de las tipologías existentes (circulaciones abiertas y bajo pérgola), adicionando una circulación en ámbito cerrado. En la propuesta de diseño y recuperación se debe contemplar la caracterización de la circulación por sectores de uso, dado que algunas de estas deben ser restringidas al público.

1. Circulaciones abiertas

a. Son los senderos para peatones y bicicletas que no poseen ninguna protección a la intemperie. Estos caminos formarán parte del espacio para uso público del hospital, principalmente sobre la alameda, formando un circuito perimetral al Conjunto Hospitalario.

2. Circulaciones bajo pérgola

a. Se propone la recuperación del sistema interno existente de circulaciones bajo pérgola, incluyendo un corredor que comunique el acceso principal desde la Plazoleta de la Cr. 10 con el área de Urgencias, localizada en el Edificio Central.
b. El diseño final de estos corredores deberá tener en cuenta los futuros desarrollos volumétricos y el sistema de espacio para uso público, con el fin de garantizar la coherencia entre lo preexistente y lo propuesto.
c. Para el diseño, recuperación y dimensionamiento de este tipo de circulaciones, se deberá tener en cuenta la funcionalidad y accesibilidad para todo tipo de usuarios (especialmente discapacitados y con movilidad reducida). Asimismo, se debe considerar un lenguaje arquitectónico y una expresión material que armonice con el conjunto patrimonial edilicio y con el diseño general del espacio público.

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	MV.2	2 DE 3
CATEGORÍA	**PROY.No.**	**NOMBRE DEL PROYECTO**	
Proyectos de movilidad	MV.2	MOVILIDAD PEATONAL	
LOCALIZACIÓN	TOTALIDAD DEL PREDIO		

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

3. Circulaciones de ámbitos cerrados

a. Estos corredores se deberán diseñar para integrar edificaciones cuya interdependencia en el manejo de pacientes requiera unas condiciones ambientales y de confort especiales.
b. Inicialmente se propone la conectividad entre los pabellones Sa Eduardo, San Lucas y Paulina Ponce de León con una derivación que desemboque en la circulación cubierta del Edificio Central, debido a la vocación asistencia y de interdependencia entre estos volúmenes. Sin embargo, esta decisión dependerá de tipo de usos y servicios instalados en los pabellones.
c. El diseño de estos corredores deberá garantizar transparencia visual y armonización con el conjunto existente en su materialidad y lenguaje arquitectónico.

4. Accesibilidad para discapacitados y personas con movilidad reducida

Todos los corredores peatonales que se recuperen, regularicen y diseñen dentro del Conjunto Hospitalario deberan cumplir con lo dispuesto en la normatividad vigente y manuales oficiales publicados sobre accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad, que se encuentren vigentes en el momento de adelantar su construcción.

METAS	ACTIVIDADES
1. Generar un circuito peatonal de vehículos no motorizados efectivo que facilite el transito y circulacion al interior del complejo hospitalario,	1. Elaboración de estudios técnicos y proyecto.
	2. Elaboración del Plan de manejo de Tránsito
	3. Construcción y dotación de los circuitos vehiculares

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo dentro de un plazo máximo de dieciocho (18) meses

ACTORES

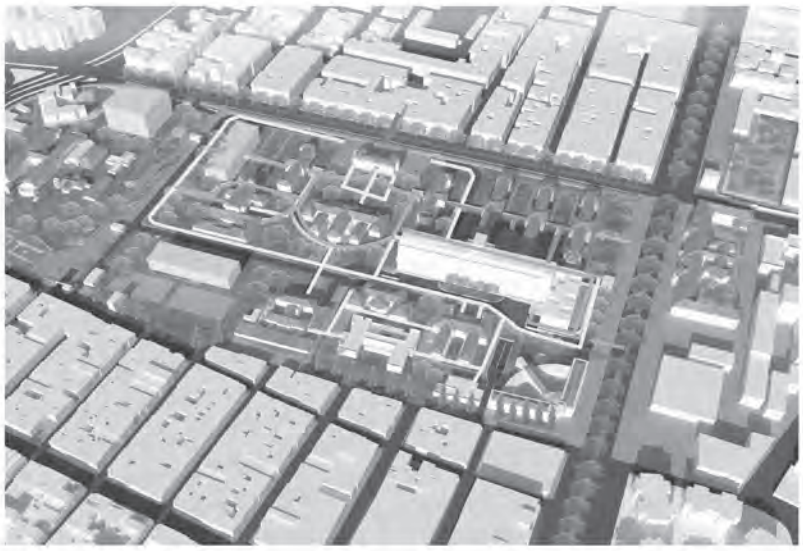
RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC del ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
Por determinar	Presupuesto público

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	MV.2	3 DE 3
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Proyectos de movilidad	MV.2	MOVILIDAD PEATONAL	
LOCALIZACIÓN	TOTALIDAD DEL PREDIO		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

- Circulaciones abiertas
- Circulaciones con pérgola
- Acceso peatonal a Hospital general
- Circulaciones cerradas
- Acceso peatonal a Urgencias
- Acceso peatonal a Consulta

OBSERVACIONES

Los proyectos de movilidad vehicular y peatonal, deben ser diseñados y ejecutados de manera simultánea. Si el desarrollo se realiza por etapas, es importante que se cuente con el proyecto general del predio para que en la fase final, se observen circuitos totalmente articulados y coherentes en su funcionamiento y materialidad.

Tabla 44. Proyectos Emblemáticos - MV.3.

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	MV.3	1 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Proyectos de movilidad	MV.3	PARQUEADEROS	
LOCALIZACIÓN	TOTALIDAD DEL PREDIO		

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El conjunto hospitalario no tiene en la actualidad un área definida para el estacionamiento de vehículos particulares y las zonas en superficie que fueron construidas espontáneamente para satisfacer unas necesidades específicas en cada edificio, han afectado las áreas verdes y el estado de conservación de los edificios patrimoniales. Los barrios circundantes tienen también un déficit en la oferta de parqueaderos, generando el estacionamiento en vía que obstaculiza el flujo vehicular.

OBJETIVOS

* Resolver la alta demanda de estacionamientos requerida por el Conjunto Hospitalario.
* Resolver en forma subterránea las zonas de parqueaderos, para no afectar el índice de ocupación en superficie.
* Generar cupos adicionales que permitan resolver la falta de estacionamientos en el sector.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1. La infraestructura que vaya a ser construida para satisfacer la demanda de parqueaderos del Conjunto, no debe contravenir de ninguna manera la conservación de los valores paisajísticos, históricos, estéticos, urbanos y arquitectónicos del predio. Por lo tanto, resulta inconveniente el manejo de un número alto de parqueaderos en superficie o en altura, dentro del área afectada. En caso de que se opte por el desarrollo de estacionamientos mediante un sistema en altura se debe contemplar un área de 3000 M2 de ocupación sobre lote y 5 pisos de desarrollo fuera del predio del Conjunto Hospitalario, dentro de la Zona de Influencia
2. Para definir la demanda mínima de estacionamientos se aplicó la norma vigente respecto a las zonas normativas de demanda y la exigencia de estacionamientos por uso (Decreto 190 de 2004). La demanda mínima de cupos exigidos es de 481 plazas -excluyendo los edificios NC, IMI y Federico Lleras.
3. Se propone la construcción subterránea y por fases, de las áreas de parqueo para el hospital, más unos cupos adicionales que contribuyan a resolver la falta de estacionamientos en el nodo hospitalario.
4. El sistema de parqueaderos se localizara bajo una franja de la alameda (sector oriental del predio), con un potencia de construcción de 36,400 M2, distribuidos en dos sótanos. Esta áreas podrían albergar cerca de 880 estacionamientos incluyendo los cupos exigidos para estacionamientos de discapacitados. Para aumentar el número de plazas ofrecidas, se debe contemplar el desarrollo de parqueaderos en sótano en los nuevos volúmenes que serían construídos en el Sector 5 (subsectores B y C), aumentando la oferta en 525 plazas, para un total de 1385 catacionamientos.
5. Los estacionamientos en superficie se permitirán temporalmente en áreas limitadas y definidas, dada la complejidad técnica, legal y financiera que supone la construcción por fases de los estacionamientos subterráneos. Sin embargo, las **bahías de parqueo en superficie** podrán **permanecer** dentro del **Área Afectada** hasta tanto se **desarrolle el proyecto de parqueaderos subterráneos.**

METAS	ACTIVIDADES	
1. Desarrollar una zona de parqueaderos de limitada, con capacidad suficiente para cubrir la demanda de hospital y plazas acicionales que sirvan al sector.	1. Elaboración de estudios técnicos y proyecto de parqueadero bajo alameda.	
	2. Ejecución de obra y apertura al público.	

DURACIÓN

A pactar con el contratista y sujeto al trámite administrativo
dentro de un plazo máximo de dieciocho (18) meses

ACTORES

RESPONSABLES	ROLES
Propietario del Predio	Encargado de contratación, ejecución y pago de las obras.
Ministerio de Cultura*	Autorización de las intervenciones en BIC de ámbito nacional

CÁLCULO PRELIMINAR DE RECURSOS

COSTO APROXIMADO	POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN
$ 51.600.000.000 (Este valor no incluye costos indirectos)	Presupuesto público

	PROYECTOS EMBLEMÁTICOS	MV.3	2 DE 2
CATEGORÍA	PROY.No.	NOMBRE DEL PROYECTO	
Proyectos de movilidad	MV.3	PARQUEADEROS	
LOCALIZACIÓN	TOTALIDAD DEL PREDIO		

IMAGEN DEL PROYECTO



CONVENCIONES

En la imagen se observa el área que ocuparán la totalidad de los parqueaderos subterráneos. Las franjas color rosa corresponden a los parqueaderos que serán desarrollados con la edificación de los nuevos desarrollos, por lo que su construcción deberá ser simultánea. En la franja de color violeta, se ubican los estacionamientos bajo la alameda, proyecto que iniciará su construcción cuando se encuentra en etapa final de obra el proyecto de parqueaderos.

OBSERVACIONES

Es posible considerar una estrategia de gestión y financiación innovadora para la construcción de estacionamientos en el subsuelo, bajo una modalidad de Asociación Público Privada (APP) con concesión privada o mixta, en la cual participe la Administración Distrital a través del Fondo para el Pago compensatorio de Estacionamientos a cargo del IDU, ofreciendo plazas a la población que habita los barrios circundantes y los usuarios en general del Nodo Hospitalario.

5 PLAN DE DIVULGACIÓN

El plan de divulgación del Plan Especial de Manejo y Protección del CHSJD se concibe para cumplir dos labores generales: una informativa, que busca la difusión de datos útiles y otra educativa, que busca la concientización de aquellos saberes vinculados a la historia y realidad del inmueble, teniendo como último fin la apropiación y valoración por parte de la comunidad, pero enfocándose particularmente en un público en proceso de formación. Se han tenido en cuenta diversas áreas temáticas: el desarrollo urbanístico de la zona donde se implanta el Bien de Interés Cultural, el patrimonio arquitectónico, el legado médico y el impacto social que históricamente evolucionaron con el hospital.

5.2 Objetivo general

Diseñar una estrategia de comunicación que permita divulgar los valores más relevantes del Centro Hospitalario San Juan de Dios (CHSJD) como un medio para concientizar a la comunidad local y nacional de la existencia y futura puesta en marcha de la institución.

5.3 Objetivos específicos

- Divulgar los valores patrimoniales del Centro Hospitalario San Juan de Dios (CHSJD), su historia y aportes médicos y científicos.
- Preparar a la comunidad para recibir el proyecto que se adelanta para la recuperación del conjunto patrimonial.
- Diseñar una estrategia de evaluación y seguimiento que garantice el cumplimiento de los objetivos propuestos.

5.4 Antecedentes

Se destacan tres antecedentes importantes desde el punto de vista de la difusión del Conjunto Hospitalario. El primero, el programa del Ministerio de Cultura «Siga esta es su casa», que en 2008 incluyó al Centro Hospitalario San Juan de Dios, programando recorridos en el inmueble como una

estrategia de difusión y divulgación del conjunto como quedó registrado en una de sus redes sociales[5].

En segundo lugar, se destaca el libro de los arquitectos María Claudia Romero, Mónica Zambrano y Miguel Cárdenas titulado *Historia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá* que se puede consultar en la página web del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural para aquellos que estén interesados en conocer en profundidad la historia del Hospital[6]. Esta publicación fue producto del Plan Especial de Protección realizado entre 2007 y 2008 por la Universidad Nacional de Colombia.

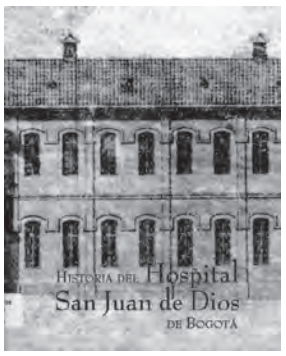


Imagen 1. Portada del libro Historia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

Por último, se encuentra un catálogo en el cual se difunden las 25 fotografías tomadas por el arquitecto y fotógrafo Nicolás Van Helmeryck, que obtuvieron el VII Premio Colombo-Suizo y que fueron expuestas en la Biblioteca Julio Mario Santo Domingo, en la Biblioteca Pública Virgilio Barco y en el Edificio Ford. Sobre estas imágenes la Ministra de Cultura Marina Garcés Córdoba explicó que «no es sólo un premio al valor estético de sus fotografías, es también un reconocimiento a nuestro patrimonio cultural» (Vam Helmeryck, 2011). Acerca de la obra y del artista, el embajador Suizo Didier Pfirter menciona:

> nos presenta con gran sensibilidad la situación del histórico Hospital San juan de Dios fundado en 1723 […]. Hasta mediados del siglo XX era prácticamente el único hospital Universitario de la ciudad de Bogotá, en asocio con la facultad de medicina de la Universidad Nacional, sus edificios, de alto valor histórico y patrimonial, fueron declarados monumentos nacionales por el ministerio de cultura en el 2002.
>
> Hoy después de 10 años de cierre, el San Juan de Dios se encuentra en ruinas. El artista nos abre la puerta al drama de sus ocupantes, ex trabajadores del hospital en su mayoría, que se encuentran sin trabajo desde hace una década.
>
> La composición recrea con gran contraste cromático el estado de abandono del hospital y la perseverancia de sus habitantes, que han decidido en franca protesta cotidiana vivir en las instalaciones del que fuera el eje de su vida profesional (Ibíd.).

Estos aspectos se consignaron en el catálogo *+ Hospital San Juan de Dios*, que puede consultarse en línea[7].



Imagen 2. Algunas de las fotografías de Nicolás Van Helmeryck.

[5] Evento programado para el 27 de octubre de 2013 y publicado en https://www.facebook.com/events/170730319789905/?ref=22 Otros recorridos se hicieron en 2009 (*El Tiempo*, febrero 21 de 2009).

[6] http://www.patrimoniocultural.gov.co/servicios/nuestras-publicaciones/2-publicaciones/90-historia-del-hospital-san-juan-de-dios-de-bogota.html

[7] Este catálogo se puede ver en la página http://www.san-juan-de-dios.com

5.5 Público objetivo

Se han planteado varios nichos profesionales que tienen correspondencia con las áreas de conocimiento involucradas durante el proceso de desarrollo del hospital; por esta razón se perfilan arquitectos, urbanistas y otros profesionales interesados en el patrimonio; del área de la salud enfermeras y médicos vinculados propiamente a la profesión o a la administración de clínicas y hospitales universitarios, así como estudiantes de pregrado y posgrado de las áreas mencionadas –ver anexo 1–; y por supuesto, la comunidad, tanto de la zona aledaña, como otros habitantes de la ciudad cuyos intereses convergen con los temas de este proyecto. La idea de vincular a este público potencial, es ponerlos en conocimiento de los procesos de recuperación del inmueble para generar sentido de pertenencia y apropiación.

5.6 Actividades

Para llevar a cabo los objetivos propuestos anteriormente se determinó la realización de dos piezas gráficas que pudieran llegar, en esta primera etapa, al público objetivo.

5.6.1 Mapa-afiche

Con esta pieza se busca rescatar la totalidad del conjunto hospitalario, dar a conocer su infraestructura mediante planimetrías, fachadas, y datos generales sobre su construcción y desarrollos; así como de sus principales aportes a la medicina. Esta pieza se considera importante porque incluirá un código QR que direccionará a los lectores al link institucional que albergará la página web que se mencionará a continuación.

Especificaciones: plegable a ocho cuerpos, de medio pliego en policromía, tamaño 17 x 24 cm cerrado.

Tipo de Público: jóvenes estudiantes de arquitectura, interesados en el patrimonio cultural y público general.



Imagen 3. Cara externa del plegable y su contenido informativo.



Imagen 4. La cara interior del plegable, al estar desplegada funciona como un afiche.

5.6.2 Audiovisual

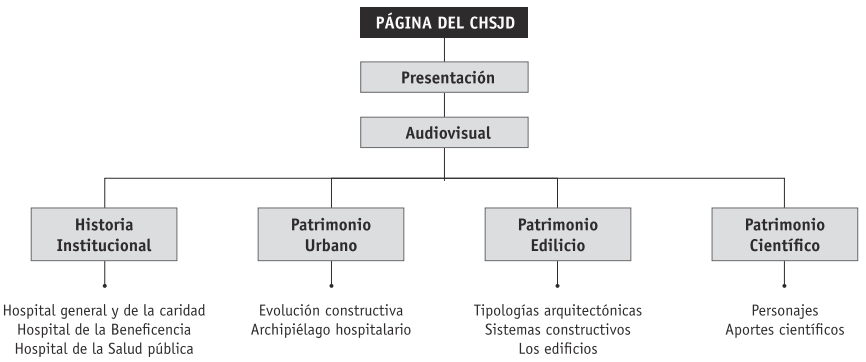
Este audiovisual fue planteado para que los usuarios, de manera concisa, puedan tener una idea general del ambiente arquitectónico, urbanístico y social reinante en la época durante la cual fue inaugurado el hospital; está acompañado por la pieza musical *El Granadino*, un vals de autoría del compositor colombiano José Joaquín Guarín (1825-1854). Actualmente se puede ver en la página de Vimeo (https://vimeo.com/search?q=HSJDD), red social en la cual se comparten videos.

5.6.3 Página web

En esta página se ha proyectado la construcción de cuatro directrices que guían puntos clave para el conocimiento del hospital: la historia institucional, el patrimonio urbano, el edilicio y el científico; en cada una de las cuales se presenta una síntesis de cada temática que permite al usuario tener una idea general de los diferentes tipos de hospital que han existido, de las técnicas y sistemas constructivos implementados en diferentes edificios, así como los aportes científicos y sus principales gestores. En la presentación se ha incluido el audiovisual mencionado antes, pensando en que pueda ser visto por un público totalmente interesado en el Centro Hospitalario.

La página posee una base de datos –MySql– sencilla, que permite una presentación dinámica de la información. Para visualizar su contenido se debe contar con un servidor –local o remoto–. No se entrega en funcionamiento, ya que se recomienda ser alojada en un *hosting* institucional.

Tipo de Público: jóvenes estudiantes de arquitectura, medicina, patrimonio, interesados en el desarrollo de la ciudad y público en general.
Estrategia: difusión de la historia del centro hospitalario.



Gráfica 19. Mapa del sitio del CHSJD.

Sin embargo, visto a futuro se ha contemplado la realización de eventos, piezas gráficas, objetos y el uso de medios virtuales, para desarrollar en el ámbito local y nacional.

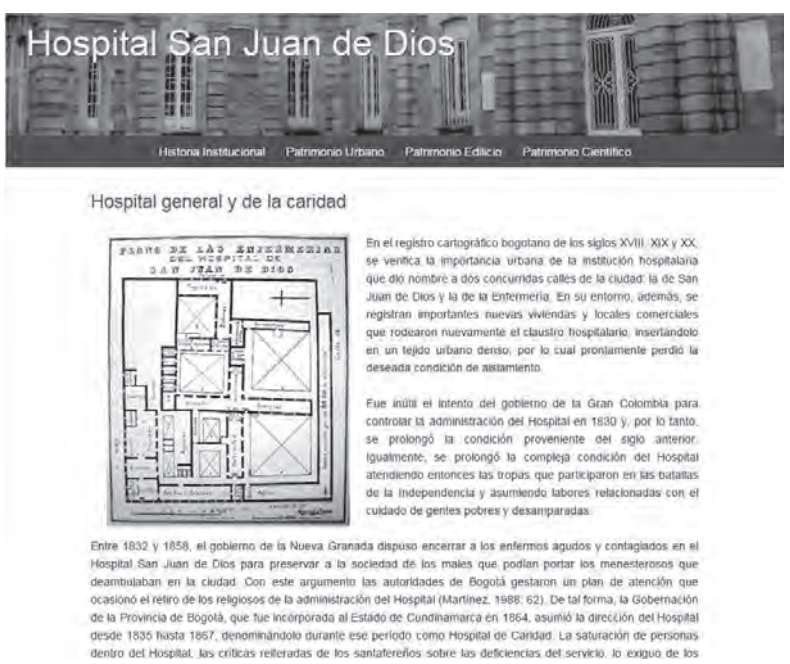


Imagen 5. Captura de pantalla del menú Historia Institucional.



Imagen 6. Captura de pantalla del menú Patrimonio Edilicio / Los edificios.
Presenta un menú inferior, a través del cual el usuario puede desplazarse y observar una imagen de cada uno de los 24 edificios acompañada de las características y valores arquitectónicos más relevantes.



Imagen 7. Captura de pantalla del menú Patrimonio Edilicio / Sistemas Constructivos.
Permite al usuario tener conocimiento sobre los más destacados sistemas que han sido implementados durante las diversas fases constructivas del hospital.

5.6.4 Eventos

Congreso sobre arquitecturas de hospitales universitarios
Se realiza con el fin de afianzar los intereses de este tipo especial de institución médica que permita compartir las experiencias de los distintos profesionales que han lidiado con estos retos tanto médicos como administrativos, actuales o históricos.

Tipo de Público: especialistas, jóvenes estudiantes de arquitectura, medicina, patrimonio.
Estrategia: invitación por internet a facultades de medicina, arquitectura y patrimonio para llegar puntualmente al público propuesto.

«Póngase la camiseta, el San Juan de Dios es la meta»
En la actualidad se han realizado carreras atléticas que tienen diferentes fines, por lo que se propone crear una carrera con el objeto de respaldar al San Juan de Dios como institución.

Tipo de Público: general.
Estrategia: invitación.

Visitas guiadas
Promover con el Instituto Distrital de Patrimonio, el Ministerio de Cultura y la Empresa de Renovación Urbana, visitas guiadas para recuperar un espacio muy significativo para la vida cotidiana de la comunidad.

Tipo de Público: público en general.
Estrategia: formación de vigías del patrimonio.

5.6.5 Piezas gráficas

Exposición
Este recurso puede plantearse como un acompañamiento a un posible evento inaugural de la apertura parcial o total del hospital, para que afiance el proceso que se ha vivido y se muestren las proyecciones futuras que beneficiarán a la comunidad.

Tipo de público: profesionales, jóvenes estudiantes de arquitectura, medicina, patrimonio e interesados en el desarrollo de la ciudad.
Estrategia: envío de periódico científico en pdf a otros hospitales universitarios.

Afiches en el mobiliario urbano asociados con los bienes muebles situados en espacio abierto
Este tipo de piezas permite informar de manera aleatoria, en diversas zonas y a diferentes tipos de comunidad por un tiempo determinado.

Tipo de público: sociedad en general.
Cuándo: mes del patrimonio –septiembre– y a disposición para otras posibles celebraciones y conmemoraciones.
Estrategia: difundir un concepto relevante del CHSJD de manera aleatoria.

Objetos
Con elementos como medio de difusión –pocillos, almanaques o agendas–, se busca prolongar el tiempo de pregnancia del proyecto en determinadas personas, que por su afiliación institucional resultan relevantes por considerarse promotores naturales.

Tipo de público: los directores de otros hospitales universitarios del país y directores de las facultades.

5.6.6 Recursos virtuales

Base fotográfica
Digitalizar las fotografías para la constitución de un banco digital que permita la difusión de las imágenes del centro entre las personas que desconocen el lugar.

Tipo de público: jóvenes estudiantes de arquitectura, medicina, patrimonio e interesados en el desarrollo de la ciudad.
Estrategia: posibilidad de consultarla en cualquier momento

Fan page o blog
Este recurso se plantea con el fin de interactuar con la comunidad y establecer diálogos permanentes entre quienes deseen compartir sus testimonios, apreciaciones de la medicina, la importancia de los hospitales universitarios, etc.

Tipo de público: jóvenes estudiantes de arquitectura, medicina, patrimonio e interesados en el desarrollo de la ciudad.
Estrategia: envío de información periódica.

Postales virtuales conmemorativas
Selección de hechos significativos o fechas conmemorativas del hospital, para subir a páginas y enviar a correos.

Tipo de Público: profesionales, jóvenes estudiantes de arquitectura, medicina, patrimonio e interesados en el desarrollo de la ciudad.
Estrategia: envío de información a facultades y subirla a la *fan page*.

5.7 Nichos para ubicación del público objetivo

Este anexo presenta unas listas de clínicas y hospitales universitarios, profesionales en formación en áreas relacionadas con la arquitectura y con la salud de diferentes universidades y departamentos del país, acompañados de correos electrónicos u otros medios por los cuales es posible contactarlos.

Clínicas y hospitales universitarios colombianos

- Clínica Universitaria Colombia (Bogotá).
- Clínica Universidad de La Sabana (Bogotá).
- Hospital Fundación Universitario Metropolitano (HFUM) (Atlántico).
- Hospital Infantil Universitario «Rafael Henao Toro» (HIU) (Manizales, Caldas).
- Hospital Universitario Erasmo Meoz (Cúcuta, Norte de Santander).
- Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (Neiva).
- Hospital Universitario de Santander (HUS) (Bucaramanga, Santander).
- Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV) (Cali).
- Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) (Bogotá).
- Hospital Universitario San Jorge (HUSJ) (Bogotá).
- Hospital Universitario San Vicente de Paul (Medellín).

Facultades de arquitectura y áreas afines

Ciudad	Universidad	Facultades	Contacto
BOGOTÁ	**Universidad Agustiniana**	Facultad de arquitectura	• http://www.uniagustiniana.edu.co/index.php/conocenos-arquitectura.html • Tel.: PBX. (57) (1) 4193200
	Universidad de América	Facultad de arquitectura	• Tels.: 6580632- 6580636 - 6580656 PBX 6580658 ext.: 657 - 670 - 671 -672 -679
	Universidad Antonio Nariño	Facultad de arquitectura	• http://www.uan.edu.co/arquitectura admisiones@uan.edu.co
	Universidad Católica de Colombia	Facultad de arquitectura	• Call-Center: 327 73 00 - 327 73 33
	Universidad de Los Andes	Facultad de arquitectura	• http://arqdis.uniandes.edu.co/contacto/
		Ingeniería Biomédica	• ingbiomedica@uniandes.edu.co
	Universidad Nacional de Colombia	Escuela de Arquitectura y Urbanismo	• Director Miguel Forero: escarq_farbog@unal.edu.co
		Maestría en conservación del Patrimonio Cultural Inmueble	• Coordinador académico María del Pilar López Maecopat_farbog@unal.edu.co • Asistente Yuly Romero: yfromerol@unal.edu.co
		Maestría en Diseño Urbano	• Coordinador académico Fernando Cortés maecopat_farbog@unal.edu.co • Asistente Elizabeth Beltrán: elbeltranro@unal.edu.co
		Maestría en Ordenamiento Urbano Territorial	• Coordinador académico María Patricia Rincón: maeorden_farbog@unal.edu.co • Asistente Diego Buelvas: maeorden_farbog@unal.edu.co
		Maestría en Urbanismo	• Coordinador académico Rene Antonio Carrasco Rey: racarrascor@unal.edu.co • Asistente Sandra Mondragón: maeu_farbog@unal.edu.co
		Maestría en Historia, Teoría del Arte, la	• Coordinador académico Aurelio Horta: maehista_farbog@unal.edu.co

		Arquitectura y la Ciudad	• Asistente Andrea Fernanda Forero: maehista_farbog@unal.edu.co
		Doctorado en Arte y Arquitectura	• Coordinador académico Silvia Arango: docaa_farbog@unal.edu.co • Asistente Leopoldo Prieto: docaa_farbog@unal.edu.co
	Universidad de La Salle	Facultad de arquitectura	• arquitectura@lasalle.edu.co PBX: (571) 3535360 ext. 2508-2509
		Facultad de Urbanismo	• Urbanismo@lasalle.edu.co PBX: (571) 3535360 ext. 2508-2509
		Magíster en Ciencias del Hábitat	• maestriach@lasalle.edu.co PBX: (571) 3535360 ext. 2508-2509
	Universidad Jorge Tadeo Lozano (UJTL)	Facultad de arquitectura	• PBX: (+57 1) 2427030 Ext. 1610 a 1614 • programa.arquitectura@utadeo.edu.co
		Especialización en Diseño Urbano	• Teléfonos: 2427060 - 2427030 Ext. 3710 - 3711 • diseno.urbano@utadeo.edu.co
		Maestría en arquitectura	• PBX: (+57 1) 2427030 Ext. 1610 a 1614 • programa.arquitectura@utadeo.edu.co
		Maestría en Territorio y ciudad	• Teléfonos: 2427060 - 2427030 Ext. 3710 - 3711 • maestria.territorioyciudad@utadeo.edu.co • mariac.mosquera@utadeo.edu.co
	Asociación Colombiana de Facultades de Arquitectura		• www.arquitecturaacfa.org/
	Universidad Piloto de Colombia (UPC)	Facultad de arquitectura	• conmutador: (1) 332 29 00
		Maestría en arquitectura	• postgrados@unipiloto.edu.co
		Maestría en Gestión Urbana	• postgrados@unipiloto.edu.co
		Facultad de arquitectura	• Tel: (57 1) 3208320 - info@javeriana.edu.co
MEDELLÍN	**Pontificia Universidad Javeriana (PUJ)**	Maestría en Patrimonio Cultural y Territorio, (PUJ)	• Directora Monika Therrien Johannesson / mtherrien@javeriana.edu.co • Coordinador Héctor Raúl Salazar / Posgrados.arquidiseno@javeriana.edu.co
	Universidad La Gran Colombia	Facultad de arquitectura	• Decano Arquitecto Francisco Beltrán Rapalino • facultad.arquitectura@ugc.edu.co
		Tecnólogo en Construcciones Arquitectónicas	• Coordinador del Programa: Arquitecto Nelson Cifuentes Villalobos • programa.tecnologia@ugc.edu.co
		Magíster en Planeación y Gestión del Hábitat Territorial Sostenible	• Coordinador del Programa: Dr. Joseph Gabriel Tobón Rey • joseph.tobon@ugc.edu.co
	Universidad Nacional de Colombia	Facultad de Arquitectura	• Directora Johanna Vélez Rueda: fadearq_med@unal.edu.co
		Pregrado y Maestría en Arquitectura	• laescobar@unal.edu.co
		Especialización en Patología de la edificación y técnicas de intervención y prevención	• laescobar@unal.edu.co
		Escuela de Planeación Urbano Regional (UNAL)	• Pregrado y maestría: planur_med@unal.edu.co
	Universidad Pontificia Bolivariana	Facultad de arquitectura	• Director Arq. Jorge Mario Gómez Velásquez • jorgemario.gomez@upb.edu.co
	Universidad de San Buenaventura	Facultad de arquitectura	• Arq. Sandra Elena Carrión Suárez / sandra.carrion@usbmed.edu.co
ATLÁNTICO	**Universidad del Norte**	Facultad de arquitectura	• Coordinador Arq. Raúl Pérez Arévalo / raulperez@uninorte.edu.co
	Universidad Autónoma del Caribe	Facultad de arquitectura	• keyli.pena@uac.edu.co
BOYACÁ	**Universidad de Boyacá**	Facultad de arquitectura	• comunicaciones@uniboyaca.edu.co
		Maestría en Urbanismo	• comunicaciones@uniboyaca.edu.co
CALDAS	**Universidad Católica de Manizales (UCM)**	Facultad de arquitectura	• http://www.ucm.edu.co/arquitectura/
CÓRDOBA	**Universidad Pontificia Bolivariana**	Facultad de arquitectura	• Director de Facultad: Víctor Fernando Torres / victor.torres@upb.edu.co
NARIÑO	**Universidad de Nariño**	Facultad de arquitectura	• arquitectura@udenar.edu.co
	Institución Universitaria, CESMAG	Facultad de arquitectura	• Facultad de arquitectura • recepcion@iucesmag.edu.co
	Universidad de Pamplona	Facultad de arquitectura	• recepcion@iucesmag.edu.co
QUINDÍO	**Universidad La Gran Colombia**	Facultad de arquitectura, Armenia	• Decano Arq. José Gregorio Vallejo Toro / decanoarq@ugca.edu.co • Secretario Académico Arq. Héctor Zuluaga Monsalve / secreaarq@ugca.edu.co
RISARALDA	**Universidad Católica de Pereira**	Facultad de arquitectura	• Decano Juan José Osorio Valencia / juan1.osorio@ucp.edu.co
SANTANDER	**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**	Facultad de arquitectura	• Decana Facultad Arq. Claudia Patricia Uribe Rodríguez • darqui@mail.ustabuca.edu.co
		Maestría en Ordenamiento Territorial	• PBX 6 800 801 • Línea Gratuita Nacional: 01 8000 917 044
SUCRE	**Corporación Universitaria del Caribe, CECAR**	Facultad de arquitectura, Sincelejo	• Secretaría Kati Milena Angulo Mejía • kati.angulo@cecar.edu.co
TOLIMA	**Universidad de Ibagué**	Facultad de arquitectura	• Centro de contacto: +57(8)270 9444 • Línea gratuita nacional: 018000 91 0277
VALLE DEL CAUCA	**Pontificia Universidad Javeriana**	Facultad de arquitectura, Cali	• Director de Carrera Iván Osuna Motta • arquitectura@javerianacali.edu.co
	Universidad de San Buenaventura	Facultad de arquitectura	• Decano: Juan Marco Duque / jmdrecio@usbcali.edu.co • Secretaria Académica: Liliam Paz / lmpaz@usbcali.edu.co
	Universidad del Valle	Escuela de arquitectura	• fai-arq@univalle.edu.co

Facultades de medicina colombianas

Ciudad	Universidad	Facultades	Contacto
BOGOTÁ	**Universidad Nacional de Colombia**	Facultad de Medicina	• Decanatura: decfacm_bog@unal.edu.co • Vicedecanatura: viceaca_fmbog@unal.edu.co
		Maestría en Salud Pública	
		Doctorado en Ciencias Biomédicas	• Coordinador del Programa: María Clara Echeverry G. docbiomed_fmbog@unal.edu.co
	Pontificia Universidad Javeriana	Especialización Enfermería en Cuidado Crítico	• info@javeriana.edu.co
		Especialización en Gerencia de la Calidad de los Servicios de Salud	• info@javeriana.edu.co
		Especialización en Gerencia Hospitalaria	• info@javeriana.edu.co
		Especialización Enfermería Oncológica	• info@javeriana.edu.co
		Maestría en Administración de la Salud	• info@javeriana.edu.co

		Maestría en Salud Pública	• info@javeriana.edu.co
	Universidad de Los Andes	Ingeniería Biomédica	• ingbiomedica@uniandes.edu.co
		Medicina	• Teléfono (57-1) 3324282
CALDAS	**Universidad Católica de Manizales**	Especialización en administración de la Salud	• http://www.ucm.edu.co/especializacion-en-administracion-de-la-salud/
NARIÑO	**Universidad de Nariño**	Facultad de Medicina	• Decano Facultad: Castulo Fernando Cisneros Rivera / medicina@udenar.edu.co
VALLE DEL CAUCA	**Pontificia Universidad Javeriana**	Medicina	• Directora de Carrera Diana Patricia Henao Rodríguez MD. secmedicina@javerianacali.edu
	Universidad del Valle	Escuela de Medicina	• medicina@correounivalle.edu.co

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, C. (1998). *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios.* Ediciones Díaz de Santos SA.

Bambarén Alatrista, C., & Alatrista Gutiérrez, S. (2008). *Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros.* Lima: SINCO.

Bolíbar Ribas, B., & Violan Fors, C. (2011). La organización de la Investigación en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 4*(1).

Kurhekar, M., & Ghoshal, J. (2010). Technological innovations in healthcare industry. *setLab Briefings, 8*(3).

Constitución Política de Colombia. (1991). *Titulo XII. Del régimen económico y de la Hacienda Pública. Capítulo 3. Del presupuesto. Art. 355*.

Acosta Chávez, M. (2008). El hospital en el Siglo XXI. *Revista Horizonte Médico, 8*(2), 56-59.

Amporfu, E. (2008). Quality Effect or Early Discharge or Maternity Patients: Does Hospital Specialization Matter? *Forum for Health Economics & Policy, 11*(2), 1-28.

Botero Morales, J. (2013). *Metodología Para Medir Y Evaluar Las Capacidades De Innovación Tecnológica En Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud Bajo Un Enfoque De Lógica Difusa.* Tesis de Maestría , Universidad Nacional de Colombia , Escuela de Ingeniería de la Organización , Medellín .

Brenner , D. (2012). Next-generation academic medicine. *The Journal of Clinical Investigation, 122*(11), 4280-4282.

Buxton , M., Hanney , S., & Jones , T. (2004). Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review. *Bull World Health Organ, 82*.

Clancy, C., Margolis , P., & Miller , M. (2013). Collaborative Networks for Both Improvement and Research. *Pediatrics, 131*(S210), 210-214.

Congreso de Colombia. (1989). *Ley 9 de 1989. Por la cual se dictan normas sobre planes de desarrollo municipal, compraventa y expopiacón de bienes y se dictan otras disposiciones.* Bogotá: Diario Oficial No. 38.650.

Congreso de la República de Colombia. (28 de Octubre de 1993). Ley 80 de 1993. Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Congreso de la República de Colombia. (1997). Ley 397 de 1997. Ley General de Cultura.

Congreso de la República de Colombia. (29 de Noviembre de 2001). Ley 708 de 2001. *Por la cual se establecen normas relacionadas cn el subsidio familiar para vivienda de interés social y se dicta otras disposiciones*.

Congreso de la República de Colombia. (14 de Marzo de 2002). Ley 735 de 2002 "Por la cual se declaran monumentos nacionales, el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil; se adoptan medidas para la educación universitaria y se dictan otras disposiciones". *Diario oficial*(44.726).

Congreso de la República de Colombia. (19 de Enero de 2011). Ley 1438 de 2011. por medio de la cual se reforma el sistema de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. (16 de Junio de 2011). Ley 1450 de 2011. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.

Corte Constitucional. (14 de Julio de 1994). Sentencia C-506.

Corte Constitucional. (9 de Septiembre de 1999). Sentencia de Constitucionalidad C- 671.

Corte Constitucional. (5 de Septiembre de 2001). Sentencia C-949.

Dakik, H., Kaidbey, H., & Sabra, R. (2006). Research productivity of the medical faculty at the American University of Beirut. *Postgrad Med J, 82*.

Djella, F., & Gallouj, F. (2005). Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy, 34*, 817-835.

Escobar Gil, R. (1999). *Teoría general de los contratos de la administración pública.* Bogotá: Legis.

Ferrer Arnedo , C. (2013). Equipos eficientes y eficaces para afrontar los problemas en el siglo XXI. *IX Congreso Regional de Calidad Asistencial*, (págs. 22-24). Murcia .

Guterman, S. (2006). Specialty Hospitals: a Problem or a Symptom? *Health Affairs, 25*(1), 95-105.

Jaramillo Salazar , H. (2007). El Hospital como organización del conocimiento y espacio de formación de investigadores en salud. *Seguimiento al Sector Salud en Colombia, Así vamos en Salud* , (pág. 62). Cali .

Jara-Navarro, M. (2012). El reto de la investigación y la producción científica en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, 11*(22), 5-10.

Jarillo, J. (1992). *Dirección estratégica.* Bogotá : McGraw Hill .

Jiménez-Navarro, M., Delgado García, A., & Estebaranz García, J. (2011). Unidades de investigación asistencial: una propuesta organizativa. *Cardiocore, 46*(4).

Lemon , S., Zapka , J., Estabrook , B., & Benjamin , E. (2006). Challenges to Research in Urban Community Health Centers. *American Journal of Public Health, 96*(4), 626-628.

Lindlbauer, I. (Mar de 2014). The relationship between hospital specialization and hospital Efficiency: different measures of specialization lead to different results? . *Health Care Management Science*(10729).

Marwik, C. (2001). Scientist recall progress and promise of translational research. *J Natl Cancer Inst, 93*, 13-15.

Mello , M., Phil , M., Clarridge, B., & Studdert, D. (2005). Academic Medical Centers' Standards for Clinical-Trial Agreements with Industry. *N Engl J Med, 352*(21), 2202-10.

Ministerio de Cultura. (20 de Mayo de 2010). Resolución 0983 de 2010. *Por la cual se desarrollan algunos aspectos técnicos relativos al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza material*.

Ministerio de Cultura. (2011). Formulación e implementación de Planes Especiales de Manejo y Protección. Bienes inmuebles de interés cultural. *Programa Bitácora del Patrimonio*.

Minna, J., & Gazdar, A. (1996). Translational research comes of age. *Nature Med, 2*, 974-975.

Moses , H., & Martin , J. (2011). Biomedical Research and Health Advances. *N engl j med, 364*(6), 567-571.

Muñoz Arias, J., & Calderón Hernández, G. (2008). Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, 7*(15), 131-154.

Myers, L., Fox, K., & Vladeck, B. (1990). Health Services Research in a Quick and Dirty World: The New York City Hospital Occupancy Crisis. *HSR: Health Services Research, 25*(5), 739-755.

Organización de Cooperación y Desarrollo Economico. (2005). *Manual de Oslo: Guía para la e interpretación de datos sobre innovación.* OCDE & Oficina de Estadísticas de las Comunidades Europeas, Madrig .

Paccaud, F., Weihofen, A., & Nocera, S. (2011). Public Health Education in Europe: Old and New Challenges. *Public Health Reviews, 33*(3), 2107-6952.

Pacheco, L. (2008). Perfil gerencial para las instituciones prestadoras de salud en Barranquilla. *pensamiento & gestión, 25*, 139-160.

Peters , T., & Waterman , R. (1982). *In search of excellence* (First ed.). New York : HarperCollins .

Pienta, K. (2010). Successfully accelerating translational research at an academic medical center: The University of Michigan-Coulter Translational Research Partnership Program. *Clin Transl Sc, 3*(6), 316-318.

Pizzo , P. (2007). Fostering innovation without compromising integrity. *CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE, 74*(s2), s10-s11.

Presidencia de la República de Colombia. (10 de Marzo de 2009). Decreto 763 de 2009. *Por el cual se reglamentan parcialomente las Leyes 814 de 2003 y 397 de 1997 modificada por medio de la Ley1185 de 2008, en lo correspondiente al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza material*.

Puerta, J., Martín-Moreno, J., Bravo, S., & Gutiérrez-Fuentes, J. (2011). Valoración de la investigación que se realiza en los hospitales españoles. *Rev Clin Esp., 211*(4), 169—178.

Puljak, L., Vukojević, K., Kojundžić, S., & Sapunar, D. (2008). Assessing Clinical and Life Sciences Performance of Research Institutions in Split, Croatia, 2000-2006. *Croat Med J., 49*, 164-174.

Rodés, J. (2007). La experiencia del Hospital Clínic de Barcelona: integración Facultad de Medicina - IDIBAPS - Hospital Universitario. *Educación Médica, 10*(4), 202-208.

Rodríguez Morales , A., & Rendón, M. (2012). Situación de la investigación y publicación científica en Colombia y en el departamento de Risaralda: Revisión de indicadores en el contexto de la creación de la Oficinade Investigación Científica de COODESURIS. *revista Médica de risaralda, 18*(1).

Rubenstein, L., & Pugh, J. (2006). Strategies for Promoti ng Organizati onal and Pract ice Change by Advancing Implementation Research. *J GEN INTERN MED, 21*, S58–64.

Rubio, S. (2000). *Glosario de planificación y economía sanitaria* (Segunda ed.). Madrd: Ediciones Díaz de Santos SA.

Sallenave, J. (1994). *La gerencia integral*. Bogotá: Norma.

Sánchez Jara, J. (2012). *Reestructuración técnico – administrativa de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Pablo Arturo Suárez dela ciudad de Quito.* Tesis de maestría, Universidad Técnica Particular de Loja, Qutio.

Schneider, J., Ohsfeldt, R., Morrisey, M., Li, P., Miller, T., & Zelner, B. (2008). Effects of Specialty Hospitals on the Financial Performance of General Hospitals, 1997 -2004. *Inquiry*(44), 321-34.

Sheedy , D., Garrick, T., Dedova, I., Hunt, C., Miller , R., Sundqvist, N., y otros. (2008). An Australian Brain Bank: a critical investment with a high return! *Cell Tissue Bank, 9*(3), 205-216.

Shine, K. (1998). The Health Sciences, Health Services Research, and the Role of the Health Professions. *HSR Health Services Research, 33*(3), 439-445.

Silva Colmenares, J. (1996). Las empresas sociales en Colombia:"Superavit de las necesidades y déficit de gerencia". *Investigación y Desarrollo, 4*, 43-72.

Superintendencia Nacional de Salud. (27 de Diciembre de 2010). Circular externa No. 067. *Asociación o alianzas estratégicas para la prestación de servicios de salud.*

Tucci, D., Schulz , K., & Witsell , D. (2010). Building a National Research Network for Clinical Investigations in Otology & Neurotology. *Otol Neurotol, 31*(2), 190-195.

Vagelos , P. (2007). Innovation and industry-academia interactions:Where conflicts arise and measures to avoid them. *CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE, 74*(S2), 12-13.

Vam Helmeryck, N. (2011). *+ San Juan de Dios.* Bogotá: Embajada de Suiza en Colombia.

Yam, R., Lo, W., Lau, A., & Tang, E. (2011). Analysis of sources of innovation, technological innovation capabilities, and performance: An empirical study of Hong Kong manufacturing industries. *Research Policy, 40*, 391-402.

Zamora Barrón, M. (2003). La administración y la medicina un vínculo necesario. *Acta Médica, 1*(3), 173-175.

Zuluaga Rico, M., & Perdomo Orozco, L. (2011). *Propuesta metodológica para el mejoramiento de la competitividad vía servicio al cliente en las Pymes del sector salud en Medellín.* Trabajo de pregrado, Escuela de Ingenieria de Antioquia, Ingeniería administrativa, Envigado.

ANEXOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

ANEXO NO 1. PMA DEL CHSJD, SIN EL IMI

Tabla 45-. PMA - Ed. Central (–Ala oriental–).

NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CUADRO DE ÁREAS PROPUESTA				
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD	Sala de espera 40 personas	1	100,00	100,00
	Cafeteria publico y personal	1	50,00	50,00
	Baños publico hombres y mujeres (baterias de 4 unidades c/u)	2	12,00	24,00
	Baños discapacitados	2	4,00	8,00
	Informacion-porteria	1	4,00	4,00
	Recepcion urgencias 2 puestos de atencion	2	6,00	12,00
	Referencia y contrareferencia	1	4,00	4,00
	Puesto Policia	1	4,00	4,00
	Bahia para camillas y sillas de ruedas	2	2,00	4,00
	Consultorio Triage	2	10,00	20,00
	Oficina de Coordinación Urgencias Adultos	1	10,00	10,00
	Oficinas administrativas, facturacion,estadistica,contabilidad, archivo, etc	6	5,00	30,00
	Sala de reanimación	1	20,00	20,00
	Sala de procedimientos	2	12,00	24,00
	Sala de Yesos	1	14,00	14,00
	Farmacia-Botiquin	1	25,00	25,00
	Consultorios de atencion inmediata con baño	4	14,00	56,00
	Área de ducha pacientes en camilla H y M	1	6,00	6,00
	Urgencias Observación hombres y mujeres (camillas)	24	8,00	192,00
	Baño pacientes con ducha hombres y mujeres (baterias)	2	6,00	12,00
	Aislado con baño (cubiculo)	1	12,00	12,00
	Puesto de enfermeras	1	14,00	14,00
	Trabajo sucio	1	6,00	6,00
	Trabajo limpio	1	6,00	6,00
	Terapia respiratoria-sillas	4	3,00	12,00
	Baño pacientes	2	2,00	4,00
	Terapeutas	2	4,00	8,00
	Deposito y lavado	1	4,00	4,00
	Sala de RX convencional con cuarto tecnico	1	25,00	25,00
	Ecografo con baño	2	14,00	28,00
	Sala lectura radiologo+asistente	1	16,00	16,00
	Estar, baño y vestier enfermeras	1	12,00	12,00
	Sala de reuniones medicas	1	14,00	14,00
	Descanso de personal medico con baños y lockers(Dormitorios)	1	12,00	12,00
	Cuarto de custodia	1	6,00	6,00
	Aseo	1	6,00	6,00
	Deposito temporal de basuras clasificadas	3	4,00	12,00
	Camillas y silla de ruedas	1	6,00	6,00
	Deposito ropa sucia	1	10,00	10,00
	Deposito ropa limpia (closet)	1	10,00	10,00
	Deposito de cadaveres	1	12,00	12,00
	SUBTOTAL			**854,00**
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		213,50
	TOTAL URGENCIAS			**1.067,50**

LABORATORIO CLINICO DE BAJA COMPLEJIDAD	Sala de espera(12)	1	20,00	20,00
	Baños publico hombres y mujeres	2	4,00	8,00
	Baño discapacitados	1	4,00	4,00
	Recepcion de muestras y entrega resultados	1	6,00	6,00
	Toma de muestras (cubiculos)	3	3,00	9,00
	Toma de muestras especiales con baño	1	12,00	12,00
	Centrifugas y manejo de muestras	1	1,00	1,00
	Quimica	1	4,00	4,00
	Microbiologia	1	4,00	4,00
	Hematologia	1	4,00	4,00
	Uroanalisis y coprológico	1	4,00	4,00
	Lavado y esterilizacion	2	6,00	12,00
	Neveras	7	1,00	7,00
	Facturacion	1	5,00	5,00
	Direccion	1	8,00	8,00
	Estar de personal con baño	1	8,00	8,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			119,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	20%		23,80
	TOTAL LABORATORIO CLINICO			**142,80**
EQUIPOS Y MAQUINAS	Tanque de vacio	1	15,00	15,00
	Cilindros, manifolds gases medicinales	1	45,00	45,00
	Cuarto de bombas hidroneumatico	1	30,00	30,00
	Subestacion electrica	1	20,00	20,00
	Planta(s) electrica(s)	1	16,00	16,00
	Bombas contra incendio	1	15,00	15,00
	Baños personal mantenimiento con lockers y vestieres	2	6,00	12,00
	Cuartos para Equipos Aire Acondicionado	1	25,00	25,00
	Voz y Datos, Racks, central computo	1	12,00	12,00
	Seguridad alarmas	1	12,00	12,00
	SUBTOTAL			202,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	10%		20,20
	TOTAL MAQUINAS			**222,20**
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS			**1.494,50**
	TANQUE SUBTERRANEO DE AGUA + CONTRA INCENDIOS(800 M3)	1		60,00
	Circulaciones generales	20%		298,90
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS ASISTENCIAL			**1.853,40**
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			16
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			4
	PARQUEADEROS EXIGIDOS			20

Tabla 46. PMA - Ed. Santiago Samper.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA EDIFICIO SANTIAGO SAMPER - AUDITORIO CARRIÓN CON 1108 M2 EN 2 PISOS DISPONIBLES				
SERVICIO	**AMBIENTE**	**UN**	**AREA/M2**	**AREAS TOTALES**
BIENESTAR ESTUDIANTIL	Recepción y control	1	12,00	12,00
	Dormitorios Hombres y Mujeres (20 estudiantes/ala)	4	100,00	400,00
	Baterías de baños Hombres y Mujeres con ducha	12	6,00	72,00
	Salones de estudio, lectura + internet	5	25,00	125,00
	Estar esparcimiento y descanso (Sala TV, juegos de mesa)	3	50,00	150,00
	Auditorio (60 personas) de acuerdo con el area disponible	1	90,00	90,00
	SUBTOTAL AREAS BIENESTAR ESTUDIANTIL			849,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		212,25
	TOTAL BIENESTAR ESTUDIANTIL			**1061,25**
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			**9**
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			**2**
	CUPOS PARQUEADEROS			**11**

Tabla 47. PMA - Ed. Salud Mental.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO SALUD MENTAL 2,273.00 M2 DISPONIBLES UTILES				
SERVICIO	**AMBIENTE**	**UN**	**AREA/M2**	**AREAS TOTALES**
CONSULTORIOS	Sala de Espera pacientes (1/ piso)	2	36,00	72,00
	Batería de baños públicos (2/piso)	4	9,00	36,00
	Recepcion-citas	1	12,00	12,00
	Oficina de coordinacion o direccion	1	12,00	12,00
	Consultorios sin baño	8	12,00	96,00
	Archivo historias	1	8,00	8,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			244,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		61,00
	TOTAL CONSULTA UNIDAD MENTAL			**305,00**
HOSPITALIZACION	Sala de espera visitas (Baños públicos compartidos con consulta externa)	1	20,00	20,00
	discapacitados	2	4,00	8,00
	Habitaciones individuales con baño en primer piso	6	25,00	150,00
	Habitaciones acomodacion multiple sin baño (10 habitaciones,20 camas)	10	30,00	300,00
	Batería de baños comunes pacientes hombres y mujeres con ducha	2	16,00	32,00
	Estación de enfermería (1 por piso)	2	12,00	24,00
	Farmacia interna	1	16,00	16,00
	Trabajo sucio	2	4,00	8,00
	Trabajo limpio	2	4,00	8,00
	Vestuario, baños femenino y masculino personal con lockers	2	8,00	16,00
	Camillas	2	2,00	4,00
	Deposito ropa sucia	2	4,00	8,00
	Deposito ropa limpia	2	1,00	2,00
	Descanso personal medico	1	18,00	18,00
	Dormitorio médicos de turno con baño.	1	15,00	15,00
	Basuras	2	4,00	8,00
	Aseo	2	4,00	8,00
	SUBTOTAL			645,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		161,25
	TOTAL HOSPITALIZACION UNIDAD MENTAL			**806,25**
TERAPIAS	Puestos de trabajo terapeutas y coordinacion	4	6,00	24,00
	Baños y vestieres pacientes con ducha	1	8,00	8,00
	Terapia fisica-gimnasio	1	45,00	45,00
	Terapia ocupacional	4	15,00	60,00
	Hidroterapia	1	25,00	25,00
	Deposito de insumos	1	4,00	4,00
	Deposito de equipos	1	8,00	8,00
	Baño personal con lockers	1	6,00	6,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL COCINA.			188,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		47,00
	TOTAL TERAPIAS			235,00

Tabla 48. PMA - Ed. Cundifarma.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN CUNDIFARMA 2 PISOS DISPONIBLES				3.071 M2 EI
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
COMERCIO Y SERVICIOS	Hall de acceso	2	45,00	90,00
	Baterias de Baños público hombres y mujeres	2	16,00	32,00
	Informacion-porteria	1	8,00	8,00
	Local tipo 1	2	120,00	240,00
	Local tipo 2	1	50,00	50,00
	Local tipo 3	10	35,00	350,00
	Local tipo 4	7	25,00	175,00
	Local tipo 5	4	18,00	72,00
	Plazoleta de comidas(mesas)	2	260,00	520,00
	Cuarto técnico (tableros, contadores etc.)	1	8,00	8,00
	Cuarto de aseo y basuras	2	4,00	8,00
	SUBTOTAL			**1.553,00**
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	20%		310,60
	TOTAL LOCALES COMERCIALES			1863,6
OFICINAS-SERVICIOS 2 PISO	Oficinas tipo 1	2	150,00	300,00
	Oficinas tipo 2	1	110,00	110,00
	Oficinas tipo 3	3	75,00	225,00
	Oficinas tipo 4	1	50,00	50,00
	Oficinas tipo 5	4	30,00	120,00
	Oficinas administración	1	50,00	50,00
	Servicios sanitarios hombres y mujeres	2	16,00	32,00
	Cuarto de aseo y basuras	2	6,00	12,00
	SUBTOTAL			899,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	15%		134,85
	TOTAL OFICINAS			1033,85
PUNTO FIJO	Ascensor (Silla de ruedas)	1	8,00	8,00
	Escaleras	2	20,00	40,00
	Cuartos tecnicos electricos + rack+ UPS	1	4,00	4,00
	Cuartos tecnicos rack+ UPS	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			56,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	15%		8,40
	TOTAL PUNTO FIJO (1)			64,40
	TOTAL PUNTO FIJO (2 Pisos)	2		128,8
PARQUEADEROS				
	TOTAL AREA CONSTRUIDA			**3.026,25**
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA			38
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA			9
	CUPOS PARQUEADEROS REQUERIDOS			46

Tabla 49. PMA - Ed. Enfermedades Tropicales.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO EN EDIFICIO ENFERMEDADES TROPICALES CON 1.722,80 M2 DISPONIBLES EN 2 PISOS OBJETIVO: TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO				
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
NEUMOLOGIA	Sala de Espera (10 personas)	1	15,00	15,00
	Baños publico	2	4,00	8,00
	Recepcion	1	6,00	6,00
	Oficina de coordinacion Broncoscopia	1	10,00	10,00
	Sala de procedimientos	1	16,00	16,00
	Lavados quirurgicos	1	1,00	1,00
	Preparacion-recuperacion pacientes camillas	4	6,00	24,00
	Baño y vestier pacientes	2	4,00	8,00
	Puesto enfermeras	1	6,00	6,00
	Trabajo sucio+trabajo limpio	2	4,00	8,00
	Cuarto de equipos	1	6,00	6,00
	Baño, vestuario personal H y M	2	4,00	8,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			124,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		31,00
	TOTAL NEUMOLOGIA			**155,00**
GASTROENTEROLOGIA	Sala de Espera (10 personas)	1	15,00	15,00
	Baños publico	2	4,00	8,00
	Recepcion, citas, informacion	1	9,00	9,00
	Consultorio Gastroenterologia Adultos con baño	1	12,00	12,00
	Sala de procedimientos	2	16,00	32,00
	Coordinacion gastro	1	10,00	10,00
	Preparacion pacientes	2	8,00	16,00
	Recuperacion pacientes	4	8,00	32,00
	Puesto enfermeras	1	9,00	9,00
	Baños y vestier pacientes hombres y mujeres	2	6,00	12,00
	Cuarto de Equipos	1	6,00	6,00
	Cuarto de lavado de equipos	1	6,00	6,00
	Baño, vestuario personal H y M	2	4,00	8,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			151,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		37,75
	TOTAL GASTROENTEROLOGIA			**188,75**
UNIDAD DE DIALISIS O NEFROLOGIA	Sala de Espera (10 personas)	1	15,00	15,00
	Baños publico	2	4,00	8,00
	Recepcion	1	9,00	9,00
	Sillas dialisis	60	6,00	360,00
	Planta de tratamiento	1	16,00	16,00
	Consulta nutricion	1	12,00	12,00
	Consulta medica con baño	1	12,00	12,00
	Sala entrenamiento	1	12,00	12,00
	Baño y vestier con lockers pacientes	2	12,00	24,00
	Coordinacion	1	10,00	10,00
	Sala docencia	1	15,00	15,00
	Puesto de enfermeras	2	9,00	18,00
	Trabajo sucio y trabajo limpio	8	4,00	32,00
	Cuarto de Equipos	1	12,00	12,00
	Baño, vestuario personal H y M	2	6,00	12,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			575,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		143,75
	TOTAL UNIDAD DE DIALISIS O NEFROLOGIA			**718,75**

CIRUGIA OFTALMOLOGICA AMBULATORIA	Sala de espera	1	18,00	18,00
	Baños publico	2	4,00	8,00
	Recepcion informacion	1	6,00	6,00
	Oficina coordinacion cirugia	1	10,00	10,00
	Consultorios de diagnóstico (Paquimetría, Topografía, etc)	4	8,00	32,00
	Quirofanos	3	25,00	75,00
	Circulacion de salida sucio	1	16,00	16,00
	Lavamanos quirúrgicos	5	1,00	5,00
	Transfer pacientes	1	6,00	6,00
	Preparacion cirugia ambulatoria-sillas	6	4,00	24,00
	Baños y vestier pacientes con lockers	2	6,00	12,00
	Recuperacion cirugia	6	8,00	48,00
	Puesto enfermeras	1	9,00	9,00
	Trabajo sucio y limpio	2	4,00	8,00
	Ropa limpia	1	2,00	2,00
	Deposito de medicamentos-Farmacia	1	6,00	6,00
	Deposito de anestesia	1	6,00	6,00
	Pre-lavado de instrumental	1	2,00	2,00
	Deposito de equipos	1	4,00	4,00
	Sala de docencia	1	15,00	15,00
	Informes medicos puestos de trabajo	3	3,00	9,00
	Estacionamiento Camillas y sillas de ruedas	1	2,00	2,00
	Baños y vestier medicos	2	12,00	24,00
	Baños y vestier personal auxiliar	1	8,00	8,00
	Sala estar medicos	1	14,00	14,00
	Ropa sucia	1	4,00	4,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basura	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			307,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		76,75
	TOTAL CIRUGIA			**383,75**

LAVADO Y ESTERILIZACION	Puesto de trabajo Coordinación	1	6,00	6,00
	Baño y vestier con lockers personal	1	6,00	6,00
	Recepción de Material	1	6,00	6,00
	Lavado	1	4,00	4,00
	Preparacion paquetes	1	6,00	6,00
	Autoclaves o esterilizador	1	2,00	2,00
	Deposito material estéril	1	6,00	6,00
	Aseo	1	2,00	2,00
	Basuras	1	2,00	2,00
	SUBTOTAL			40,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	20%		8,00
	TOTAL LAVADO Y ESTERILIZACION			**48,00**
EQUIPOS Y MAQUINAS	Cilindros, manifolds gases medicinales	1	6,00	6,00
	Cuarto de bombas hidroneumatico	1	4,00	4,00
	Equipos AA	1	4,00	4,00
	Control master seguridad alarmas	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			18,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	10%		1,80
	TOTAL MAQUINAS			**19,80**

	Ascensor camillero	1	8,00	8,00
	Escaleras publico+restringida+emergencia	2	20,00	40,00
	Cuartos tecnicos rack+ UPS	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			52,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	10%		5,20
	TOTAL PUNTO FIJO (1)			57,20
	TOTAL PUNTO FIJO (2 PISOS)	2		114,40
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS			**1.628,45**
	Circulaciones generales	10%		162,85
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS ASISTENCIAL			**1.791,30**
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			**16**
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			**4**
	CUPOS PARQUEADEROS			**19**

Tabla 50. PMA - Ed. Inmunológico.

CUADRO DE AREAS PROPUESTO PARA EDIFICIO ADMINISTRATIVO EN INSTITUTO DE INMUNOLOGIA CON 864 M2 DISPONIBLES OBJETIVO: AREAS ADMINISTRATIVAS ASISTENCIALES + 200 M2 APROX EN TORRE CENTRAL				
SERVICIO	**AMBIENTE**	**UN**	**AREA/M2**	**AREAS TOTALES**
ADMINISTRACION	Gerencia general con baño privado	1	25,00	25,00
	Direccion administrativa con baño privado	1	18,00	18,00
	Direccion Cientifica con baño privado	1	25,00	25,00
	Sala de juntas	1	35,00	35,00
	Direcciones y jefaturas medicas-enfermeria	12	8,00	96,00
	Area financiera puestos de trabajo	10	6,00	60,00
	Area contable puestos de trabajo	10	6,00	60,00
	Area personal o recursos humanos puestos de trabajo	10	6,00	60,00
	Area planeacion puestos de trabajo	10	6,00	60,00
	Secretarias puestos de trabajo	4	5,00	20,00
	Sala de espera visitantes	1	12,00	12,00
	Baños visitantes	2	4,00	8,00
	Baño , vestier y lockers personal	2	4,00	8,00
	Cafeteria tintos	1	12,00	12,00
	Archivo administracion-insumos papeleria	1	12,00	12,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			519,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	15%		77,85
	TOTAL AREAS ADMINISTRATIVAS			**596,85**
	Ascensor	1	8,00	8,00
	Escaleras publico+restringida+emergencia	1	20,00	20,00
	Cuartos tecnicos electricos + rack+ UPS	3	6,00	18,00
	Cuartos tecnicos rack+ UPS	1	8,00	8,00
	SUBTOTAL			54,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	10%		5,40
	TOTAL PUNTO FIJO (1)			59,40
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS			**752,25**
	Circulaciones generales	10%		75,23
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS ASISTENCIAL			**827,48**
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			**7**
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			**2**
	CUPOS PARQUEADEROS			**8,90**

Tabla 51. PMA - Ed. Siberia.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA EDIFICIO SIBERIA CON 1591,27 M2 EN UN PISO OBJETIVO: CENTRO DE CONVENCIONES Y BIBLIOTECA				
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
CENTRO DE CONVENCIONES	Auditorio principal	1	260,00	260,00
	Biblioteca	1	100,00	100,00
	Auditorio	3	100,00	300,00
	Salas de estudio	4	40,00	160,00
	Oficinas de administración + depósito equipos	1	140,00	140,00
	Hall de exposiciones	1	150,00	150,00
	Sala de proyecciones	1	15,00	15,00
	Barra de café	1	15,00	15,00
	Baños	2	20,00	40,00
	Librería	1	14,00	14,00
	Recepción	1	14,00	14,00
	Aseo	1	6,00	6,00
	Basuras	1	6,00	6,00
	Cuarto electrico, UPS, Rack	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			1.224,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	30%		367,20
	TOTAL CENTRO DE CONVENCIONES			1.591,20
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			14
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			3
	CUPOS PARQUEADEROS			17,11

Tabla 52. PMA - Ed. Convento.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA CONVENTO AREA DISPONIBLE DE 754 M2 EN UN PISO OBJETIVO: MUSEO DE CIENCIAS DE LA SALUD				
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
SALAS DE EXPOSICIÓN	Salones para grupos de estudio (6/8 personas)	5	12,00	60,00
	Oficina Administrativa	1	24,00	24,00
	Salas de exposicion temporal	4	24,00	96,00
	Salas de exposicion permanente	5	40,00	200,00
	Sala de exposición principal	1	80,00	80,00
	Áreas de bodegas	1	40,00	40,00
	Lockers para público	1	5,00	5,00
	Baños	2	12,00	24,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	6,00	6,00
	Cuarto electrico, UPS, Rack	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			543,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	35%		190,05
	TOTAL AULAS			733,05
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	AC)			6
	AC)			1
	CUPOS PARQUEADEROS REQUERIDOS			7,88

Tabla 53. PMA - Ed. San Jorge.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA ESPACIOS DE LABORATORIOS EN SAN JORGE CON 1041,76 M2 EN 2 PISOS DISPONIBLES OBJETIVO: ESPACIOS PARA LABORATORIOS				
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
LABORATORIOS	Laboratorios	8	100,00	800,00
	Control y seguridad	1	6,00	6,00
	Baños de visitantes	2	10,00	20,00
	Baños personal	2	10,00	20,00
	Aseo	2	5,00	10,00
	Basuras	1	5,00	5,00
	Cuarto electrico, UPS, Rack	1	5,00	5,00
	SUBTOTAL			866,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	20%		173,20
	TOTAL LABORATORIOS			1.039,20
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			9
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			2
	CUPOS PARQUEADEROS REQUERIDOS			11,17

Tabla 54. PMA - Ed. San Roque.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA ESPACIOS DE INVESTIGACIÓN EN SAN ROQUE CON 1088 M2 EN 2 PISOS DISPONIBLES OBJETIVO: ESPACIOS PARA LA INVESTIGACIÓN				
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
INVESTIGACIÓN	Laboratorios de investigación	8	100,00	800,00
	Control y seguridad	1	6,00	6,00
	Baños de visitantes	2	10,00	20,00
	Baños personal	2	10,00	20,00
	Aseo	2	4,00	8,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	Cuarto electrico, UPS, Rack	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			862,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		215,50
	TOTAL INVESTIGACIÓN			1.077,50
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			9
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			2
	CUPOS PARQUEADEROS			11,58

Tabla 55. PMA - Ed. Paulina Ponce de León.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA SERVICIO DE AULAS DOCENTES EN EDIFICIO DENOMINADO CIRUGIA PLASTICA O PAULINA PONCE DISPONIBLE 1,476 M2 EN 2 PISOS				
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
AULAS DOCENTES	Salas de estar	2	30,00	60,00
	Baterias Baños estudiantes (hombres y mujeres)1°piso	2	12,00	24,00
	Recepcion y seguridad	2	9,00	18,00
	Coordinación academica y archivo	2	8,00	16,00
	Aulas Docentes	30	25,00	750,00
	Deposito material audiovisual	2	8,00	16,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	Lockers Estudiantes	1	10,00	10,00
	SUBTOTAL			902,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	20%		180,40
	TOTAL AULAS DOCENTES			1.082,40

	Escaleras publico+emergencia	2	20,00	40,00
	Cuarto técnico	2	4,00	8,00
	Cuarto tableros, rack,UPS	1	6,00	6,00
	SUBTOTAL			54,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		13,50
	TOTAL PUNTO FIJO (1)			67,50
	TOTAL PUNTO FIJO (2 Pisos)	2		135,00
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS			**1.217,40**
	Circulaciones generales	20%		243,48
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS DOCENCIA- INVESTIGACIÓN			1.460,88
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			13
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			3
	CUPOS PARQUEADEROS REQUERIDOS			**15,70**

Tabla 56. PMA - Ed. San Lucas.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA SERVICIO DE AULAS DOCENTES EN EDIFICIO DENOMINADO SAN LUCAS DISPONIBLE 1,476 M2 EN 2 PISOS				
SERVICIO	**AMBIENTE**	**UN**	**AREA/M2**	**AREAS TOTALES**
AULAS DOCENTES	Salas de estar	2	30,00	60,00
	Baterias Baños estudiantes (hombres y mujeres)1*piso	2	12,00	24,00
	Recepcion y seguridad	2	9,00	18,00
	Coordinación academica y archivo	2	8,00	16,00
	Aulas Docentes	30	25,00	750,00
	Deposito material audiovisual	2	8,00	16,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	Lockers Estudiantes	1	10,00	10,00
	SUBTOTAL			902,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	20%		180,40
	TOTAL AULAS DOCENTES			**1.082,40**
	Escaleras publico+emergencia	2	20,00	40,00
	Cuarto técnico	2	4,00	8,00
	Cuarto tableros, rack,UPS	1	6,00	6,00
	SUBTOTAL			54,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		13,50
	TOTAL PUNTO FIJO (1)			67,50
	TOTAL PUNTO FIJO (2 Pisos)	2		135,00
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS			**1.217,40**
	Circulaciones generales	20%		243,48
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS DOCENCIA- INVESTIGACIÓN			1.460,88
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			13
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			3
	CUPOS PARQUEADEROS REQUERIDOS			**15,70**

Tabla 57. PMA - Ed. San Eduardo.

CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO PARA LA CONSULTA ESPECIALIZADA EN SAN EDUARDO CON 1.476 M2 DISPONIBLES				
SERVICIO	**AMBIENTE**	**UN**	**AREA/M2**	**AREAS TOTALES**
CONSULTA EXTERNA	Salas de espera (1*piso)	2	30,00	60,00
	Baños publico (1*piso)	2	6,00	12,00
	Recepcion y citas (1*piso)	2	9,00	18,00
	Archivo historias(1*piso)	2	12,00	24,00
	Consultorios sin baño	44	12,00	528,00
	Consultorios con baño	8	16,00	128,00
	Procedimientos menores, heridas, curaciones (1*piso)	2	12,00	24,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	Descanso personal /tinto (1*piso)	2	8,00	16,00
	Baños personal, lockers (1*piso)	2	8,00	16,00
	SUBTOTAL			834,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		208,50
	TOTAL CONSULTA EXTERNA			**1.042,50**
	Escaleras publico+emergencia	2	20,00	40,00
	Cuartos tecnicos electricos + rack+ UPS	2	6,00	12,00
	SUBTOTAL			52,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		13,00
	TOTAL PUNTO FIJO (1)			65,00
	TOTAL PUNTO FIJO (2 Pisos)	2		130,00
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS			**1.172,50**
	Circulaciones generales	25%		293,13
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS ASISTENCIALES			**1.465,63**
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			13
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			3
	CUPOS PARQUEADEROS			**15,76**

Tabla 58. PMA - Ed. Central.

NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS				
CUADRO DE ÁREAS PROPUESTO				
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
URGENCIAS	Sala de espera +-100 personas	1	150,00	150,00
	Baños publico hombres y mujeres (baterias de 4 unidades c/u)	2	25,00	50,00
	Baños discapacitados	2	6,00	12,00
	Informacion-porteria	1	6,00	6,00
	Recepcion urgencias 3 puestos de atencion	3	6,00	18,00
	Referencia y contrareferencia	1	8,00	8,00
	Puesto Policia	1	8,00	8,00
	Bahia para camillas y sillas de ruedas	2	6,00	12,00
	Consultorio Triage	4	10,00	40,00
	Oficina de Coordinación Urgencias Adultos	1	10,00	10,00
	Sala de reanimación	1	20,00	20,00
	Sala de procedimientos	2	12,00	24,00
	Sala de Yesos	1	14,00	14,00
	Farmacia-Botiquin	1	25,00	25,00
	Consultorios de atencion inmediata con baño	10	14,00	140,00
	Área de ducha pacientes en camilla H y M	1	6,00	6,00
	Urgencias Observación hombres y mujeres (camillas)	100	6,00	600,00
	Baño pacientes con ducha hombres y mujeres (baterias)	2	16,00	32,00
	Aislados con baño (cubiculos)	2	12,00	24,00
	Puesto de enfermeras	4	16,00	64,00
	Trabajo sucio	4	6,00	24,00
	Trabajo limpio	4	6,00	24,00
	Terapia respiratoria-sillas	10	3,00	30,00
	Baño pacientes	2	2,00	4,00
	Terapeutas	2	4,00	8,00
	Deposito y lavado	1	4,00	4,00
	Sala de RX convencional con cuarto tecnico	1	25,00	25,00
	Ecografo con baño	2	14,00	28,00
	Sala lectura radiologo+asistente	1	18,00	18,00
	Estar, baño y vestier enfermeras	1	25,00	25,00
	Sala de reuniones medicas	1	14,00	14,00
	Descanso de personal medico con baños y lockers(Dormitorios)	2	20,00	40,00
	Cuarto de custodia	1	12,00	12,00
	Aseo	1	6,00	6,00
	Basuras	1	6,00	6,00
	Camillas y silla de ruedas	1	6,00	6,00
	Deposito ropa sucia	1	10,00	10,00
	Deposito ropa limpia (closet)	4	2,00	8,00
	SUBTOTAL			1.553,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		388,25
	TOTAL URGENCIAS			1941,25
BANCO DE SANGRE	Sala de espera	1	12,00	12,00
	Baños publico	2	6,00	12,00
	Recepcion	1	6,00	6,00
	Entrevista	1	6,00	6,00
	Sala de Donacion con baño	3	4,00	12,00
	Bodega con neveras para sangre y hemoderivados	1	18,00	18,00
	Oficina director	1	12,00	12,00
	Secretarias	2	4,00	8,00
	Baño y lockers personal	1	14,00	14,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	Insumos y reactivos	1	6,00	6,00
	SUBTOTAL			112,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	20%		22,40
	TOTAL BANCO DE SANGRE			134,4
LABORATORIO CLINICO	Sala de espera (100)	1	200,00	200,00
	Baños publico hombres y mujeres	2	18,00	36,00
	Baño discapacitados	2	6,00	12,00
	Recepcion de muestras y entrega resultados	1	30,00	30,00
	Toma de muestras (cubiculos)	16	4,00	64,00
	Toma de muestras especiales con baño	3	12,00	36,00
	Centrifugas y manejo de muestras	1	6,00	6,00
	Pruebas especiales e Inmunoserologia	1	12,00	12,00
	Laboratorio de Virologia	1	12,00	12,00
	Inmunofluorecencia	1	12,00	12,00
	Quimica	1	12,00	12,00
	Microbiologia	1	12,00	12,00
	Hematologia	1	12,00	12,00
	Uroanalisis y coprológico	1	12,00	12,00
	TBC	1	12,00	12,00
	Toxicologia	1	12,00	12,00
	Hormonas	1	9,00	9,00
	Biologia Molecular	1	12,00	12,00
	Preparacion de mezclas	1	6,00	6,00
	Preparacion de muestras	1	6,00	6,00
	Lavado y esterilizacion	2	8,00	16,00
	Neveras	1	16,00	16,00
	Facturacion	1	5,00	5,00
	Coordinacion	2	8,00	16,00
	Estar de personal con baño	2	8,00	16,00
	Oficina de coordinacion	1	10,00	10,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			612,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	20%		122,40
	TOTAL LABORATORIO CLINICO			734,4
LABORATORIO PATOLOGIA Y MORGUE	Recepcion de muestras y entrega resultados	1	12,00	12,00
	Descripcion Macroscopica	1	12,00	12,00
	Laboratorio Cito-histologia	1	12,00	12,00
	Zona de Lectura	1	10,00	10,00
	Archivo, placas y bloques parafina	1	12,00	12,00
	Baños y vestieres personal	2	6,00	12,00
	Oficina coordinacion Patologo	1	10,00	10,00
	Puestos de trabajo Patologos	4	6,00	24,00
	Puestos de trabajo Citologos	4	6,00	24,00
	Sala reuniones, biblioteca	1	16,00	16,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	MORGUE			
	Oficina direccion	1	12,00	12,00
	Atencion familiares y Entrega de Cadaveres	1	12,00	12,00
	Neveras	1	12,00	12,00
	Camillas	1	6,00	6,00
	Baño con ducha y vestuario de personal H y M	1	6,00	6,00
	Sala de Autopsias	1	25,00	25,00
	Deposito de insumos	1	4,00	4,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			237,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	20%		47,40
	TOTAL PATOLOGIA Y MORGUE			284,4

IMAGENOLOGIA	Sala de espera (40)	1	60,00	60,00
	Baños publico hombres y mujeres	2	14,00	28,00
	Baño discapacitados	2	4,00	8,00
	Recepcion, citas, entrega resultados	1	12,00	12,00
	Rayos x convencional	2	25,00	50,00
	Baño y Vestier pacientes	2	3,00	6,00
	Control disparo	1	6,00	6,00
	Rayos x -fluoroscopia	2	25,00	50,00
	Control disparo	1	6,00	6,00
	Baño Vestier pacientes	2	3,00	6,00
	Preparacion medios	1	6,00	6,00
	Lavado	1	4,00	4,00
	Mamografia con vestier	2	16,00	32,00
	Ecografia con baño	4	12,00	48,00
	TAC	2	35,00	70,00
	Control disparo	1	6,00	6,00
	Baño y vestier pacientes TAC	2	3,00	6,00
	Medicina Nuclear sala gamacamara	2	35,00	70,00
	Control disparo	1	6,00	6,00
	Inyeccion pacientes	4	3,00	12,00
	Espera paciente inyectado con baño	1	16,00	16,00
	Manejo material radioactivo, recibo, preparacion,desechos	1	16,00	16,00
	Resonancia magnetica	1	45,00	45,00
	Control disparo	1	6,00	6,00
	Sala de preparacion 3 camillas	3	6,00	18,00
	Sala de recuperacion 3 camillas	3	6,00	18,00
	Baño y vestier pacientes hombres y mujeres	2	6,00	12,00
	Puesto enfermeras	1	9,00	9,00
	Trabajo sucio + limpio	2	4,00	8,00
	Archivo	1	12,00	12,00
	Facturacion	1	8,00	8,00
	Insumos y Materiales Medico- Quirurgico	1	10,00	10,00
	Coordinacion Imágenes	1	12,00	12,00
	Sala de Lectura e interpretacion	4	6,00	24,00
	Impresión imágenes	1	12,00	12,00
	Espera paciente en camilla	2	4,00	8,00
	Baños y vestieres personal	2	6,00	12,00
	Cuarto oscuro-revelado??	1	6,00	6,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			644,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		161,00
	TOTAL IMAGENOLOGIA			805
FARMACIA	Recibo de medicamentos	1	12,00	12,00
	Entrega de medicamentos interna	1	12,00	12,00
	Entrega de medicamentos publico-cajas	4	6,00	24,00
	Sala de espera publico	1	30,00	30,00
	Deposito general	1	40,00	40,00
	Preparacion de medicamentos camaras bioseguridad	3	10,00	30,00
	Esclusas con lavado quirurgico	3	4,00	12,00
	Deposito controlado	1	9,00	9,00
	Deposito liquidos	1	60,00	60,00
	Empaque	1	16,00	16,00
	Direccion	1	10,00	10,00
	Puestos de trabajo facturacion, calidad, revision, devoluciones	6	4,00	24,00
	Baño y vestier empleados	2	6,00	12,00
	Aseo	1	3,00	3,00
	Deposito temporal basuras reciclaje	1	5,00	5,00
	SUBTOTAL			299,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		74,75
	TOTAL FARMACIA			373,75

CARDIOLOGIA NO INVASIVA	Sala de Espera (10 personas)	1	15,00	15,00
	Baños publico	2	4,00	8,00
	Recepcion	1	9,00	9,00
	Electrocardiograma	1	12,00	12,00
	Pruebas de esfuerzo	1	12,00	12,00
	Ecocardiograma	1	12,00	12,00
	Holter	1	12,00	12,00
	Baño y vestier pacientes hombres y mujeres	2	8,00	16,00
	Coordinacion cardio	1	12,00	12,00
	Puestos de trabajo informes	2	6,00	12,00
	Cuarto de Equipos	1	6,00	6,00
	Baño, vestuario personal H y M	2	6,00	12,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			146,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		36,50
	TOTAL CARDIOLOGIA NO INVASIVA			182,5
OGIA INVASIVA)	Sala de espera (10 personas)	1	15,00	15,00
	Baños publico	2	4,00	8,00
	Recepcion informacion	1	9,00	9,00
	Coordinacion Hemodinamia	1	12,00	12,00
	Puestos de trabajo	2	6,00	12,00
	Salas de procedimientos-ANGIOGRAFO	2	45,00	90,00
	Salas de procedimientos QUIRURGICOS	4	25,00	100,00
	Lavados quirurgicos	10	1,00	10,00
	Estación de enfermería	1	12,00	12,00
	Trabajo sucio	1	4,00	4,00
	Trabajo limpio	1	4,00	4,00
	Vestuario, baños pacientes femenino y masculino	2	8,00	16,00
HEMODINAMIA (CARDIOL	Sala preparacion pacientes (camillas)	6	8,00	48,00
	Sala de recuperacion pacientes (camillas)	12	8,00	96,00
	Lectura e interpretación	1	12,00	12,00
	Deposito ropa sucia	1	4,00	4,00
	Deposito ropa limpia	1	2,00	2,00
	Deposito de medicamentos botiquin y material esteril	1	10,00	10,00
	Deposito de equipos	1	15,00	15,00
	Estar de personal	1	16,00	16,00
	Baño y vestier personal medico	2	12,00	24,00
	Baño y vestier personal asistententes y enfermeras	1	16,00	16,00
	Aseo	2	6,00	12,00
	Basuras	2	6,00	12,00
	SUBTOTAL			503,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		125,75
	TOTAL HEMODINAMIA			628,75

CIRUGIA	Sala de espera 60 personas)	1	90,00	90,00
	Baños publico	2	12,00	24,00
	Baños discapacitados	2	4,00	8,00
	Recepcion informacion	1	12,00	12,00
	Oficina coordinacion cirugia	1	12,00	12,00
	Oficina jefe cirugia	1	12,00	12,00
	Quirofanos	14	30,00	420,00
	Circulacion de salida sucio	1	75,00	75,00
	Lavamanos quirúrgicos	20	1,00	20,00
	Transfer pacientes	1	8,00	8,00
	Preparacion cirugia ambulatoria	14	8,00	112,00
	Baños y vestier pacientes	2	6,00	12,00
	Recuperacion cirugia	28	8,00	224,00
	Puesto enfermeras	2	12,00	24,00
	Trabajo sucio y limpio	4	4,00	16,00
	Ropa limpia	2	2,00	4,00
	Deposito de medicamentos-Farmacia	1	25,00	25,00
	Deposito de anestesia	1	12,00	12,00
	Pre-lavado de instrumental	1	8,00	8,00
	Deposito de equipos	1	25,00	25,00
	Sala de docencia	1	15,00	15,00
	Sala de dictados o informes medicos	1	25,00	25,00
	Estacionamiento Camillas	2	4,00	8,00
	Rayos x Portátil	1	10,00	10,00
	Baños y vestier medicos	2	25,00	50,00
	Baños y vestier personal auxiliar	2	18,00	36,00
	Sala estar medicos	1	45,00	45,00
	Dormitorio de personal con baño	1	15,00	15,00
	Séptico	1	6,00	6,00
	Ropa sucia	1	6,00	6,00
	Aseo	1	6,00	6,00
	Basura	1	6,00	6,00
	SUBTOTAL			1.213,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		303,25
	TOTAL CIRUGIA			1516,25

CENTRAL DE ESTERILIZACION	Oficina de Coordinación	1	9,00	9,00
	Baño y vestier con lockers personal H y M área blanca	2	8,00	16,00
	Recepción de Material	1	12,00	12,00
	Lavado+ultrasonido	1	12,00	12,00
	Preparacion paquetes	1	16,00	16,00
	Autoclaves doble puerta	3	6,00	18,00
	Autoclave especial a gas (Sterra)	1	10,00	10,00
	Deposito material estéril	1	60,00	60,00
	Entrega material esteril a hospital	1	10,00	10,00
	Entrega material estéril a cirugia esclusa	1	10,00	10,00
	Aseo	2	4,00	8,00
	Basuras	2	4,00	8,00
	SUBTOTAL			199,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		47,25
	TOTAL CENTRAL DE ESTERILIZACION			236,25
HOSPITALIZACION	Sala de espera	5	25,00	125,00
	Baños publico hombres, mujeres, discapacitados	10	12,00	120,00
	Habitaciones aislados con baño y esclusa ingreso (10 camas)	10	25,00	250,00
	Habitaciones individuales con baño (210 camas)	210	25,00	5.250,00
	Estación de enfermería	10	12,00	120,00
	Trabajo sucio	10	4,00	40,00
	Trabajo limpio	10	4,00	40,00
	Vestuario, baños femenino y masculino personal	10	10,00	100,00
	Camillas	5	6,00	30,00
	Deposito ropa sucia	5	4,00	20,00
	Deposito ropa limpia	5	2,00	10,00
	Descanso de enfermeras de turno	5	12,00	60,00
	Descanso médicos de turno con baño.	5	12,00	60,00
	Aula docencia	5	15,00	75,00
	Basuras	5	4,00	20,00
	Aseo	5	4,00	20,00
	SUBTOTAL			6.340,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		1.585,00
	TOTAL HOSPITALIZACION			7925
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO GENERAL	Sala de Espera UCI compartida con UCI General	0	30,00	0,00
	Baños publico	0	16,00	0,00
	Recepcion informacion	1	6,00	6,00
	Esclusa visitantes con lockers y lavamanos	1	12,00	12,00
	Esclusa ingreso personal medico y enfermeras con lavamanos	2	9,00	18,00
	Camas	25	16,00	400,00
	Estación de enfermería	1	15,00	15,00
	Trabajo sucio	1	4,00	4,00
	Trabajo limpio	1	4,00	4,00
	Baño y vestiers personal femenino y masculino	2	8,00	16,00
	Camillas	1	4,00	4,00
	Deposito ropa sucia	1	4,00	4,00
	Deposito ropa limpia	1	2,00	2,00
	Oficina de coordinación UCI adultos	1	10,00	10,00
	Sala de reuniones y juntas	1	15,00	15,00
	Ducha aseo pacientes en camilla	1	6,00	6,00
	Deposito de medicamentos y de material esteril	1	9,00	9,00
	Deposito de equipos	1	10,00	10,00
	Estar de enfermeras	1	8,00	8,00
	Dormitorio médicos de turno con baño con ducha	1	12,00	12,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			563,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		140,75
	TOTAL UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO			703,75

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CORONARIA	Sala de Espera UCI Cardio compartida con Hemodinamia	0	30,00	0,00
	Baños publico	0	16,00	0,00
	Recepcion informacion	1	6,00	6,00
	Esclusa visitantes con lockers y lavamanos	1	8,00	8,00
	Esclusa ingreso personal medico y enfermeras con lavamanos	2	8,00	16,00
	Camas	25	14,00	350,00
	Estación de enfermeria	1	12,00	12,00
	Trabajo sucio	1	4,00	4,00
	Trabajo limpio	1	4,00	4,00
	Baño y vestiers personal femenino y masculino	2	6,00	12,00
	Camillas	1	4,00	4,00
	Deposito ropa sucia	1	4,00	4,00
	Deposito ropa limpia	1	2,00	2,00
	Oficina de coordinación UCI adultos	1	10,00	10,00
	Sala de reuniones y juntas	1	12,00	12,00
	Ducha aseo pacientes en camilla	1	4,00	4,00
	Deposito de medicamentos y de material esteril	1	8,00	8,00
	Deposito de equipos	1	10,00	10,00
	Estar de enfermeras	1	10,00	10,00
	Dormitorio médicos de turno con baño con ducha	1	14,00	14,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			498,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		124,50
	TOTAL UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CARDIO			622,5
UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO A FUTURO	Sala de Espera	1	60,00	60,00
	Baños publico	2	16,00	32,00
	Recepcion informacion	1	8,00	8,00
	Esclusa visitantes con lockers y lavamanos	1	15,00	15,00
	Esclusa ingreso personal medico y enfermeras con lavamanos	2	9,00	18,00
	Camas	60	16,00	960,00
	Puesto de enfermeria	2	14,00	28,00
	Trabajo sucio	1	4,00	4,00
	Trabajo limpio	1	4,00	4,00
	Baño y vestiers personal femenino y masculino	2	6,00	12,00
	Camillas	1	4,00	4,00
	Deposito ropa sucia	1	4,00	4,00
	Deposito ropa limpia	1	2,00	2,00
	Oficina de coordinación UCI intermedia adultos	1	9,00	9,00
	Sala de reuniones y juntas	1	12,00	12,00
	Ducha aseo pacientes en camilla	2	4,00	8,00
	Deposito de medicamentos y de material esteril	1	10,00	10,00
	Deposito de equipos	1	12,00	12,00
	Estar de enfermeras	1	10,00	10,00
	Dormitorio médicos de turno con baño con ducha	1	14,00	14,00
	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			1.235,00
	MUROS CIRCULACIONES DUCTOS	25%		308,75
	TOTAL UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CARDIO			1543,75
ROPERIA	Oficina de lavanderia.	1	12,00	12,00
	Recibo de ropa sucia.	1	30,00	30,00
	Clasificación de ropa sucia.	1	25,00	25,00
	Recepción y deposito de ropa limpia.	1	40,00	40,00
	Entrega de ropa limpia.	1	5,00	5,00
	Baños con vestuario H y M	2	6,00	12,00
	Cuarto de aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			132,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	15%		18,80
	TOTAL ROPERIA			151,8

COCINA Y COMEDORES EMPLEADOS	Oficina nutricionista y administracion	2	12,00	24,00
	Recibo de alimentos pesaje y desempaque	1	20,00	20,00
	Despensa General	1	30,00	30,00
	Despensa diaria	1	12,00	12,00
	Cuarto refrigerado	1	10,00	10,00
	Cuarto frio	1	10,00	10,00
	Preparación de alimentos porcionamiento	1	16,00	16,00
	Coccion, marmitas, plancha.	1	16,00	16,00
	Baño de maria montaje platos	1	16,00	16,00
	Área de lavado vajillas	1	25,00	25,00
	Estacionamiento y lavado de carros termos	1	25,00	25,00
	Baños con vestuario H y M	2	8,00	16,00
	Cuarto de aseo	1	6,00	6,00
	Basuras	1	10,00	10,00
	Comedor empleados	1	120,00	120,00
	Comedor residentes, internos	1	120,00	120,00
	SUBTOTAL COCINA.			476,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		119,00
	TOTAL COCINA y COMEDORES			595
ALMACÉN	Puestos de trabajo recepcion y entrega suministros	2	6,00	12,00
	Área de recibo y entrega	2	6,00	12,00
	Deposito de equipos.	1	80,00	80,00
	Deposito de material de consumo	1	50,00	50,00
	Baños	1	4,00	4,00
	Cuarto de aseo	1	6,00	6,00
	Basuras, reciclaje	1	10,00	10,00
	SUBTOTAL ALMACÉN.			174,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	15%		26,10
	TOTAL ALMACEN.			200,1
BASURAS	Deposito de basuras reciclables	1	10,00	10,00
	Deposito de basuras corrientes	1	10,00	10,00
	Deposito desechos patógenos	1	10,00	10,00
	Baño personal	1	4,00	3,00
	SUBTOTAL			33,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	10%		3,30
	TOTAL DEPOSITO DE BASURAS.			36,3
EQUIPOS Y MAQUINAS	Baños personal mantenimiento con lockers y vestieres	2	12,00	24,00
	Equipos AA	4	10,00	40,00
	Control master seguridad alarmas	1	40,00	40,00
	SUBTOTAL			104,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	10%		10,40
	TOTAL MAQUINAS			114,4
ESTADISTICA	Puestos de trabajo recepcion, entrega, manejo historias	6	4,00	24,00
	Modulos archivo movil	12	2,00	24,00
	Estanteria	1	40,00	40,00
	Fotocopiadora	1	6,00	6,00
	Baño , vestier y lockers personal	2	6,00	12,00
ARCHIVO Y	Aseo	1	4,00	4,00
	Basuras	1	4,00	4,00
	SUBTOTAL			108,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	15%		15,90
	TOTAL ARCHIVO Y ESTADISTICA			121,9

AREAS DE ATENCION A PUBLICO	Porterias	3	6,00	18,00
	Hall principal	2	200,00	400,00
	Recepcion, información	1	18,00	18,00
	Fotocopiadora	1	12,00	12,00
	Conmutador	1	12,00	12,00
	Cafeteria Publico	1	500,00	500,00
	Oratorio	1	40,00	40,00
	Oficina atencion usuarios	3	15,00	45,00
	Oficinas EPSs	1	500,00	500,00
	Locales comerciales: Farmacia drogueria, optica, equipos ortopedicos,revistas, regalos	5	70,00	350,00
	SUBTOTAL			1046,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	15%		156,75
	TOTAL AREAS DE ATENCION A PUBLICO			1201,75
ADMINISTRACION	Sala de juntas	1	16,00	16,00
	Oficinas coordinacion	3	12,00	36,00
	Facturacion	14	6,00	84,00
	Caja, egresos	4	6,00	24,00
	Oficinas atencion usuarios	2	12,00	24,00
	Recepcion secretarias	2	6,00	12,00
	Sala espera	1	12,00	12,00
	Baño , vestier y lockers personal	2	4,00	8,00
	Cafeteria tintos	1	4,00	4,00
	Archivo administracion-insumos papeleria	1	4,00	4,00
	Aseo	1	2,00	2,00
	Basuras	1	2,00	2,00
	SUBTOTAL			228,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	15%		34,20
	TOTAL AREAS ADMINISTRATIVAS			262,2
PUNTO FIJO	Ascensores camilleros	2	8,00	16,00
	Ascensores pasajeros	2	8,00	16,00
	Montacargas sucio + limpio	2	8,00	16,00
	Escaleras publico+restringida+emergencia	3	20,00	60,00
	Cuartos tecnicos electricos + rack+ UPS	1	12,00	12,00
	Cuartos tecnicos rack+ UPS	1	12,00	12,00
	SUBTOTAL			132,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	10%		13,20
	TOTAL PUNTO FIJO (1)			145,20
	TOTAL PUNTO FIJO (10 pisos, sotano+9 pisos)	10		1452
	TANQUE SUBTERRANEO DE AGUA + CONTRA INCENDIOS(800 M3)	1		400,00
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS			21791,4
	Circulaciones generales	20%		4.358,28
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS ASISTENCIAL			26149,68
PARQUEADEROS	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			229
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			52
	CUPOS PARQUEADEROS			281
ACLARATORIAS	Nota 1: A futuro 140 habitaciones pueden tener acomodación doble para un total de 280 camas +10 aisladas + 70 habitaciones individuales. **TOTAL:360 CAMAS HOSPITALARIAS**			
	Nota 2:			

Tabla 59. PMA - ED. Mantenimiento.

CUADRO DE AREAS PROPUESTO PARA EDIFICIO MANTENIMIENTO CON 1.413.00M2 DISPONIBLES EN 2 PISOS				
SERVICIO	AMBIENTE	UN	AREA/M2	AREAS TOTALES
BASURAS	Deposito de basuras reciclables	1	30,00	30,00
	Deposito de basuras corrientes	1	30,00	30,00
	Deposito desechos patógenos-neveras	1	18,00	18,00
	Lavamanos exterior	1	2,00	3,00
	SUBTOTAL			81,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		20,25
	TOTAL DEPOSITO DE BASURAS.			101,25
SERVICIOS GENERALES	Baños vestieres lockers personal servicios generales mantenimiento hombres y mujeres	2	25,00	50,00
	Oficina jefatura mantenimiento	1	15,00	15,00
	Secretaria	1	12,00	12,00
	Sala de espera proveedores	1	18,00	18,00
	Biomedico	1	12,00	12,00
	Herramientas	1	6,00	6,00
	Baños personal administrativo y visitas	2	3,00	6,00
	Talleres de mantenimiento	6	80,00	480,00
	Bodega mantenimiento stock insumos	1	40,00	40,00
	Bodega de activos fijos	1	100,00	100,00
	SUBTOTAL			739,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	25%		184,75
	TOTAL SERVICIOS GENERALES			923,75
	TANQUE SUBTERRANEO DE AGUA + CONTRA INCENDIOS(+/-800 M3)	1		400,00
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS			1.025,00
	Circulaciones generales	25%		256,25
	SUBTOTAL AREAS CONSTRUIDAS MANTENIMIENTO			1.281,25
EQUIPOS Y MAQUINAS	Parqueadero para cargue y descargue camion pequeño	2	40,00	80,00
	Compresor aire medicinal	1	100,00	100,00
	Tanque de vacio	1	15,00	15,00
	Cilindros, manifolds gases medicinales	1	45,00	45,00
	Control gas natural	1	20,00	20,00
	Cuarto de bombas hidroneumatico	1	30,00	30,00
	Subestacion electrica	1	34,00	34,00
	Subestacion electrica general	1	40,00	40,00
	Planta(s) electrica(s)	1	50,00	50,00
	Bombas contra incendio	1	15,00	15,00
	Calderas (construccion independiente)	1	60,00	60,00
	Baños personal mantenimiento con lockers y vestieres	2	16,00	32,00
	Equipos de Aire Acondicionado	4	25,00	100,00
	Voz y Datos, Racks, central computo	1	60,00	60,00
	Control master seguridad alarmas	1	40,00	40,00
	SUBTOTAL			641,00
	CIRCULACIONES MUROS DUCTOS	10%		64,10
	TOTAL MAQUINAS			705,10
	DEMANDA PARQUEADEROS Sector de Demanda D Dotacional POT Plano No 29			
	PRIVADOS 1 / 80 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			6
	VISITANTES 1 / 350 M2 DE AREA CONSTRUIDA EN USO (70% AC)			1
	CUPOS PARQUEADEROS			8

Tabla 60. PMA - Resumen de servicios.

RESUMEN DE SERVICIOS				
USO	SERVICIO	CANTIDAD	AMBIENTE	UBICACIÓN
TORRE HOSPITALARIA	URGENCIAS	4	Triages	EDIFICIO CENTRAL
		1	Sala de reanimacion	
		1	Salas de procedimientos menores	
		2	Sala de yesos	
		1	Consultorios de Atencion Inmediata con baño	
		1	Camillas de observacion (hombres y mujeres adultos)	
	IMÁGENES	1	2 RX convencional	
		1	2 RX Fluoroscopia	
		1	2 Mamografos	
		2	4 Ecografos	
		4	2 TACs	
		2	2 Gamacamaras	
		1	Resonancia magnetica	
		1	Resonancia magnetica en edificio independiente	
	HEMODINAMIA	2	Angiografos	
		2	Salas quirurgicas	
	CIRUGIA	1	Quirofanos	
		1	Camas de preparacion cirugia	
		2	Camas de recuperacion cirugia	
	HOSPITALIZACION	10	Habitaciones aislados	
		210	Habitaciones con baño	
		25	25 camas UCI General	
		25	25 camas UCI Coronaria	
		270	TOTAL CAMAS	
COMERCIO Y SERVICIOS	COMERCIO Y SERVICIOS	24	Locales comerciales	CUNDIFARMA
		11	Oficinas	
		2	Plazoletas de comidas	
SALUD MENTAL	CONSULTA EXTERNA	8	Consultorios sin baño	SALUD MENTAL
	HOSPITALIZACION	6	Habitaciones individuales con baño	
		10	Habitaciones acomodacion doble - 20 camas	
TRATAMIENTO DIAGNÓSTICO	NEUMOLOGIA	1	Sala de procedimientos	ENFERMEDADES TROPICALES
		4	Preparacion-recuperacion pacientes camillas	
	GASTROENTEROLOGIA	1	Consultorio Gastroenterologia Adultos con baño	
		2	Sala de procedimientos	
		2	Camillas preparacion pacientes	
		4	Camillas recuperacion pacientes	
	NEFROLOGIA-UNIDAD DE DIALISIS	60	Sillas dialisis	
		1	Consultorios nutricion	
		1	Consulta medica con baño	
		1	Sala entrenamiento	
	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA AMBULATORIA	3	Quirófanos	
		4	Consultorios de diagnóstico (Topografía, Paquimetria etc)	
DOCENCIA Y FORMACIÓN	AULAS DOCENTES	30	Aulas docentes	SAN LUCAS
		30	Aulas docentes	PAULINA PONCE
		60	Total Aulas para docencia	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	44	Consultorios sin baño	SAN EDUARDO
		8	Consultorios con baño	
		2	Procedimientos menores, heridas, curaciones (1*piso)	
CULTURAL	MUSEO DE CIENCIAS DE LA SALUD	4	Salas de exposición temmporal	CONVENTO
		5	Salas de exposición permanente	
		1	Salas de exposición principal	
DOCENCIA Y FORMACIÓN	CENTRO DE CONVENCIONES	1	Auditorio principal	SIBERIA
		1	Biblioteca	
		3	Auditorios	
		4	Salas de estudio	

CUPOS PARQUEADEROS REQUERIDOS POR NORMA	481

ANEXO 2. PMA DEL IMI

Tabla 61. PMA -IMI.

PROGRAMA MEDICO ARQUITECTONICO			
INSTITUTO MATERNO INFANTIL			
SERVICIOS:	1. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS 1.1. UNIDAD ADMINISTRATIVA **2. SERVICIOS AMBULATORIOS** 2.1. CONSULTA EXTERNA 2.2. URGENCIAS 2.3. REHABILITACIÓN **3. SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO** 3.1. LABORATORIO CLÍNICO 3.2. U. TRANSFUSIONAL 3.3. IMAGINOLOGÍA 3.4 LABORATORIO DE PATOLOGIA **4. SERVICIO GINECOBSTETRICO Y QUIRÚRGICO** 4.1. UNIDAD GINECOBSTETRICA 4.2. UNIDAD QUIRURGICA 4.3. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN **5. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN** 5.1. HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA 5.2. HOSPITALIZACIÓN GINECOBSTETRICIA 5.3. HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA 5.4. HOSPITALIZACION PEDIATRÍA 5.5. UNIDAD NEONATAL 5.5.1 INTENSIVO 5.5.2 INTERMEDIO 5.5.3 BÁSICO 5.6 UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIO PEDIÁTRICOS 5.7. UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO DE ADULTOS 5.8. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS 5.9 UNIDAD CRONICO **6. SERVICIOS GENERALES** 6.1 COCINA 6.2. LAVANDERÍA 6.3. ALMACÉN 6.4. DEPOSITO DE CADÁVERES 6.5. BASURAS 6.6. CENTRAL DE GASES 6.7. APOYO SERVICIOS **7. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS** 7.1 FARMACIA 7.2. AUDITORIO 7.3. ORATORIO		
HOSPITALIZACION	MEDICINA INTERNA Y QUIRURGICAS		Camas
	GINECOBSTETRICIA		Camas
	PEDIATRIA		Camas
	UNIDAD NEONATAL		Incubadoras
	UNIDAD CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		Camas
	UNIDAD CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA		Camas
	UNIDAD DE CUIDADOS CRONICOS		
TOTAL CAMAS	CAMAS (hospitalización)	0	

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PROGRAMA MEDICO ARQUITECTÓNICO INSTITUTO MATERNO INFANTIL						
			0	CAMAS		
No.	SERVICIOS	UNIDAD	AMBIENTES POR SERVICIOS	CANT. unidad	ÁREA EN M2	AREA TOTAL M2
		1.1	ADMINISTRATIVA			
1	ADMINISTRATIVOS	ADMINSTRATIVA	Sala de espera	1	10.0	10.0
			Unidades sanitarias Hombres y Mujeres	2	6.0	12.0
			Oficina Gerencia con baño	1	10.0	10.0
			Sala de juntas	1	20.0	20.0
			Oficina secretaria gerencia	1	4.0	4.0
			Oficina Subgerente administrativo y financiero	1	8.0	8.0
			Oficina secretaria Subgerente administrativo	1	4.0	4.0
			Oficina Subgerente científico	1	8.0	8.0
			Oficina secretaria Subgerente cientifico	1	4.0	4.0
			Oficina juridico	1	8.0	8.0
			Oficina secretaria juridico	1	4.0	4.0
			Oficina sistemas de información (4 puestos de trabajo)	1	12.0	12.0
			Centro de computo (UPS, Rack, servidores, 1 puesto de trabajo)	1	10.0	10.0
			Jefe talento humano	1	8.0	8.0
			Oficina Talento Humano (4 puestos de trabajo)	1	10.0	10.0
			Archivo talento humano	1	6.0	6.0
			Planeacion (4 puestos de trabajo)	1	10.0	10.0
			Oficina de calidad (3 puestos de trabajo)	1	10.0	10.0
			Jefe Oficina de Gestión Pública y Autocontrol (Control Interno)	1	8.0	8.0
			Oficina de Gestión Pública y Autocontrol (2 puestos de trabajo)	1	6.0	6.0
			Oficina correspondencia	1	4.0	4.0
			Oficina Recursos Financieros	1	8.0	8.0
			Oficina contabilidad	1	6.0	6.0
			Oficina nómina	1	6.0	6.0
			Oficina Tesoreria	1	6.0	6.0
			Oficina presupuesto	1	6.0	6.0
			Oficina de compras (3 puestos de trabajo)	1	8.0	8.0
			Oficina ingenieria biomedica	1	6.0	6.0
			Archivo administrativo	1	15.0	15.0
			Baños personal hombres y mujeres	2	10.0	20.0
			Cuarto de tintos	1	3.0	3.0
			Poseta de aseo	1	1.5	1.5
			SUBTOTAL UNIDAD ADMINISTRATIVA			261.5
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL	25%		65.4
			TOTAL UNIDAD ADMINISTRATIVA			**326.9**

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
PROGRAMA MEDICO ARQUITECTÓNICO
INSTITUTO MATERNO INFANTIL

			0	CAMAS		
			SERVICIO ASISTENCIAL			
No.	SERVICIOS	UNIDAD	AMBIENTES POR SERVICIOS	CANT. unidad por servicio	AREA EN M2	AREA TOTAL M2
2	AMBULATRIOS	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA			
			Recepción (2 puestos de trabajo)	1.0	4.0	4.0
			Control y citas (2 puestos de trabajo)	1.0	4.0	4.0
2.1			Caja (2 puestos de trabajo)	1.0	4.0	4.0
			Estadistica jefe y (2 puestos de trabajo)	1.0	10.0	10.0
			Archivo Historias Clinicas - *EDIFICIO NUEVO*	1.0	60.0	60.0
			Oficina de Atención al Usuario (3 puestos de trabajo)	1.0	12.0	12.0
			Oficina de Trabajo Social 2 puestos de trabajo	1.0	12.0	12.0
			Oficina de Coordinación de Consulta externa con baño	1.0	8.0	8.0
			Sala de Espera (consultorios)	1.0	40.0	40.0
			CONSULTA EXTERNA			
			Consultorio Ginecología y Obstetricia con baño y lavamanos	7.0	14.0	98.0
			Consultorio Pediatría y lavamanos	4.0	11.0	44.0
			Consultorios sin baño	6.0	11.0	66.0
			Sala Plan Canguro para 20 personas	1.0	40.0	40.0
			Sala Multiuso para 20 personas	1.0	30.0	30.0
			Baños 2 baterias Personal Mujeres	1.0	10.0	10.0
			Baños 2 baterias Personal Hombres	1.0	10.0	10.0
			Baños para Público Mujeres (3 baterias) con unidad para personas con discapacidad	1.0	15.0	15.0
			Baños para Público Hombres (3 baterias) con unidad para personas con discapacidad	1.0	15.0	15.0
			Estar de Personal	1.0	8.0	8.0
			Deposito transitorio de residuos	1.0	3.0	3.0
			Poseta de Aseo	1.0	3.0	3.0
			SUBTOTAL UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA			496.0
			CIRCULACIONES Y MUROS 25 % DEL SUBTOTAL		0.3	124.0
			TOTAL UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA			**620.0**
2.2.	AMBULATRIOS	URGENCIAS	URGENCIAS			
			Recepción, control, información	1.0	4.0	4.0
			Facturación y caja	1.0	4.0	4.0
			Control radio sistema de referencia y contrareferncia	1.0	4.0	4.0
			Sala de espera	1.0	15.0	15.0
			Baños publicos hombres	1.0	15.0	15.0
			Baños publicos mujeres	1.0	15.0	15.0
			Baños unidad para personas con discapacidad	1.0	4.0	4.0
			Estacionamiento de camillas y sillas de ruedas.	1.0	5.0	5.0
			Consultorio de valoración Neonatologia	1.0	11.0	11.0
			Consultorio valoración maternas con baño y lavamanos	2.0	14.0	28.0
			Sala de procedimientos y reanimación	1.0	14.0	14.0
			Estación de enfermeras:			
			a) atención	1.0	10.0	10.0
			c) Trabajo sucio	1.0	2.0	2.0
			d) Trabajo limpio	1.0	2.0	2.0
			e) Baño-personal	1.0	3.0	3.0
			f) Deposito de medicamentos	1.0	2.0	2.0
			Deposito de ropa limpia	1.0	2.0	2.0
			Deposito de ropa sucia	1.0	2.0	2.0
			Descanso personal de turno con vestier y baño	1.0	10.0	10.0
			Poseta de aseo.	1.0	1.5	1.5
			Deposito temporales de residuos.	1.0	2.0	2.0
			SUBTOTAL UNIDAD DE URGENCIAS			155.5
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL		0.3	38.9
			TOTAL UNIDAD DE URGENCIAS			**194.4**
2,1 UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA				620.0		
2,2 UNIDAD DE URGENCIAS				194.4		
ÁREA TOTAL SERVICIOS AMBULATORIOS						814.4

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
PROGRAMA MEDICO ARQUITECTÓNICO INSTITUTO MATERNO INFANTIL

			0	CAMAS		
SERVICIO ASISTENCIAL						
No.	SERVICIOS	UNIDAD	AMBIENTES POR SERVICIOS	CANT. unidad	AREA EN M2	AREA TOTAL M2
3	DE APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO CLINICO	**LABORATORIO CLINICO**			
3.1.			Recepcion y entrega de resultados (1 puesto de trabajo).	1.0	3.0	3.0
			Facturación y Caja (1 puesto de trabajo)	1.0	2.0	2.0
			Sala de espera (20 personas).	1.0	20.0	20.0
			Baños publicos hombres	1.0	15.0	15.0
			Baños publicos mujeres	1.0	15.0	15.0
			Baños unidad para personas con discapacidad	1.0	4.0	4.0
			Toma de muestras de brazo 1.5 M2 C/U	2.0	1.5	3.0
			Toma de muestras ginecologicas, con baño.	1.0	8.0	8.0
			Oficina de jefe de laboratorio clinico	1.0	8.0	8.0
			Baño-vestier de personal, hombres y mujeres. Casilleros	2.0	10.0	20.0
			Descanso de personal de turno con baño.	1.0	6.0	6.0
			Deposito transitorio de residuos	1.0	6.0	6.0
			Poceta de aseo.	1.0	1.5	1.5
			Area de Trabajo:			
			Deposito de reactivos	1.0	6.0	6.0
			Pruebas especiales e inmunoserologia	1.0	6.0	6.0
			Area de hematologia	1.0	6.0	6.0
			Area de Microbiologia	1.0	6.0	6.0
			Area de bioquímica.	1.0	6.0	6.0
			Uroanalisis y coprológico	1.0	6.0	6.0
			Área de Serologia.	1.0	6.0	6.0
			Area de lavado y esterilización	1.0	12.0	12.0
			Coloración	1.0	6.0	6.0
			Ducha de emergencia y lavado de ojos	2.0	3.0	6.0
			Archivo papeleria y carpetas	1.0	6.0	6.0
			SUBTOTAL UNIDAD DE LABORATORIO CLINICO.			183.5
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.3	45.9
			TOTAL UNIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO.			**229.4**
3.2.		UNIDAD TRANSFUSIONAL	**UNIDAD TRANSFUSIONAL**			
			Sala de recolección	1.0	5.0	5.0
			Almacenamiento Sangre (area neveras)	1.0	6.0	6.0
			Archivo papeleria y carpetas	1.0	4.0	4.0
			SUBTOTAL UNIDAD TRANSFUSIONAL .			15.0
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25 % DEL SUBTOTAL.			5.3
			TOTAL UNIDAD TRANSFUSIONAL .			**20.3**
		UNIDAD GENETICA	**UNIDAD GENETICA**			
			Laboratorio	1.0	40.0	40.0
			SUBTOTAL UNIDAD TRANSFUSIONAL .			40.0
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25 % DEL SUBTOTAL.			14.0
			TOTAL UNIDAD TRANSFUSIONAL			**54.0**
3.3.		IMAGENOLOGIA	**IMAGENOLOGIA**			
			Control, recepción, y entrega de placas (1 puesto de trabajo)	1.0	4.0	4.0
			Sala de espera (10 personas)	1.0	12.0	12.0
			Baños publicos hombres	1.0	15.0	15.0
			Baños publicos mujeres	1.0	15.0	15.0
			Baños unidad para personas con discapacidad	1.0	4.0	4.0
			Oficina de jefe de imagenologia	1.0	8.0	8.0
			Descanso técnicos de turno.	1.0	6.0	6.0
			Estacionamiento de paciente interno.	1.0	6.0	6.0
			Posela de aseo	1.0	1.5	1.5
			Deposito transitorio de residuos	1.0	3.0	3.0
			SALAS DE RAYOS X			
			Sala de Rayos X y control equipo (vestier independiente por sala)	2.0	9.0	18.0
			Rayos X portátil	1.0	1.5	1.5
			Cuarto de revelado.	1.0	3.0	3.0
			Deposito de placas	1.0	2.0	2.0
			Lectura de placas. 3 puestos de trabajo	1.0	8.0	8.0
			TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA			
			Sala de TAC y area de disparo (vestier)	1.0	12.0	12.0
			SALA ECOGRAFIA			
			Sala de ecografia con baño	2.0	12.0	24.0
			SUBTOTAL UNIDAD DE IMAGINOLOGÍA.			143.0
			CIRCULACIONES Y MUROS , 25% DEL SUBTOTAL.		0.3	50.1
			TOTAL UNIDAD DE IMAGENOLOGÍA			**193.1**

4		LABORATORIO DE PATOLOGIA	**LABORATORIO DE PATOLOGIA**			
			Recepción y entrega de resultados.	1.0	4.0	4.0
			Archivo	1.0	4.0	4.0
			Preparación de especimenes, y citologías	1.0	6.0	6.0
			Oficina de jefe de laboratorio Patología con baño	1.0	8.0	8.0
			Deposito transitorio de residuos	1.0	3.0	3.0
			Poseta de aseo.	1.0	1.5	1.5
			Deposito de reactivos	1.0	5.0	5.0
			microscopia	1.0	6.0	6.0
			Área de Macroscopia, histopatología	1.0	6.0	6.0
			Ducha de emergencia	1.0	3.0	3.0
			SUBTOTAL UNIDAD DE LABORATORIO DE PATOLOGIA		46.5	46.5
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25 % DEL SUBTOTAL.		0.3	11.6
			TOTAL UNIDAD DE LABORATORIO PATOLOGIA		**46.8**	**58.1**
SERVICIOS DIAGNÓSTICOS						M2
3,1 LABORATORIO CLÍNICO						229.4
3,2 UNIDAD TRANSFUSIONAL						20.3
3.2			LABORATORIO DE GENETICA			54.0
3,3 UNIDAD DE IMAGENOLOGÍA						193.1
3,4 LABORATORIO PATOLOGÍA						58.1
ÁREA TOTAL SERVICIOS AMBULATORIOS						**554.8**

			GINECO OBSTETRICIA			
4			Recepcion, control e información	1.00	4.00	4.00
			Baños publicos hombres	1.0	15.0	15.0
			Baños publicos mujeres	1.0	15.0	15.0
			Baño unidad para personas con discapacidad	1.0	4.0	4.0
4.1.	QUIRURGICA GINECO OBSTETRICIA	GINECO OBSTETRICIA	Consultorio de valoración de paciente con baño	1.00	14.00	14.00
			Unidad TPR (Trabajo de parto, Parto, Recuperación)	15.00	15.00	225.00
			Estacionamiento de camillas y sillas de ruedas	1.00	4.00	4.00
			Sala de Trabajo de parto con baño - ducha (3 camas)	5.00	21.00	105.00
			Sala de parto unipersonal.	2.00	24.00	48.00
			Sala de legrados	1.00	24.00	24.00
			Sala de cirugia obstetrica	1.00	24.00	24.00
			Lavamanos quirurgicos	2.00	3.00	6.00
			Adaptación Neonatal para cuatro incubadoras	1.00	16.00	16.00
			Sala de recuperación post-parto para 6 camillas con baño	1.00	40.00	40.00
			Estación de enfermeras:			
			a) Atención	1.00	8.00	8.00
			b) Baño	1.00	3.00	3.00
			c) Deposito de medicamentos	1.00	2.00	2.00
			d) Trabajo sucio	1.00	2.00	2.00
			e) Trabajo limpio	1.00	2.00	2.00
			Deposito ropa estéril	1.00	2.00	2.00
			Deposito material	1.00	2.00	2.00
			Deposito de ropa limpia	1.00	2.00	2.00
			Deposito de ropa sucia	1.00	2.00	2.00
			Deposito de placentas	1.00	3.00	3.00
			Poseta de aseo	1.00	1.50	1.50
			Filtro (vestier-baño) de personal, hombres y mujeres.	2.00	8.00	16.00
			Deposito transitorio de residuos	1.00	2.00	2.00
			Estar personal asistencial con baño	1.00	12.00	12.00
			SUBTOTAL UNIDAD OBSTETRICA.			603.50
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.25	150.88
			TOTAL UNIDAD OBSTETRICA			**754.38**
			CIRUGIA			
4.2.			Recepcion, control e información	1.00	5.00	5.00
			Sala de espera (12 personas)	1.00	18.00	18.00
			Baños publicos (2) hombre mujer y un discapasitado	2.00	10.00	20.00
			Oficina Coordinador de Cirugía	1.00	10.00	10.00
			Estacionamiento de camillas y sillas de ruedas	1.00	5.00	5.00
			Preparación pacientes con baño y vestier, hombres y mujeres	1.00	50.00	50.00
			Salas de cirugía Gineco - ambulatoria - neonatologia y Qx in utero	3.00	24.00	72.00
			Prelavado	1.00	5.00	5.00
			Lavamanos quirúrgicos (4+1)	1.00	8.00	8.00
			Sala de recuperación, para 4 camillas.	1.00	44.00	44.00
			Vestier visitante recuperación	1.00	6.00	6.00
			Estación de enfermeras (Recuperación):			
			a) Atención	1.00	10.00	10.00
			b) Baño -vestier enfermeras	1.00	4.00	4.00
			c) Deposito de medicamentos	1.00	4.00	4.00
			d) Trabajo sucio	1.00	4.00	4.00
			e) Trabajo limpio	1.00	4.00	4.00
			Deposito ropa estéril	1.00	4.00	4.00
			Deposito material	1.00	4.00	4.00
			Deposito de ropa limpia	1.00	4.00	4.00
			Deposito de ropa sucia.	1.00	4.00	4.00
			Deposito de anestesia.	1.00	4.00	4.00
			Deposito de equipos	1.00	4.00	4.00
			Poseta de aseo	1.00	1.50	1.50
			Deposito transitorio de residuos	1.00	3.00	3.00
			Filtro de personal (vestier -baño) mujeres (area gris, area humeda y área blanca). casilleros	2.00	8.00	16.00
			SUBTOTAL UNIDAD DE CIRUGÍA .		247.50	313.50
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.25	78.38
			TOTAL UNIDAD DE CIRUGÍA			**391.88**
			CENTRAL DE ESTERILIZACION			
4.3.			Baño-vestier y estar personal (hombres y mujeres)	2.00	10.00	20.00
			Oficina coordinacion esterilizacion	1.00	12.00	12.00
			Recibo de material	1.00	12.00	12.00
			Lavado de material.	1.00	12.00	12.00
			Clasificación y preparación	1.00	12.00	12.00
			Empaque paquetes	1.00	20.00	20.00
			Esterilización de material (area de autoclaves)	1.00	20.00	20.00
			Deposito de material sin esterilizar	1.00	8.00	8.00
			Deposito de material estéril.	1.00	8.00	8.00
			Entrega de material	1.00	8.00	8.00
			Poseta de aseo.	1.00	1.50	1.50
			Deposito transitorio de residuos	1.00	3.00	3.00
			SUBTOTAL UNIDAD ESTERILIZACIÓN			136.50
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25 % DEL SUBTOTAL.		0.25	34.13
			TOTAL UNIDAD ESTERILIZACIÓN			**170.63**
SERVICIOS QUIRÚRGICOS-OBSTÉTRICOS					**MTS 2**	M2
4,1 UNIDAD DE OBSTETRICIA						754.38
4,2 UNIDAD DE CIRUGÍA						391.88
4,3 UNIDAD DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN						170.63
ÁREA TOTAL SERVICIOS QUIRÚRGICOS-OBSTÉTRICOS						**1.316.88**

			HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA - GINECO - 82 CAMAS			
5						
5.1.	HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA -67 CAMAS	Habitaciones unipersonales con baño. 17 M2 C/U.	8.0	15.0	120.0
			Habitaciones bipersonales con baño. 24 M2 C/U.	29.0	24.0	696.0
			Habitaciones aislado con baño y antecamara.	2.0	15.0	30.0
			Estacionamiento de camillas.	1.0	5.0	5.0
			Area de procedimientos - consultorio	1.0	12.0	12.0
			Estación de enfermeras:			
			a) Atención	2.0	10.0	20.0
			b) Baño-vestier enfermeras.	2.0	4.0	8.0
			c) Trabajo sucio	2.0	4.0	8.0
			d) Trabajo limpio.	2.0	4.0	8.0
			e) Deposito de medicamentos	2.0	4.0	8.0
			f) Lavado de patos.	2.0	4.0	8.0
			Sala de procedimientos	1.0	10.0	10.0
			Poseta de aseo	2.0	1.5	3.0
			Deposito transitorio de residuos	2.0	3.0	6.0
			Deposito de ropa limpia.	2.0	4.0	8.0
			Deposito de ropa sucia.	2.0	4.0	8.0
			Deposito de equipos	1.0	4.0	4.0
			Descanso enfermeras y medicos de turno con baño	1.0	17.0	17.0
			Cocineta de distribución.(Repostería)	1.0	10.0	10.0
			Jefatura servicio Obstetricia / Neonatología (1 oficina en c/piso)	2.0	8.0	16.0
			Sala reunión para 10 personas (1por piso)	2.0	10.0	20.0
			Consultorio - procedimientos (1 por piso)	2.0	8.0	16.0
			SUBTOTAL UNIDAD DE MEDICINA INTERNA			1041.0
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.3	260.3
			TOTAL UNIDAD HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA - GINECO			**1301.3**
		BANCO LECHE HUMANA	**LACTARIO - BANCO DE LECHE HUMANA**			
			Recibo de material usado	1.0	10.0	10.0
			Prelavado	1.0	10.0	10.0
			Zona esteril	1.0	14.0	14.0
			Entrega material esteril y formulas	1.0	10.0	10.0
			Transferencia	1.0	5.0	5.0
			Vestier personal	1.0	12.0	12.0
			SUBTOTAL UNIDAD DE LACTARIO			61.0
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.0	21.4
			TOTAL UNIDAD DE LACTARIO			**82.4**
			UNIDAD NEONATAL- 34 INCUBADORAS			
5			Recepcion, control e información	1.0	5.0	5.0
5.5.	HOSPITALIZACION	UNIDAD CUIDADO INTENSIVO NEONATAL- 46 INCUBADORAS	Sala de espera (8 personas) incluye baños	1.0	27.0	27.0
			Baño-vestier visitantes	2.0	5.0	10.0
			Baño-vestier personal	2.0	8.0	16.0
			Oficina Jefe de la unidad con baño	1.0	17.0	17.0
			Estacionamiento de incubadoras de transporte	1.0	5.0	5.0
			Lavamanos quirúrgico	1.0	3.0	3.0
			Sala de cuidado intensivo para 21 incubadoras (Incubadoras 6 Mt2 c/u)	1.0	72.0	72.0
			Sala de cuidado intensivo quirúrgico para 10 incubadoras (Incubadoras 6 Mt2 c/u)	1.0	54.0	54.0
			Sala de aislado para 1 incubadora (Incubadora 4 Mt2 c/u)	3.0	4.0	12.0
			Area de procedimientos	1.0	12.0	12.0
			Estación de enfermeras:			
			a) Atención	1.0	10.0	10.0
			b) Baño-vestier enfermeras.	1.0	5.0	5.0
			c) Trabajo sucio	1.0	5.0	5.0
			d) Trabajo limpio.	1.0	5.0	5.0
			e) Deposito de medicamentos	1.0	5.0	5.0
			Deposito material esteril	1.0	5.0	5.0
			Cuarto de tintos	1.0	3.0	3.0
			Poseta de aseo	1.0	3.0	3.0
			Deposito transitorio de residuos	1.0	5.0	5.0
			Deposito de ropa limpia.	1.0	5.0	5.0
			Deposito de ropa sucia.	1.0	3.0	3.0
			Descanso enfermeras y medicos de turno con baño	1.0	17.0	17.0
			Cuarto de equipos conectados	1.0	5.0	5.0
			SUBTOTAL UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL			309.0
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25 % DEL SUBTOTAL.		0.3	77.3
			TOTAL UNIDAD CUIDADO NEONATAL			**386.3**

			UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO Y BASICO NEONATOLOGIA- 60 CA	UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO Y BASICO NEONATAL - 60 CAMAS			
5.6	HOSPITALIZACION			Baño-vestier visitantes	2.0	5.0	10.0
				Baño-vestier personal	2.0	8.0	16.0
				Lavamanos quirúrgico	1.0	3.0	3.0
				Sala de cuidado básico para 30 incubadoras (4 Mt2 c/u)	1.0	120.0	120.0
				Hospitalización intermedia de 4 Mt2 c/u.	30.0	4.0	120.0
				Estación de enfermeras:			
				a) Atención	1.0	6.0	6.0
				b) Baño-vestier enfermeras.	1.0	3.0	3.0
				c) Trabajo sucio	1.0	2.0	2.0
				d) Trabajo limpio.	1.0	2.0	2.0
				e) Deposito de medicamentos	1.0	2.0	2.0
				Deposito de material esteril	1.0	2.0	2.0
				Lavado de patos	1.0	2.0	2.0
				Baño múltiple pacientes	1.0	5.0	5.0
				Estacionamiento carro de paro	1.0	2.0	2.0
				Poseta de aseo	1.0	2.0	2.0
				Deposito transitorio de residuos	1.0	2.0	2.0
				Deposito de ropa limpia.	1.0	3.0	3.0
				Deposito de ropa sucia.	1.0	3.0	3.0
				Lavado de equipos	1.0	3.0	3.0
				Cuarto de equipos conectados	1.0	5.0	5.0
				SUBTOTAL UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO			313.0
				CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.25	78.25
				TOTAL UNIDAD CUIDADO INTERMERMEDIO PEDIA.			**391.25**
				CUIDADO INTERMEDIO - INTENSIVO OBSTETRICA - 10 CAMAS			
5.7.	HOSPITALIZACION		CUIDADO INTERMEDIO - INTENSIVO OBSTETRICA - 10 CAMAS	Recepcion, control e información	1.0	5.0	5.0
				Sala de espera (8 personas) incluye baños	1.0	20.0	20.0
				Baño-vestier visitantes	2.0	5.0	10.0
				Baño-vestier personal	2.0	5.0	10.0
				Oficina Jefe de la unidad	1.0	8.0	8.0
				Estacionamiento de camillas	1.0	6.0	6.0
				Lavamanos quirúrgico	1.0	3.0	3.0
				Cubiculos de hospitalización de 12 Mt2 c/u.	8.0	12.0	96.0
				Cubiculo de hospitalización aislado	2.0	25.0	50.0
				Estación de enfermeras:			
				a) Atención	1.0	8.0	8.0
				b) Baño-vestier enfermeras.	1.0	3.0	3.0
				c) Trabajo sucio	1.0	2.0	2.0
				d) Trabajo limpio.	1.0	2.0	2.0
				e) Deposito de medicamentos	1.0	4.0	4.0
				Lavado de patos	1.0	4.0	4.0
				Baño múltiple pacientes	2.0	8.0	16.0
				Estacionamiento carro de paro	1.0	3.0	3.0
				Poseta de aseo	1.0	1.5	1.5
				Deposito transitorio de residuos	1.0	3.0	3.0
				Deposito de ropa limpia.	1.0	4.0	4.0
				Deposito de ropa sucia.	1.0	4.0	4.0
				Descanso personal de turno con baño	1.0	12.0	12.0
				Lavado de equipos	1.0	4.0	4.0
				Cuarto de equipos conectados	1.0	4.0	4.0
				SUBTOTAL UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS			282.5
				CIRCULACIONES Y MUROS, 25 % DEL SUBTOTAL.		0.25	70.63
				TOTAL UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO - INTENSIVO ADULTOS			353.13
							2514.23

		MTS 2	M2
82	HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICIA - GINECO - 82 CAMAS de la		1301.3
	LACTARIO		82.4
34	UNIDAD NEONATAL- 34 INCUBADORAS		386.3
3	UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO Y BASICO NEONATAL - 60 CAMAS		391.3
10	CUIDADO INTERMEDIO - INTENSIVO OBSTETRICA - 10 CAMAS		353.1
129			2514.2

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	AUDITORIO GENERAL PARA 100 PERSONAS	1.00	120.00	120.00
	Baños publicos hombres (1 en cada piso)	3.0	10.0	30.0
	Baños publicos mujeres (1 en cada piso)	3.0	10.0	30.0
	Baño unidad para personas con discapacidad (1 en cada piso)	3.0	4.0	12.0
	SALONES PARA 30 PERSONAS	2.00	50.00	100.00
	OFICINA PARA EDUCACIÓN	1.00	8.00	8.00
	OFICINA DOCENCIA CON 6 PUESTOS.	1.00	12.00	12.00
	SALA DE REUNIONES	1.00	12.00	12.00
	OFICINA COMITÉ INVESTIGACIONES	1.00	8.00	8.00
	AREAS DE DESCANSO PARA 20 PERSONAS	1.00	20.00	20.00
	BIBLIOTECA	1.00	16.00	16.00
	AREA DE CASILLEROS	1.00	16.00	16.00
	POCETA DE ASEO	3.00	1.50	4.50
	DEPOSITO TRANSITORIO DE RESIDUOS	1.00	3.00	3.00
	SUBTOTAL DOCENCIA			**384.00**
	MUROS Y CIRCULACIONES 25%			**96.00**
	TOTAL DOCENCIA			**480.00**

SERVICIOS GERERALES DE APOYO						
No.	SERVICIOS	UNIDAD	AMBIENTES POR SERVICIOS	CANT. unidad	AREA EN M2	AREA TOTAL M2
6						
6.1.	GENERALES SERVICIOS GERERALES DE APOYO	COCINA - TRANSITORIO	Oficina nutricionista	1.00	8.00	8.00
			Recibo de alimentos, pesaje y clasificación de alimentos	1.00	4.00	4.00
			Almacenaje con con areas diferenciadas por tipo de alimentos (carnicos, perecederos, secos, otros insumos de cocina)	1.00	20.00	20.00
			Despensa diaria	1.00	4.00	4.00
			Distribución de alimentos	1.00	4.00	4.00
			Area de preparación: cocción, liquidos, mezcals especiales	1.00	20.00	20.00
			Lavado de ollas y otros utensilios	1.00	4.00	4.00
			Baño vestier personal	1.00	8.00	8.00
			Poseta de aseo	1.00	1.50	1.50
			Deposito transitorio de residuos	1.00	3.00	3.00
			Estacionamiento y lavado de carros termos	1.00	12.00	12.00
			SUBTOTAL COCINA.			88.50
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.25	22.13
			TOTAL COCINA.			110.63
6.2.	GENERALES SERVICIOS GERERALES DE APOYO	LAVANDERIA - TRANSITORIO	Oficina coordinación de lavanderia.	1.00	6.00	6.00
			Recibo de ropa sucia.	1.00	12.00	12.00
			Clasificación de ropa sucia.	1.00	12.00	12.00
			Lavado			
			Planchado			
			Costura			
			Deposito de ropa limpia.	1.00	15.00	15.00
			Entrega de ropa limpia.	1.00	10.00	10.00
			SUBTOTAL LAVANDERIA.			55.00
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.25	13.75
			TOTAL LAVANDERÍA.			68.75
6.3	GENERALES DE SERVICIOS GERERALES APOYO	ALMACÉN	Oficina del almacén incluye baño	1.00	8.00	8.00
			Deposito de medicamentos	1.00	30.00	30.00
			Deposito de equipos.	1.00	30.00	30.00
			Deposito de material de consumo	1.00	30.00	30.00
			SUBTOTAL ALMACÉN.			98.00
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.25	24.50
			TOTAL ALMACÉN.			122.50

6.4.		MORGUE				
			Control	1.00	3.00	3.00
			Vestier, baño y ducha	1.00	4.00	4.00
			Cavas	1.00	4.00	4.00
			Parqueo camillas	1.00	4.00	4.00
			Sala de Necropsias	1.00	15.00	15.00
			Poseta de aseo	1.00	1.50	1.50
			Deposito transitorio de residuos	1.00	3.00	3.00
			Cuarto de cadena de custodia (nevera)	1.00	4.00	4.00
			SUBTOTAL DEPOSITO DE CADAVERES.			38.50
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL		0.25	9.63
			TOTAL DEPOSITO DE CADAVERES MORGUE.			**48.13**
6.5.	GENERALES SERVICIOS GERERALES DE APOYO	BASURAS	Deposito final residuos reciclables	1.00	10.00	10.00
			Deposito final residuos no reciclables	1.00	10.00	10.00
			Deposito final desechos patógenos	1.00	10.00	10.00
			Depositos de placentas	1.00	10.00	10.00
			Deposito de Patologias	1.00	10.00	10.00
			Desechos administrativos peligrosos	1.00	10.00	10.00
			Cuarto aseo y lavado carro de transportes	1.00	12.00	12.00
			SUBTOTAL DEL DEPOSITO DE BASURAS			72.00
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL		0.25	18.00
			TOTAL DEPOSITO DE BASURAS.			**90.00**
6.6.	GENERALES SERVICIOS GERERALES DE APOYO	MAQUINAS	Bombas AGUA Y CONTRA INCENDIO	1.00	5.00	5.00
			Tratamiento de aguas residuales	1.00	15.00	15.00
			Sistema de agua caliente CALDERIN	1.00	30.00	30.00
			Planta eléctrica	1.00	40.00	40.00
			Tableros eléctricos	1.00	20.00	20.00
			rack telefonico	1.00	3.00	3.00
			Subestación	1.00	35.00	35.00
			Central de gases MEDICINALES	1.00	35.00	35.00
			BOMBAS AIRE	1.00	15.00	15.00
			EQUIPO DE VACIO	1.00	15.00	15.00
			Cuarto de maquinas de ascensores	1.00	12.00	12.00
			Maquinas de ventilación	1.00	30.00	30.00
			SUBTOTAL MAQUINAS			255.00
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.25	63.75
			TOTAL MAQUINAS			**318.75**
6.7.	GENERALES SERVICIOS GERERALES DE APOYO	APOYO S.G.	Oficina mantenimiento	1.00	14.00	14.00
			Taller	2.00	30.00	60.00
			Baño-vestier de personal hombres y mujeres	2.00	6.00	12.00
			Cuarto de aseo.	1.00	3.00	3.00
			Cuarto de tintos	1.00	4.00	4.00
			SUBTOTAL APOYO SERVICIOS GENERALES			93.00
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL		0.25	23.25
			TOTAL APOYO SERVICIOS GENERALES			**116.25**

SERVICIOS GENERALES	MTS 2	M2
6,1 COCINA		110.63
6,2 LAVANDERÍA		68.75
6,3 ALMACÉN		122.50
6,4 MORGUE		48.13
6,5 BASURAS		90.00
6,6 MAQUINAS		318.75
6,7 APOYO SERVICIOS GENERALES		116.25
ÁREA TOTAL SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN		875.00

APOYO Y COMPLEMETARIOS						
No.	SERVICIOS	UNIDAD	AMBIENTES POR SERVICIOS	CANT. unidad	ÁREA EN M2	AREA TOTAL M2
7	APOYO Y COMPLEMETARIOS	FARMACIA	Recepcion de medicamentos	1.00	12.00	12.00
			Atención público, entrega o dispensación de medicamentos	1.00	20.00	20.00
			Oficina Farmacia	1.00	8.00	8.00
			Almacenamiento de medicamentos	1.00	10.00	10.00
			Area unidosis, prelavado y lavamanos	1.00	16.00	16.00
7.1			SUBTOTAL FARMACIA			66.00
			CIRCULACIONES Y MUROS 25% DEL SUBTOTAL.		0.25	16.50
			TOTAL FARMACIA.			**82.50**
7.3		ORATORIO	Salón de oración para 15 personas	1	2.5	2.5
			SUBTOTAL ORATORIO.			2.5
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL		25.00%	6.25
			TOTAL ORATORIO.			**31.25**
7.4		CAFETERIA	ATENCION	1.00	12.00	12.00
			COCINA	1.00	16.00	16.00
			Poseta de aseo	1.00	1.50	1.50
			deposito	1.00	10.00	10.00
			AREA DE MESAS	1.00	60.00	60.00
			AREA EXCLUSIVA FUNCIONARIOS	0.00	0.00	0.00
			CIRCULACIONES Y MUROS, 25% DEL SUBTOTAL.		0.25	24.88
			TOTAL CAFETERIA.			**124.38**

ANEXO 3

LINEAMIENTOS PARA LA MODELACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LOS SERVICIOS DE SALUD: ASISTENCIA-DOCENCIA-INVESTIGACIÓN EN EL CHSJD

Para el desarrollo de las actividades del ente gestor, con la idoneidad esperada para el perfil de sus usos, éste deberá desarrollar un conjunto de capacidades internas para afrontar la gestión con los operadores, destinada a los servicios específicos de salud de asistencia-docencia-investigación y para ello, deberá contar con un recurso especializado que le permita soportar con garantía de conocimiento y experiencia la identificación, convocatoria, selección, desarrollo y control de las actividades provistas por el/los operadores escogidos. Dada que esta es la misión central de uso de los bienes inmuebles, el Ente Gestor debe prestar especial atención a buscar en el proceso de selección entidades idóneas para cumplir con las reglas de juego previstas en el PEMP en materia de provisión de servicios de salud desde una perspectiva de complejo hospitalario Universitario.

A continuación, se desarrollar entonces un conjunto de información y conocimiento clave que podrían guiar el desarrollo de las actividades del ente gestor, en el manejo de los proyectos de salud ligados al desarrollo central del CHSJD. Se presentan dos conjuntos de aspectos: (i) uno, de recomendaciones del perfil técnico-legal de la entidad y otra del perfil o aspectos financieros que caracterizarían el desempeño de estos servicios, de acuerdo con el patrón de usos desarrollado por el PEMP.

(I) Aspectos técnicos a considerar en el desarrollo de los servicios del CHSJD ligados a la actividad como hospital universitario: asistencia-docencia-investigación

Modelo científico, organizacional y administrativo del hospital

Con el objeto de plantear la propuesta de modelo científico, organizacional y administrativo del conjunto hospitalario se siguieron los siguientes pasos:

1. Revisión de la literatura para tener claridad cómo las organizaciones hospitalarias desarrollan las actividades de prestación de servicios, docencia e investigación para desarrollar y consolidar su posición dentro de su sector económico.
2. Revisión y procesamiento de la información relevante del documento de la fase del diagnóstico
3. Grupos de discusión entre los miembros del equipo y con expertos externos, con el fin de conocer experiencias y socializar y enriquecer avances de la propuesta

Para la discusión con expertos y revisión de experiencias relevantes, por medio de la dirección del instituto distrital de patrimonio se efectuaron sesiones de trabajo con directivos de las instituciones hospitalarias más relevantes de la ciudad y de la zona de influencia del CHSJD, recopilando esencialmente lo que ellos consideraron como elementos fundamentales para alcanzar el éxito en la gestión de los hospitales y como principales retos a afrontar en el proceso, igualmente se les indago acerca de su percepción en relación con los principales ejes trazadores de la propuesta, obteniendo una retroalimentación muy valiosa para el presente documento.

La crisis hospitalaria del país y específicamente en la ciudad de Bogotá con una población cercana a los ocho millones de habitantes, se explica en buena proporción por la carencia de camas hospitalarias de alta complejidad. Según cifras de la ciudad la ocupación en los hospitales del tercer nivel de atención los servicios de hospitalización de medicina interna muestran una ocupación del 154%, mientras en especialidades quirúrgicas es del 109%, en cuidado básico neonatal del 102%, en siquiatría del 124% y en observación de urgencias del 137 (Periódico El Tiempo, martes 7 de octubre de 2014), con el agravante que estas dificultades afectan principalmente a la población más vulnerable.

Igualmente en Bogotá las facultades de Medicina afrontan dificultades en relación con la capacidad habilitada para posibilitar las prácticas clínicas de pregrado y de los profesionales en formación como especialistas (residentes), así como para la generación y validación del conocimiento y la tecnología mediante la investigación y la experiencia práctica cotidiana.

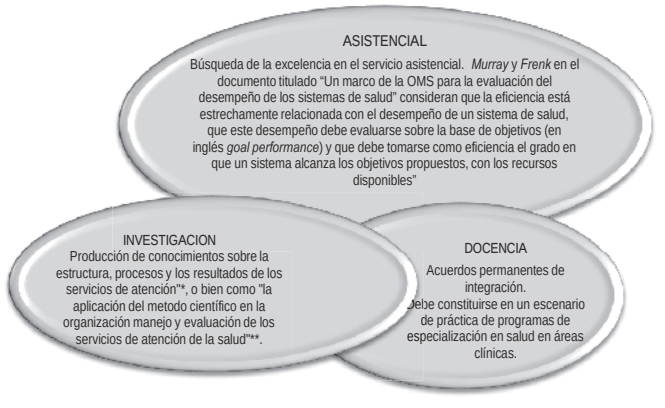
De la misma manera es importante insistir en que la investigación científica ha sido descuidada en el sistema de salud el cual en este momento está centrado en la sostenibilidad desde la perspectiva de la capacidad financiera de las instituciones que lo conforman.

Esta situación se explica porque con la implementación de la Ley 100 de 1993, la figura de Hospital Universitario entró en crisis, la cual se trató de afrontar por medio de normas en las que se buscó definir su rol en el sistema y señalarle como condición de funcionamiento el alcanzar el nivel de acreditación, incluir funciones de formación, investigación y prestación de servicios de salud, contar con convenios docencia-servicio y operar como un centro de referencia para las redes de servicio.

En consecuencia el ente gestor del CHSJD debe requerir de los operadores de servicios de salud de alta complejidad un carácter "universitario", esto es, el desarrollo de un conjunto de acciones cuyas características legales se encuentran enmarcadas en el cumplimiento de los requerimientos establecidos en la Ley 1164 de 2007 y la Ley 1438 de 2011:

1. Manifestar explícitamente dentro de su misión y objetivos, su vocación docente e investigativa;
2. Estar habilitado y acreditado.
3. Demostrar capacidad, recurso humano especializado y tecnología.
4. Tener convenios o contratos de prácticas formativas de pre y posgrado de las diferentes disciplinas del área de la salud.
5. Realizar y publicar las investigaciones de los problemas de salud.
6. Realizar la vinculación de grupos de investigación reconocidos por Colciencias;
7. Vincular docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa;
8. Proporcionar espacios para la docencia y la enseñanza adecuadamente equipados.

Sin embargo, las dificultades en este nivel persisten ya que aunque por medio de los convenios docencia – servicio las instituciones asistenciales y educativas pueden disponer de una amplia variedad de posibilidades y fórmulas de colaboración entre la academia, y el sistema de salud, los mismos no garantizan que necesariamente se alcance la característica de «universitario» de todas las IPS que suscriben este tipo de acuerdo; lo anterior toda vez que el concepto de Hospital Universitario, como organización, debe integrar en todo su funcionamiento el máximo nivel de desarrollo asistencial, docente e investigativo, es decir que el concepto de Hospital Universitario debe incluir una triple perspectiva (gráfica 20)



Gráfica 20. Triple perspectiva concepto Hospital Universitario
Health services research" Institute of medicine, National Academy of sciences, 1979. Sonis A. y colab. Atención de la salud, Buenos Aires, El Ateneo, 1984. 3ª edición.

De otra parte en Colombia el sector de la economía, representando por los servicios de salud, ha experimentado una transformación importante en cuanto a algunos factores de calidad en el desarrollo de su operación, principalmente con el objeto de lograr los niveles de eficiencia y competitividad exigidos por la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en

Salud y también como resultado de la influencia de los elementos de mercado que han sido incorporados.

Eso hace que sea fundamental avanzar en los conceptos de gestión misional en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como un camino para lograr dicha meta, lo que en el hospital universitario implica incorporar herramientas gerenciales para los tres aspectos señalados previamente, es decir de los procesos de investigación e Innovación, de la docencia y por supuesto de la prestación de servicios de salud como elementos integrados.

Por esto es fundamental explicar previamente que el concepto de gestión puede ser entendido como un conjunto de normas, procedimientos y métodos operativos estandarizados para poder llevar a lugar una actividad económica realizada por una institución que esté acorde a los objetivos trazados por esta (Álvarez, 1998). También como una actividad creativa que busca convertir políticas en resultados mediante la inversión y organización de recursos humanos y materiales (Rubio, 2000).
Para esto en el sistema de salud en Colombia, aún desde antes de la reforma de 1993, se iniciaron procesos orientados al mejoramiento de la gerencia pública de los hospitales, en particular buscando asegurar el mayor bienestar posible de los habitantes del territorio, optimizando la respuesta a las necesidades de salud de la población mediante el acercamiento de las decisiones al nivel operativo, para lo cual la ley 100 estableció que los hospitales, aun los públicos, debían funcionar con autonomía presupuestal y administrativa, buscando replantear la forma de dirigir estas instituciones y las estrategias que se emplean para el logro de los objetivos en busca de mayores niveles de eficiencia y eficacia (Silva Colmenares, 1996), en particular por medio de un cambio del enfoque de la administración de estas entidades en la que tradicionalmente participaban los mejores clínicos, los cuales encontraban la disyuntiva de continuar una práctica docente asistencial o la gestión institucional, optando la mayoría de veces por la primera, mientras que ahora se busca que la gestión se realice con médicos y otros profesionales especializados en administración que estén en capacidad de responder a la necesidades crecientes de los usuarios y del sistema de salud, garantizando la sostenibilidad de las instituciones (Zamora Barrón, 2003) y ofrecer un mejor clima organizacional y una situación laboral más óptima para los trabajadores (Zuluaga Rico & Perdomo Orozco, 2011).

Modelos de gestión para los operadores hospitalarios

En Colombia existen múltiples normas de todo tipo que obligan la implementación de modelos de gestión, en particular el sector salud tiene entre muchas, su propia norma denominada “Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud”, cuya gradualidad se puede apreciar en la temporalidad de los requerimientos señalados por los decretos 1918 de 1994, 2174 de 1996, 2309 de 2002 y 1011 de 2006.

Sistema	Sigla	Norma	Objetivo
Sistema de información para la calidad	SIC	Resolución 1446 de 2006	Información para la toma de decisiones
Sistema de gestión de calidad	SGC	Ley 872 de 2003 Ntcgp1000: 2009	Satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes a través de la mejora continua de los procesos.
Sistema desarrollo administrativo	SISTEDA	Ley 489 de 1998	Eficiencia administrativa
Sistema de gestión ambiental	SGA	Decreto 2676 de 2000 Resolución 1164 de 2002	Mitigar los impactos y aspectos ambientales de la prestación del servicio de salud.
Sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional	SISO	Ley 776 de 2002	Mitigar riesgos y peligros al trabajador dentro de la prestación del servicio de salud.
Subsistema gestión de archivo	SIGA	Ley 594 de 2000	Disponibilidad de la información
Responsabilidad social	SRS	Gtc 180 (guía responsabilidad social)	Desarrollo sostenible
Sistema de control interno	SCI	Ley 87 de 1993 Decreto 943/ 2014	Autocontrol - cumplimiento de objetivos institucionales
Sistema seguridad informática	SSI	Resolución 305 2008	Información segura

Hay que acotar que en Colombia la normatividad y reglamentación del sistema general de seguridad social en salud es con frecuencia muy cambiante, por lo que en el diseño, independientemente de su formulación, es indispensable incluir dos características: el cumplimiento estricto de los requisitos normativos y la maleabilidad y flexibilidad para incorporar los cambios.

En consecuencia y para el caso del Conjunto hospitalario San Juan de Dios, el modelo propuesto se fundamenta y resume en los siguientes cinco aspectos:

1. Una Base Integradora para el modelo de gestión
    a. Sistema Integrado de Calidad.
2. Un modelo de doble marco:
    a. Hospital Universitario.
    b. Centro de Excelencia.
3. Tres Pilares Básicos:
    a. Áreas de Especialización.
    b. Docencia.
    c. Investigación.
4. Cuatro focos de responsabilidad:
    a. Excelencia de los Servicios de Salud.
    b. Humanización de la Atención.
    c. Calidad de vida de los colaboradores
    d. Desarrollo Sostenible
5. Cinco requisitos de norma:
    a. Enfoque en procesos
    b. Monitoria de la Gestión.
    c. Gestión Documental
    d. Compromiso con el medio ambiente
    e. Seguridad del paciente

La tabla 63 traduce los cuatro focos de responsabilidad y los cinco requisitos de norma, en relación con su propósito y el tránsito hacia un sistema de gestión exigido legalmente.

Tabla 63. Focos de responsabilidad y requisitos de norma

FOCO DE ATENCIÓN	PROPÓSITO	SISTEMA DE GESTIÓN
Excelencia de los servicios de salud	Niveles superiores de calidad	Sistema Único de Acreditación
Humanización de la atención	Institución al servicio de la persona	Sistema de gestión ética
Desarrollo Sostenible	Mejorar de manera integral las condiciones de vida de la comunidad	Sistema de responsabilidad social empresarial
Calidad de vida del trabajador	Minimizar los riesgos laborales	Sistema de seguridad social y salud ocupacional
Enfoque en procesos	Satisfacer necesidades y expectativas del usuario	Sistema de gestión de la calidad
Monitoreo de la gestión	Seguimiento a la gestión institucional	Sistema de información para la calidad y sistema de seguridad de la información
Gestión documental	Disponibilidad de la información	Subsistema interno de gestión de archivo
Compromiso con el medio ambiente	Prevenir la contaminación ambiental	Sistema de gestión ambiental
Seguridad del paciente	Condiciones mínimas de calidad	Sistema púnico de habilitación

El concepto subyacente es que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son el contacto más importante del sistema general de seguridad social con los usuarios y, por ende deben buscar herramientas que permanentemente les permita mantener la eficacia, la eficiencia, la efectividad y el mejoramiento continuo de la gestión institucional y de esta manera buscar la satisfacción y el cumplimiento de las necesidades en salud de los usuarios, sus familias y la comunidad, que son la razón de ser de estas entidades.

En este sentido la implementación de los sistemas de gestión que se propongan son una herramienta que debe estar orientada al logro de estos propósitos, para lo cual deben caracterizarse por su:

- Obligatoriedad
- Complementariedad
- Compatibilidad
- Simultaneidad

Por esto, para la propuesta que se formula y dado que existe una amplia reglamentación del sistema de salud, que preconiza la obligatoriedad de contar con diferentes sistemas de gestión, la idea central proponer un sistema integrado según los propósitos que se pretende alcanzar con cada norma, teniendo a la calidad, entendida como la suma de atributos deseables para un producto o servicio y la búsqueda de la excelencia operativa, como propósito principal, lo que debe traducirse en la fidelización de usuarios y trabajadores.

La tabla 62 muestra los sistemas de gestión por calidad que existen en el medio de salud Colombiano, la sigla que lo identifica, la norma que lo hace obligatorio, que en todos los casos aplica para el sector público y en la mayoría de ellos también para el sector privado, y el propósito que se pretende con su implementación.

Tabla 62. Sistemas de Gestión de la Calidad

Sistema	Sigla	Norma	Objetivo
Sistema obligatorio garantía de calidad de la atención de salud	SOGC	Decreto 1011 de 2006	Garantizar calidad de la prestación de servicios
Sistema único de habilitación	SUH	Resolución 2003 de 2014	Seguridad de la atención
Sistema único de acreditación	SUA	Decreto 903 /2014 Resolución 2082/2014	Alcanzar niveles superiores de calidad

A continuación se precisan los alcances de cada uno de los aspectos a desarrollar, teniendo en cuenta que cada uno de los referentes citados se circunscribirá a un sub sistema y luego se integrará en un modelo único de gestión:

Sistema integrado de gestión

El enfoque de la calidad propuesto para la operación del nuevo Hospital San Juan de Dios implica asumir una cultura organizacional (creencias y prácticas compartidas) centrada en:

- Desarrollo del talento humano.
- Funcionamiento por procesos.
- Estandarización de procedimientos y guías de manejo.
- Evaluación, medición y seguimiento enfocados por mecanismos de autocontrol y con el apoyo de auditorías internas y externas.
- Formulación, implementación y evaluación permanente de planes de mejoramiento.
- Sistemas de información y comunicación interna y externa.
- Gestión documental centrada en la estandarización de documentos, registros y formatos.
- Responsabilidad de la dirección.

Como resultado de la implementación del modelo integrado de gestión se pretende garantizar:

- El mejoramiento de la eficiencia de las operaciones, brindando productos y servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios.
- El establecimiento de la autoridad y responsabilidad en los sistemas de gestión.
- El mejoramiento de la comunicación interna y externa
- La disminución de los errores en la ejecución de las actividades, así como de los reprocesos y las quejas o reclamos.
- El mejoramiento de las relaciones con los usuarios y proveedores, retroalimentación permanente.
- El flujo eficiente de la información: Entrada de información clasificada, funcionalidad para interactuar con otras áreas y procesos, disponibilidad de herramientas para consulta y archivo confiable de la información
- El fortalecimiento el Autocontrol
- El que todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de la política y objetivos de calidad
- El contar con definiciones precisas acerca de cómo prevenir riesgos, detectar y corregir desviaciones
- El mejorar el servicio y atención al usuario
- El mejorar la rentabilidad de la entidad gracias a la eficiente administración de sus capacidades
- El evitar la duplicidad de acciones y desgaste administrativo
- el unificar criterios de decisión y de acción.

Hospitales universitarios

Este aspecto se abordó con suficiencia en el diagnóstico, por tanto solo se resaltaran tres aspectos esenciales para la el modelo: En primera instancia el que, a diferencia del hospital docente, es esencial contar con plena vocación y compromiso con los aspectos académicos, los cuales involucran todo el proceso formativo, desde la planificación de los contenidos curriculares hasta su evaluación, de tal modo que el Hospital y la universidad establecen una relación simbiótica orientada a la generación de conocimiento y a la formación de nuevos profesionales y especialistas en las áreas de la salud y aquellas conexas, al tiempo que se ofrecen los servicios medico asistenciales que requiere la población y que incluyen la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, lo que de manera resumida se puede denominar como el ejercicio de la regencia científica por parte de una universidad.

En segundo lugar está la necesidad de ofrecer un portafolio de servicios que garantice la mayor integralidad en el abordaje médico científico de las patologías a atender de acuerdo con el perfil de servicios resultado del estudio de oferta y demanda de servicios realizado, que constituyen el motivo de consulta de los usuarios, lo que representa la disponibilidad de la mayor cantidad de tecnologías, incluidas las de punta, el acercamiento y aporte continuo a la investigación básica y sobre todo el énfasis traslacional del conocimiento, e implica la evaluación permanente de las acciones y el más alto estándar ético.

En tercer lugar, están los componentes legales que dicha definición implica en el contexto del sistema general de seguridad social en salud de Colombia, los cuales hacen obligatorios una serie de requisitos y dado que se fija como límite temporal para el cumplimiento de los mismos el primero de enero de 2016, resulta claro que el nuevo hospital San Juan de Dios está obligado a cumplirlos antes de abrir sus puertas. En este sentido desde el diagnóstico se recomienda el apalancamiento del conjunto hospitalario con otros agentes del sistema de salud y su vinculación con una universidad que ofrezca programas de salud acreditados y cuente con grupos de investigación debidamente categorizados en Colciencias, quedando pendiente el que desde el diseño los procesos, procedimientos y aún de la dotación y la infraestructura estén formuladas para posibilitar el logro del nivel de acreditación dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

Centros de excelencia

Los centros de excelencia son esencialmente servicios dentro de un hospital, normalmente universitario, que se especializan en el manejo de un grupo de patologías relacionadas entre sí, mostrando resultados altamente satisfactorios, por lo que gozan de reconocimiento local, regional o mundial como sitios de referencia para la atención de los pacientes, para la formación de recursos humanos y para el desarrollo de conocimientos y competencias específicas en el campo.

Con frecuencia disponen de un volumen alto de pacientes y se acompañan de costos altamente competitivos, por lo que suelen alcanzar un relativo grado de autonomía administrativa y financiera dentro de la institución.

Su esencia, en términos de la gestión, son los resultados clínicos desde la perspectiva de la efectividad y la seguridad del paciente y la eficiencia administrativa, por lo que se acuñan a la perfección con los modelos inspirados en la calidad de la gestión, que pretenden que esta sea el factor diferencial en un sistema de salud altamente regulado y con márgenes estrechos de rentabilidad y aunque por ahora la normatividad no otorga ventajas competitivas y mejores tarifas a las entidades que logran mejores niveles de calidad, se espera que a través de la acreditación o de la negociación que asuman los directivos de la institución, este estímulo económico pueda ser alcanzado.

De conformidad con el diagnóstico, para la institucionalidad propuesta se considera conveniente postular los siguientes centros de excelencia para las fases iniciales de la institución (ver resultados del estudio de oferta y demanda en el componente diagnóstico):

- Atención Materno – Perinatal y de Salud de la Mujer
- Trauma severo y atención integrada de Urgencias y Emergencias complejas
- Cirugía de Alta Complejidad

La presencia de estos centros de excelencia permitirá que se logren mejores resultados clínicos, se disponga de un mayor número de actividades y consecuentemente se alcance mayor experticia en su manejo administrativo, lo que redundará en niveles de eficiencia óptimos.

Sin embargo para lograr este cometido es esencial que de manera consensuada entre los colaboradores del hospital se establezcan de manera previa metas para los estándares de resultado deseado, para lo cual es pertinente definir uno o varios referentes competitivos nacionales o internacionales y tanto asistenciales como administrativos

Desde la perspectiva de la gestión el postulado central es que altos volúmenes, aunados a experticia, deben permitir la optimización de los recursos y altos niveles de calidad, rompiendo la idea muy difundida de que mayor nivel de calidad implica necesariamente mayores costos.

Ahora bien, es esencial destacar que un centro de excelencia se fundamenta en disponer de equipos humanos debidamente formados y experimentados y de la tecnología e infraestructura necesarias para optimizar su desempeño, sin embargo debe entenderse que en todos los casos existe una curva de aprendizaje específica, la cual muestra cómo, a través del tiempo, se van perfeccionando los procesos y las interacciones, por ende se deben concertar las estrategias para incorporar procesos exhaustivos de conceptualización y evaluación que faciliten la teorización de los procedimientos para su estandarización y evidencien que los resultados que se van alcanzando en el tiempo son consecuencia del mejoramiento continuo del proceso y no un evento aleatorio

Áreas de especialización

La especialización tiene relación con el reconocimiento social de una o más áreas de experticia y la dotación necesaria para el adecuado desempeño de ella, en la institución hospitalaria (Lindlbauer, 2014), (Schneider, Ohsfeldt, Morrisey, Li, Miller, & Zelner, 2008), (Amporfu, 2008), (Guterman, 2006).

Como ya se mencionó, la propuesta central para la gestión de la prestación de servicios es que además de los servicios asistenciales que ya se están desarrollando en el BIC, que son el de oncología por medio del Instituto Nacional De Cancerología y el de enfermedades de la piel, por medio del Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, se reconozca, fortalezca e integre a la nueva institucionalidad del conjunto el servicio de ginecología y maternidad que está siendo ofertado como una sede del hospital de La Victoria en las instalaciones del que fuese el instituto materno infantil, como un centro de excelencia en atención materno–perinatal y de salud de la mujer.

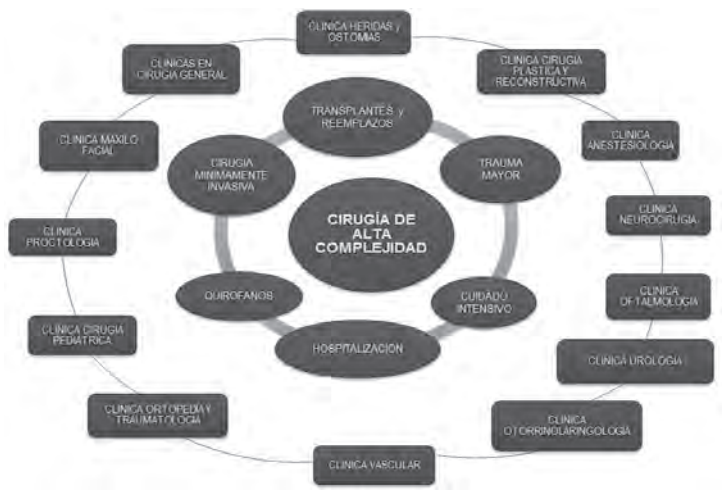
Se insiste en que la nueva institucionalidad debe estar centrada en los pacientes y en los dos grupos sociales con los que se este se articula fundamentalmente, es decir su familia y su comunidad.

En este esquema es importante resaltar que de manera intencional se ubican en la periferia las acciones de apoyo diagnóstico y terapéutico, las de investigación y docencia y las de soporte gerencial, destacando que la centralidad del quehacer propuesto no es la satisfacción de sus intereses o prioridades, sino que su funcionalidad debe estar orientada a la satisfacción de los requerimientos en salud de la población.

Ahora bien, cada uno de los servicios propuestos tiene en su interior un esquema de funcionamiento propio, el cual se ilustra en las siguientes gráficas:



Gráfica 21. Esquema de funcionamiento para el área de Salud de la Mujer y atención Materno Perinatal



Gráfica 22. Esquema de funcionamiento para el área de CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD, incluido el servicio de TRAUMA MAYOR

Se recalca en el doble eje de la propuesta, el cual se centra en las necesidades de atención en salud de los pacientes y no, como ha sido costumbre hasta ahora, en las especialidades médicas, en este sentido el centro de excelencia actúa como un aglutinador de los principales escenarios de intervención y de las posibles respuestas científicas y técnicas, las cuales se organizan por clínicas, que si bien es cierto en la mayoría de casos el nombre tiene correspondencia con una especialidad médico-quirúrgica, la intencionalidad no es que se organice así, sino que corresponda a un equipo multidisciplinario en el que los colaboradores que lo integran realicen un trabajo mancomunado y colaborativo en beneficio del paciente, su grupo familiar y su entorno comunitario.

Finalmente se debe destacar que este esquema de especialización tiene el potencial de permitirle a la institución incorporarse fácilmente a la red de servicios de la ciudad- región, ya que entraría a apoyar la solución de problemas de salud intensamente sentidos por la población y reconocidos en todos los espacios de discusión del sistema de salud.

Investigación e innovación

En relación con los aspectos de investigación e innovación desde el documento de diagnóstico se enfatiza en que este componente se expresa esencialmente por medio de dos elementos: el primero, que corresponde a la producción de conocimiento el cual se puede cuantificar por medio del número publicaciones aceptadas y publicadas en revistas científicas reconocidas a nivel local o internacional (Rodríguez Morales & Rendón, 2012), ya que esto representa el reconocimiento de los pares a la relevancia que tiene el conocimiento producido por la institución y en segundo lugar en la implementación eficaz de soluciones concretas para los problemas de salud de la población.

Se reconoce que los sistemas de salud en el mundo presentan un estado de crisis recurrente, asociada esencialmente a los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico y a las mayores demandas de recursos que esto implica. Por tanto la investigación en salud surge como una respuesta ante esos desafíos, ya que se sabe que los países que más invierten en investigación y desarrollo alcanzan una mejor calidad de vida para sus habitantes a la vez que impulsan su crecimiento económico (Jiménez-Navarro, Delgado García, & Estebaranz García, 2011).

En este sentido se ha venido postulando la importancia de lograr la profesionalización de la investigación como condición necesaria para lograr un sistema de salud eficaz y eficiente (Paccaud, Weihofen, & Nocera, 2011). Esta propuesta no es novedosa, desde hace cerca de veinte años se reconoce la importancia de que todos los países, independiente de su nivel ingreso, apoyen y fomenten la investigación en salud, por lo que se han efectuado múltiples reuniones al respecto (Jara-Navarro, 2012), concluyendo que el avance en ciencias de salud permite ofrecer mejores instrumentos para optimizar los diagnósticos y las intervenciones terapéuticas y preventivas tanto a nivel de la salud individual como en la salud de los colectivos. Desafortunadamente este aspecto, lo mismo que la docencia se han venido percibiendo en muchos casos como actividades marginales para los hospitales (Puerta, Martín-Moreno, Bravo, & Gutiérrez-Fuentes, 2011), aunque se acepta que los profesionales mejor formados y que participan en la formación de los demás, suelen ser los más capacitados para realizar un mejor trabajo y por consiguiente son los más necesarios para los hospitales (Sánchez Jara, 2012)

En relación con la innovación se señala que consiste en la introducción de un nuevo o significativamente mejorado bien o servicio, proceso, método de comercialización o método organizativo, en las prácticas de la organización, en su lugar de trabajo o en las relaciones externas (Organización de Cooperación y Desarrollo Economico, 2005). En este contexto la innovación en los hospitales se puede producir en:

1. Los servicios misionales relacionados la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad o con la promoción de la salud.
2. Las tecnologías requeridas para la prestación del servicio, tales como insumos, máquinas y equipos o en información.
3. Avances conceptuales derivados de la implementación de nuevas técnicas y procedimientos realizados para atender las necesidades en salud.
4. Competencias del equipo de trabajo que se relacionan con las actividades educativas que repercuten en los procesos de aprendizaje organizacional (Djella & Gallouj, 2005).

En consecuencia el proceso de innovación en el CHSJD se desarrollaría a partir de los principios rectores presentados en la tabla 64.

Tabla 64. Principios rectores para el desarrollo de la innovación en el CHSJD

Principio	Definición
Extensivo	Servicios adicionales a los núcleos del servicio de la institución
Regresivo o purificador	Reducción y especialización de servicios
Intensivo	Cambios en la organización de manera interna o externa para aumentar la competencias o tecnologías existentes (Productos farmacéuticos, sistemas tecnológicos para la prestación de servicios de salud y análisis biológico e introducción o mejoras en los protocolos de atención)
Combinado	Asociación y disociación de los servicios constitutivos

Fuente: adaptado del diagnóstico del componente institucional

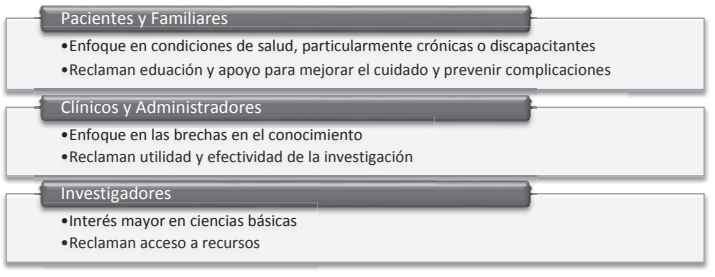
Sin embargo en innovación tecnológica debe tenerse un referente ético estricto en el sentido de garantizar que el desarrollo de equipos e instrumentos biomédicos efectivamente se traduzca en una mejora evidente de la calidad en la atención y goce de un amplio marco de seguridad ya que al interior de la institución debe existir un criterio de responsabilidad social en relación con la contención de costos innecesarios en la provisión del servicio (Kurhekar & Ghoshal, 2010).
En relación con la investigación hay cuatro aspectos adicionales a considerar en relación con las relaciones que este proceso implica, las cuales se esquematizan en la gráfica 9.



Gráfica 23. Relaciones sobre las que se estructura la actividad investigativa
Fuente: adaptada de la organización de la investigación en Atención Primaria (Bolíbar Ribas & Violan Fors, 2011)

Para las fases iniciales del CHSJD resulta prioritario la experticia y las relaciones con grupos de investigación, de los colaboradores que se vayan a vincular en el nivel profesional, por lo que uno de los aportes esenciales de la universidad que participe en el proceso de reapertura debe estar relacionado con estas capacidades y en particular con el reconocimiento social de su desempeño en esta actividad, lo cual se puede evaluar por medio de los diferentes ranking que existen al respecto (Puljak, Vukojević, Kojundžić, & Sapunar, 2008), (Dakik, Kaidbey, & Sabra, 2006).

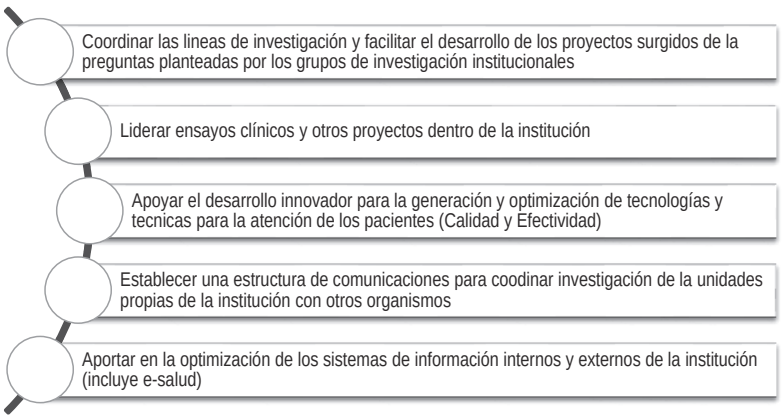
Otro elemento a considerar son los grupos de interés (Tucci, Schulz , & Witsell , 2010), los cuales se incluyen en la gráfica 24.



Gráfica 24. Grupo de interés a considerar para la estructuración de la investigación en salud
Fuente: adaptada de Redes de Colaborativas de trabajo para la mejoría del cuidado del paciente y la investigación (Clancy, Margolis , & Miller , 2013)

En cuanto a los objetivos de la investigación, estos se resumen en formular preguntas relevantes y buscar respuestas válidas a los interrogantes surgidos de las necesidades que plantean los diferentes

problemas de la vida real, en este sentido las actividades mínimas que se deben desarrollar con este propósito se presentan en la gráfica 25.



Gráfica 25. Objetivos para la investigación en el CHSJD
Fuente: Adaptado de Unidades de investigación asistencial: una propuesta organizativa

Se debe establecer, de manera consensuada, los temas de investigación y la financiación de la misma, en particular por el hecho de que una fuente frecuente es la industria farmacéutica, pero dadas las implicaciones éticas que esto conlleva (Vagelos , 2007), es esencial disponer previamente de criterios estrictos a este respecto.

Entre las temáticas se considera importante incluir la tendencia actual de incorporar el traslado de los descubrimientos que se realizan en el laboratorio a la práctica clínica con el objeto de ser usados para el diagnóstico, tratamiento, pronóstico o prevención de la enfermedades que afectan al ser humano, conocida como investigación traslacional (Rodés, 2007), (Minna & Gazdar, 1996), (Marwik, 2001), lo mismo que el desarrollo de guías de práctica clínica basadas en la evidencia (Rubenstein & Pugh, 2006).

Sin embargo la investigación y la innovación no pueden restringirse solamente a los aspectos clínicos y asistenciales, sino que es importante que abarque los diferentes aspectos de la institución, en este sentido la gráfica 26 presenta algunos de los relacionamientos con otros niveles.



Gráfica 26. Organización del conocimiento hospitalario
Fuente: Adaptado de **(Jaramillo Salazar , 2007)**.

Es importante señalar que las instituciones de salud que dedican sus esfuerzos a reducir las inequidades en salud, tal y como ocurrirá con el CHSJD por el mandato legal, cuentan con unos retos adicionales para realizar investigación e innovación, estos se presentan en la tabla 4

Tabla 65. Retos de investigación con pacientes en el CHSJD

Nivel	Retos
Sistema	• Mantener la documentación actualizada para garantizar información confiable, en especial los registros médicos y la información administrativa del servicio. • Asignar tiempos para la producción del conocimiento • Superar roces con el personal que provee la atención
Proveedores	• Enfocar sus esfuerzos en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno • Disponer de personal adecuado en calificación y número • Incluir la investigación como elemento misional • Escuchar y aprovechar las percepciones del personal
Pacientes	• Comorbilidades y limitado conocimiento • Desconfianza • Falta de recursos para participar en los estudios

Fuente: Adaptado de Retos para realizar investigación en centros urbanos de salud (Lemon , Zapka , Estabrook , & Benjamin , 2006).

Para afrontarlos en la tabla 66 se plantean una serie de opciones al respecto.

Tabla 66. Estrategias para superar los retos para realizar investigación con pacientes en el CHSJD

Aspecto	Propuesta
Diseño de los estudios	• Organizar estudios cuasi experimentales debido la variabilidad de la condiciones
Reclutamiento y retención de pacientes	• Preparar presupuesto específico para esta actividad. • Permitir recursos extras para el personal de investigación. • Tener estrategias de contacto telefónico y contacto por correo con los pacientes que participan en los diferentes estudios
Calidad de la institución	• Contar con un plan para mejorar la calidad de la atención de los participantes y un presupuesto específico para este rubro
Personal	• Ampliar la educación médica en el personal de la institución. • El entrenamiento del personal debe tener como centro las habilidades en relación con los pacientes

Fuente: Adaptado de Retos para realizar investigación en centros urbanos de salud (Lemon , Zapka , Estabrook , & Benjamin , 2006).

También es esencial destacar que la investigación en una institución que presta servicios de salud tiene como desafío adicional el que los resultados sean válidos y oportunos, lo cual suele producir un conflicto entre la confiabilidad y validez con la celeridad (Myers, Fox, & Vladeck, 1990).

Este aspecto se puede solucionar con planes de mediano plazo, que incluyan un componente de flexibilidad y con diseños metodológicos óptimos, lo cual no siempre es fácil puesto que los financiadores en Colombia suelen apoyar proyectos de corto plazo (uno o dos años).

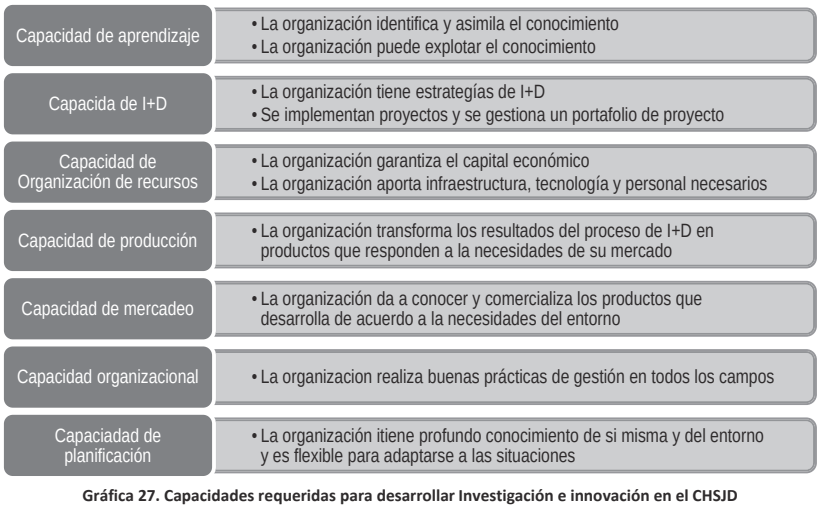
Existen otros riesgos para la generación de capacidades de investigación (Pienta, 2010), los cuales deben ser previstos y afrontados en la formulación definitiva del nuevo HSJD, tal y como se resume en la tabla 67.

Tabla 67. Riesgos capacidades de innovación

RIESGO	POSIBLE AFRONTAMIENTO
Riesgo científico	Procesos rigurosos de selección de hipótesis y datos previos. Experiencia de los investigadores y evaluación de la calidad del producto desarrollado.
Propiedad intelectual	Contar con el apoyo de la universidad asociada para estar al tanto de las patentes y limitaciones de uso existentes, además de conocer los equipos de investigación que se encuentran trabajando en desarrollos similares.
Comercialización del producto	Disponer del apoyo de un equipo de emprendimiento perteneciente a la Universidad, de tal manera que como mínimo apoye el diseño y desarrollo de las actividades de costos y mercadeo que son requeridas.
Legal	Disponer de un equipo encargado de hacer seguimiento a la formulación y aplicación de la reglamentación vigente y de la interacción con entes de control en el área como el INVIMA en Colombia

En relación con las capacidades que el hospital debe disponer para desarrollar la investigación e innovación, es esencial considerar que estas se deben fundamentar en criterios como la equidad y la proporcionalidad en el uso de recursos y en la sostenibilidad por medio de la innovación y la creatividad (Ferrer Arnedo , 2013).

Un resumen de estas se esquematiza en la gráfica 27.



Gráfica 27. Capacidades requeridas para desarrollar Investigación e innovación en el CHSJD
Fuente: Adaptado de Analysis of Sources of innovation (Yam, Lo, Lau, & Tang, 2011)

En lo atinente al modelo organizacional para el desarrollo de la investigación y la innovación se sugiere adoptar el esquema de las "7S" (por las siglas en inglés de las palabras claves que lo representan) que se describe a continuación

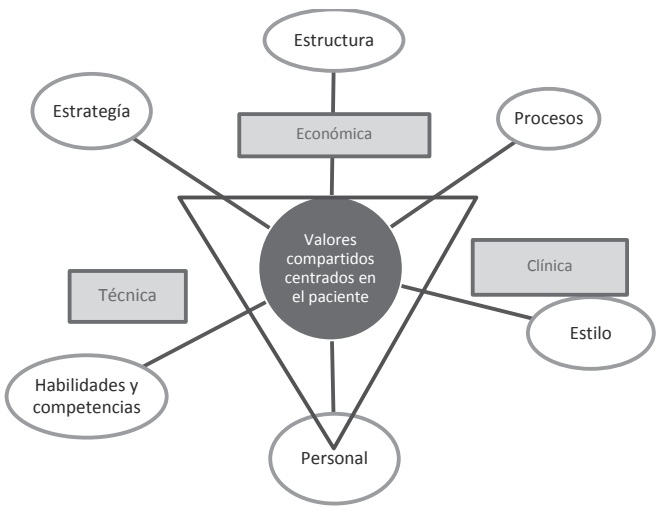
- Estrategia (Strategy): indica cómo los planes se convierten en objetivos estratégicos que a la vez deben materializarse en acciones con el fin de alcanzar una ventaja competitiva en el sector en el que se está involucrado.
- Estructura (Structure): se refiere a como son divididas, organizadas y coordinadas la diferentes actividades al interior de una organización con el objeto de establecer responsabilidades.
- Procesos (System): este aspecto señala los sistemas formales e informales que hacen que una organización actúe.
- Estilo (Style): Hace referencia al estilo de mando al interior de la organización.

- Personas (Staff): hace relación a la cantidad de colaboradores y el tipo de personal que tiene una empresa.
- Habilidades (Skills): son las capacidades que posee una organización y la que van a distinguirla de su competencia.
- Valores compartidos (SharedValues): Son valores que comparten los integrantes de la organización. (Peters & Waterman , 1982):

El cual debe ser enriquecido por la comprensión de que una organización hospitalaria incluye las siguientes dimensiones:

1. Clínica: Recursos médicos, asistenciales y científicos
2. Técnica: Recursos asociados con los equipos y dispositivos biomédicos, de manera global todos los activos de la institución
3. Económica: Recursos administrativos y financieros

Lo cual se puede esquematizar en la siguiente gráfica:



Gráfica 28. Modelo de organización hospitalaria centrada en la innovación
Fuente: Adaptado de Metodología para medir y evaluar las capacidades de Innovación Tecnológica en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud bajo un enfoque de lógica difusa (Botero Morales, 2013).

En relación con algunos temas de investigación que de acuerdo con el diagnóstico resultan de interés y pueden llegar a ser asumidos en el CHSJD, incluirían:

- Seguridad alimentaria y nutrición
- Salud ambiental
- Biotecnología y Robótica aplicada en salud
- Biología molecular, Inmunología y Laboratorio clínico
- Farmacología y Tecnologías en salud
- Medicinas Alternativas y terapias complementarias
- Administración, Gerencia y Gestión en salud
- Arquitectura e Ingeniería hospitalaria

Adicionalmente, en el anexo 4 se incluye un resumen de algunas experiencias en el desarrollo de investigación e innovación en centros hospitalarios, la cual puede enriquecer este proyecto.

Educación

De acuerdo con lo referenciado en el diagnóstico, se considera que la tasa específica de internos y residentes/cama de 0,10 y 0,27 respectivamente, lo que significa que cuando funcione en plenitud (aproximadamente 500 camas) el CHSJD puede tener una capacidad en docencia en medicina para cerca de 140 residentes de especialidades médico-quirúrgicas y 50 internos permanentes, por supuesto y como también se señaló previamente se considera muy importante que la pirámide de formación incluya estudiantes de pregrado cuyo número puede ser entre 3 y 5 veces el de internos, de tal manera que se puede estar recibiendo cerca de 200 estudiantes por turno en los tres grandes campos de interés para este nivel de formación clínica, que son medicina interna y especialidades médicas, cirugía general y especialidades quirúrgicas y gineco-obstetricia.

Además de estos estudiantes puede haber otros de ciencias de la salud y de otros campos de conocimiento relacionados, los cuales realizarían rotaciones específicas en enfermería, nutrición humana, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, laboratorio clínico, química farmacéutica, trabajo social y psicología, entre otras, tanto en pregrado, como en posgrado, sin que esto represente un malestar indebido para los usuarios.

Igualmente el hospital tiene el potencial de ser un campo de práctica para apoyar la formación y la investigación de estudiantes y docentes de casi cualquier disciplina que se encuentren interesados en los aspectos relacionados con la salud humana y la prestación de servicios, en campos tan diversos como las ingenierías, las demás ciencias humanas y el derecho, las ciencias económicas, las artes y la pedagogía, entre otras.

Adicionalmente existe la posibilidad de apoyar prácticas formativas para los niveles técnico y tecnológico de la salud.

Así las cosas, se puede calcular que entre docentes y estudiantes el conjunto hospitalario puede llegar a albergar diariamente entre 500 y 600 personas que asisten a la institución esencialmente en funciones docente-asistenciales o netamente académicas, esto sin contar la población flotante que se derivaría de la utilización del proyectado escenario de congresos y convenciones científicas que pueden llevarse a cabo en su interior.

Esta situación, que no es ajena a cualquier hospital que realmente sea universitario, implica el desarrollo de acciones específicas que permitan que esta actividad se desarrolle de manera ordenada y con el menor riesgo o molestia para los usuarios y colaboradores del CHSJD.

En este sentido a continuación se proponen algunos de los principales elementos a considerar en la formulación las actividades misionales de docencia e investigación en relación con la prestación de servicios de salud en el CHSJD.

(II) Aspectos financieros de la prestación de servicios de salud – IPS

A partir de la formulación realizada en el componente diagnóstico del PEMP y la cual fue traducida en un diseño para la operación en salud acorde a una brecha de mercado identificada, el análisis de los aspectos financieros de la IPS, busca presentar de forma sencilla el escenario operacional y financiero al que muy probablemente se vería enfrentada una IPS inmersa en el Sistema de Salud.
En ese sentido se considera que el objeto de estudio del PEMP no se enfoca en el diseño financiero de una IPS específica, sino que se limita a estimar y describir las condiciones operacionales y financieras que presentará la prestación de servicios de salud, dadas unas necesidades potenciales de atención y unas condiciones financieras generales aplicables a las IPS Colombianas.

Según esto, la presentación de los aspectos financieros de la IPS no incluye información sobre las inversiones necesarias que tendrá que hacer la entidad para la puesta en marcha de su proyecto, y mucho menos se pretende formular y evaluar financieramente un proyecto específico de IPS, en donde el carácter de la entidad ejecutora, su finalidad y el Know How son determinantes críticos de los resultados y rendimientos esperados de la inversión.

Por ejemplo el grado de inversiones y retornos esperados en un proyecto de prestación de servicios de salud en el CHSJD, no será el mismo si el ejecutor del proyecto es una universidad que quiere implementar un sitio de práctica para sus estudiantes, o si es un hospital de la red pública que contando con una infraestructura y plataforma administrativa principal, ve en CHSJD una posibilidad de expansión de servicios, o si una entidad (con o sin ánimo de lucro) decide implementar una IPS nueva en los edificios del complejo.

Bajo este escenario, se presentan las proyecciones de ingresos por ventas de servicios de salud, estimadas a partir del plan de producción en cantidades de servicios formulado en el estudio de oferta y demanda, multiplicadas por el precio de venta equivalente a una tarifa de referencia. Y a partir de estos ingresos, se aplica la estructura de costos y gastos observada en el diagnóstico realizado a las IPS de referencia. Con esto se obtiene el escenario básico operacional (ingresos, costos y gastos) bajo el cual muy seguramente funcionará la prestación de servicios de salud.

Simulación Financiera

La simulación y proyección financiera desarrollada tiene por objeto dar a conocer las condiciones financieras que podrían presentarse en la prestación de servicios de salud por parte de una IPS. Partiendo del análisis desarrollado en el componente diagnóstico sobre el comportamiento histórico de las diferentes variables económicas que enmarcan el funcionamiento de las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente para el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS, y según las estimaciones realizadas en el desarrollo del componente institucional de la propuesta del PEMP, la simulación financiera integra bajo un modelo de análisis ambos componentes, obteniendo como resultado las proyecciones que en términos de ingresos, costos y gastos podría presentar el funcionamiento de una IPS de las características descritas en el componente institucional.

Para el desarrollo de la simulación financiera de la prestación de servicios de salud, se parte del diseño técnico elaborado en la formulación del componente institucional, de donde se obtienen los elementos de análisis en términos del tipo y cantidades de servicios a prestar por la IPS, de acuerdo a la capacidad física instalada y su grado de disponibilidad según las fases de implementación del PEMP. Posteriormente se identifican los precios de mercado asignados a cada una de las actividades en salud contenidas en el portafolio de servicios de la IPS diseñada a partir de los lineamientos que orientan su participación en la red prestadora de servicios del Distrito, y con ambos elementos, precios y cantidades, se formula la proyección de ingresos para la IPS.

En términos de costos y gastos de funcionamiento, la simulación financiera se establece a partir de la aplicación de la estructura de costos y gastos identificada durante el diagnóstico de las IPS de referencia, desde la cual se obtienen los supuestos financieros bajo los cuales se formula la simulación financiera.

Estimación de tarifas de los servicios

La dinámica de las relaciones de compra y venta de servicios de salud entre las instituciones prestadoras de servicios IPS y las entidades responsables de pago o entidades administradoras de planes de beneficios en el marco del sistema de seguridad social, obedecen, por lo menos de manera teórica, a un ejercicio de libre negociación entre las partes y cuyos defectos y limitaciones no son objeto de análisis en el desarrollo del PEMP.

En este escenario de negociación entre compradores y vendedores, a lo largo de la evolución del Sistema de Salud Colombiano han prevalecido instrumentos de información que operan como listas de precios de referencia y sobre los cuales se establecen los acuerdos de precios de compra/venta de los servicios, siendo el manual tarifario SOAT (Decreto 2423 de 1996) el listado de precios de referencia más utilizado por las IPS públicas, especialmente en sus relaciones con el régimen subsidiado. Para el caso de las IPS públicas del Distrito, se ha identificado como tarifa más común un acuerdo sobre el manual de tarifas SOAT menos el 15%.

Según lo anterior, los precios de referencia empleados para simulación financiera de los ingresos por prestación de servicios de salud en la IPS corresponden a los establecidos en el manual de tarifas SOAT 2015 menos el 15%

El resumen de las tarifas SOAT 2015 identificadas para los grupos de servicios, se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 68. Precios de referencia para la IPS por cada actividad de atención en salud

TIPO DE SERVICIOS	GRUPO QUIRÚRGICO	TARIFA SOAT 2015	TARIFA AJUSTADA (-15%)
QUIRÓFANOS La tarifa establecida por cada grupo quirúrgico incluye los siguientes conceptos: - Honorarios del Cirujano - Honorarios del Anestesiólogo - Honorarios del Ayudante (Cuando aplica) - Derechos por el uso de la sala - Materiales básicos (sutura, guantes, anestésicos, gasas y otros) - Sala de recuperación Cada cirugía específica está relacionada con un grupo quirúrgico	Grupo 08	1,026,300	872,355
	Grupo 09	1,172,200	996,370
	Grupo 10	1,563,700	1,329,145
	Grupo 11	1,679,500	1,427,575
	Grupo 12	1,795,900	1,526,515
	Grupo 13	1,916,900	1,629,365
	Grupo 20	1,762,200	1,497,870
	Grupo 21	2,121,100	1,802,935
	Grupo 22	2,456,700	2,088,195
	Grupo 23	3,507,900	2,981,715
HOSPITALIZACIÓN GENERAL	Habitación Unipersonal	276,900	235,365
	Habitación Bipersonal	236,900	201,365
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	Unidad de Cuidados Intermedios	574,300	488,155
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Unidad de Cuidados Intensivos	1,067,700	907,545
CONSULTA EXTERNA	Consulta por Medicina Especializada	37,200	31,620
	Consulta por Medicina General	25,800	21,930
URGENCIAS	Consulta por Medicina General	42,300	35,955
LABORATORIO CLÍNICO	Tarifa promedio por Examen	26,600	22,610
RADIOLOGÍA CONVENCIONAL	Tarifa promedio por Examen	102,600	87,210
TOMOGRAFÍA	Tarifa promedio por Examen	355,400	302,090
ULTRASONIDO	Tarifa promedio por Examen	151,300	128,605
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	Tarifa promedio por Examen	659,000	560,150
RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR	Tarifa promedio por Examen	1,366,000	1,161,100
GAMMAGRAFÍA	Tarifa promedio por Examen	309,300	262,905

Fuente: Elaboración de los autores con datos del Decreto 2423 de 1996

Estimación de ingresos

A partir del análisis de oferta y demanda de servicios de salud desarrollada en el componente de diagnóstico institucional, se identifican los volúmenes de producción estimados para cada una de las unidades de servicios que fueron diseñadas y según las fases propuestas. Esta información sobre producción es multiplicada por la tarifa de venta promedio identificada en el manual tarifario SOAT 2015 menos el 15%.

Adicionalmente a las ventas por concepto de procedimientos médicos, se estima la venta de medicamentos e insumos médicos asociada a la prestación de servicios de salud. Estos ingresos según el comportamiento sectorial representan entre el 20% al 30% de las ventas totales de una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS de alto grado de complejidad.

Cabe recordar que el desarrollo de las fases propuestas para la IPS presenta el siguiente curso de evolución en cuanto al inicio de los servicios, así:

Año 1: Centro de Trauma
Año 2 y 3: Cirugía Mayor
Año 4: Salud Mental

Para la primera fase correspondiente al Centro de Trauma, se proyectan los siguientes ingresos:

Tabla 69. Proyección de ingresos para la IPS año 1.

UNIDAD DE SERVICIOS	GRUPO QUIRÚRGICO	PRODUCCIÓN	TARIFA AJUSTADA	VALOR VENTAS
QUIRÓFANOS	Grupo 08	2,308	872,355	2,013,206,692
	Grupo 09	1,102	996,370	1,098,480,622
	Grupo 10	1,637	1,329,145	2,175,255,103
	Grupo 11	161	1,427,575	229,255,354
	Grupo 12	458	1,526,515	699,625,032
	Grupo 13	758	1,629,365	1,234,804,549
	Grupo 20	309	1,497,870	462,168,966
	Grupo 21	40	1,802,935	71,570,376
	Grupo 22	43	2,088,195	90,430,064
	Grupo 23	13	2,981,715	37,661,249
TOTAL QUIRÓFANOS		**6,828**		**8,112,458,008**
HOSPITALIZACIÓN GENERAL	Habitación Unipersonal	3,590	235,365	**844,853,692**
	Habitación Bipersonal	14,358	201,365	**2,891,236,397**
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	Unidad de Cuidados Intermedios	2,398	488,155	**1,170,498,322**
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Unidad de Cuidados Intensivos	1,102	907,545	**1,000,041,212**
CONSULTA EXTERNA	Consulta por Medicina Especializada	6,429	31,620	**203,299,680**
	Consulta por Medicina General	10,783	21,930	**236,468,317**
URGENCIAS	Consulta por Medicina General	19,274	35,955	**692,996,670**
LABORATORIO CLÍNICO	Exámenes de Laboratorio	**168,605**	22,610	**3,812,168,643**
RADIOLOGÍA CONVENCIONAL	Exámenes de Radiología	**4,825**	87,210	**420,813,000**
TOMOGRAFÍA	Exámenes de Tomografía	**667**	302,090	**201,371,361**
SUBTOTAL VENTAS POR PROCEDIMIENTOS				**19,586,205,301**
VENTAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS				**5,875,861,590**
TOTAL VENTAS				**25,462,066,891**

La segunda fase de desarrollo de la IPS, incluye además de los servicios de trauma, la apertura de servicios quirúrgicos, los cuales perfilan a esta IPS como un Centro de Cirugía Mayor. La expansión de estos servicios se producirá durante el segundo y tercer año de operaciones, la proyección de ingresos correspondiente al segundo y tercer año de funcionamiento de la IPS se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 70. Proyección de ingresos para la IPS años 2 y 3.

UNIDAD DE SERVICIOS	DETALLE	PRODUCCIÓN	TARIFA AJUSTADA	VALOR VENTAS AÑO 2	VALOR VENTAS AÑO 3
QUIRÓFANOS	Grupo 08	6,423	872,355	2,241,405,319	3,362,107,978
	Grupo 09	4,860	996,370	1,936,855,680	2,905,283,519
	Grupo 10	4,493	1,329,145	2,388,938,090	3,583,407,136
	Grupo 11	1,371	1,427,575	783,101,154	1,174,651,731
	Grupo 12	2,560	1,526,515	1,563,271,983	2,344,907,975
	Grupo 13	3,043	1,629,365	1,983,178,603	2,974,767,904
	Grupo 20	1,136	1,497,870	680,362,096	1,020,543,145
	Grupo 21	414	1,802,935	298,602,801	447,904,201
	Grupo 22	878	2,088,195	733,096,508	1,099,644,762
	Grupo 23	498	2,981,715	594,000,604	891,000,905
TOTAL QUIRÓFANOS		25,676		13,202,812,837	19,804,219,255
HOSPITALIZACIÓN GENERAL	Habitación Unipersonal	11,948	235,365	1,124,864,780	1,687,297,171
	Habitación Bipersonal	47,792	201,365	3,849,483,084	5,774,224,626
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	Unidad de Cuidados Intermedios	18,412	488,155	3,595,207,238	5,392,810,857
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Unidad de Cuidados Intensivos	7,143	907,545	2,592,916,959	3,889,375,438
CONSULTA EXTERNA	Consulta por Medicina Especializada	248,619	31,620	3,144,529,608	4,716,794,412
	Consulta por Medicina General	10,783	21,930	94,587,327	141,880,990
URGENCIAS	Consulta por Medicina General	101,317	35,955	1,457,144,972	2,185,717,457
LABORATORIO CLÍNICO	Exámenes	979,187	22,610	8,855,764,908	13,283,647,361
RADIOLOGÍA CONVENCIONAL	Exámenes	44,237	87,210	1,543,177,442	2,314,766,163
TOMOGRAFÍA	Exámenes	5,732	302,090	692,588,721	1,038,883,081
ULTRASONIDO	Exámenes	20,092	128,605	1,033,590,891	1,550,386,337
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	Exámenes	9,691	560,150	2,171,330,506	3,256,995,758
RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR	Exámenes	2,212	1,161,100	1,027,280,890	1,540,921,335
GAMMAGRAFÍA	Exámenes	4,495	262,905	472,720,712	709,081,068
SUBTOTAL VENTAS POR PROCEDIMIENTOS				**44,858,000,873**	**67,287,001,309**
VENTAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS				**13,457,400,262**	**20,186,100,393**
TOTAL VENTAS				**58,315,401,135**	**87,473,101,702**

La siguiente fase de desarrollo de la prestación de servicios de salud de alta complejidad, incluye la operación de los servicios de salud mental, para lo cual y de igual forma como se procedió en las fases anteriores, se tomaron los datos de demanda potencial para la especialidad según los cálculos arrojados por el estudio de oferta y demanda. A continuación se muestra la proyección de ventas

del cuarto año de operación de la IPS que incluye el portafolio de servicios completo del Centro de Trauma, Cirugía Mayor y Salud Mental.

Tabla 71. Proyección de ingresos para la IPS año 4.

UNIDAD DE SERVICIOS	DETALLE	PRODUCCIÓN	TARIFA AJUSTADA	VALOR VENTAS
QUIRÓFANOS	Grupo 08	6,423	872,355	5,603,513,296
	Grupo 09	4,860	996,370	4,842,139,199
	Grupo 10	4,493	1,329,145	5,972,345,226
	Grupo 11	1,371	1,427,575	1,957,752,885
	Grupo 12	2,560	1,526,515	3,908,179,958
	Grupo 13	3,043	1,629,365	4,957,946,507
	Grupo 20	1,136	1,497,870	1,700,905,241
	Grupo 21	414	1,802,935	746,507,001
	Grupo 22	878	2,088,195	1,832,741,269
	Grupo 23	498	2,981,715	1,485,001,509
TOTAL QUIRÓFANOS		25,676		**33,007,032,092**
HOSPITALIZACIÓN GENERAL	Habitación Unipersonal	12,598	235,365	**2,965,149,201**
	Habitación Bipersonal	50,392	201,365	**10,147,256,709**
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	Unidad de Cuidados Intermedios	18,412	488,155	**8,988,018,095**
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Unidad de Cuidados Intensivos	7,143	907,545	**6,482,292,397**
CONSULTA EXTERNA	Consulta por Medicina Especializada	249,489	31,620	**7,888,843,024**
	Consulta por Medicina General	11,320	21,930	**248,236,853**
URGENCIAS	Consulta por Medicina General	101,824	35,955	**3,661,091,614**
LABORATORIO CLÍNICO		**983,972**	22,610	**22,247,597,996**
RADIOLOGÍA CONVENCIONAL		**44,700**	87,210	**3,898,298,321**
TOMOGRAFÍA		**5,778**	302,090	**1,745,450,424**
ULTRASONIDO		**20,314**	128,605	**2,612,427,894**
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA		**9,749**	560,150	**5,461,156,159**
RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR		**2,235**	1,161,100	**2,595,066,037**
GAMMAGRAFÍA		**4,541**	262,905	**1,193,967,194**
SUBTOTAL VENTAS POR PROCEDIMIENTOS				**113,141,884,009**
VENTAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS				**33,942,565,203**
TOTAL VENTAS				**147,084,449,211**

El plan de implementación de la IPS muestra en las diferentes fases la apertura de servicios que están alineados con el programa de intervención patrimonial de los edificios donde desarrollará su actividad. Según este plan, a partir del cuatro año la prestación de servicios de salud debe estar consolidada.

Tabla 72. Proyección de ventas de servicios IPS CHSJD (Cifras en Millones $COP).

UNIDAD DE SERVICIOS	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
QUIRÓFANOS	8,112.5	13,202.8	19,804.2	33,007.0
HOSPITALIZACIÓN GENERAL	3,736.1	4,974.3	7,461.5	13,112.4
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	1,170.5	3,595.2	5,392.8	8,988.0
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	1,000.0	2,592.9	3,889.4	6,482.3
CONSULTA EXTERNA	439.8	3,239.1	4,858.7	8,137.1
URGENCIAS	693.0	1,457.1	2,185.7	3,661.1
LABORATORIO CLÍNICO	3,812.2	8,855.8	13,283.6	22,247.6
RADIOLOGÍA CONVENCIONAL	420.8	1,543.2	2,314.8	3,898.3
TOMOGRAFÍA	201.4	692.6	1,038.9	1,745.5
ULTRASONIDO	0.0	1,033.6	1,550.4	2,612.4
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	0.0	2,171.3	3,257.0	5,461.2
RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR	0.0	1,027.3	1,540.9	2,595.1
GAMMAGRAFÍA	0.0	472.7	709.1	1,194.0
SERVICIO FARMACÉUTICO	5,875.9	13,457.4	20,186.1	33,942.6
TOTAL VENTAS	**25,462.1**	**58,315.4**	**87,473.1**	**147,084.4**

Estimación de Costos

Una vez conocidos los ingresos estimados por ventas de servicios en las diferentes fases de desarrollo de la IPS se procede a aplicar la estructura de costos y gastos identificada en el levantamiento de información realizado en el componente del diagnóstico financiero.

Según las estimaciones de ingresos realizadas y la aplicación de la estructura de costos identificada en las IPS de referencia, se obtiene la siguiente simulación de costos y gastos operacionales.

Tabla 73. Proyección de Costos y Gastos IPS CHSJD (Cifras en Millones $COP).

CONCEPTO	% DE LAS VENTAS	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
COSTOS	76.4%	19,453.0	44,553.0	66,829.4	112,372.5
GASTOS	23.7%	6,034.5	13,820.8	20,731.1	34,859.0
TOTAL COSTOS Y GASTOS		**25,487.5**	**58,373.7**	**87,560.6**	**147,231.5**

Evaluación Financiera

Proyección de Estados Financieros

A partir de la identificación de las ventas de servicios en cada una de las etapas de desarrollo de la IPS, se aplica la estructura financiera de costos y gastos observada en las IPS de referencia, y se complementa la estructura del Estado de Resultados con el parámetro de resultado neto observado en las IPS revisadas, el cual se ubicó en un 7.46%.

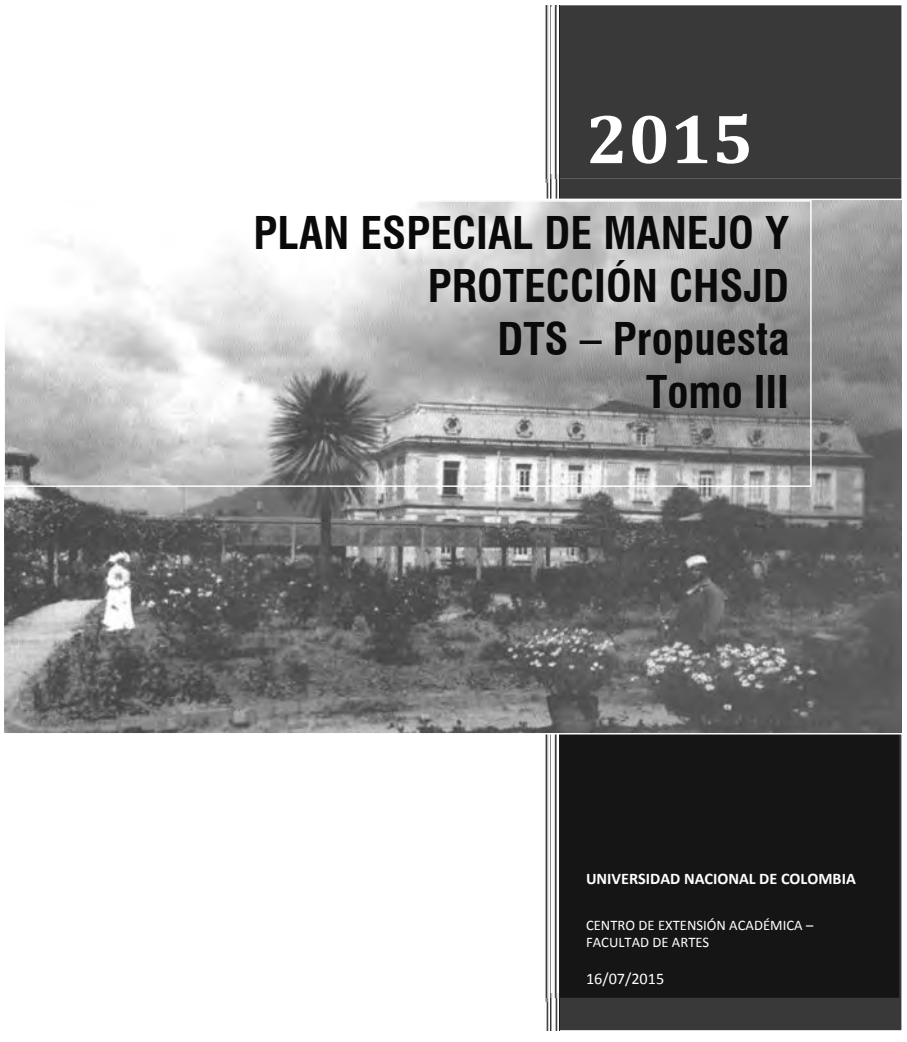
Tabla 74. Estado de Resultados Proyectado (Cifras en Millones $COP).

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
VENTAS	25,462.1	58,315.4	87,473.1	147,084.4
Menos				
COSTOS	19,453.0	44,553.0	66,829.4	112,372.5
Igual				
RESULTADO BRUTO	**6,009.0**	**13,762.4**	**20,643.7**	**34,711.9**
Menos				
GASTOS	6,034.5	13,820.8	20,731.1	34,859.0
Igual				
RESULTADO OPERACIONAL	**-25.5**	**-58.3**	**-87.5**	**-147.1**
Mas				
OTROS INGRESOS	1,925.7	4,410.5	6,615.7	11,124.2
igual				
RESULTADO NETA	**1,900.3**	**4,352.2**	**6,528.2**	**10,977.1**

Evaluación de indicadores

Una vez proyectada la información sobre el comportamiento financiero de la operación de la IPS en Complejo Hospitalario San Juan de Dios, la evaluación financiera se resume en:

- Indicadores Financieros:
  Margen Bruto: 23.6%
  Margen Operacional: -0.1%
  Margen de Utilidad Neto: 7.46%



PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Contrato Inter-administrativo No. 232 de 2013 Suscrito entre el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural, la Universidad Nacional de Colombia y el Ministerio de Cultura

DOCUMENTO TÉCNICO DE SOPORTE
PROPUESTA – TOMO 3
16 de julio de 2015

Dirección proyecto: Arq. María Claudia Romero Isaza, Arq. Juan Carlos del Castillo Daza
Valoración patrimonial: Arq. Juanita Barbosa
Coordinación técnica: Arq. Sandra Melo Rodríguez
Coordinación componente edilicio: Arq. Germán Téllez
Coordinación componente urbano: Arq. Juan Carlos del Castillo, Arq. Sandra Mondragón
Especialista en Sistemas de Información Geográfica: Arq. José David Pinzón
Coordinación componente institucional-Fase 2: Dr. Carlos Humberto Arango
Coordinación componente institucional-Fase 1: Dr. Juan Carlos García Ubaque
Asesoría jurídica: Dr. Alfredo Rueda
Coordinación componente médico arquitectónico-Fase 2: Dr. Carlos Humberto Arango
Coordinación componente médico arquitectónico-Fase 1: Dr. Álvaro Casallas
Coordinación componente socioeconómico: Dr. Oscar Rodríguez

ÍNDICE GENERAL DEL DOCUMENTO DE PROPUESTA

TOMO I:

1 ASPECTOS GENERALES
2 DELIMITACIÓN DE ÁREAS
3 NIVELES PERMITIDOS DE INTERVENCIÓN
4 CONDICIONES DE MANEJO
4.1 Aspectos Físico Técnicos

TOMO II:

4.2 Aspectos Administrativos
4.3 Aspectos Financieros
5 PLAN DE DIVULGACIÓN

TOMO III:

SÍNTESIS DE LA PROPUESTA

TABLA DE CONTENIDO

1 ASPECTOS GENERALES 7
1.1 Objetivos 7
2 DELIMITACIÓN DE ÁREAS 9
2.1 Area afectada 9
2.2 Zona de influencia 10
3 NIVELES PERMITIDOS DE INTERVENCIÓN 11
3.1 En el Área Afectada 11
3.2 En la Zona de Influencia 14
4 CONDICIONES DE MANEJO 16
4.1 Aspectos Físico-Técnicos 16
4.1.1 En el Área Afectada 16
4.1.2 En la Zona de Influencia 36
4.2 Aspectos Administrativos 46
4.2.1 Modelo de Desarrollo Institucional del CHSJD: Estructura Jurídico Administrativa y Bases para el Diseño del Modelo de Gestión 46
4.2.2 Modelo de Desarrollo Institucional del CHSJD: Propuesta del Modelo de Gestión 58
4.3 Aspectos Financieros 73
4.3.1 Aspectos Financieros de la Operación del Complejo Hospitalario 74
4.3.2 Análisis Económico del PEMP 88
4.3.3 Proyecciones Financieras de la IPS Hospital Universitario 91
4.3.4 Evaluación Financiera de la IPS Hospital Universitario 93
4.3.5 Programa de Gestión 94

ÍNDICE DE PLANOS

Plano 1- Área afectada propuesta por el PEMP. 9
Plano 2- Zona de Influencia propuesta por el PEMP 10
Plano 3- Plano general de Niveles de Intervención 11
Plano 4. Usos propuestos. 18
Plano 5- Propuesta para la generación de nuevo espacio público para la ciudad 22
Plano 6- Jardines y zonas verdes al interior del conjunto 26
Plano 7- Plazoletas y zonas duras al interior del conjunto 27
Plano 8. Fase de Implementación 1. 0-3 años 102
Plano 9. Fase de Implementación 2 (3,5 - 6 años). 105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Detalles de la propuesta para la generación de nuevo espacio público para la ciudad 22
Figura 2- Alzado principal, Alameda y parque lineal occidental 23
Figura 3- Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida Carrera 10ª 24
Figura 4- Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida La Hortúa 24
Figura 5- Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa 25
Figura 6- Sector 1. Núcleo Fundacional 28
Figura 7- Sector 2. Pabellones 29
Figura 8- Sector 3. Edificio Central 30
Figura 9- Sector 4. Zona Sur 31
Figura 10- Sector 5. Nuevos desarrollos 32
Figura 11- Sector 6. Ancianato, Lleras Acosta y Jardín infantil 34
Figura 12- Sector 7. Cancerológico e Instituto Materno Infantil 35

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Esquema básico modelo institucional del CHSJD - PEMP. 47
Gráfica 2. Rutas de decisiones entre el ente propietario, el ente Gestor y los entes operadores de los servicios del CHSJD según USOS de las edificaciones. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. 49
Gráfica 3. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. Relación entre la entidad propietaria y el Ente Gestor del CHSJD y entre el Ente Gestor y los Entes Operadores. 52
Gráfica 4. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. Relación entre el Ente Gestor y entes operadores de los servicios del CHSJD según USOS de las edificaciones 54
Gráfica 5. Rutas de decisiones entre el ente propietario, el ente gestor y los entes operadores de los servicios del CHSJD. OPCIONES RESULTANTES A RECOMENDAR CHSJD – PEMP. 57
Gráfica 6. Perfil de capacidades del ENTE GESTOR Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. 59
Gráfica 7. Red de operadores de los bienes inmuebles BIC modelo de operación del CHSJD – PEMP. 60
Gráfica 8. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP. 61

Gráfica 9. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP. 62
Gráfica 10. Propuesta de transformación del ente gestor por fases del proyecto – PEMP..... 65
Gráfica 11. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP. 66
Gráfica 12. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP. 66
Gráfica 13. Estructura organizacional propuesta ENTE GESTOR bienes inmuebles del CHSJD – PEMP. 68
Gráfica 14. Esquema de factibilidad financiera..... 74
Gráfica 15. Algoritmo de esquema de rehabilitación. 96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1- Inmuebles de Interés Cultural 15
Tabla 2- Propuesta general de usos para el Conjunto Hospitalario..... 17
Tabla 3. Tabla resumen de la propuesta urbana..... 37
Tabla 4. Coordinación interinstitucional de alcances normativos. 38
Tabla 5. Cantidad de oferta instalada - requerida 2015 70
Tabla 6. PMA - Resumen de servicios. 71
Tabla 7. CHSJD – Tipología de usos. 72
Tabla 8. Consolidado de recursos de inversión para la intervención del Conjunto Edilicio (Cifras en Millones COP$). 75
Tabla 9 Costos de intervención de espacio público. 76
Tabla 10. Costo nuevos desarrollos. 76
Tabla 11. Costos desarrollo de parqueaderos permanentes subterráneos..... 77
Tabla 12. Requerimientos de inversión PEMP (Cifras en Millones COP$ Constantes 2015). 78
Tabla 13. Cronograma de inversiones (Cifras en COP$ Constantes 2015)..... 78
Tabla 14. Ventas por servicios inmobiliarios (Cifras en millones COP$ Constantes 2015). 80
Tabla 15. Gastos de funcionamiento y operación del CHSJD (Cifras en COP$ Constantes 2015)..... 81
Tabla 16. Estado de Resultados proyectado (Cifras en Millones COP$ constantes de 2015)..... 81
Tabla 17. Flujo de evaluación financiera (Cifras en Millones COP$ constantes de 2015). 83
Tabla 18. Identificación de requerimientos y fuentes de financiación (Cifras en Millones COP$ Constantes 2015). 86
Tabla 19. Proyección de la generación de IVA (Cifras en Millones COP$ constantes 2015)..... 89
Tabla 20. Proyección de ventas de servicios IPS CHSJD (Cifras en Millones $COP). 93
Tabla 21. Proyección de Costos y Gastos IPS CHSJD (Cifras en Millones $COP). 93
Tabla 22. Estado de Resultados Proyectado (Cifras en Millones $COP). 94
Tabla 23. Esquema de rehabilitación del complejo. 94
Tabla 24. Cronograma de Fases. 106

1 ASPECTOS GENERALES

El Plan Especial de Manejo y Protección para el Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil es un instrumento de gestión y un programa de acciones necesarias para la recuperación y conservación del conjunto edilicio. El conjunto Hospitalario San Juan de Dios representa un caso particular y sin precedentes en el ámbito de los bienes de interés cultural, por sus particularidades históricas e institucionales.

La labor del PEMP es proponer los lineamientos para el programa de recuperación física e institucional del CHSJD con el fin último de proteger este BIC. Identifica las líneas que deben ser profundizadas por medio de estudios específicos y su alcance no llega al diseño arquitectónico para albergar el nuevo proyecto hospitalario. Servirá pues de guía para la puesta en ejecución de una fase previa de estudios técnicos y de gestiones jurídico administrativas necesarias para la ejecución de cualquier proyecto.

Otro de los aportes del PEMP es el diseño del plan para la reapertura del hospital, propuesto inicialmente a 10 años y estructurado en etapas que incluyen estudios técnicos, adecuación de edificios para albergar servicios y construcción de nuevos desarrollos para albergar usos especializados que requieren de infraestructura contemporánea.

1.1 OBJETIVOS

Objetivo principal

Plantear acciones y alternativas orientadas a la recuperación y conservación integral del Bien de Interés Cultural del ámbito Nacional, a nivel físico e institucional, para preservar y potencializar los valores culturales que encarna el conjunto hospitalario y facilitar su sostenibilidad en el tiempo y reconocimiento por parte de la sociedad.

Objetivos específicos

- Plantear alternativas jurídicas y administrativas para la recuperación y manejo del futuro Hospital San Juan de Dios.
- Proponer el modelo hospitalario, la estructura administrativa y los principios generales de organización del mismo, con el fin de recuperar su uso asistencial, docente y de investigación, para dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 3° de la Ley 735 de 2002.
- Definir las fases posibles para la reapertura y puesta en funcionamiento del hospital y el marco de entidades concurrentes en el proceso de recuperación del hospital.
- Identificar un Programa Médico Arquitectónico para el nuevo hospital del tercer nivel de complejidad, que consulte necesidades en salud en el Distrito Capital, la capacidad de la planta física del conjunto patrimonial y la necesidad de incorporación a la red hospitalaria del Distrito; sugerir las funciones que albergarán los edificios en el nuevo hospital según la normativa para instituciones prestadoras de salud y el carácter de hospital universitario.
- Proponer un plan de manejo de la planta física que incluya demoliciones de edificios sin valores patrimoniales, en mal estado, obsoletos o cuya implantación dificulte el esquema general de funcionamiento o afecte los inmuebles de conservación; así mismo, se establecerán las acciones de primeros auxilios y obras de emergencia, liberaciones para alojar los nuevos usos y en algunos casos las reconstrucciones para volver los edificios patrimoniales a su estado de integridad y composición volumétrica original.
- Definir las áreas para futuros desarrollos edilicios que incorporen centros asistenciales y de investigación especializada que requieran de infraestructura contemporánea y especificaciones técnicas difíciles de cumplir en los edificios patrimoniales.
- Definir las acciones físicas necesarias para el saneamiento ambiental del predio y de los edificios, pues es fundamental controlar y minimizar los riesgos biológicos, químicos y radioactivos que posiblemente afectan la infraestructura actual, teniendo en cuenta el uso asistencial para el cual se destinará el conjunto urbano y edilicio.
- Proponer un esquema de movilidad para el nuevo hospital, con énfasis en los aspectos de accesibilidad, tráfico interno, funcionamiento operativo de suministros, evacuación de desechos, buscando minimizar los efectos sobre el patrimonio, el medio ambiente y el funcionamiento general del hospital.
- Hacer una aproximación a los recursos necesarios para la recuperación del conjunto edilicio, que permitirá la reapertura del hospital.
- Proponer los lineamientos para promover la integración del complejo hospitalario de San Juan de Dios a la estructura urbana de la zona de influencia, fortalecer la zona hospitalaria y el área residencial y mejorar sus calidades ambientales, espaciales y urbanísticas.
- Diseñar un plan de divulgación de los valores del Hospital San Juan de Dios, identificando públicos objetivos y medios de comunicación por medio de los cuales se pueda trasmitir a la comunidad la importancia de la institución del hospital y de su recuperación. Así mismo se entregarán dos productos específicos diseñados y listos para difundir, actividad que deberá ser llevada a cabo por las entidades comprometidas en el proyecto de recuperación y de protección del patrimonio del San Juan de Dios.

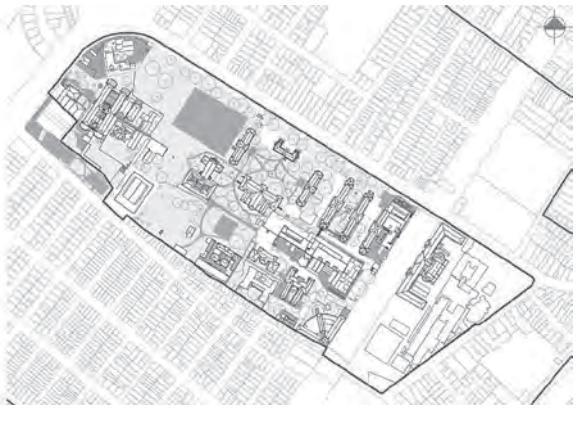
2 DELIMITACIÓN DE ÁREAS

2.1 AREA AFECTADA

El CHSJD fue declarado BIC del ámbito Nacional mediante la Ley 735 de 2002, y en el año 2007 se formuló el primer Plan Especial de Protección que delimitó estas áreas, fundamentales para la conservación del conjunto, y la propuesta se oficializó mediante la Resolución 2728 “Por la cual se delimita el Área Afectada y la Zona de Influencia de los Inmuebles denominados Hospital San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil localizados en la ciudad de Bogotá D.C., declarados Monumento Nacional, hoy Bien de Interés Cultural del Ámbito Nacional”.

El presente PEMP de 2015, a través de la revisión de planos históricos y aerofotografías, ha aclarado los límites del terreno del conjunto hospitalario. Se comprobó además que el registro catastral de predios pone en evidencia la existencia de varias unidades prediales, lo que certifica la existencia de varios propietarios, información que se pretendía cotejar con el Estudio de Títulos que debía ser suministrado por la Secretaría de Salud, pero que nunca fue suministrado al proyecto.

Con base en esto se considera que no es procedente incluir dentro del área afectada predios que están bajo el dominio o propiedad de personas naturales o jurídicas distintas al CHSJD, salvo los casos del Instituto Materno Infantil y del Instituto Dermatológico Federico Lleras, que hicieron parte del predio original y del proyecto urbano arquitectónico del hospital.



Plano 1- Área afectada propuesta por el PEMP.

2.2 ZONA DE INFLUENCIA

Para el ajuste final de la Zona de Influencia del CHSJD, se partió nuevamente de la Resolución No. 2728 de 2010 del Ministerio de Cultura en la que se definió la zona en referencia, incorporando fundamentalmente la planteada por la Fase I del PEP como Zona de Influencia A (Ministerio de Cultura, 2010).

Teniendo como base dicha Resolución y el análisis adelantado en el Diagnóstico de este PEMP sobre el entorno del BIC, se orientó la decisión final *de* delimitación de la Zona de Influencia sustentada en los objetivos y directrices urbanas trazadas para este PEMP, específicamente la conservación y preservación de valores a partir de conformar una pieza urbana que permita con actuaciones específicas construir o reconstruir las relaciones nuevas o perdidas, según sea el origen del problema identificado.



Plano 2- Zona de Influencia propuesta por el PEMP

3 NIVELES PERMITIDOS DE INTERVENCIÓN

3.1 EN EL ÁREA AFECTADA

Uno de los objetivos de la valoración que hace el PEMP, es orientar las medidas de protección y los lineamientos para intervenir los inmuebles. Los niveles de intervención, definidos a partir de la valoración y del conocimiento del BIC, definen una serie de obras permitidas que se pueden ejecutar en las edificaciones. En la imagen siguiente, se ilustran los niveles de intervención asignados por el PEMP a los edificios del conjunto hospitalario.



Plano 3- Plano general de Niveles de Intervención

Nivel 1. Conservación Integral

La conservación integral determina que la intervención respeta integralmente la unidad del inmueble y ha de guiarse por el criterio de mínima intervención. Significa que el proyecto de intervención no se superpone al edificio sino parte de la comprensión integral de este. Incluso si los edificios están en mal estado de conservación o han perdido partes, como sucede en el CHSJD, este nivel de intervención se orienta a recuperar la integridad desdibujada. Las obras permitidas en los inmuebles del Nivel 1 o de Conservación Integral son: Restauración, reparaciones locativas, primeros auxilios, rehabilitación o adecuación funcional, reforzamiento estructural, reintegración, ampliación, consolidación y liberación

Se asignó el nivel de intervención de “Conservación integral” a los siguientes edificios:

- Inmunología o antigua administración
- Edificio de las cocinas o Siberia
- Iglesia y Convento
- Instituto Materno Infantil
- Enfermedades Tropicales
- Santiago Samper
- Edificio principal del conjunto de Mantenimiento
- Edificio del Instituto de Radium

Nivel 2. Conservación del Tipo Arquitectónico

Para la asignación de este nivel se tuvo en cuenta la directriz principal de la reapertura del conjunto hospitalario, permitiendo aprovechar para los edificios con mayor flexibilidad de usos y posibilidades espaciales.
Las obras permitidas para este nivel de “Conservación Tipológica” son: Restauración, reparaciones locativas, primeros auxilios, rehabilitación o adecuación funcional, remodelación, reforzamiento estructural, reintegración, ampliación, consolidación y liberación.

Los edificios con el nivel de Conservación del Tipo Arquitectónico o Nivel 2 son:

- San Roque
- San Jorge
- Ancianato: incluyendo los edificios principal, de terapia ocupacional y de administración.
- Jardín Infantil
- Federico Lleras Acosta.
- Paulina Ponce, antes Cirugía Plástica
- San Lucas
- San Eduardo
- Cundifarma

Nivel 3. Conservación Contextual

El nivel de “Conservación contextual” se le asignó al resto de los edificios del conjunto hospitalario. El área que ofrecen estos inmuebles se convierte en un recurso potencial al igual que la relativa facilidad de rehabilitarlos, teniendo en cuenta eso sí, que la mayoría de ellos requiere de reforzamiento estructural para albergar usos de docencia o asistenciales.

Las obras permitidas para el nivel de “Conservación Contextual” son: Demolición, obra nueva, modificación, remodelación, reparaciones locativas, primeros auxilios, reconstrucción, reforzamiento estructural, consolidación y ampliación. El PEMP considera que los edificios que se listan a continuación tienen potencial de uso y que no desvirtúan el proyecto urbano del hospital, por lo cual se recomienda su permanencia:

- Salud Mental
- Resonancia Magnética
- Instituto de Cancerología, sin incluir el edificio original de Radium que hace parte de los inmuebles de Conservación Integral.
- La zona de talleres (planta en U) del conjunto de Mantenimiento.
- La Capilla del conjunto del Ancianato y las otras construcciones que albergan pabellón de enfermos crónicos.
- El edificio de aulas del jardín infantil.

Por otro lado, se identificaron edificios mal implantados, de mala factura, obsoletos y adiciones poco respetuosas en inmuebles patrimoniales, que el equipo del PEMP considera deben ser demolidos o sustituidos a mediano plazo:

- Edificio Central
- Torre Docente
- Unidad Primaria de Atención (antiguo Centro de Salud)
- Rehabilitación Psiquiátrica
- Porterías
- Adiciones hechas a la Torre Central (indicadas en el plano)
- Adiciones hechas a San Lucas

- Adiciones costado sur de Santiago Samper
- Adición de Ortesis al conjunto de Mantenimiento
- Adición en patio norte de Cundifarma
- Volúmenes adicionados al Jardín Infantil.
- Puentes de comunicación entre pabellones y Torre Central
- Adiciones en el costado oriental del Instituto Materno Infantil (según lo establecido por el grupo consultor encargado del proyecto específico de restauración del IMI)

3.2 EN LA ZONA DE INFLUENCIA

Nivel 1. Conservación integral

Se aplica a inmuebles del grupo arquitectónico de excepcional valor, que deben ser preservados en su integralidad. En el ámbito urbano, se aplica a la preservación del trazado, manzanas, paramentos, perfiles, alturas, índices de ocupación, vías, parques, plazas y pasajes, entre otros. Los tipos de obra permitidos en el Nivel 1 son: restauración, reparaciones locativas, primeros auxilios, rehabilitación o adecuación funcional, reforzamiento estructural, reintegración, ampliación, consolidación y liberación.

Nivel 2. Conservación del tipo arquitectónico

Se aplica a inmuebles del grupo arquitectónico con características representativas en términos de implantación predial urbana, volumen edificado, organización espacial y elementos ornamentales, las cuales deben ser conservadas. Los tipos de obra permitidos en el Nivel 2 son: restauración, reparaciones locativas, primeros auxilios, rehabilitación o adecuación funcional, remodelación, reforzamiento estructural, reintegración, ampliación, consolidación y liberación.

Nivel 3. Conservación contextual

Se aplica a inmuebles ubicados en un sector urbano, los cuales, aun cuando no tengan características arquitectónicas representativas, por su implantación, volumen, perfil y materiales, son compatibles con el contexto. De Igual manera, se aplica para inmuebles que no son compatibles con el contexto, así como a predios sin construir que deben adecuarse a las características del sector urbano. Los tipos de obra permitidos en el Nivel 3 son: demolición, obra nueva, modificación, remodelación, reparaciones locativas, primeros auxilios, reconstrucción, reforzamiento estructural, consolidación y ampliación.

En el PEMP a los bienes de interés cultural localizados en la Zona de Influencia contenidos en la siguiente tabla, se les asigna las categorías de intervención establecidas en el Decreto 763 de 2009: los que tienen categoría de conservación integral quedan con el nivel 1 de intervención de conservación integral, los de conservación tipológica quedan con el nivel 2 de intervención de conservación del tipo arquitectónico y a los demás inmuebles se les asigna el nivel 3 de intervención de conservación contextual, en los que están incluidos tal como su nombre lo indica los de conservación contextual, también los que no tienen valor alguno y pueden ser objeto de demolición, así como los lotes sin construir.

Tabla 1- Inmuebles de Interés Cultural

Nivel Permitido de Intervención	Inmueble	Valoración	Manzana	Predio	Dirección
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	01	KR 14 B 1 45 SUR
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	02	CL 1 16 65
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	15	KR 16 0 59 SUR
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	16	CL 1 SUR 14B 63
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	17	CL 1 SUR 14B 37
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	18	CL 1 SUR 14B 21
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	19	CL 1 SUR 14B 15
Conservación Integral	Hospital Santa Clara	BICD	20	20	CL 1 SUR 14B 7
Conservación Integral	Laboratorios Quibi	BICD	20	23	CL 1 16 71
Conservación Integral	Hospital La Misericordia	BICD	10	47	AK 14 1 65
Conservación Integral	Hospital de la Samaritana	BICD	06	51	KR 8 0 29 SUR
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	39	CL 1C BIS 8 19
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	40	KR 8 1A 45
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	34	CL 1C BIS 8 51
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	21	CL 1C BIS 8 97
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	22	CL 1C BIS 8 95
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	25	CL 1C BIS 8 89
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	23	CL 1C BIS 8 93
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	24	CL 1C BIS 8 91
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	26	CL 1C BIS 8 83
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	28	CL 1C BIS 8 79
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	29	CL 1C BIS 8 73
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	30	CL 1C BIS 8 71
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	31	CL 1C BIS 8 67
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	32	CL 1C BIS 8 65
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	38	CL 1C BIS 8 21
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	44	KR 8 1A 07
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	05	35	CL 1C BIS 8 49
Conservación Tipo Arquitectónico		BICD	15	07	KR 11A 3 54 S

Fuente: (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2001).

4 CONDICIONES DE MANEJO

4.1 ASPECTOS FÍSICO-TÉCNICOS

La propuesta del Plan Especial de Manejo y Protección en este capítulo se ocupa de los aspectos físicos y por ello se entiende las condiciones y características espaciales del BIC, es decir los aspectos territoriales, urbanísticos y arquitectónicos.

4.1.1 EN EL ÁREA AFECTADA

USOS Y EDIFICABILIDAD

En cumplimiento de la Ley 735 de 2002 el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil continuarán funcionando como un centro especial para la educación universitaria en condición de hospital universitario.

La definición de los usos específicos en cada una edificaciones del CHSJD para el desarrollo del centro especial para la educación universitaria en condición de hospital universitario, tuvo en cuenta en primera instancia los mandatos de la citada Ley, en segundo lugar, las condiciones arquitectónicas de las edificaciones y por último, la conservación de sus valores como BIC del orden nacional, esto es, los usos : asistenciales en salud, docencia e investigación en el área de la salud, institucionales, culturales, social-comunitarios, y actividades complementarias.

Conforme a lo anterior, los usos establecidos para los edificios del CHSJD se describen en la siguiente tabla:

Tabla 2- Propuesta general de usos para el Conjunto Hospitalario

TIPOLOGIA DE USOS PARA EL PEMP CHSJD

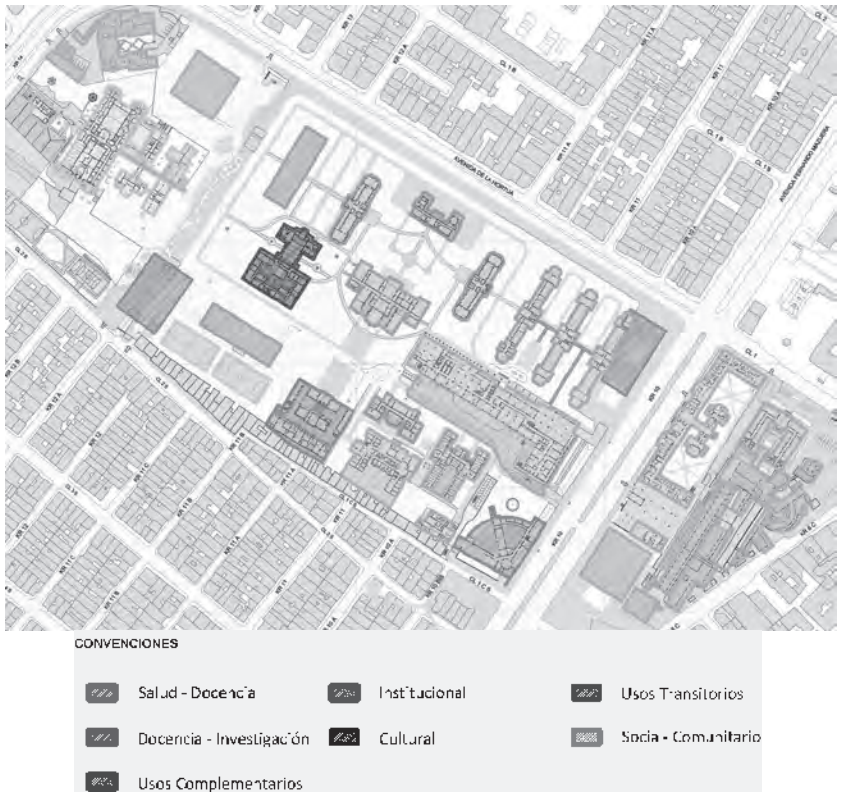
TIPO	NOMBRE
I	SALUD-DOCENCIA
II	DOCENCIA-INVESTIGACION
III	CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS
IV	ARTE Y CULTURA
V	INSTITUCIONAL
VI	SOCIAL COMUNITARIO
t	*usos transitorios*

ASIGNACIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE USOS POR EDIFICIO

COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS CHSJD				
No.	Id.	Nombre del Edificio	USOS PRINCIPALES	USOS ALTERNATIVOS
1	13	Cancerologico	SALUD - DOCENCIA (tipo)	DOCENCIA - INVESTIGAC ON (tipo II;
2	20	Dermatologico Federico Lleras	SALUD - DOCENCIA (tipo)	DOCENCIA - INVESTIGAC ON (tipo II;
3	14	Instituto Materno Infantil	SALUD - DOCENCIA (tipo)	DOCENCIA - INVESTIGAC ON (tipo II;
4	15	Ed. Central	SALUD - DOCENCIA (tipo)	DOCENCIA - INVESTIGAC ON (tipo II;
5	1	Ed. San Roque	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
6	2	Ed. Inmunológico	INSTITUCIONAL (tipo V)	DOCENCIA - INVESTIGAC ON (tipo II;*
7	3	Ed. San Jorge	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
8	4	Ed. Paulina Ponce de León	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
9	5	Ed. San Lucas	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
10	6	Ed. San Eduardo	SALUD - DOCENCIA (tipo)	DOCENCIA - INVESTIGAC ON (tipo II;
12	8	Ed. Santiago Samper	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	SALUD - DOCENCIA (tipo I)**
16	11	Ed. Enfermedades Tropicales	SALUD - DOCENCIA (tipo)	DOCENCIA - INVESTIGAC ON (tipo II;
17	16	Ed. Cundifarma	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo I II	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo III)
18	17	Ed. Resonancia Magnetica	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo I II	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
19	18	Ed. Salud Mental	SALUD - DOCENCIA (tipo)	DOCENCIA - INVESTIGAC ON (tipo II;
1[illegible]	7	Ed. Siberia	DOCENCIA - INVESTIGACION (tipo II)	ARTE Y CULTURA (tipo IV)
13	9	Ed. Mantenimiento	SERVICIOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS (tipo I II	Servicios complementarios **
14	10	Ed. Convento	ARTE Y CULTURA (tipo IV;	SALUD - DOCENCIA (tipo I)
15	10 A	Capilla	ARTE Y CULTURA (tipo IV;	ARTE Y CULTURA (tipo IV). Liturgico
20	19	Rehabilitacion Psiquiatrica	*usos transitorios*	*usos transitorios*
2[illegible]	21	Centro de Salud	*usos transitorios*	*usos transitorios*
22	23	Porteria	*Liberación y desmonte*	*Liberación y desmonte*
23	22	Torre Docente	*Liberación y desmonte*	*Liberación y desmonte*
24	12	Ancianato	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)	SOCIAL COMUNITAR O (tipo VI)
25	24	Jardin Infantil	SOCIAL COMUNITARIO (tipo VI)	SOCIAL COMUNITAR O (tipo VI)

* *Su uso alternativo es exclusivamente docente.*

** *El edificio conserva su sistema de entrepiso original en madera, y su adecuación al uso de investigación o salud requeriría el cambio del mismo.*



Plano 4. Usos propuestos.

USOS COMPLEMENTARIOS

El Conjunto Hospitalario dispondrá de la posibilidad de albergar usos complementarios, siempre y cuando estos sean compatibles con la actividad principal de un hospital universitario de tercer nivel, y estén subordinadas a los usos principales.

Dentro de estos usos, se contemplan servicios y actividades secundarias entre las que se cuentan: Cafeterías, restaurantes, fotocopiadoras, papelerías, zonas de descanso y encuentro, salas de exposición, etc. Igualmente, se permiten actividades comerciales que puedan significar una fuente de recursos económicos para el hospital como pueden ser: Centro de convenciones, locales comerciales de venta de servicios tales como planes de salud, seguros, planes exequiales, locales para la comercialización de productos asociados a la actividad en salud, formación y divulgación del patrimonio: Ópticas, Farmacias, Venta de equipos médicos y de bienestar, Tiendas de recuerdos, tiendas de regalos etc.

La localización de esta actividades en los edificios del Conjunto, deberán acogerse a los criterios y normas enunciadas en los numerales anteriores del presente capitulo.

USOS EN LOS NUEVOS DESARROLLOS

El programa específico de usos, así como el momento de intervención de estas edificaciones, dependerá de su ubicación dentro de la programación por fases establecida en la presente propuesta, la proyección misional del Hospital, la consolidación del Nodo Hospitalario y el alcance de objetivos institucionales planteados. Sin embargo, dicho programa deberá cumplir las consideraciones generales expuestas en el presente Capítulo, así como, la normatividad mencionada o la que se encuentre vigente para la fecha en la que se plantee el diseño e intervención de estos inmuebles.

OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA PROPUESTA URBANA GENERAL

La propuesta urbana tiene un alcance territorial para el área afectada y la zona de influencia del CHSJD y tiene tres objetivos principales:

1. Promover la Incorporación de la zona de La Hortúa a la estructura funcional y simbólica de la mayor centralidad de la ciudad, el centro histórico, para superar su condición de borde periférico. Por tanto articularla a los programas, proyectos y acciones que revitalizan los nodos de equipamientos y espacios patrimoniales emblemáticos del centro, las redes de espacio público y circuitos de movilidad urbana, la red de eco-espacios que soportan la Estructura Ecológica del Centro y la red de barrios residenciales revitalizados.

2. Consolidar el Nodo Hospitalario de La Hortúa como patrimonio del centro de Bogotá, cuyo núcleo debe ser el CHSJD, nodo conformado por siete hospitales mayores de escala metropolitana y urbana y tres equipamientos menores de escala zonal. Este nodo requiere ser tratado como una zona o ciudadela hospitalaria, accesible, integrada, segura y equipada.

3. Fortalecer la oferta y vocación residencial de los barrios San Bernardo, Policarpa, Sevilla, Las Cruces, Eduardo Santos y Modelo Sur, vinculándolos a los programas de densificación de vivienda en el centro e incrementando su potencial para acercar los sitios de trabajo y zonas de vivienda de tradicionales y nuevos residentes del centro.

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y ACCIONES PRIORITARIAS

La propuesta urbana general se ha diseñado como un campo de interacción entre objetivos, estrategias y acciones sintetizadas en el siguiente cuadro:

OBJETIVO	ESTRATEGIA GENERAL	ACCIONES
Objetivo 1 Integración territorial al Centro para superar la condición de borde marginal y periférico de La Hortúa	Integrar el área afectada y la zona de influencia a los planes, programas, operaciones estratégicas y proyectos, así como a la gestión urbana previstos para la revitalización del Centro	• Articulación de la zona de la Hortúa a la red de nodos de equipamientos del centro, la red de Eco-espacios, espacios públicos y circuitos de movilidad y la red de barrios revitalizados del Centro histórico, • Extensión de la red de ciclovías, alamedas y circuitos de movilidad previstos para el Área central al sector de la Hortúa • Fortalecimiento de la accesibilidad y movilidad en la zona a través de la oferta de espacios adecuados para los sistemas de transporte masivo y de movilidad activa (peatones y ciclistas). • Inclusión en los programas de fomento y densificación de Vivienda Social en el Centro
Objetivo 2 Integración del nodo hospitalario para superar su condición de archipiélago	Reabrir el CHSJD y mejorar las condiciones ambientales, espaciales, de seguridad, bioclimáticas, y de accesibilidad para todas las entidades hospitalarias del sector de La Hortúa	• Puesta en marcha del programa de habilitación, recuperación y reapertura del CHSJD por fases. • Recuperación de la Avenida de la Hortúa como eje integrador del nodo hospitalario a través del proyecto de una Avenida Parque. • Integración de un sistema de Espacio público que articule el nodo hospitalario cuya columna vertebral será la Avenida Parque de la Hortúa (AV 1ª), a la cual se integren espacialmente los espacios verdes y jardines del CHSJD y de los otros hospitales, así como las áreas de cesión de los nuevos desarrollos residenciales, y las estaciones del sistema multimodal de transporte. • Puesta en marcha de un programa de iluminación, adecuación, vigilancia y control del espacio público que enmarca e integra el nodo hospitalario. • Puesta en marcha un programa de pacificación del tráfico y fomento de alternativas de movilidad eficiente y segura para peatones y bicicletas.
Objetivo 3 Reintegración y fortalecimiento del área residencial	Fortalecimiento de la oferta y vocación residencial de los barrios residenciales	• incremento y densificación del uso residencial en los barrios San Bernardo, Policarpa, Sevilla, Las Cruces, Eduardo Santos. • Incorporación de zonas de estos barrios a los programas VIS y VIP para el Centro ampliado. • Puesta en marcha de Programas de Renovación de vivienda especialmente diseñados para reactivar manzanas deprimidas en el Barrio San Bernardo • Promoción de programas de vivienda para trabajadores del sector de la salud en asocio con cajas de compensación y entidades hospitalarias del sector, con incentivos y sistemas de gestión especiales. • Armonización de la normativa urbana distrital de las zonas residenciales con los objetivos de consolidación del nodo hospitalario y protección del BIC

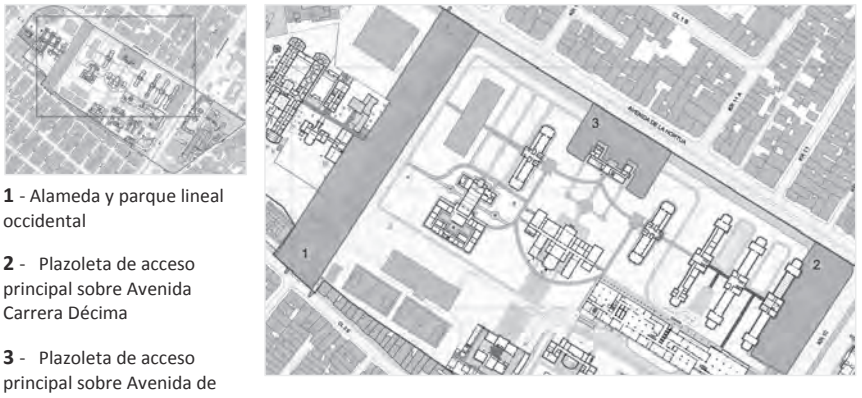
Las condiciones específicas, directrices y acciones que desarrollan estos objetivos son los que se desarrollan en el numeral 4.1.2.1 del Documento de Formulación que hace parte integral de esta resolución y cuyas definiciones son directrices obligatorias para efectos del desarrollo de la citada propuesta urbana.

PROPUESTA DE ESPACIO PÚBLICO Y DE MOVILIDAD VEHICULAR Y PEATONAL

Propuesta para la generación de nuevo espacio público para la ciudad

Respondiendo a una de las principales problemáticas halladas en el conjunto en relación con su entorno inmediato, que es el efecto tapón que el Conjunto Hospitalario genera en este sector de la ciudad, se hace necesario plantear dentro del área afectada la apertura de diferentes tipos de

espacios colectivos que busquen conectar y cualificar las relaciones urbanas existentes en el sector las cuales se verán afectadas con la apertura del Hospital. El planteamiento de estos espacios colectivos está enmarcado en la estrategia de vincular y responder desde el área afectada a las redes y proyectos propuestos en el área de influencia, con espacio público que a su vez se integre con la dinámica funcional propuesta al interior del Conjunto. El resultado es la recualificación general de tres zonas dentro del área afectada, que serán el articulador entre las relaciones urbanas propuestas en el área de influencia, con la propuesta de ordenamiento del Conjunto Hospitalario.

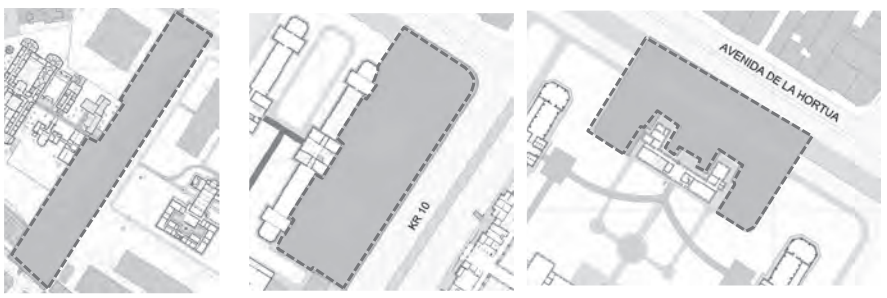


1 - Alameda y parque lineal occidental

2 - Plazoleta de acceso principal sobre Avenida Carrera Décima

3 - Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa

Plano 5- Propuesta para la generación de nuevo espacio público para la ciudad



Alameda y parque lineal occidental | **Plazoleta de acceso principal sobre Avenida Carrera Décima** | **Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa**

Figura 1- Detalles de la propuesta para la generación de nuevo espacio público para la ciudad

Alameda y parque lineal occidental

Se propone la generación de un corredor peatonal con ciclo-ruta en el sector occidental del Conjunto Hospitalario, que continúe la alameda planteada por la Administración Distrital a lo largo de la carrera 13 en el Barrio San Bernardo, atravesando transversalmente el lote del hospital, desde la avenida de la Hortúa hasta la calle 2ª sur en un recorrido de 250 metros.



Figura 2- Alzado principal, Alameda y parque lineal occidental

Este proyecto tendrá las características de una Alameda Parque de carácter privado de uso público, que integrará actividades para la recreación pasiva y la contemplación, tales como zonas para juegos infantiles, teatrino al aire libre, zonas para ejercicios y demás actividades colectivas para la apropiación de la zona por parte de la comunidad. Esta franja tiene un ancho de 40 metros, de los cuales se deberá destinar una franja mínima de 15 metros para arborización de alto porte y zonas verdes. Para su diseño, se deberá tener en cuenta un acceso restringido para vehículos de servicio y el acceso para vehículos particulares hacia el estacionamiento bajo superficie, provenientes de la calle 2ª sur y de la Avenida de la Hortúa respectivamente (Ver estacionamientos). Estas vías restringidas deberán diferenciarse de las zonas peatonales mediante tratamientos en el material de acabado (adoquinados) y bolardos, conservando la continuidad en la superficie. Aprovechando la condición de los estacionamientos, los puntos fijos de salida a superficie, pueden complementarse con actividades comunitarias bajo cubierta, como cafés o ludotecas. La edificabilidad de este sector está definida en el aparte de usos y edificabilidad. Por último, dentro del diseño de esta zona, se debe tener en cuenta un área para depósito de basuras próxima al acceso por la calle 2ª sur. Transversal al eje de la Alameda, sobre la calle 2 sur, se plantea consolidar una franja de actividad deportiva y comunal allí existente, complementándola con el diseño de una zona deportiva de 4600 metros cuadrados sobre el costado suroriental de la Alameda. De esta manera, se produce una franja longitudinal sobre los barrios Sevilla y Policarpa de actividades de recreación activa, articulada perpendicularmente por la Alameda Parque propuesta.

Plazoleta de acceso carrera 10ª

Se propone la generación de una plazoleta de acceso al Conjunto Hospitalario en la esquina correspondiente al cruce de la Carrera 10 con la Avenida de la Hortúa. El objetivo de esta operación es el de brindar a la ciudad y al hospital un espacio que recupere la lectura y la fachada de los pabellones de conservación de tipo arquitectónico como imagen icónica para el hospital, y también ofrezca a la ciudad un espacio público digno del que carece actualmente esta zona.

El impacto urbano que tendrá el hospital una vez se encuentre en funcionamiento, tendrá repercusiones en su entorno inmediato y es necesario generar obras de espacio público que mitiguen estos fenómenos, y a la vez contribuyan a recuperar y poner en valor el patrimonio construido del Conjunto. La esquina de la 10 con la Avenida Primera tendrá un alto tráfico de peatones y vehículos, pues diagonal a esta sobre la décima, se ubica la estación de Transmilenio de la Hortúa; una vez abierto el Hospital, el flujo desde el sistema de transporte masivo de pacientes, visitantes y trabajadores en esta estación será constante y mayor al que tiene actualmente.

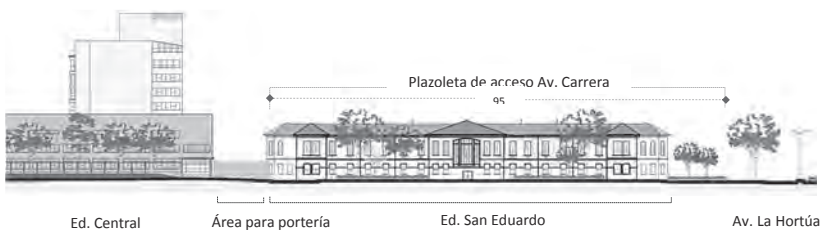


Figura 3- Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida Carrera 10ª

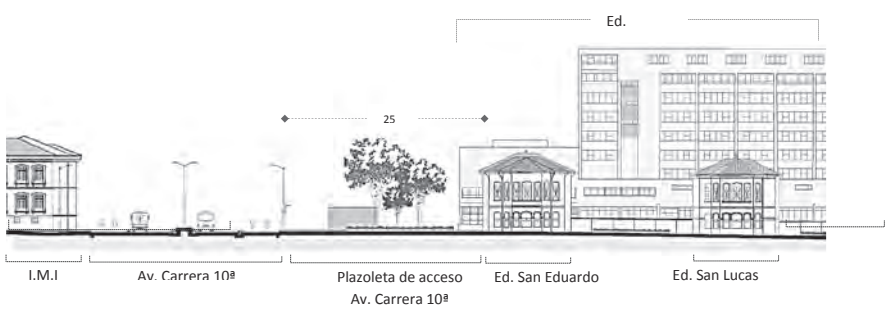


Figura 4- Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida La Hortúa

La construcción de esta plazoleta requiere la demolición del edificio del antiguo Centro de Salud (hoy UPA), clasificado como de nivel de intervención III- contextual-, que a su vez permitiría la recuperación de la fachada principal y la volumetría de una edificación con valores históricos y arquitectónicos como es el pabellón San Eduardo.

Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa

Por último, se propone la reapertura del acceso original del Conjunto hospitalario a través de una plazoleta sobre la Avenida de la Hortúa que enfatice el eje histórico principal de ingreso al Hospital y al edificio de Administración (Instituto Inmunológico). El objetivo con esta operación es recuperar y devolver la importancia al acceso principal y al eje central compositivo, que marcó la organización interna del conjunto hospitalario. Con la apertura de este acceso se busca también recuperar el frente principal del conjunto hospitalario, el cual antes de ser construida la Avenida Carrera Décima, se organizaba sobre la Avenida de la Hortúa. A lo largo de esta avenida, el hospital nos muestra su perfil urbano más valioso en lo que se refiere a sus edificaciones con mayor antigüedad, como son los pabellones de la Administración, San Jorge y San Roque.

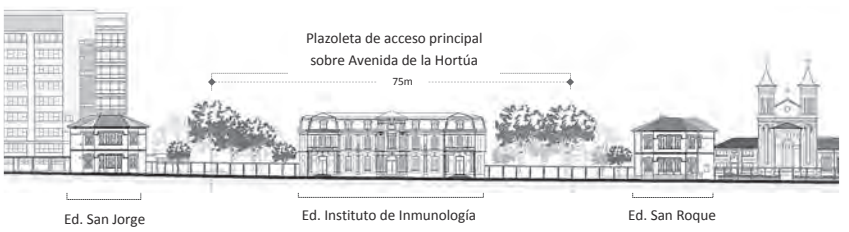


Figura 5- Alzado principal, Plazoleta de acceso principal sobre Avenida de la Hortúa

Jardines y zonas verdes

Una de las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó durante el proceso de valoración fue la de recuperar, simultáneamente con los conjuntos edificados, las zonas de jardines y arborización, con base en la opción de aprovechar los trazados originales y los elementos existentes, o simplemente, reinterpretarlos de manera más libre pero acorde con las agrupaciones y el carácter de los edificios: ámbitos recogidos, zonas verdes o ajardinadas lineales, espacios verdes o jardines frontales para enfocar visuales y resaltar edificios particulares, áreas arborizadas para establecer límites, separar y proteger.

Sobre esta base se deberá plantear la recualificación de los jardines y zonas verdes al interior del hospital, conservando siempre el principio de pulmón verde que lo caracteriza en el centro de la

ciudad. Particularmente, se deberá plantear la recuperación de espacios verdes emblemáticos dentro del hospital, que enfatizaban visuales y perspectivas hacia los edificios históricos, como son: el espacio del conjunto central o Núcleo Fundacional, el jardín frente a la capilla, el pequeño jardín frente a Santiago Samper donde se reubicará la estatua (ver bienes muebles en el espacio exterior) y los espacios intersticiales entre los pabellones San Eduardo, San Lucas y Paulina Ponce.

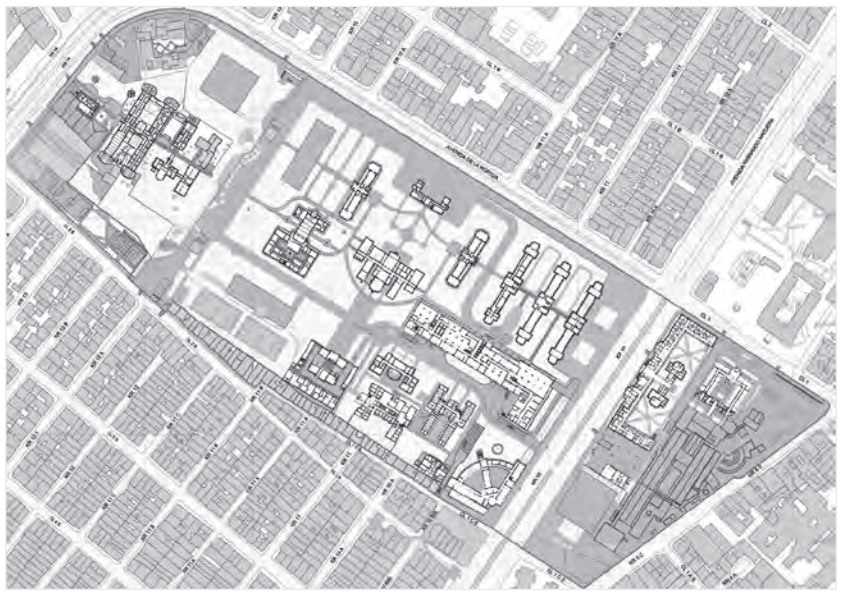


Plano 6- Jardines y zonas verdes al interior del conjunto

Plazoletas y zonas duras al interior del Conjunto

Bajo la premisa de conservar el área del conjunto hospitalario como un pulmón verde en el centro de Bogotá, la proporción de zonas duras y plazoletas no deberá ser porcentualmente menor a la de las zonas verdes y arborizadas. En este orden se propone la creación de zonas duras, en espacios específicos del hospital: una plazoleta frente al acceso principal del hospital, una plazoleta arborizada frente a Mantenimiento que vincule visualmente con la fachada sur del edificio Siberia y una zona para maniobras de vehículos situada al oriente de esta.

En el sector de mayor densidad de área construida (conjunto Enfermedades Tropicales, Salud Mental, Santiago Samper), permanece una red de pequeñas plazoletas y recorridos en los que se propone su recuperación y rediseño bajo un criterio de lenguaje común con las nuevas intervenciones. Específicamente, se debe rediseñar el espacio enmarcado por la fachada sur del edificio Santiago Samper, actualmente tugurizado y desaprovechado debido en parte a una pasarela semi-elevada construida allí. Finalmente, se planteará la recuperación de la comunicación del patio interno de Enfermedades Tropicales, con el espacio público del conjunto hospitalario. La disposición de otras zonas duras al interior del hospital podrá desarrollarse de acuerdo con el diseño integral propuesto, siempre y cuando, no supere proporcionalmente las áreas verdes y los jardines.



Plano 7- Plazoletas y zonas duras al interior del conjunto

Propuesta para la conservación de los Bienes de Interés Cultural

El PEMP zonificó el polígono correspondiente al Área Afectada en siete sectores, teniendo en cuenta las características arquitectónicas, espaciales y patrimoniales comunes de los conjuntos edilicios, las condiciones de vecindad y el estado de conservación de cada inmueble. Con base en ello se han definido las acciones más relevantes que deben llevarse a cabo en cada uno de los sectores, referidas a procedimientos específicos tales como: desmontes y liberaciones, obras de primeros auxilios, obras de conservación, obras de restauración y obras de reconstrucción, contempladas en los Niveles de Intervención propuestos. Se ha elaborado también una valoración de las acciones propuestas, con el fin de lograr aproximarse a los costos de la recuperación de los inmuebles en el proceso de reapertura del hospital. Las acciones planteadas para cada sector se han expuesto en detalle en el tomo correspondiente de la Propuesta, razón por la cual, en esta síntesis sólo se relacionan gráficamente los sectores del área Afectada.

SECTOR 1. Núcleo Fundacional

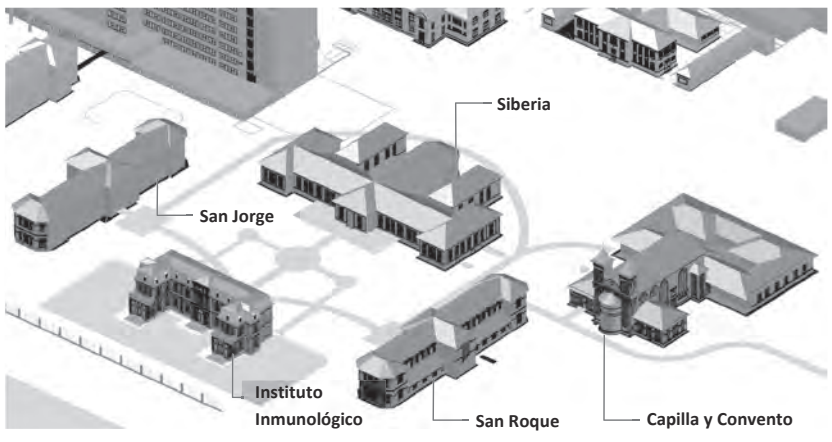


Figura 6- Sector 1. Núcleo Fundacional

Se localizan en ésta zona los edificios Instituto Inmunológico, San Roque y San Jorge que fueron originalmente construidos (1911-1913) para albergar un “manicomio moderno” y posteriormente, cuando el predio se dedicó al uso hospitalario, se convirtieron en el núcleo central del conjunto arquitectónico. Adicionalmente, se incluyen también en éste sector el inmueble que albergó los antiguos comedores denominado Siberia (1919-1922), junto con la Capilla y el Convento (1922-1933) que conforman una unidad arquitectónica.

Este conjunto edilicio se ubica en el centro del predio y se ordena a lo largo de un eje de composición transversal que se dispone en sentido norte-sur, configurando un espacio de recepción para los usuarios que accederán peatonalmente al hospital desde la Avenida de la Hortúa. Se considera que en éste sector pudieran ubicarse usos institucionales administrativos, y de docencia.

SECTOR 2. Pabellones

Esta zona está integrada por los edificios San Eduardo, San Lucas y Paulina Ponce de León, los cuales tienen su origen en las etapas más tempranas dela construcción del Conjunto Hospitalario (1919-1922), y se ubican en la esquina no-oriental del predio contra la Carrera 10ª. Esta posición privilegiada le otorga a éste grupo de inmuebles una vocación como elemento receptor y ámbito de acceso para la población que en un futuro encontrará respuesta a sus necesidades de salud en el Hospital San Juan de Dios. Se considera que en éste sector pudieran ubicarse usos asistenciales ambulatorios, de docencia e investigación.

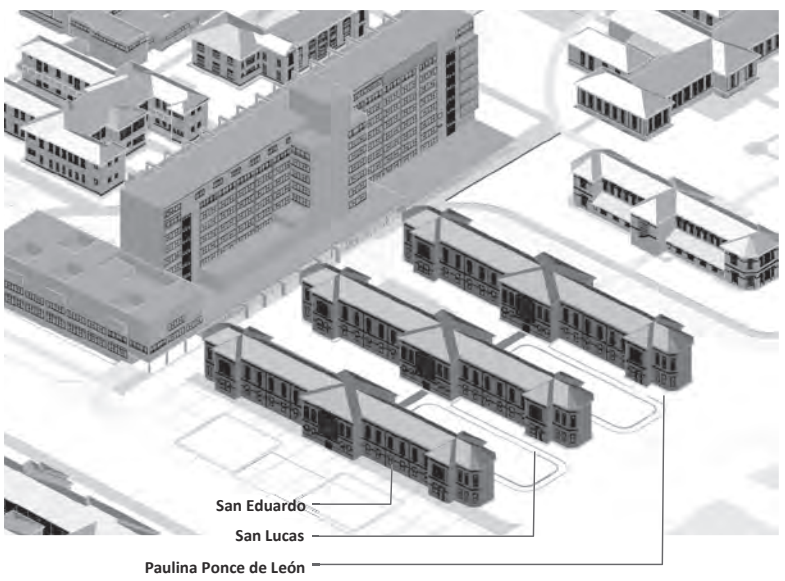


Figura 7- Sector 2. Pabellones

SECTOR 3. Edificio Central

Se caracteriza ésta zona por la presencia del Edificio Central diseñado por la firma bogotana Cuellar Serrano Gómez a mediados del siglo XX (1949-1952), éste se enmarca en la tipología de «bloque compacto» encarnando en su arquitectura moderna los mayores avances de la práctica médica del momento. La edificación de nueve (9) pisos, ocupó el eje central del predio que se desarrolla en sentido este-oeste y había sido previsto originalmente por el Arq. Pablo de la Cruz como un espacio

verde articulador de los futuros desarrollos del hospital. En el proceso de reapertura y aprovechando su proximidad con la Carrera 10a, podría albergar el nuevo Hospital General que incluirá los servicios de Urgencias, Imágenes Diagnósticas, Hemodinamia, Cirugía y Hospitalización. Sin embargo, son también posibles los usos administrativos y de docencia e investigación compatibles con las actividades anteriormente mencionadas.

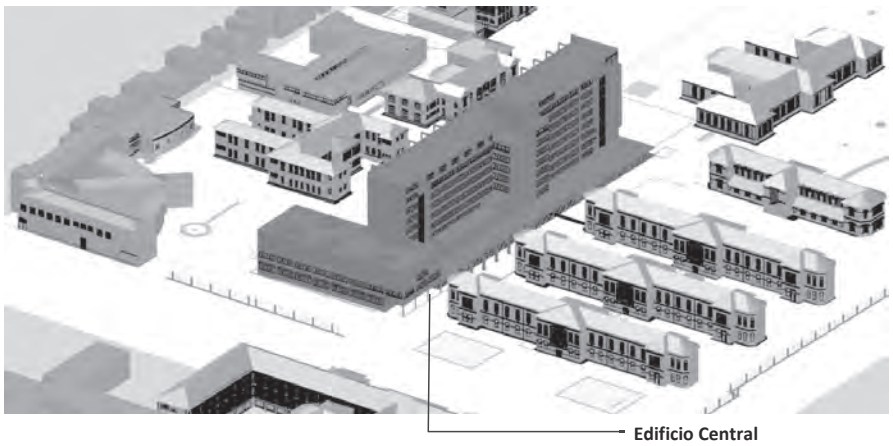


Figura 8- Sector 3. Edificio Central

SECTOR 4. Zona sur

Esta zona ocupa el costado sur del predio y se desarrolla en sentido este-oeste a partir de la Carrera 10ª, en ella se localizan los edificios Santiago Samper, Enfermedades Tropicales, Mantenimiento, Cundifarma y Salud Mental, construidos los tres primeros entre 1922 y 1933, el cuarto entre 1933 y 1948 y el último entre los años 1964 y 1970. Se considera que en éste sector pudieran ubicarse usos de docencia e investigación, y asistenciales ambulatorios. En el edificio Cundifarma, aprovechando la facilidad de acceso que le brinda su vecindad con una vía de importancia metropolitana como la Carrera 10ª, se plantea la localización de una gama amplia de usos complementarios que apoyen los servicios de salud y de docencia-investigación. A su vez, el edificio de Resonancia Magnética, podría reforzar los servicios prestados en el Centro de Diagnóstico ubicado en el Edificio Central.

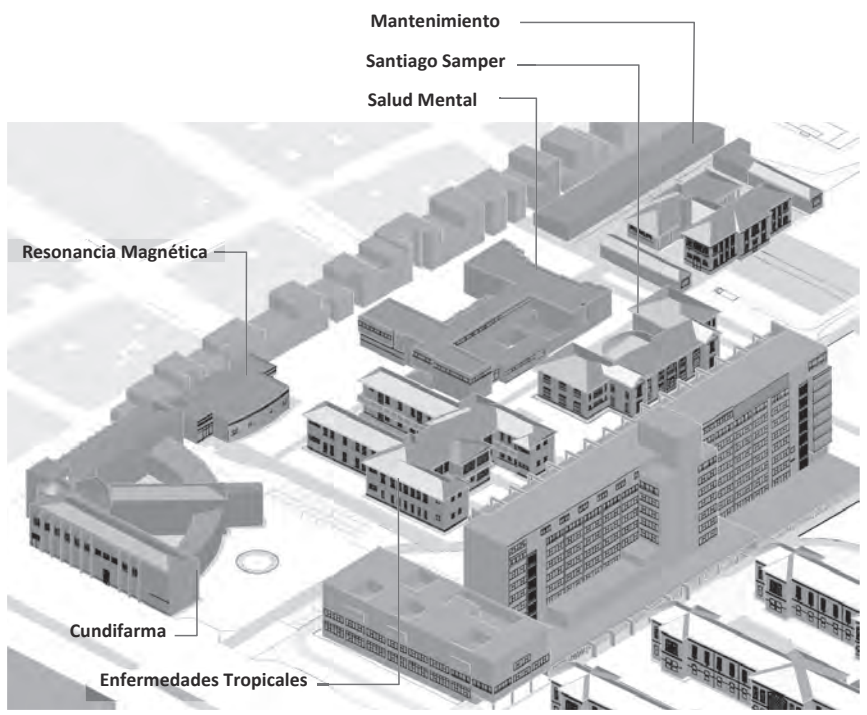


Figura 9- Sector 4. Zona Sur

SECTOR 5: Nuevos desarrollos

Corresponde a la zona de desarrollo del Conjunto Hospitalario, en este sector se contemplan acciones y proyectos claves dentro del ordenamiento del área afectada, como lo son la Alameda, los estacionamientos, accesos para parqueaderos –Subsector D– y tres zonas de potencial desarrollo edificatorio –A, B y C–. El desarrollo de cada uno de estos sub-sectores se describe en el numeral 4.1.2.9. Propuesta, Tomo I.

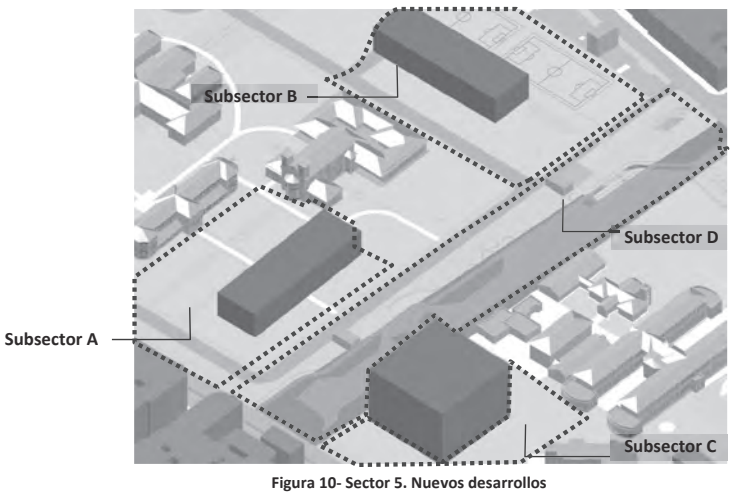


Figura 10- Sector 5. Nuevos desarrollos

- **Sub-Sector A**

Se plantea el desarrollo de un edificio de cuatro (4) pisos dispuesto en sentido norte-sur cuya fachada más larga dará frente al edificio San Roque, localizándose en forma simétrica al pabellón mencionado en relación con el eje de composición que ordena la Capilla y el Convento. En el espacio comprendido entre los inmuebles en referencia se construirá un jardín que evocará el antiguo jardín de acceso a la Capilla.

El edificio podrá albergar usos asistenciales, de docencia e investigación o complementarios a su labor misional como hospital universitario.

- **Sub-Sector B**

En este sector y aprovechando una depresión que presenta el terreno, se propone la construcción de un edificio de cinco (5) pisos que se dispondrá en sentido este-oeste y acompañará el surgimiento de una pequeña infraestructura deportiva para usufructo de la población de los barrios aledaños.

El edificio por su parte podrá albergar usos asistenciales, de docencia e investigación o actividades complementarias a su labor misional como hospital universitario.

- **Sub-Sector C**

En este sector ubicado hacia el costado occidental del predio y en colindancia con el terreno ocupado por el Instituto Dermatológico, se propone la construcción de un edificio de ocho (8) pisos que podría albergar usos asistenciales, de docencia e investigación o complementarios a su labor misional como hospital universitario. Dada la cercanía con el Instituto Dermatológico Federico Lleras, podría contemplarse la posibilidad de que en parte de este inmueble se ubique una posible expansión de la institución en referencia.

La expresión arquitectónica de los edificios mencionados deberá ser contemporánea, sin embargo, se sugiere el empleo del ladrillo visto en sus fachadas, como forma de integración con el resto del Conjunto Hospitalario, en el cual está permanentemente presente el material mencionado.

- **Sub-Sector D**

Corresponde al área destinada para el proyecto de Alameda o Parque Lineal, las zonas de estacionamientos subterráneos y servicios complementarios.

Se otorga un único índice de ocupación correspondiente al que tendrá este sector luego de la demolición del edificio de Rehabilitación Psiquiátrica; por lo tanto, sólo se permitirá la construcción de volúmenes que correspondan con los puntos fijos de los parqueaderos.

SECTOR 6: Ancianato, Instituto Federico Lleras y Jardín infantil

Este sector se caracteriza por la presencia de los edificios del Ancianato, al servicio de la población de adultos mayores del Departamento de Cundinamarca, el Jardín Infantil y el Instituto Federico Lleras, los cuales se encuentran ubicados en el costado occidental del predio, cerca de la Avenida Caracas.

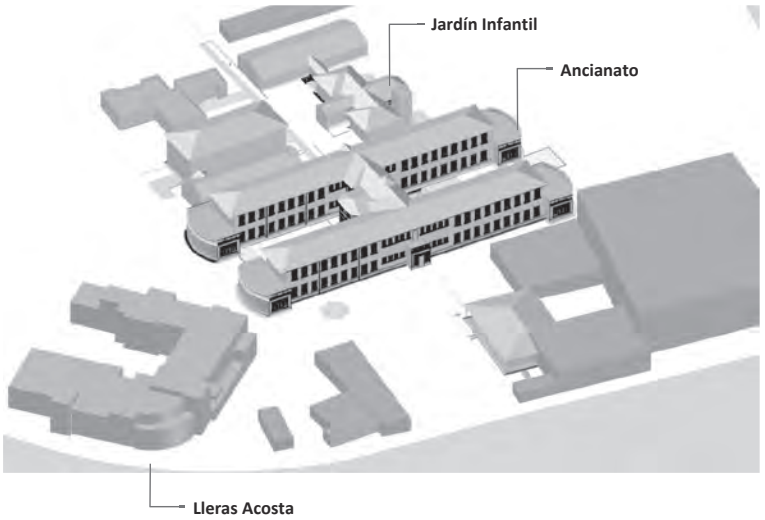


Figura 11- Sector 6. Ancianato, Lleras Acosta y Jardín infantil

SECTOR 7: Cancerológico e Instituto Materno Infantil

Esta zona ubicada en el costado oriental del predio, al este de la Carrera 10ª incluye el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Materno Infantil.

- **Cancerológico**

El Instituto Nacional de Radium -hoy Hospital Cancerológico- es el único edificio del Conjunto Hospitalario, cuya organización funcional y en planta se estructura a través de la tipología de claustro. Con una arquitectura austera, hace parte del conjunto de edificios (junto a Cundifarma y Dermatológico) que dieron muestras de la incipiente modernidad que se estaba expresando en la arquitectura de la ciudad, a mediados de los años 40.

Debido a que el Hospital ha crecido de manera importante, convirtiéndose en una institución de gran trascendencia nacional e internacional, se recomienda la conservación de su uso actual.

Por estar clasificado el Conjunto Hospitalario como Bien de Interés Cultural, cualquier intervención en el edificio deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Cultura y del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural-IDPC-.

- **Instituto Materno Infantil**

La organización espacial del edificio que sirve de sede al Instituto Materno Infantil, está constituida por un conjunto de volúmenes cortos que se intersectan ortogonalmente con un volumen rectangular de mayor longitud. El inmueble ha conservado desde los primeros años de construcción, su función al servicio de las maternas y neonatos de la sociedad bogotana, y ha sido objeto de un Proyecto de Intervención contratado por el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural-IDPC-, para adelantar su Proyecto de Reforzamiento Estructural y su adecuación, que actualmente se encuentra en proceso de estudio del Ministerio de Cultura.

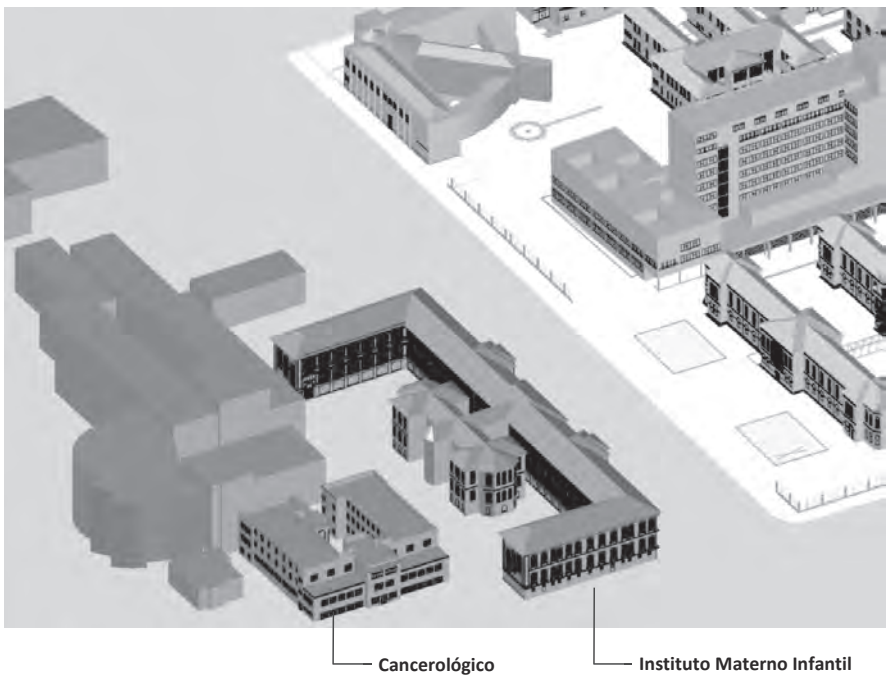


Figura 12- Sector 7. Cancerológico e Instituto Materno Infantil

4.1.2 LA ZONA DE INFLUENCIA

La propuesta urbana tiene un alcance territorial para el área afectada y la zona de influencia del CHSJD y tiene tres objetivos principales, deseables y alcanzables:

1. Promover la Incorporación de la zona de La Hortúa a la estructura funcional y simbólica de la mayor centralidad de la ciudad, el *centro histórico,* para superar su condición de borde periférico. Por tanto articularla a los programas, proyectos y acciones que revitalizan los nodos de equipamientos y espacios patrimoniales emblemáticos del centro, las redes de espacio público y circuitos de movilidad urbana, la red de eco-espacios que soportan la Estructura Ecológica del Centro y la red de barrios residenciales revitalizados.

2. Consolidar el nodo hospitalario de La Hortúa como patrimonio del centro de Bogotá, cuyo núcleo debe ser el CHSJD, nodo conformado por siete hospitales mayores de escala metropolitana y urbana y tres equipamientos menores de escala zonal. Este nodo requiere ser tratado como una zona o ciudadela hospitalaria, accesible, integrada, segura y equipada.

3. Fortalecer la oferta y vocación residencial de los barrios San Bernardo, Policarpa, Sevilla, Las Cruces, Eduardo Santos y Modelo Sur, vinculándolos a los programas de densificación de vivienda en el centro e incrementando su potencial para acercar los sitios de trabajo y zonas de vivienda de tradicionales y nuevos residentes del centro.

Estos tres objetivos han sido resultado del diagnóstico elaborado por este PEMP, que ha subrayado lo siguiente: a) el sector de La Hortúa debe superar la tradicional condición de borde marginal y periférico del centro, que lo convierte a su vez en factor de riesgo para este BIC, la aglomeración hospitalaria y el entorno residencial; b) los dos hechos urbanos tradicionales que han articulado esta pieza urbana, la aglomeración hospitalaria y los barrios populares, deben permanecer como componentes esenciales; c) no se debe propiciar la expulsión de residentes ni la pérdida de la capacidad de alojamiento de los barrios por la presión de actividades depredadoras en ascenso, supuestas expectativas de renovación para otros usos y residentes, o por el efecto expansivo de deterioro físico y social que genera el complejo hospitalario inactivo y en desuso; d) la revitalización urbana del área afectada y la zona de influencia implica la construcción de un *entorno saludable* tanto para la actividad hospitalaria, sus usuarios y trabajadores, como para la población actualmente residente y de un nuevo núcleo poblacional que podría estar vinculado a la actividad hospitalaria y la prestación de servicios de salud.

Tabla 3. Tabla resumen de la propuesta urbana.

RESUMEN DE LA PROPUESTA URBANA

OBJETIVOS	ACCIONES RECOMENDADAS POR PEMP	COMPETENCIA	PROYECTOS/ PROGRAMAS
Objetivo general 1 Integración del CHSJD a la geografía de la Centralidad (Centro Histórico) para conservar y proteger el BIC. **Específicos** * Superar marginalidad y condición periférica de la zona de La Hortúa. * Fortalecer la zona como una centralidad de servicios y habitación.	1. Mejorar la accesibilidad al CHSJD y su zona de influencia y la articulación con los puntos clave de la geografía de la centralidad. 2. Mejorar la integración a los circuitos de movilidad (TM, futura LM, red de ciclorutas, Alamedas peatonales) 3. Mejorar la integración a la estructura ecológica y sistema de espacios públicos del Centro 4. Mejorar la integración a la red de nodos de equipamientos y áreas de actividad económica del Centro	**Planes** • Plan de Rehabilitación del Centro • Operaciones Estratégicas del Centro • Planes Zonales **Entidades** IDPC S. PLANEACION S. MOVILIDAD S. HÁBITAT IDU ERU	• Redes Troncales de TM – Kr 10ª – Av. Caracas • Primera Línea del Metro – Estación Hospitales • Circuito de Ciclorutas del Área Central extendido a La Hortúa • Incorporación y extensión de los servicios ambientales de la Estructura Ecológica del Área Central a La Hortúa • Circuito de Alamedas peatonales del Área Central • Circuito de nodos de equipamientos del Área Central • Proyecto Plaza acceso CHSJD
Objetivo general 2 Integrar un Nodo hospitalario con los siete hospitales metropolitanos **Específicos** * Superar la condición de archipiélago dotacional. * Generar un entorno territorial saludable.	1. Articular el Nodo Hospitalario sobre una estructura de Espacio Público apto para la movilidad, la interacción funcional y el acceso a servicios comunes 2. Mejorar la infraestructura para movilidad de peatones, ciclistas, estacionamientos, servicios de seguridad, información y aseo. 3. Convertir la Av. de La Hortúa en el eje integrador del nodo hospitalario Disminuir las barreras físicas que aíslan los equipamientos hospitalarios	**Planes** • Plan de Rehabilitación del Centro • Plan Zonal • Planes de Regularización y Manejo **Entidades** IDPC S. Planeación S. Movilidad IDU ERU IAL	• Programa de recuperación de Espacio Público de la Cra. 10ª • Programa de Parqueaderos para vehículos y bicicletas para La Hortúa. • Prolongación del Proyecto de la Av. de La Hortúa hasta el Hospital de Santa Clara y su tratamiento como Vía – Parque • Deprimido de la Kr. 10 entre la Av. de la Hortúa y la C. 2S • Programa mejoramiento de la seguridad en la zona hospitalaria y manejo de cerramientos • Programa mejoramiento de zonas verdes y arborización
Objetivo general 3 Fortalecer la función y el área residencial **Específicos** * Incrementar residentes en la zona y ofrecer vivienda para trabajadores de hospitales. * Mejorar la zona de influencia del BIC como territorio saludable para habitar. * Mejorar la integración espacial del nodo hospitalario con el área residencial.	1. Rehabilitar la estructura urbana del tejido residencial mejorando el espacio público, las áreas verdes y la superficie arborizada. 2. Densificar el uso y el área destinada a vivienda en la zona de influencia a través de planes parciales y programas de renovación de manzanas 3. Eliminar o reducir barreras físicas y simbólicas que afectan el EP y los bordes del barrio San Bernardo 4. Incrementar el equipamiento social y cultural en la zona de influencia 5. Transformar la Calle 2 Sur en un nuevo espacio público que elimine la barrera entre el CHSJD y el barrio Policarpa 6. Crear un sistema de gestión que involucre al CHSJD y la comunidad en la promoción de la estrategia de Territorios Sostenibles.	**Planes** • Plan de Rehabilitación del Centro • Planes parciales **Entidades** IDPC S. Hábitat S. Planeación S. Desarrollo Social IDU ERU CHSJD Alc. Local IAL	• Programa de Rehabilitación urbana para el barrio San Bernardo liderado por IDPC y ERU • Programas de vivienda social concertados con hospitales y empresa gestora del nuevo HSJD • Plan de equipamientos culturales y recreativos para la zona • Plan parcial liderado por ERU que ofrezca un programa de VIV. a los 41 predios del barrio Policarpa localizados sobre la antigua acequia. • Promoción de una Corporación para la gestión de territorios saludables en la zona de La Hortúa.

4.1.2.1 USOS Y EDIFICABILIDAD

A partir de la expedición de una serie de disposiciones distritales como el Decreto 562 de 2014 «Por el cual se reglamentan las condiciones urbanísticas para el tratamiento de renovación urbana, se incorporan áreas a dicho tratamiento, se adoptan las fichas normativas de los sectores con este tratamiento y se dictan otras disposiciones» (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2014) , del Decreto 070 de 2015 "Por el cual se establece el Sistema Distrital de Patrimonio Cultural, se reasignan competencias y se dictan otras disposiciones", y del Decreto 079 de 2015 "Por el cual se complementan y modifican los procedimientos para el estudio y aprobación de los Planes de Implantación y Planes de Regularización y Manejo, contenidos en los Decretos Distritales 1119 de 2000 y 430 de 2005, y se dictan otras disposiciones", se adelantó un nuevo ajuste a la formulación de la norma y el manejo normativo para los predios localizados en la Zona de Influencia.

Con el fin de consolidar dicha formulación final en los temas de usos y edificabilidad, y atendiendo el principio de coordinación interinstitucional, se llevó a cabo el intercambio de conceptos y planteamientos con la SDP al respecto de los alcances específicos que debía contener este PEMP, lo que dio como resultado la definición y orientación para los temas mencionados a la luz de lo establecido en el sistema nacional de patrimonio y a ser contemplado en la elaboración de los PEMP. La siguiente tabla contiene dichos alcances.

Tabla 4. Coordinación interinstitucional de alcances normativos.

NORMATIVA DISTRITAL Decreto 562 de 2014 renovación urbana por redesarrollo o reactivación	**PEMP CHSJD** Prevalece sobre el POT, Ley 1185 de 2008, artículo 7, numeral 1.5
USOS según lo establecido en las respectivas UPZ: 35 Ciudad Jardín, 38 Restrepo, 37 Santa Isabel, 95 Las Cruces, 33 Sosiego	"… puede limitar los aspectos relativos a usos …" Ley 1185 de 2008, artículo 7, numeral 1.3, en ese caso **restringiendo los usos que considera inconvenientes para la preservación del BICN**
EDIFICABILIDAD altura libre según capacidad del predio, aplicando aislamientos y retrocesos por tendencia del costado de manzana	"… puede limitar los aspectos relativos a … edificabilidad …" en este caso **estableciendo un número máximo de pisos posibles a desarrollar, en forma total o gradual para la zona de influencia**
CARGAS URBANÍSTICAS a partir del índice de construcción 2.0, con las alternativas: 1. Desarrollarlas en el sitio 2. Trasladarlas a otro lugar 3. Pagarlas	"deberá fijar…las **determinantes** que desarrollarán las diferentes administraciones locales, en relación con los instrumentos de gestión del suelo, tales como **planes parciales**… y de **renovación urbana**… así como los compromisos de inversión pública y privada." Decreto 763 de 2008, artículo 21.
	Define que las cargas tienen las alternativas: **1.** Desarrollarlas en el sitio con **condiciones** **2.** Trasladarlas **dentro del perímetro del PEMP** **3. No se pueden pagar** **El desarrollo de las cargas en sitio tiene condiciones**: 1. Parque no menor a 300m2 2. Espacio público sobre ancho de andén garantizando la totalidad del costado de manzana
Rampas y escaleras, aislamientos y empates, habitabilidad, voladizos, equipamiento comunal privado, cerramientos, sótanos y semisótanos, estacionamientos, subdivisiones, intervenciones	No plantea modificaciones

Enfoque y lineamientos normativos para los barrios San Bernardo y Policarpa-Sevilla de la Zona de Influencia

El objetivo: Reintegración y fortalecimiento del área residencial.

La estrategia: Fortalecer la oferta y vocación residencial de los barrios San Bernardo, Policarpa, Sevilla, Las Cruces, y Modelo Sur, que entre otras acciones deberán ser vinculados a los programas de densificación de vivienda en el centro, incrementando así su potencial para acercar los sitios de trabajo y zonas de vivienda de tradicionales y nuevos residentes del centro; definir zonas de estos barrios para el desarrollo de programas VIS y VIP; implementar programas de renovación que permitan la reactivación de manzanas deprimidas; desarrollar programas de vivienda para trabajadores vinculados al funcionamiento de los hospitales del nodo, con la participación de cajas de compensación, entidades hospitalarias, y con incentivos y gestión del Distrito.

La estrategia urbana para el área residencial del barrio Policarpa-Sevilla consiste en consolidar este vecindario como una zona de *vivienda productiva* gestionada por sus propios residentes y propietarios. Se trata entonces de consolidar una tendencia ya en curso, consistente en una densificación del área construida dentro de un umbral razonable y ecoeficiente del trazado existente y el catastro de predios , en la que se combina en cada predio el uso de vivienda con actividad económica basada en pequeñas empresas generadoras de ingresos para sus habitantes. Por tanto es una dinámica de transformación urbana que se hace predio a predio, promovida y financiada principalmente por las familias residentes, cuyo resultado es un incremento del área destinada a vivienda y la generación de un área destinada a la actividad económica desarrollada por la misma familia. Se excluye de este proceso la franja de predios que fueron adheridos irregularmente al costado polígono del Complejo Hospitalario.

La estrategia urbana para el área residencial del barrio San Bernardo está orientada, a diferencia del barrio Policarpa, a la renovación urbana y no a la consolidación de una tendencia en curso. La renovación de este barrio no puede ser pensada en una actuación urbanística soportada en la gestión del predio a predio, sino en un nuevo proceso de urbanización y edificación basado principalmente en el englobe de predios, el reajuste del suelo y la gestión asociada entre propietarios y otros promotores para incrementar las unidades de vivienda y generar áreas de actividad económica para prestar servicios tanto a las nuevas unidades residenciales como servicios al nodo hospitalario. El proceso de renovación de este vecindario bajo el modelo de unidades multifamiliares y unidades especializadas para la actividad económica deberá estar limitado y acotado por dos consideraciones urbanas: (i) se debe generar un modelo de barrio con clara identidad y unidad espacial, lo que implica adoptar un modelo de densificación, ocupación y volumetría con calidades urbanísticas homogéneas y no producto del "potencial" de los predios individuales. (ii) El modelo urbano del barrio renovado debe coadyuvar a la protección y puesta en valor del BICN y del nodo hospitalario.

La renovación de este vecindario debe tener en cuenta la existencia de tres sectores distintos dentro de San Bernardo y sus diferencias morfológicas, espaciales y urbanas, que conllevan reajustes del suelo, del trazado actual y la dotación de espacio público.

Directriz para los usos

Una vez adelantado el análisis de los usos establecidos por las fichas de las UPZ correspondientes, este PEMP identifica y restringe los usos que son inconvenientes y/o incompatibles para el fortalecimiento de los barrios como áreas residenciales pero no exclusivas, lo cual necesariamente también afecta la preservación del BICN.

Los usos restringidos para los barrios de la Zona de Influencia son los establecidos en la Resolución de aprobación del PEMP, teniendo en cuenta que son generadores de impactos negativos en el entorno en que se localizan, afectando las condiciones urbanísticas y ambientales de estos barrios y por tanto representan una amenaza para la conservación del conjunto monumental.

Conclusiones y lineamientos para la consolidación de los barrios

Teniendo en cuenta que las áreas de la zona de influencia del BICN están incorporadas al tratamiento de renovación urbana, con unas condiciones normativas que pueden llevar al desarrollo de proyectos bastante heterogéneos, y que es premisa del PEMP propender por un entorno homogéneo y armónico, se procedió a establecer la caracterización morfológica y predial de los barrios San Bernardo y Policarpa-Sevilla con el fin de identificar su potencial real de desarrollo para un proceso de crecimiento moderado y viable a mediano plazo, y no dejar abierta la posibilidad que se generen presiones que den como resultado la especulación del precio del suelo y que por tanto haga inviable el desarrollo de proyectos de cualquier escala.

El balance general de las cifras de análisis para estos dos barrios, muestra el predominio de manzanas con áreas entre los 3000 y 4000 m2, con proporción de relación ancho sobre largo entre 2 y 3, y un rango en general de ancho de manzana entre 30 y 40 m. A nivel predial san Bernardo prevalece en el mayor porcentaje comparativo con 1 piso y el barrio Policarpa con 2 pisos, aunque en el comportamiento en los frentes de predios se mantiene el predominio para ambos barrios en el rango de menores a 8 m.

La mayoría de manzanas tienen menos de media hectárea de terreno, con anchos que permiten predios entre 15 y 20 m de fondo y frentes menores a 8 m. Desde su origen carecen de antejardines y su desarrollo está orientado a mantener dicha condición en términos generales, y ratificado por la norma vigente, lo cual no da posibilidades a una ampliación de los perfiles viales.

Las condiciones que presenta la morfología de los barrios, permite hacer una lectura de las posibilidades reales del desarrollo de los mismos teniendo en cuenta las dinámicas y tendencias de estos barrios. Dichas posibilidades se resumen como sigue.

San Bernardo

- El desarrollo predio a predio con la capacidad actual predominante de los mismos (8 m), no permite el planteamiento de edificaciones en altura que puedan cumplir con los requerimientos normativos por ejemplo de estacionamientos.
- Un predio con frente de 15 m, producto de un englobe simple (dos predios) permite el desarrollo de edificaciones en altura que cumplen con requerimientos normativos, por ejemplo las dimensiones necesarias para los estacionamientos.
- El desarrollo de proyectos en unidades básicas correspondientes a predios con mínimo 12 m de frente permiten en una altura máximo de 6 pisos, desarrollar alrededor de 10 unidades de vivienda, que ya de por si genera una carga 10 veces mayor sobre el espacio público existente que no será ampliado.
- La densificación en forma moderada, que no implica la necesidad de grandes capitales para su desarrollo, no genera expectativas económicas que presionen en forma desequilibrada el alza de los precios del suelo, lo cual también permite mantener los residentes y propietarios tradicionales.
- El desarrollo de proyectos por unidades básicas prediales, no elimina la posibilidad de realizar mayores englobes que permitan intervenciones a mayor escala, siempre observando la altura máxima permitida de 6 pisos establecida por este PEMP.
- El desarrollo planteado permite mantener este barrio disponible para la intervención a escala según la capacidad (cantidad de predios) del inversionista de oportunidad.

- El sector oriental del barrio, presenta las condiciones urbanísticas más deficientes en la medida en que tiene calles en perfiles de 6.6 m y menores, y la proporción de las manzanas supera la relación del largo en 4 veces el ancho de la misma, lo que muestra problemas en la permeabilidad y accesibilidad del trazado urbano. Una intervención a través del redesarrollo de estas manzanas debe propender por el mejoramiento sustancial de estas condiciones existentes.

Policarpa-Sevilla

- El primer reconocimiento que es fundamental hacer, es la dinámica socioeconómica que existe en este barrio. La actividad residencial con un importante componente de mezcla de usos, por la consolidación de un comercio especializado que sirve de soporte a sus mismos habitantes, ha permitido la convivencia y permanencia de las comunidades residentes. Tiene una dinámica propia, arraigada en la actividad residencial y comercial.
- La dinámica actual con las condiciones prediales existentes, muestra la tendencia a la consolidación del barrio hacia los 4 pisos, en un tipo de crecimiento de forma progresiva.
- Sin necesidad de recurrir al englobe, es una altura que promueve la consolidación del perfil urbano con un crecimiento homogéneo, que básicamente representa doblar la condición predominante existente de 2 pisos a una altura máxima de 4 pisos.
- El crecimiento en altura por unidades prediales, no impide la posibilidad de realizar englobes para el desarrollo de edificaciones siempre observando la altura máxima permitida de 4 pisos, establecida por este PEMP.

Asimismo, se plantearon las alturas máximas permitidas para cada barrio, aportando a las condiciones para un desarrollo viable de proyectos, y a la conservación de los valores tradicionales del trazado urbano de éstas áreas. Se pretende así, propiciar un desarrollo edilicio coherente y consecuente con las características consolidadas del desarrollo histórico y valores urbanísticos reconocidos en una nueva homogeneidad de mayor escala que proteja el paisaje urbano del entorno del Conjunto Monumental.

La recualificación del espacio urbano de los barrios de la Zona de Influencia del CHSJD, con el mejoramiento del espacio público y la densificación homogénea entre otras acciones, plantea las condiciones necesarias para la permanencia y el aumento de la población residente, que los fortalece como unidades barriales, y tal como está planteado, es la base para la sostenibilidad urbanística del BICN, a través de la consolidación de territorios saludables para un entorno que promueva y garantice con la actividad de habitantes, la apropiación del patrimonio cultural.

Conformación del nodo hospitalario

La conformación del nodo hospitalario que fundamentalmente incorpora los grandes equipamientos de salud de la zona inmediata al CHSJD, se enmarca en los objetivos planteados en este PEMP y específicamente en la consolidación del nodo como zona de actividad central que contribuya a la recuperación y dinamización del entorno en que se localiza, promoviendo la generación de condiciones urbanísticas orientadas al fortalecimiento de esta zona hospitalaria en dos aspectos principales: como zona funcional y como conjunto arquitectónico patrimonial.

Lineamientos para los usos

La directriz asumida para este tema en las manzanas que contienen los hospitales, es la incorporación de la manzana completa al uso dotacional para hospital, en cumplimiento del objetivo de consolidar el nodo hospitalario. En ese sentido se promueve la incorporación de los predios de origen residencial localizados dentro de la misma manzana, al funcionamiento de la institución a través de la restricción del desarrollo individual en usos diferentes a la vivienda.

Los predios mencionados, representan el potencial para aumentar las áreas y ampliar los servicios de los hospitales y por tanto para fortalecer el funcionamiento de los mismos con el aumento de la cobertura. El conjunto residencial localizado en la manzana del hospital de La Misericordia, constituye la excepción a esta determinación.

El uso principal asignado a los predios correspondientes a los hospitales es el dotacional existente, que incluye las actividades complementarias propias para el buen y correcto funcionamiento de las mismas y contenidos en los respectivos programas médico arquitectónicos.

La manzana del CHSJD localizada entre la Avenida Décima y la Avenida Caracas, debe ser ajustada en el borde sur, en los límites del subsector dentro de la UPZ y de acuerdo con el Área Afectada delimitada por el PEMP.

Los predios localizados en el borde sur de la manzana del CHSJD entre la Avenida Décima y la Carrera 12A, que no hacen parte del Área Afectada, quedan restringidos en su uso al de vivienda exclusivamente, teniendo en cuenta que comprenden la franja de terreno que representa el potencial desarrollo del proyecto del PEMP para la Calle 2 sur, el cual permitirá estructurar la fachada y borde sur del complejo monumental, además de constituir parte fundamental de la accesibilidad al mismo.

Los predios localizados en el borde sur de la manzana del CHSJD entre la Carrera 12A y la Avenida Caracas, que no hacen parte del área Afectada, quedan restringidos en su uso a los existentes. El posible cambio de destino de los mismos, deberá ser evaluado y conceptuado positivamente por el Ministerio de Cultura.

Las demás manzanas contenidas dentro del nodo hospitalario, se rigen por lo establecido en las respectivas UPZ, con la restricción de los usos establecidos en la Resolución de aprobación del PEMP, teniendo en cuenta que son generadores de impactos negativos en el entorno en que se localizan, afectando las condiciones urbanísticas y ambientales del nodo hospitalario y por ende representando una amenaza para la conservación de los BIC.

Determinantes normativas para las intervenciones en BIC Distritales

En el marco de los objetivos planteados para este PEMP las intervenciones que se realice en los predios hospitalarios deben garantizar como prioridad la integridad de las edificaciones de conservación que mantendrán su condición patrimonial permanentemente, así como el uso hospitalario el cual cumple una función principal en el proceso de consolidación del nodo referido.

Las intervenciones en los bienes declarados BIC, deben cumplir con las siguientes condiciones normativas.

1. Las características tipológicas y morfológicas originales de la edificación deben mantenerse. Los antejardines, retrocesos, aislamientos laterales y posteriores, patios y demás áreas libres, deben mantener sus características generales originales.
2. Las áreas libres podrán ser construidas únicamente en los casos en que se autoricen obras de ampliación en el respectivo proyecto aprobado por el IDPC. En todos los casos, se debe conservar la arborización existente.
3. No se permite la instalación de antenas de comunicación, mástiles estructurales, vallas u otros elementos, sobre las fachadas, cubiertas, antejardines, aislamientos y patios de los inmuebles.
4. Los cerramientos del predio contra espacio público, deben mantener como zócalo un muro de antepecho de máximo 0,50 m de altura y a partir de éste disponer elementos en materiales que permitan transparencia visual, en un 90% como mínimo, con altura máxima total del cerramiento de 2.50 metros.
5. Las modificaciones internas en los inmuebles se permiten siempre y cuando se mantenga la estructura espacial original del inmueble: disposición de accesos, circulaciones horizontales y verticales.
6. Las ampliaciones en edificios de Nivel 1 de intervención, Conservación Integral, deben plantearse aisladas de dichas edificaciones. En este caso, se permite adosar únicamente volúmenes para circulaciones que conecten las diferentes edificaciones.
7. En edificios de Nivel 2 de intervención, Conservación del Tipo Arquitectónico, las ampliaciones pueden plantearse aisladas o adosadas de los mismos. Cuando se plantean adosadas, la altura de la adición no puede sobrepasar la del inmueble de conservación. No se permite la ampliación en altura sobre los edificios de conservación.
8. La altura máxima de las nuevas edificaciones es el resultado de las necesidades de ampliación de áreas según el programa médico arquitectónico respectivo y sin que se vaya en detrimento de las edificaciones de conservación.
9. Los aislamientos entre edificaciones como mínimo, corresponden a la mayor dimensión que resulte entre las dos terceras partes de la altura propuesta para la nueva edificación o del total de la altura máxima del inmueble a conservar.
10. Los sótanos solo se permiten en las ampliaciones aisladas, siempre y cuando se plantee un aislamiento de 5.00 m como mínimo, con respecto a la edificación de conservación.
11. No se exige el planteamiento de estacionamientos adicionales a los previstos originalmente en la institución. No obstante, para la aprobación de proyectos que impliquen ampliaciones de área, se tendrá en cuenta el impacto que el incremento de vehículos pueda causar en el espacio público del sector, caso en el cual se deberá exigir como alternativa de solución plantearlos en predio diferente.
12. No se permite la subdivisión del predio.
13. Se permite el englobe con los predios colindantes y los localizados dentro de la misma manzana de la institución.
14. El índice de ocupación, el de construcción y la altura son el resultado de la correcta aplicación de las normas para la intervención de los inmuebles de patrimonio establecidas en el PEMP.
15. Los BIC de origen hospitalario, deben mantener el uso dotacional de salud, lo cual incluye las actividades y servicios complementarios propios para el correcto funcionamiento institucional como parte del programa médico arquitectónico.
16. Los predios colindantes con el BIC localizados en la misma manzana, deben plantear aislamiento posterior mínimo de 3.00 m, altura máxima 2 pisos, índice de ocupación 0,75, índice de construcción 1,5 y como uso permitido la vivienda.
17. Para todos los demás aspectos normativos no previstos en la presente reglamentación, los predios colindantes con Inmueble de Interés Cultural se rigen por lo establecido en la norma del entorno inmediato.
18. Todo tipo de obra propuesto para los Inmuebles de Interés Cultural, requiere de un anteproyecto aprobado por el IDPC, previo concepto del Comité Asesor de Patrimonio como requisito para la solicitud de licencia ante Curaduría Urbana.
19. Las obras de mantenimiento o reparación locativa, deben obtener el respectivo concepto del IDPC con el fin de garantizar la preservación de la edificación.

Las intervenciones diferentes a la obra nueva, que se realicen en las edificaciones colindantes y que no modifiquen las condiciones de la edificación en relación con los Inmuebles de Interés Cultural,

no requieren concepto del IDPC. Las intervenciones en los predios colindantes requieren concepto favorable del IDPC, en relación con la volumetría y aislamientos con el predio de conservación

4.2 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

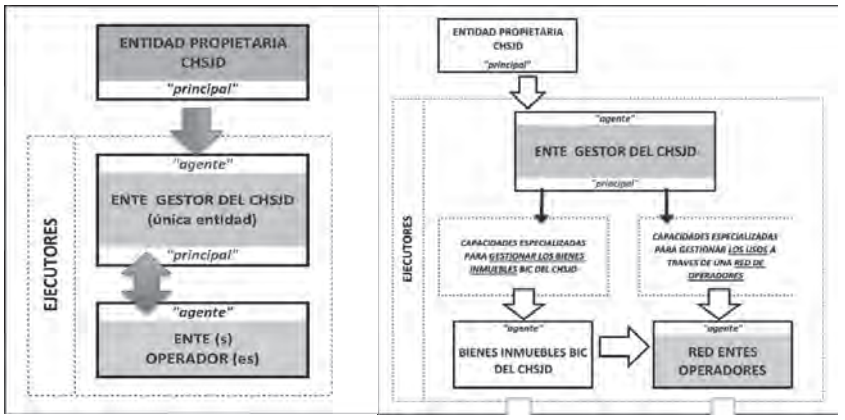
4.2.1 Modelo de desarrollo institucional del CHSJD: Estructura jurídico administrativa y bases para el diseño de modelo de gestión

Este apartado exploró las posibilidades jurídico institucionales para la organización administrativa del CHSJD y se seleccionó la alternativa que resultó priorizada después del proceso de análisis, luego de lo cual se hizo posible estructurar la nueva figura que corresponde al diseño de la entidad gestora del proyecto para la recuperación y administración del BIC y del modelo de operación completo del CHSJD.

4.2.1.1 Opciones de organización institucional del CHSJD

4.2.1.1.1 Estructura institucional general

El diseño de la estructura general del modelo institucional, parte de la identificación de las entidades involucradas y los roles que desempeñan: (i) el rol de ente propietario de los bienes del CHSJD y (ii) el rol de ejecutor para otros entes vinculados para la operación, entre los que existe una dinámica de relación de *agente–principal*, en donde «el principal» (propietario) entrega a «un agente» la competencia administrativa para su puesta en marcha y que en este caso se denominará el ENTE GESTOR, esperando que la labor de este último logre los objetivos esperados por *el principal* sobre los fines del CHSJD. El Ente Gestor (*el agente*) podría eventualmente ejecutar de manera directa su labor, llevando a cabo por sí mismo la totalidad de las funciones administrativas, o podría realizarla a través de una o muchas otras entidades operadoras especializadas, caso en el cual el Ente Gestor tendría a su vez *agentes* ejecutores y su papel cambiará para este efecto, tomando a su vez el rol del *principal*.



Gráfica 1. Esquema básico modelo institucional del CHSJD - PEMP.

1. ENTIDAD PROPIETARIA del CHSJD, cuyo rol es el de *principal*, quien tiene la potestad de ser el tomador de decisiones de gobierno sobre el conjunto y de actuar como administrador, siendo el responsable último de las actuaciones sobre la garantía de recuperación y preservación de los bienes BIC a su cargo y quien debe responder por su sostenibilidad y uso apropiado, velando por el cumplimiento de las normas legales vigentes, incluida la cabal aplicación del PEMP. Es a partir de las decisiones del propietario como agente principal, que se desprende el desarrollo de todo el modelo de gestión institucional y para lo que requiere de un «agente» que desarrolle su mandato. El propietario asume de manera categórica, la responsabilidad sobre la protección de los bienes inmuebles a su cargo, bien sea de forma directa o mediante una figura delegada, como la de un poseedor del bien por ejemplo. En cualquier caso, la protección de los bienes es ineludible.

2. ENTIDADES EJECUTORAS, cuyo rol es el de ejecutar los procesos de gestión y cuya potestad de actuación corresponde a un mandado otorgado por el agente principal, para que el CHSJD alcance sus fines, desarrolle su vocación histórica y el requerimiento legal, obrando como agentes encargados de responder por el cumplimiento de estos fines en cabeza de su propietario. Un atributo fundamental de estas entidades es su carácter especializado, en donde se espera que aquellas que se lleguen a requerir, deberán cumplir con condiciones de idoneidad necesarias para hacer parte de una red de proveedores que se configuraría en el desarrollo del modelo.

La ejecución directa del mandato del propietario sobre el CHSJD se encarga en la figura denominada **ENTE GESTOR**, que de acuerdo con el Ministerio de Cultura, es «*la base institucional que posibilitara la implementación efectiva del plan de acción y de inversiones y que integrara a todos los actores involucrados*.» […] «*su principal función es la de liderar la ejecución del PEMP»* (Ministerio de Cultura, 2011, p. 55)[1]. La misma norma, respecto del ENTE GESTOR, aclara lo siguiente: «*Es necesario que las entidades encargadas de la toma de decisiones, los inversionistas y usuarios estén vinculados a dicho ente, que debe ser representativo de las fuerzas vivas de la ciudad; también debe ser técnica y financieramente autosuficiente, de tal manera que se pueda garantizar su sostenibilidad, su continuidad y su credibilidad. Este ente podrá ser público o mixto, dependiendo de las características y capacidades locales*».

De esta forma, se deduce que el ente gestor se configura **como una única entidad**, centro de la estructura institucional y cuya existencia es esencial en la operación del modelo de gestión administrativo-institucional de los bienes el CHSJD, cumpliendo con un papel específico que se encuentra bien definido desde el marco normativo mencionado en el párrafo anterior.

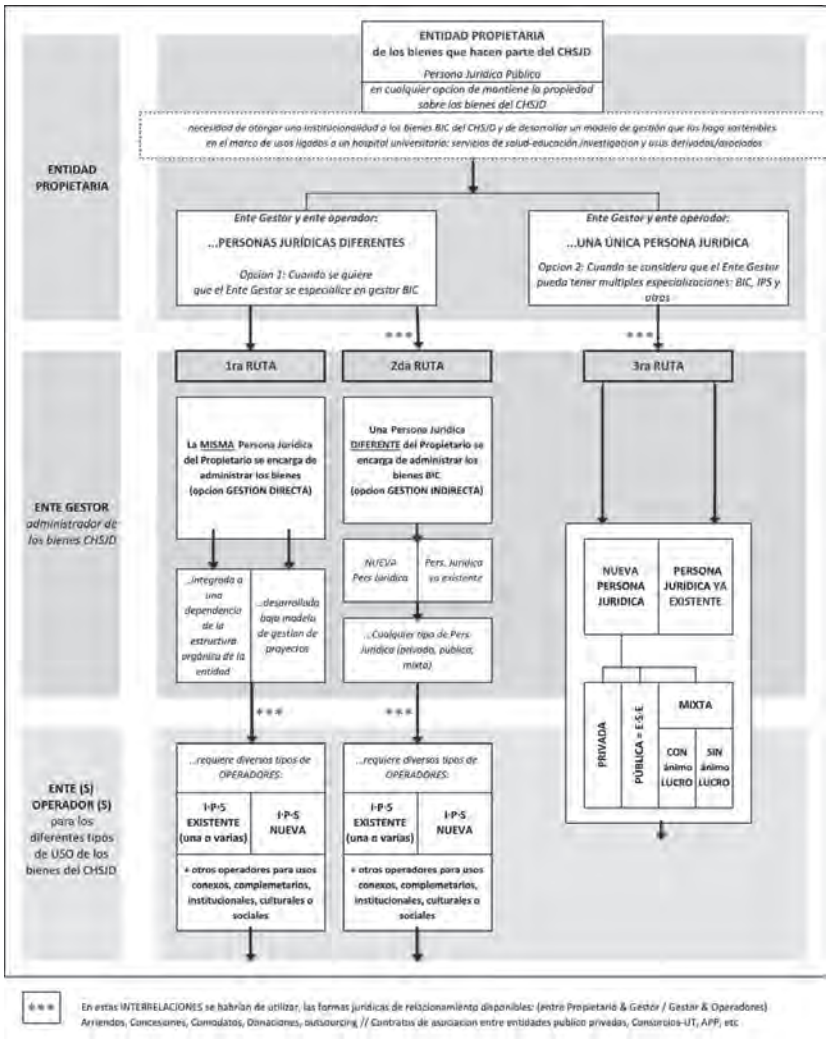
El ENTE GESTOR en su papel de *agente*, delegado por el *principal* (propietario), es el ejecutor directo del PEMP y de su modelo administrativo en la labor de llevar a cabo todas las acciones que son propias de la gestión institucional del CHSJD y que suponen un desarrollo de una capacidades administrativas específicas, que deben permitirle gestionar con éxito los bienes BIC a su cargo, ligados a los tipos de usos que le son permitidos y el contexto en que es posible desarrollar sus actividades. Pero también supone, el desarrollo de capacidades operativas directas, en este caso para gestionar la especificidad de un BIC mediante diversas opciones.

4.2.1.1.2 Elementos constituyentes y relaciones posibles entre los actores

A partir del modelo institucional general que se esquematizó en el ítem anterior, se desarrolló a continuación el modelo de estructura y dinámica «relacional» que se puede advertir entre los diversos actores involucrados en la gestión del CHSJD, con la pretensión de contar con un marco de análisis y una guía de ruta de decisiones posibles, que integró las diferentes opciones que se l consideraron para la elección de la alternativa más apropiada de gestión institucional.

Modelo básico de actores y relaciones / RUTA DE DECISIONES.

En la siguiente figura se pueden: (i) identificar la presencia de los diferentes actores que constituyen el modelo de gestión administrativo institucional del CHSJD y (ii) observar las diversas opciones relacionales determinadas por rutas probables de decisión, que de manera teórica, se podrían tomar frente al ordenamiento institucional que se requiere para la operación del CHSJD y de cuyo análisis se pudo definir la vía de decisiones a seguir para la propuesta institucional a desarrollar para el complejo.



Gráfica 2. Rutas de decisiones entre el ente propietario, el ente Gestor y los entes operadores de los servicios del CHSJD según USOS de las edificaciones. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP.

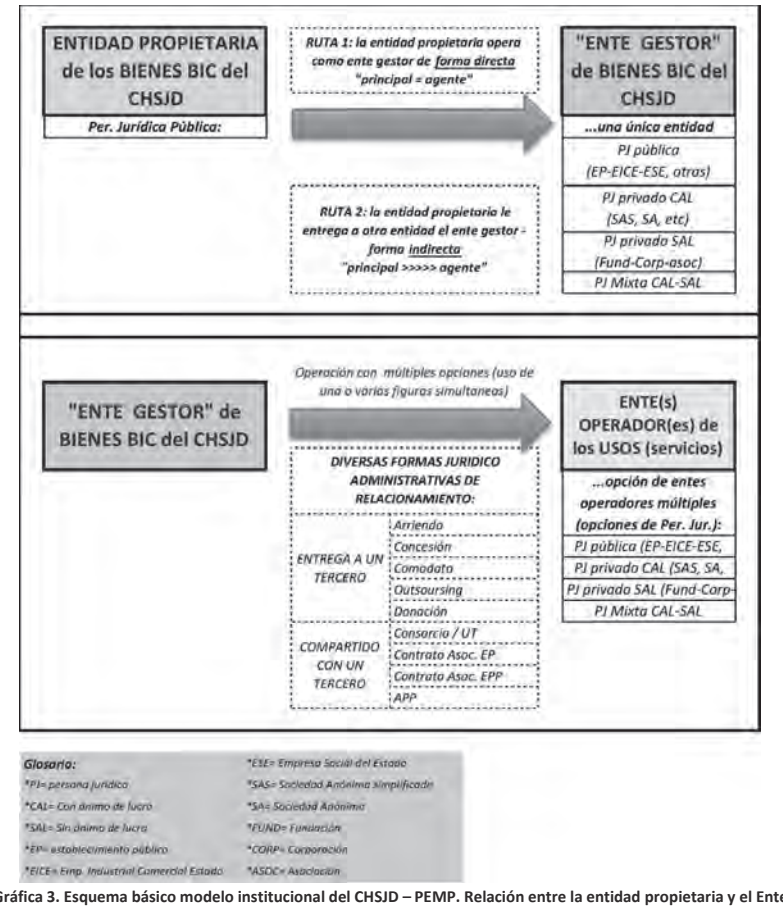
[1] Esta base institucional se denomina ente gestor, y su principal función es la de liderar la ejecución del PEMP.

Como se aprecia, las relaciones entre el ente propietario y el Ente Gestor, están determinadas por la posibilidad de escoger de entrada, entre dos opciones de diseño institucional, en donde (i) se decide que el Ente Gestor y la(s) entidad(es) operadora(s) especializados operen como personas jurídicas independientes, cada una con su rol (1ra y 2da ruta), y otra en donde (ii) se decide que las funciones del Ente gestor y de las entidades operadoras, corresponden a una misma entidad (una misma persona jurídica – 3ra ruta).

Para solucionar este dilema, la decisión se orientó en principio desde una definición acerca de si, la necesidad que se tiene frente al manejo apropiado y sostenible de los bienes BIC del CHSJD, se resuelve de manera óptima, (i) con la posibilidad de tener una única entidad (gestora y ejecutora al mismo tiempo) que debería tener un carácter multi-especializado, dado que tendría que poder realizar con experticia la gestión de los bienes BIC del CHSJD, al tiempo que se especializaría como Institución prestadora de servicios de tipo universitaria, junto con *espacialización* en la gestión de los demás usos derivados: institucionales, culturales, sociales; o si por el contrario, (ii) se advierte una mayor conveniencia en la opción de tener, por un lado, una entidad gestora especializada en administrar los bienes BIC del conjunto, y por el otro, un conjunto de operadores especializados, entre ellos, quienes presten servicios como IPS universitaria.

Frente a la decisión por la opción de diferenciar el ente gestor especializado en la administración de los bienes BIC del CHSJD y el ente operador, también apareció un segundo dilema a resolver y es si (i) la función «gestora» debiera ser asumida por el propietario de los bienes BIC, estableciendo una acción de control directo sobre la administración del modelo institucional, o si (ii) el Ente Gestor debiera corresponder a una entidad diferente a la persona jurídica del propietario (bien mediante una entidad ya existente o mediante una nueva entidad gestora). En ambos casos, y tomando como base de análisis este modelo propuesto, se establecerá una ruta de decisión que permita optar por la selección de la alternativa jurídico institucional más apropiada al contexto en el que se dará vida al CHSJD, tendiente a la reapertura del mismo, iniciando las actuaciones necesarias para la recuperación y preservación del conjunto de bienes BIC que hacen parte del complejo.

A continuación de describe el detalle de estas relaciones en el modelo diseñado para tomar la decisión de elección de la mejor alternativa:



Gráfica 3. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. Relación entre la entidad propietaria y el Ente Gestor del CHSJD y entre el Ente Gestor y los Entes Operadores.

Análisis de los relacionamiento entre el Ente Gestor y los entes operadores

En un segundo momento, se detalla un nivel de relacionamiento explícito entre el ente gestor y los operadores, en donde el camino a seguir es aquel en donde el Ente Gestor conforma una red de operadores múltiples, cada uno especializado en la generación de un bien o servicio específico, pero integrados por la labor del Ente Gestor. Este tipo de relacionamiento, hace que el Ente Gestor deba crear las capacidades necesarias para que pueda utilizar las diferentes figuras que se encuentran en el marco jurídico institucional colombiano, y que van desde figuras en las que el ente operador es un tercero que responde por el servicio (mediante formas como arrendamientos, concesiones, outsourcing, comodatos y/o donaciones), hasta figuras en donde el ente gestor comparte la operación de un servicio con un tercero (como ocurre con los consorcios, las uniones temporales, joint venture, los contratos de asociación entre entidades públicas, o entre públicas y privadas y las Asociaciones Público Privadas APP).

Rutas Nos. 1 y 2: Rutas de relaciones teóricas, en el escenario en donde el Ente Gestor de los bienes BIC y los entes operadores, son personas jurídicas diferentes

Análisis de los relacionamientos entre la Entidad Propietaria y el Ente Gestor

Como se aprecia en la gráfica, la Entidad Propietaria de los bienes BIC (que es una persona jurídica de carácter público), se podría relacionar con el ENTE GESTOR por dos vías:

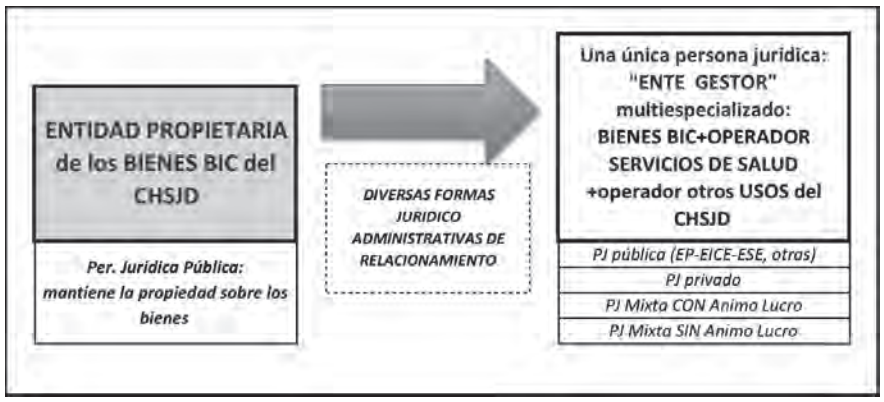
1ra RUTA, (i) constituyéndose de manera **directa**, en el mismo Ente Gestor, caso en el cual el rol de *principal* no se diferenciaría del rol del *agente*, y en el que dicho propietario con su propia persona jurídica, asume la ejecución de labores administrativas institucionales de los bienes del CHSJD y 2da RUTA, (ii) mediante la entrega del rol de Ente Gestor a una entidad diferente (que podría ser de cualquier naturaleza jurídica), en donde le rol de *principal* se mantiene y se separa del rol del *agente* en cabeza de otra entidad, gestionando la administración institucional del CHSJD de forma **indirecta**.

De igual manera, la entidad Propietaria podría decidir conservar su propiedad única, o abrir un perfil de propiedad colectiva, que en el marco de las restricciones de la Ley seria siempre pública (dado que solo puede haber enajenación entre entidades públicas), caso en el cual se entendería que aunque desarrolle una apertura a otro conjunto de propietarios, este podría mantener el control del gobierno corporativo, preservando la mayoría de la propiedad, no obstante que, la regla general para esta alternativa, es que si bien los deferentes bienes pudiesen llegar a ser de un conjunto diverso de propietarios públicos, todos deberán acatar las reglas del conjunto prescritas en el PEMP y administradas por el Ente Gestor.

Ruta No 3: Ruta de relaciones teóricas en el escenario en donde NO se divide el papel de Ente Gestor de los bienes BIC, del papel de los entes operadores.

Bajo la premisa de que la entidad propietaria *mantendría los derechos de propiedad* sobre los bienes BIC, la relación con la persona jurídica que asume los roles de ente gestor/operador (entidad ejecutora), se desarrollaría mediante las diversas formas de relacionamiento jurídico que serán revisadas más adelante.

En esta alternativa, la entidad deberá desarrollar una multiplicidad de funciones diversas con gran especialización de cada una, como ocurre con el hecho de que lleve a cabo (i) la prestación de servicios de salud, adoptando la forma de IPS de alta complejidad y para lo que debería cumplir con todos los requerimientos de ley para su constitución y funcionamiento, al igual que para los de tener la condición de hospital universitario. Habría además de asumir otras funciones derivadas como corresponden a (ii) la gestión de los servicios de formación en salud, ligados a la prestación de servicios asistenciales, con vinculos con centros de formación universitarios y el desarrollo de convenios docente asistenciales, (iii) la gestión de proyectos de investigación científica ligados a la salud y el desarrollo de capacidades con grupos de investigación formados que cumplen con los protocolos de Colciencias y además de (iv) la prestación de servicios conexos a la salud, de usos complementarios al conjunto, institucionales, de arte y cultura, sociales y comunitarios, entre otros usos que podrían tener los bienes BIC y (v) el desarrollo de actividades especializadas de gestión de dichos bienes BIC y el desarrollo de acciones de recuperación, puesta en funcionamiento y mantenimiento de este tipo de bienes y su gestión patrimonial, inmobiliaria, etc. En la siguiente figura se describe la relación básica que existe entre la entidad propietaria de los bienes BIC del CHSJD y esta “única persona jurídica”.



Gráfica 4. Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP. Relación entre el Ente Gestor y entes operadores de los servicios del CHSJD según USOS de las edificaciones.

Esta entidad ejecutora podría corresponder a una entidad creada para este efecto o una entidad ya existente. En una nueva entidad, podría participar la entidad propietaria como aportante prioritario, y compartir la propiedad con otros entes, siempre y cuando se asegure que la nueva persona jurídica no ponga en riesgo los principios fundamentales de estos bienes BIC de no enajenabilidad, no embargabilidad y no prescriptibilidad, frente a una entidad ya existente.

Así las cosas, el mayor riesgo de esta opción se advierte en la elevada concentración de capacidades diferentes que debe desarrollar una única entidad.

4.2.1.1.3 Selección de la alternativa institucional a desarrollar para el CHSJD

Con fundamento en las consideraciones jurídicas preliminares y en el marco analítico propuesto para el diseño de la plataforma institucional de los bienes BIC del CHSJD se hizo a continuación un ejercicio de selección de la alternativa más apropiada para el funcionamiento de estos bienes.

La metodología utilizada para el proceso de selección, corresponde al desarrollo del marco analítico propuesto para el diseño de la estructura institucional, y que se desarrolla a partir del análisis detallado de cada una de las alternativas descritas en las rutas de decisión y que permitirán, dentro de los determinantes jurídicos y demás factores condicionantes, llegar a la selección final a proponer y desarrollar. Se desarrolla el análisis de tres rutas de decisión:

1. La PRIMERA RUTA, relacionada con la vía en donde se mantiene la separación del ENTE GESTOR especializado en la admón. de bienes y del (los) ente(s) operador(es), y se propone que sea la misma persona jurídica del propietario, la que se encargue de gestionar los bienes.
2. La SEGUNDA RUTA, relacionado con la vía en donde se mantiene la separación del ENTE GESTOR especializado en la admón. de bienes y del (los) ente(s) operador(es), y se propone que sea una persona jurídica diferente a la del propietario, la que se encargue de su gestión.
3. LA TERCERA RUTA, relacionada con la vía en donde se considera la presencia de una única persona jurídica para el desarrollo integrado de las labores especializadas de admón. de bienes BIC y la prestación de servicios propios de los usos asignados los bienes BIC, la que se encargue de gestionar dichos bienes.

Se parte de la consideración, de que en estos modelos no interesa la definición de la propiedad, que al momento de elaboración del presente PEMP es el Departamento de Cundinamarca, quien mantiene un proceso de venta de los bienes BIC del CHSJD al Distrito Capital de Bogotá, en cabeza de la Empresa de Renovación Urbana ERU y que no se ha logrado ejecutoriar aún. Se recuerda en este punto, que la ley solo permite que los bienes BIC puedan enajenarse solo entre entidades públicas, con autorización del Ministerio de Cultura, según artículo6to de la Ley 1185 de 2008.

De acuerdo con esta premisa, las rutas de análisis para la decisión sobre la mejor alternativa, parten de revisar las opciones entre varias opciones que aunque no consideran la venta de los bienes, si abren la posibilidad de proponer la participación del propietario en la constitución de nuevas empresas, que harían las veces de ENTE GESTOR de bienes BIC (ruta No. 2) o de gestor/operador integrado (ruta No. 3). En la gráfica 7, pueden observarse cada una de las rutas y el proceso de decisión final resultante.

En la gráfica siguiente, pueden observarse cada una de las rutas y el proceso de decisión final resultante.

Luego de revisar cada una de las alternativas que se modelaron bajo el concepto de opciones o rutas de decisión bajo la aplicación del esquema analítico propuesto, se llega a la conclusión de tomar como primera alternativa la ruta No. 1, para la operación del proyecto durante las fases iniciales (1 y 2) y como segunda alternativa la ruta No. 2, para la operación del proyecto durante las fases de consolidación y maduración (2 y 3) del mismo previstas en el PEMP. La ruta No. 3, no se consideró como una opción apropiada.

La conclusión integral nos muestra que la institucionalidad que permite crear condiciones que propician el despegue del proyecto y que ofrece mayores oportunidades para otorgarle la viabilidad de inicio, corresponde a la figura mediante la cual, la misma persona jurídica que tiene los derechos de propiedad y tenencia de los bienes, sea quien crea las condiciones requeridas para su puesta en marcha y bajo su tutela y amparo permita llevar a cabo todas las acciones requeridas en el PEMP, hasta garantizar que alcance una etapa de consolidación que le posibilite en ese momento, estimular la creación de una persona jurídica que de manera colegiada asuma la gestión de los bienes BIC del CHSJD y que permita conservar las condiciones que consoliden el proyecto.

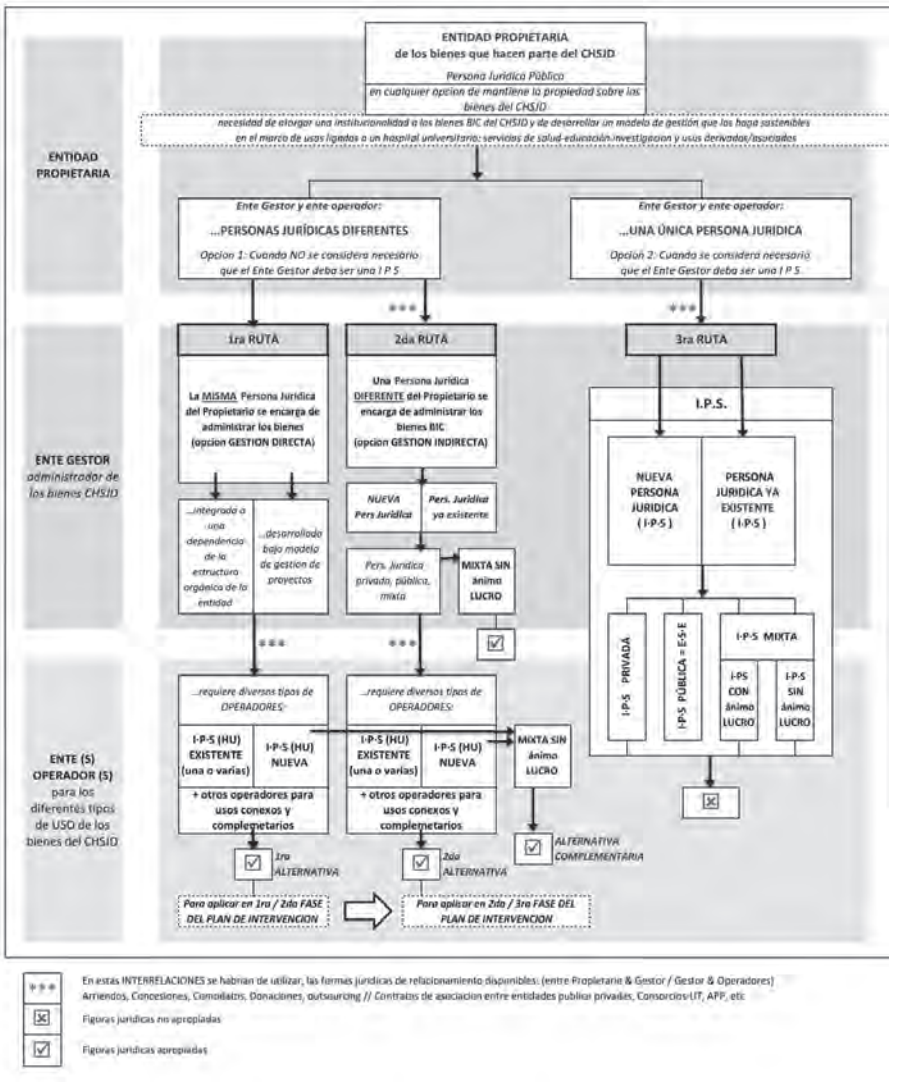
Bajo este precepto, se parte de la ruta No 1 y se realiza una transición hacia la ruta No 2.

En este aspecto, se consolida el concepto de mayor favorabilidad para los fines del PEMP del CHSJD, con la decisión de contar con un ENTE GESTOR como entidad especializada en la gestión patrimonial y como ejecutor experto de los lineamientos dictados en dicho PEMP, separado de la labor de agentes operadores, y cuya institucionalidad empieza ligada a la misma persona jurídica de la entidad propietaria y migra hacia una persona jurídica diferente de carácter colegiado.

Para esta persona jurídica colegiada, se considera la mejor opción, en el mediano plazo, la de constituir una nueva entidad de la que sea participe la entidad propietaria (preservando la participación mayoritaria), en conjunto con otras entidades interesadas en la conservación de los bienes BIC del CHSJD y en la reapertura de los servicios de salud, educación e investigación de una hospital universitario, recomendándose la figura de una entidad con personería jurídica mixta sin ánimo de lucro, tipo "corporación" y con funciones explicitas como ENTE GESTOR de los bienes.

Como aspecto común entre las rutas No. 1 y 2, está la propuesta de contar con un conjunto de entes operadores de los bienes BIC en razón de la tipología de usos asignados por el PEMP a cada pieza del conjunto patrimonial. Dentro del conjunto de operadores, se encuentra en primera instancia la indicación de contar con una o varias IPS, que ostenten la condición de tener idoneidad y experiencia reconocida, que tengan procesos activos de acreditación de la calidad en salud y de obtención del reconocimiento como hospital universitario, con una operación financiera y comercial estable y que tengan convenios docente asistenciales activos en pregrado y postgrado de medicina. Todo esto, para garantizar la preservación de los fines originarios de CHSJD y la obligación legal de contar con un perfil de hospital universitario y cuya certificación debe alcanzarse con un plan de trabajo específico.

Un segundo aspecto común, es el de la necesidad de contar con otros operadores especializados en la provisión de servicios ligados a los usos diferentes a los se salud: usos conexos, complementarios, institucionales, culturales y socio-comunitarios.



Gráfica 5. Rutas de decisiones entre el ente propietario, el ente gestor y los entes operadores de los servicios del CHSJD. OPCIONES RESULTANTES A RECOMENDAR CHSJD – PEMP.

Todos los operadores, mantendrían con el ENTE GESTOR, relaciones configuradas mediante la multiplicidad de opciones de relacionamiento jurídico: arrendamientos, concesiones, comodatos, outsourcing, APP, consorcios, etc. según se defina la mayor conveniencia para el desarrollo de los usos y de las actividades de las partes.

Así entonces la figura jurídico administrativa que se plantea en este punto, nos permite concluir que la propuesta de perfil de la ENTIDAD O UNIDAD GESTORA que tendría a cargo la puesta en marcha de la recuperación y uso de los bienes del CHSJD y la reapertura de los servicios de hospital universitario prevista en la norma, estaría en cabeza de un ENTE GESTOR que primero deberá ser estructurado dentro de la institucionalidad propia de su actual propietario (o poseedor) para actuar durante las primeras fases y luego deberá ser transferido a un ente colegiado (mixto sin ánimo de lucro) para continuar con su actuación futura permanente, con la consideración de que este ENTE GESTOR, habría de poner en marcha un esquema de reglas de juego y actuaciones para gobernar la reactivación del CHSJD y de promover la organización y coordinación del modelo, contando para ello con una disposición plural de operadores, que tendrían un conjunto de barreras de entrada y permanencia ligadas a cumplimiento de los fines fundacionales y de vocación del CHSJD, y con un conjunto de instrumentos jurídico administrativos de relacionamiento institucional, que le otorgan un abanico de opciones para la gestión en condiciones de viabilidad y sostenibilidad futuras.

4.2.2 Modelo de desarrollo institucional del CHSJD: propuesta del modelo de gestión

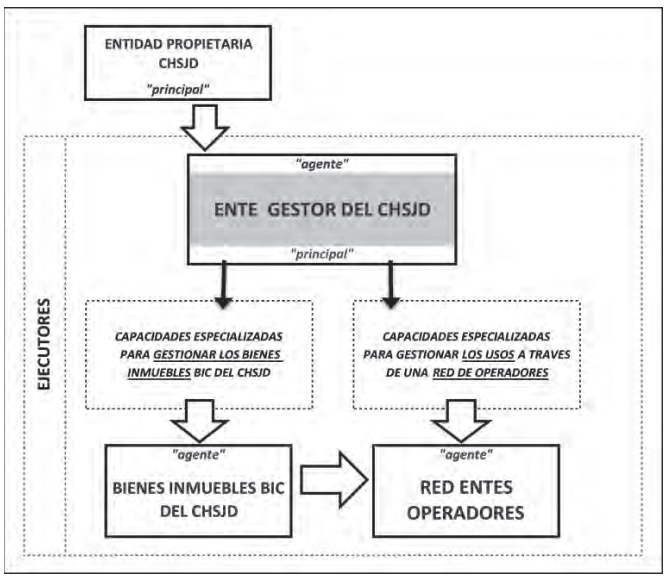
Se (i) configuró el perfil del modelo de gestión para los bienes BIC del CHSJD, lo que incluyó explicitar las reglas de juego, precisar el modelo de operaciones y estructurar el perfil del ENTE GESTOR, para concretar a continuación (ii) el Programa médico arquitectónico – PMA

4.2.2.1 Perfil del modelo de gestión de los bienes BIC del CHSJD y diseño del modelo de operación de servicios

4.2.2.1.1 Diseño del modelo de operación alineado con el modelo jurídico administrativo seleccionado

La premisa central de la operación está basada en una condición en donde se debe lograr de manera simultánea la recuperación y conservación de los BIC del CHSJD al tiempo que, utilizando dichos bienes, desplegar una funcionalidad basada en la provisión de servicios de salud, centrada en la vocación originaria de centro de servicios asistenciales y de docencia e investigación.

En este sentido, el ENTE GESTOR propuesto, para poder cumplir su labor deberá desarrollar (i) una capacidad especializada en gestionar los bienes inmuebles del conjunto y además desarrollar (ii) la capacidad especializada en gestionar la red de operadores que permitirían poner los inmuebles en funcionamiento en el marco de los usos que se le definan a cada una de los edificios del conjunto.

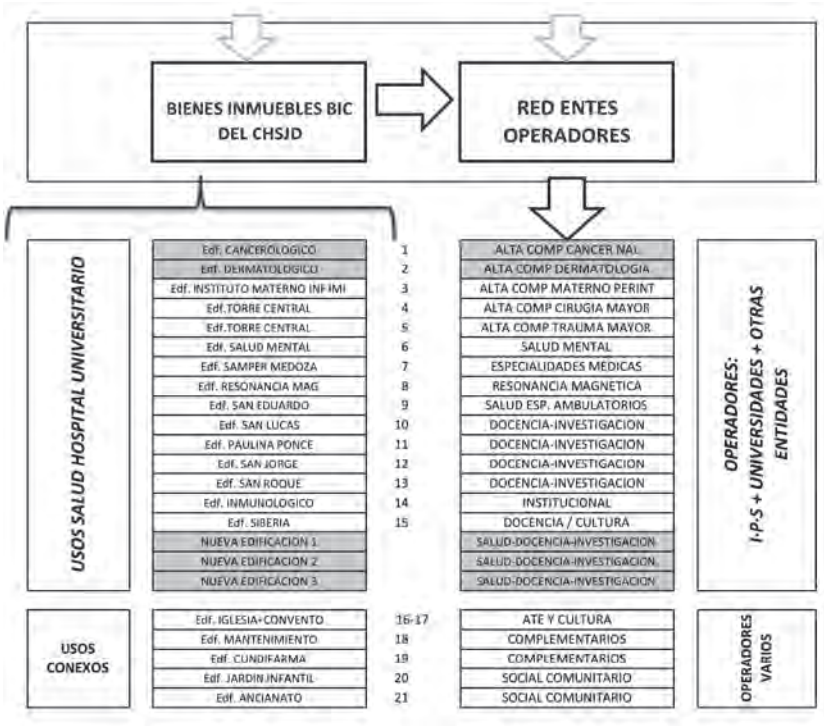


Gráfica 6. Perfil de capacidades del ENTE GESTOR Esquema básico modelo institucional del CHSJD – PEMP.

Los operadores son agentes que se vinculan a la operación total o parcial de las piezas edilicias del conjunto, dentro de cada uno de los usos prescritos para la operación por el PEMP, resaltando de nuevo que estos usos correspondan a asistencia-educación-investigación en salud. En este sentido, los operadores serán agentes especializados en proveer este tipo de servicios.

En el caso de la prestación de servicios de salud, se requiere una IPS como operador, la cual sería el agente principal del desarrollo de dichas actividades y el centro de dinamización de los demás servicios de apoyo y complementarios requeridos, y la responsable de generar los convenios con los Centros Universitarios de formación de talento humano para la salud, es decir, el/los convenio/s docente asistencial/es.

Un operador también puede ser, de manera directa, una entidad universitaria que provea servicios de educación, estableciendo relaciones especificas con el ENTE GESTOR para el uso de los inmuebles y el aprovechamiento de la presencia de operadores de servicios de salud. Una descripción general del modelo de operación basado en operadores externos múltiples, se presenta en la siguiente gráfica.

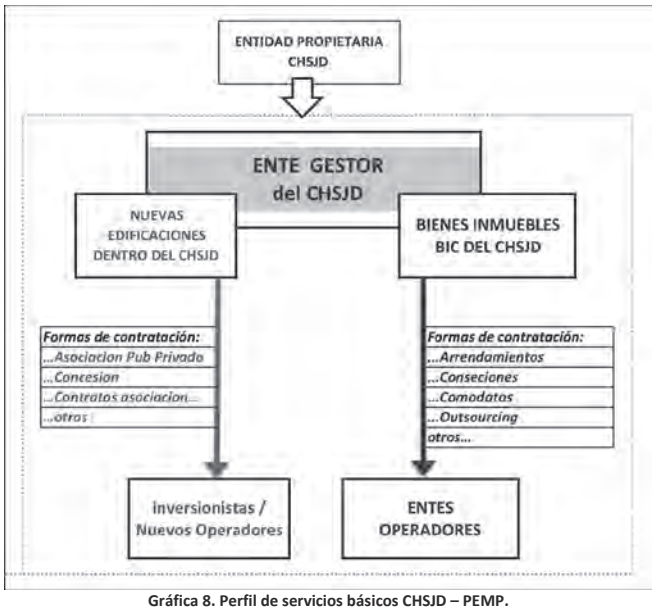


Gráfica 7. Red de operadores de los bienes inmuebles BIC modelo de operación del CHSJD – PEMP.

Como se aprecia, la operación de la prestación los servicios de salud de alta complejidad - Hospital Universitario, se encuentra distribuida en diversos perfiles ligados a las edificaciones:

1. Edificaciones ya bien consolidadas en su operación y uso, como ocurre con el edificio de cáncer que es ocupado por el Instituto nacional Cancerológico ESE y el "edificio dermatológico" ocupado por el Instituto Nacional Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE, dos entidades estables y en operación activa. Los operadores son IPS.
2. Edificaciones que vienen funcionando pero con una institucionalidad que se debe consolidar, como ocurre con la operación del "edificio Instituto Materno Infantil", que siempre ha permanecido en funcionamiento, operado por un hospital de la red pública del Distrito Capital. Es operador es entonces una IPS.
3. Las piezas BIC del CHSJD que se podrán en operación y que requieren diversos grados de intervención para otorgarles un 100% de funcionalidad, como ocurre con las demás edificaciones que se pueden observan en la figura anterior. Los operadores serán IPS o entidades del SGSSS. Es importante destacar que la pieza líder en el desarrollo de los usos como hospital universitario descritos en este ítem, es el edifico central y sobre el cual, dada su extensión, podría presumirse que pudiese ser ocupado por uno o varios operadores.

Existe además, otro grupo de perfiles que están relacionados de forma conexa con las edificaciones que se destinarán a usos sociales, culturales, institucionales o complementarios.



Gráfica 8. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP.

El vínculo que se establece en este modelo de operación, entre el ENTE GESTOR y los entes operadores, se desarrolla a través de los diversos mecanismos de intercambio jurídico administrativos vigentes en la legislación y que fueron estudiados con detenimiento, como se aprecia en la figura siguiente. Entre el ENTE GESTOR y los Operadores, se pueden desarrollar modelos de contratación diversos: arrendamientos, comodatos, etc.

También se puede producir un tipo de relación especifica en el ENTE GESTOR, y nuevas entidades operadoras con el carácter de inversionistas, en nuevos desarrollos a llevar a cabo dentro del conjunto en los espacios no construidos destinados para ellos dentro del campus del CHSJD y que realizarían actividades en el mismo marco de usos propuestos en el modelo de operación y dentro de la vocación como hospital universitario, lo que además generaría nuevos recursos para invertir en el proceso de recuperación y conservación de los bienes inmuebles del CHSJD.

Este tipo de interacción se puede desarrollar por mecanismos jurídico contractuales que estimulen la inversión pública y privada, como ocurre con las Asociaciones-Púbico-Privadas APP o los contratos de concesión, entre otras figuras. Estos nuevos desarrollos pueden albergar usos como los de edificaciones destinadas a ampliar la oferta de servicios de una IPS existente en el CHSJD como por ejemplo del Instituto Nal. Dermatológico, del instituto Nal. Cancerológico o incluso una nueva torre contemporánea para servicios materno perinatales del IMI o para servicios de educación y formación de talento humano en salud, convocando la llegada de Universidades con programas de salud al complejo o desarrollando nuevos centros de investigación (Instituto de Biotecnología de Bogotá p.e.) y/o un centro de servicios especializados para la investigación.

En síntesis, se puede reafirmar que en el diseño del PEMP la condición de garantizar el uso central de los bienes inmuebles del CHSJD en el marco del mandato para actuar como Hospital Universitario se preserva intacta. Se ratifica también que su desarrollo debe realizarse contando con la presencia de varios operadores o IPS especializadas y con la presencia de múltiples centros de formación a través de convenios docente asistenciales suscritos con estas IPS. Por tanto, el modelo operativo parte de la concepción de los usos del CHSJD desde su misión central en salud y se visualiza de la siguiente manera en relación con los demás tipos de servicios.



Gráfica 9. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP.

1. Un eje o anillo central, relacionado con los usos en salud: asistencia-educación-investigación, como Hospital Universitario, desde donde parte cualquiera otro uso posible o derivado.

- Los servicios de salud priorizados para las primeras fases de desarrollo del hospital universitario, se definieron, luego el estudio de oferta y demanda del componente diagnóstico del PEMP, correspondieron a servicios de salud de alta complejidad materno-perinatales (“edificio del IMI”), al servicio de atenciones quirúrgicas complejas (“edificio torre central”) para la atención hospitalaria y para la atención ambulatoria especializada (“edificios San Eduardo, Medicina Tropical y Santiago Samper”), destinados a la atención ambulatoria especializada, y al servicio de apoyo en salud mental (“edificio de salud mental”). Dentro de los servicios quirúrgicos complejos, aparece de manera relevante la necesidad de contar con un centro de Trauma Mayor (para desarrollar en el edificio de “urgencias” de la torre central).
- Los servicios de educación corresponden a formación de programas de pregrado en ciencias de la salud (medicina, enfermería, bacteriología, etc.), programas de postgrado en ciencias de la salud (en cualquiera de las especialidades medico quirúrgicas) y en programas técnicos, tecnológicos y auxiliares en salud. Los centros universitarios o las IPS operadoras, con grupos de investigación reconocidos por Colciencias, corresponde a aquellos ligados al perfil de patologías y servicios provistos por el hospital. Este grupo de servicios de asistencia-educación-investigación, se amplían y complejizan en las fases siguientes de desarrollo del CHSJD, dependiendo de múltiples circunstancias, entre ellas, el haber conseguido consolidar primero la estabilidad operacional técnico científica y administrativo financiero de las entidades operadoras y del conjunto edilicio.
- Se consideran dentro de la propuesta el desarrollo futuro de Institutos y de Centros de Excelencia con al más alto perfil en calidad de la prestación, la formación de recurso humano con habilidades y destrezas confiables y debidamente certificadas y producción de conocimiento a través de investigación básica y aplicada que contribuya a resolver necesidades aún pendientes en el ámbito local, regional nacional e internacional.

2. Un anillo de servicios conexos al anterior, que abarca un conjunto de servicios derivados del anillo de salud y que son necesarios para respaldar la prestación de servicios, como ocurre con los servicios de soporte terapéutico (rehabilitación, nutrición, banco de sangre, bancos de órganos y tejidos, unidades renales, unidades de hemodinámia, genética y laboratorio de medicina personalizada, etc.), los servicios de ayuda diagnósticas (laboratorio clínico, laboratorio de patología, diagnóstico por imágenes, electro diagnóstico, etc.), los servicios de apoyo logístico o de “bata gris” (transporte asistencial, esterilización, alimentación, seguridad, aseo y manejo de residuos hospitalarios especializados, comunicaciones, mantenimiento, lavandería hospitalaria, etc.), entre otros.

3. Un anillo exterior, que incluye los servicios complementarios derivados de los dos anteriores y que sin estar ligados a la salud, si tienen un vínculo con el desarrollo de proyectos de salud, como ocurre con los servicios de arte y cultura en salud, servicios comerciales y financieros, servicios de alojamiento de corta, media y larga estancia, parqueaderos, guardería, iglesias y culto, entre muchos otros.

Este modelo de operación, alineado al modelo de desarrollo jurídico institucional que se definió, permite proponer un mecanismo de generación de ingresos que garantice la sostenibilidad del ENTE GESTOR y de la de los bienes inmuebles a su cargo, derivada de los procesos de contratación por el uso de los mismos. Adicionalmente, los nuevos desarrollos, a través de estos mecanismos provocan nueva inversión y un ingreso para el ENTE GESTOR.

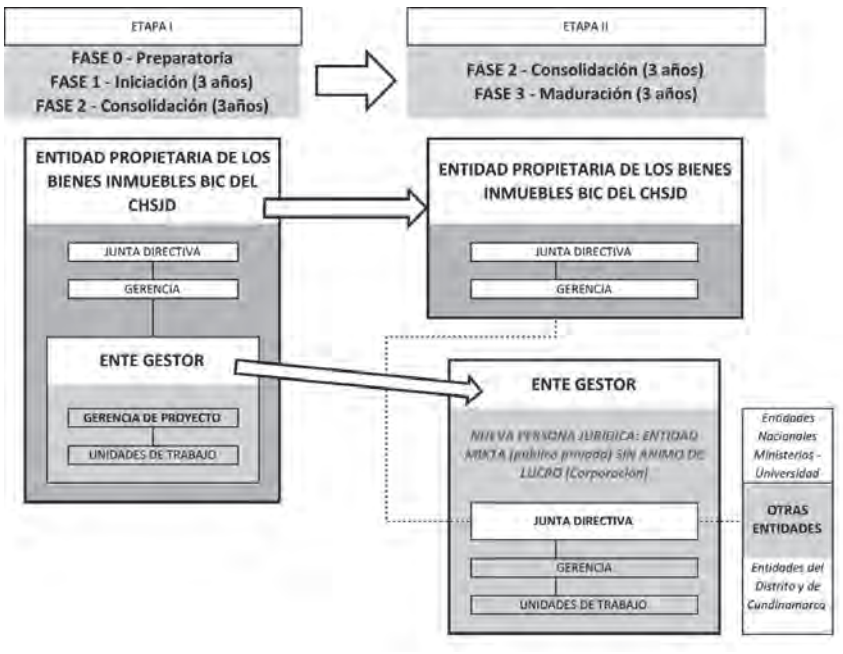
El perfil específico de los servicios de salud a proveer por el hospital, se puede revisar en el Tomo 2 de Propuesta.

4.2.2.1.2 Estructuración del ente gestor del CHSJD

De acuerdo con la alternativa seleccionada, centrada en una institucionalidad otorgada al ENTE GESTOR por la persona jurídica de la entidad propietaria, al menos en las primeras fases del proyecto, se propone el marco de organización básico que habría de tener entonces el ENTE GESTOR para cumplir sus fines. Dado que la entidad propietaria en este caso es de carácter público, el ENTE GESTOR en esta modalidad, se entiende obviamente de la misma naturaleza.

Para los bienes inmuebles del CHSJD, la entidad propietaria correspondería según el diagnóstico jurídico a la Beneficencia del Departamento de Cundinamarca, o en el caso de finiquitarse la venta, correspondería la Empresa de Renovación Urbana ERU del Distrito Capital. De cualquier modo, el modelo que aquí se propone, aplicaría a cualquier entidad pública a la que se le reconozca a propiedad del CHSJD.

En este punto, es conveniente resaltar, que la propuesta institucional para el ENTE GESTOR corresponde a un modelo en dos etapas, pasando desde el perfil de un ENTE bajo el gobierno y tutela de la Entidad Propietaria en el primer tramo de “despegue” y “consolidación” al segundo de “maduración”, en donde se migra hacia una entidad independiente, con gobierno colegiado. Ver figura siguiente.



Gráfica 10. Propuesta de transformación del ente gestor por fases del proyecto – PEMP.

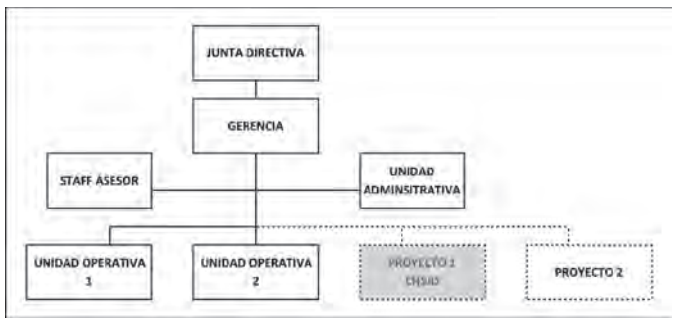
Finalidad del ENTE GESTOR. El ENTE GESTOR es

> La base institucional que posibilitara la implementación efectiva del plan de acción y de inversiones y que integrara a todos los actores involucrados.” […] “su principal función es la de liderar la ejecución del PEMP (Ministerio De Cultura, 2011).

Respecto de la organización del ENTE GESTOR, se toma en cuenta lo indicado en el manual de formulación del PEMP, donde se aclara lo siguiente:

> Es necesario que las entidades encargadas de la toma de decisiones, los inversionistas y usuarios estén vinculados a dicho ente, que debe ser representativo de las fuerzas vivas de la ciudad; también debe ser técnica y financieramente autosuficiente, de tal manera que se pueda garantizar su sostenibilidad, su continuidad y su credibilidad. Este ente podrá ser público o mixto, dependiendo de las características y capacidades locales.

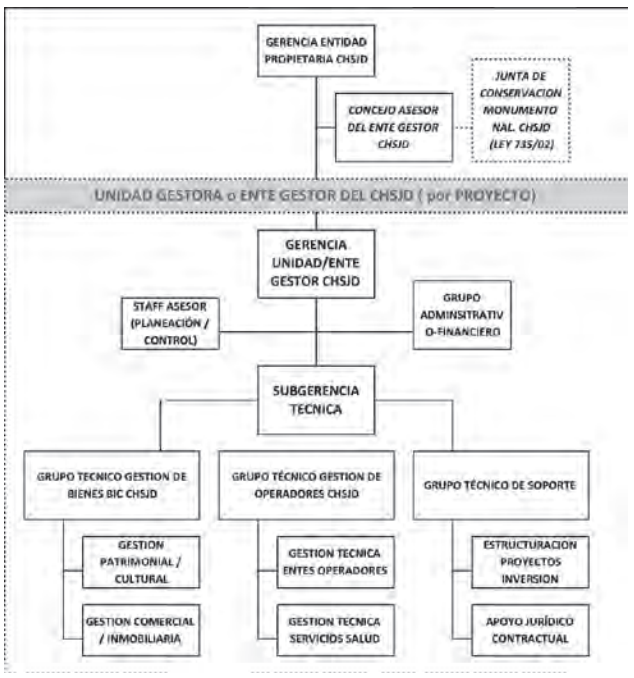
En todo caso, el ENTE GESTOR tendría que ocupar un lugar dentro de la estructura orgánica y funcional de la entidad propietaria, y para lo que se consideran dos opciones. Una, (i) haciendo parte de la estructura orgánica formal de la entidad, caso en el cual, se organizaría dentro de la misma en el marco de una dependencia especifica del nivel técnico-operativo, siguiendo la normativa aplicable para estos efectos en la entidad pública y elevando este modificación a la estructura mediante acto administrativo. Dos, (ii) haciendo parte de un "modelo de gerencia por proyectos", esto es, dándole un carácter menos "orgánico" y más flexible, hasta el momento en el que se considere cumplido o agotado el proyecto, lo que luce muy bien en los casos en que la entidad pública propietaria de los inmuebles tenga como parte de su funcionalidad, precisamente en gerenciar proyectos como parte de su cotidianeidad. Ver figuras siguientes. De cualquier manera, se está proponiendo una estructuración del ENTE GESTOR, que funciona de la misma forma para ambas opciones.



Gráfica 11. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP.



Gráfica 12. Perfil de servicios básicos CHSJD – PEMP.



Gráfica 13. Estructura organizacional propuesta ENTE GESTOR bienes inmuebles del CHSJD – PEMP.

2. Nivel de Staff Asesor y Administrador del ENTE GESTOR

- El objetivo de este nivel, es poder contar con un grupo de procesos y funciones de soporte técnico especializado para la planificación y el control de la ejecución del PEMP, junto el grupo de procesos de soporte administrativo y financiero de la operación del ENTE GESTOR.
- Para la planeación del ENTE GESTOR, el PEMP actúa como la guía de ruta de navegación de largo plazo y desde la cual se deben desarrollar planes operativos anuales y los proyectos específicos para su puesta en marcha.
- Desde la perspectiva del control, este grupo de procesos deben garantizar el cabal cumplimiento con los lineamientos y preceptos definidos en el PEMP y rendir informes periódicos sobre el cumplimiento de objetivos y metas, sobre la base de la implementación de un sistema de monitoreo & evaluación específico del proyecto.
- Desde la perspectiva de la administración de los recursos que debe captar el ENTE GESTOR, y dado que se desarrolla como una gerencia de proyectos especializada, los recursos deben manejarse en cuentas bancarias independientes de las cuentas de la entidad propietaria, y llevar una contabilidad especifica de proyecto.

La propuesta organizacional para estructurar la UNIDAD (ENTE) GESTORA, se desarrolla en tres niveles:

1. Nivel de Gobierno del ENTE GESTOR

- El objetivo de este nivel, es la conducción integral del ENTE GESTOR hacia el cumplimiento de sus fines
- Dado que el ENTE GESTOR, estaría incorporado dentro de la estructura del propietario, el ENTE GESTOR no tendría un cuerpo colegiado de gobierno, que ya tendría la entidad constituida, es decir, que no habría una junta directiva que gobernara el ENTE GESTOR. Hacia futuro, según el planteamiento institucional desarrollado, la nueva entidad que asuma el rol autónomo de ENTE GESTOR, habría de tener un cuerpo de gobierno, propio de una entidad mixta sin ánimo de lucro.
- Para lograr contar con un cuerpo colegiado que convoque la participación de las diversas entidades involucradas con el proyecto y actores interesados en el CHSJD, a favor del mismo, se propone la creación de un "concejo asesor", que estaría constituido por entidades del Gobierno Nacional, Departamental y Distrital, asimilando su perfil de base, a lo definido en la ley 735 de 2012 donde se ordena la creación de la "junta nacional de patrimonio" (integrada por los ministros de Salud, Cultura y Educación Nacional, Alcalde Mayor de Bogotá, D.C. y el gobernador de Cundinamarca o sus delegados), junto con otros invitados adicionales, que deberán ser definidos durante su desarrollo.
- El actor central del gobierno, estaría representado en el Gerente de Proyecto CHSJD que se nombre de manera específica para liderarlo.
- Se debe asignar, mediante acto administrativo del respectivo ente territorial que encabece la propiedad, la representación de participación del gerente de la entidad,

3. Nivel Técnico Operativo del ENTE GESTOR

- La organización y funcionalidad técnica del ENTE GESTOR se configura con base en sus dos competencias principales: (i) como gestor o administrador de los bienes BIC del complejo y (ii) como gestor o administrador de los entes operadores, que participan desarrollando actividades especializadas ligadas a los usos de los bienes inmuebles del CHSJD.
- Dentro de este marco de competencias, se propones dos grupos funcionales de trabajo. El primero que gestiona los bienes inmuebles, debe tener competencias para la gestión del patrimonio cultural y la gestión comercial inmobiliaria y el segundo grupo, que gestionaría la red de operadores, con competencias para la gestión técnicas de los usos prescritos, con énfasis en los usos de salud-hospital universitario (salud-educación-investigación), además de los usos institucionales, de arte y cultura y social comunitarios derivados.
- Se propone un grupo adicional que respalde desde una perspectiva técnica especializada, los procesos de estructuración financiera y jurídica de los otros dos grupos técnico operativos que se acaban de describir.
- Estos tres grupos, están integrados por una subgerencia técnica, que debe velar por el trabajo coordinado entre los grupos técnicos y hacer cumplir las reglas de juego planteadas por el PEMP.
- Se resalta en este punto la función de hacer cumplir reglas de juego básicas, en los agentes operadores de los servicios como hospital universitario: (i) los operadores IPS deben demostrar de que están trabajando en un proceso activo de mejoramiento de la calidad hacia la Acreditación en Salud, demostrar que tiene convenios docente asistenciales activos de pre y posgrado en áreas de la medicina y en otras profesiones de la salud, y que desarrollara la labor docente con las universidades vinculadas a través de estos proyectos dentro de la operación del hospital y demostrar que se tiene un plan activo para lograr su calificación con hospital universitario de acuerdo con las reglas vigentes.

4.2.2.2 Programa Médico Arquitectónico

La presente propuesta de un PMA para el CHSJD se enmarca dentro del Objetivo General del PEMP (Plan Especial de Manejo Y Protección) de formulación de un instrumento que sirva al uso adecuado del CHSJD, a su recuperación progresiva y puesta en funcionamiento como Centro de Prestación de Servicios de Salud bajo su condición de Monumento Nacional y caracterización como Hospital Universitario que integra a las funciones asistenciales en salud, las de educación y formación de recurso humano y las de investigación como actividades misionales.

El Programa Médico Arquitectónico (PMA) Hospitalario para el HSJD, como instrumento técnico, representa y define la relación entre los servicios asistenciales a prestar, la educación y formación de recurso humano y la investigación y los espacios físicos requeridos como escenario

arquitectónico para dicha prestación. El diseño de estos espacios físicos se han ajustado a la normatividad vigente y tiene en cuenta aspectos funcionales, las relaciones externas, relaciones internas, el dimensionamiento de las necesidades y esquemas de atención, el dimensionamiento espacial y de equipamiento, la vulnerabilidad intrínseca, la flexibilidad funcional y obviamente a los usuarios de los servicios y todas sus condiciones y características (Bambarén Alatrista & Alatrista Gutiérrez, 2008).

La propuesta del PMA para el proyecto CHSJD tiene como insumos un portafolio de servicios a incorporar y desarrollar en el futuro Hospital, resultado del análisis de Demanda y Oferta de servicios en Salud y adicionalmente a los servicios en salud de alta complejidad propuestos. Se identificaron necesidades en investigación en salud y en educación y formación de recurso humano especializado requerido para la prestación. El CHSJD por vocación histórica y proyección futura, se constituye y erige como un proyecto de alto impacto a nivel local, regional y nacional en el desarrollo con excelencia de todas las anteriores actividades misionales.

Por otra parte, los volúmenes de atenciones requeridas de acuerdo al análisis Oferta Demanda para la primera fase del portafolio diseñado se describen en la siguiente tabla.

Tabla 5. Cantidad de oferta instalada - requerida 2015

		CANTIDAD DE OFERTA INSTALADA (recursos físicos básicos) REQUERIDA 2015						
UNIDAD FUNCIONAL	RECURSO	BLOQUE CIRUGIA MAYOR (cardio vascular, torax y otros)		CENTRO DE TRAUMA		UNIDAD ADICCIONES		TOTAL
CONSULTA EXTERNA	Consultorios	42		4		1		47
URGENCIAS	Consultorios	7		3		1		11
HOSPITALIZACION	Camas Generales	115	191	57	69	11	11	271
	UCIntermedios	55		8		0		
	UCIntensivos	21		4		0		
QUIROFANOS	Urgencias	3	17	3	3		0	20
	Electiva/Ambit	14		0				

En la tabla quedan explícitos el número de consultorios para la Consulta Externa y urgencias, camas de hospitalización general, UCI y Cuidado Intermedio y quirófanos para atención de urgencias y de cirugía electiva especializada.

Tabla 6. PMA - Resumen de servicios.

RESUMEN DE SERVICIOS				
USO	SERVICIO	CANTIDAD	AMBIENTE	UBICACIÓN
TORRE HOSPITALARIA	URGENCIAS	4	Triages	EDIFICIO CENTRAL
		1	Sala de reanimacion	
		1	Salas de procedimientos menores	
		2	Sala de yesos	
		1	Consultorios de Atencion Inmediata con baño	
		1	Camillas de observacion (hombres y mujeres adultos)	
	IMAGENES	1	2 RX convencional	
		1	2 Rx Fluoroscopia	
		1	2 Mamografos	
		2	4 Ecografos	
		4	2 TACs	
		2	2 Gamacamaras	
		1	Resonancia magnetica	
		1	Resonancia magnetica en edificio independiente	
	HEMODINAMIA	2	Angiografos	
		2	Salas quirurgicas	
	CIRUGIA	1	Quirofanos	
		1	Camas de preparacion cirugia	
		2	Camas de recuperacion cirugia	
	HOSPITALIZACION	10	Habitaciones aislados	
		210	Habitaciones con baño	
		25	25 camas UCI General	
		25	25 camas UCI Coronaria	
		270	TOTAL CAMAS	
COMERCIO Y SERVICIOS	COMERCIO Y SERVICIOS	24	Locales comerciales	CUNDIFARMA
		13	Oficinas	
		2	Plazoletas de comidas	
SALUD MENTAL	CONSULTA EXTERNA	5	Consultorios sin baño	SALUD MENTAL
	HOSPITALIZACION	6	Habitaciones individuales con baño	
		10	Habitaciones acomodacion doble - 20 camas	
TRATAMIENTO DIAGNÓSTICO	NEUMOLOGIA	1	Sala de procedimientos	ENFERMEDADES TROPICALES
		4	Preparacion-recuperacion pacientes camillas	
	GASTROENTEROLOGIA	1	Consultorio Gastroenterologia Adultos con baño	
		2	Sala de procedimientos	
		2	Camillas preparacion pacientes	
		4	Camillas recuperacion pacientes	
	NEFROLOGIA-UNIDAD DE DIALISIS	60	Sillas dialisis	
		1	Consultorios nutricion	
		1	Consulta medica con baño	
		1	Sala entrenamiento	
	CIRUGIA OFTALMOLOGICA AMBULATORIA	3	Quirofanos	
		4	Consultorios de diagnostico (Topografia, Paquimetria etc)	

DOCENCIA Y FORMACIÓN	AULAS DOCENTES	30	Aulas docentes	SAN LUCAS
		30	Aulas docentes	PAULINA PONCE
		60	Total Aulas para docencia	
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA	44	Consultorios sin baño	SAN EDUARDO
		3	Consultorios con baño	
		2	Procedimientos menores, heridas, curaciones (1°piso)	
CULTURAL	MUSEO DE CIENCIAS DE LA SALUD	4	Salas de exposición temmporal	CONVENTO
		5	Salas de exposición permanente	
		1	Salas de exposición principal	
DOCENCIA Y FORMACIÓN	CENTRO DE CONVENCIONES	1	Auditorio principal	SIBERIA
		1	Biblioteca	
		3	Auditorios	
		4	Salas de estudio	
CUPOS PARQUEADEROS REQUERIDOS POR NORMA				481

4.2.2.2.1 Formulación final de Usos del CHSJD, según tipología de usos

Modelo de Tipología de Usos

Tabla 7. CHSJD – Tipología de usos.

TIPO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
I	**SALUD-EDUCACIÓN**	Corresponde al conjunto de servicios de salud de alta complejidad que serán prestados mediante el uso de los bienes inmuebles BIC del CHSJD y que se diseñan en un contexto universitario dentro del cual están ligados a la prestación de servicios de formación de talento humano en salud. Los actores claves aquí son las IPS que operan el Hospital Universitario y el conjunto de programas de formación de pre y postgrado en salud de las Universidades.
II	**EDUCACIÓN-INVESTIGACIÓN**	Se integran en este tipo los servicios de investigación en salud, desarrollados por los Grupos de Investigación reconocidos formalmente en Colciencias vinculados a las ciencias de la salud o a ciencias afines, junto con los servicios de educación y sus programas de formación que están ligados a los grupos de investigación. Los actores claves son las universidades e instituciones con Grupos de Investigación.
III	**CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS**	Los servicios “conexos” a los servicios de salud-educación-investigación corresponden a la producción de bienes y servicios derivados o requeridos a partir de los servicios de asistencia-educación-investigación. Los servicios “complementarios” a los servicios de salud-educación-investigación, corresponden a la producción de bienes y servicios derivados o requeridos a partir de la operación de los dos tipos anteriores de servicios y de los servicios conexos, y que sin tener relación directa con la salud, si son elementos necesarios o derivados de la operación general del conjunto.
IV	**ARTE Y CULTURA**	Dadas las características particulares del conjunto de bienes inmuebles que le otorgan un interés arquitectónico, cultural e histórico único y que hacen parte del CHSJD, se crea esta categoría, permitiendo el uso específico en asuntos de arte, historia, museología y cultura.
V	**INSTITUCIONAL**	Este uso corresponde a una funcionalidad ligada al desarrollo de procesos de gestión, de dirección, gerencial, administrativa, que no requiera instalaciones técnicas sofisticadas que alteren la funcionalidad central. Corresponde también a actividades de atención de público, indicadas como “no masiva”.
VI	**SOCIAL COMUNITARIO**	Para el conjunto de servicios de salud, que particularmente tiene el CHSJD incorporados y que corresponden a labores de acción social explicitas con atención a la comunidad en condiciones sociales de vulnerabilidad, como a atención de adultos mayores y niños, se incluye esta categoría.

Teniendo en cuenta las condiciones cambiantes del mercado de servicios de salud y las contingencias que pudieran derivarse en el marco del Sistema General de Seguridad Social del país, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá solicitó que al lado de la opción de Uso 1 del PMA desarrollado y calculado por la consultoría, y bajo un criterio de flexibilidad, se incluyeran usos alternativos para los edificios del conjunto hospitalario –Ver numeral 4.1.1 En el Área Afectada-.

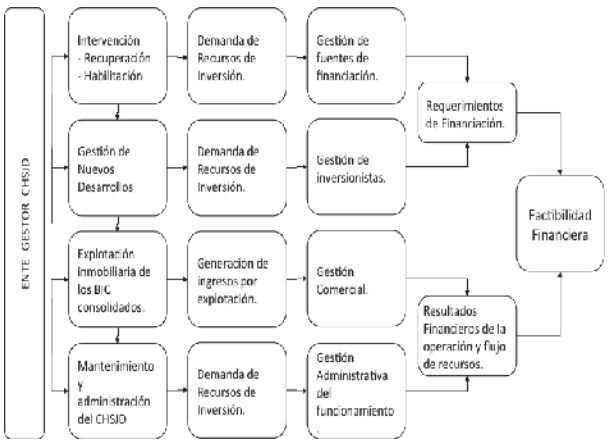
4.3 ASPECTOS FINANCIEROS

Bajo el análisis de los aspectos financieros del PEMP se integran los elementos desarrollados en el componente diagnóstico y las propuestas formuladas como lineamientos orientadores para el cumplimiento de los objetivos del mismo. En ese sentido, el tratamiento de los aspectos financieros previstos por este PEMP para la recuperación del CHSJD está enmarcado y definido por tres tipos de racionalidades: a) la racionalidad jurídica proveniente del ordenamiento legal que ampara este BIC; b) la racionalidad organizativa con la cual se ha escogido y recomendado un modelo de gestión capaz de administrar unos bienes públicos, cumpliendo con los lineamientos establecidos en este PEMP; y c) la racionalidad económica que demanda la obtención de significativos recursos para la recuperación del conjunto hospitalario, que además supone la necesidad de generación de recursos financieros en el corto, mediano y largo plazo que lo hagan sostenible como una pieza insignia de la

Ciudad y la Salud en Colombia, y que entorno a ella se propicie el desarrollo económico y la competitividad de un importante sector del centro de la Capital.

4.3.1 Aspectos financieros de la operación del complejo hospitalario

En la lógica propuesta por el componente institucional del PEMP, en donde se formula el establecimiento de una instancia gestora del CHSJD que es responsable de administrar, mantener y explotar los inmuebles del Complejo, empleando para ello todos los instrumentos aplicables según el ordenamiento jurídico. La orientación del análisis de factibilidad se basa en como a partir de unas intervenciones que tienen por objeto recuperar y habilitar el conjunto de edificaciones, se logran desarrollar una serie de activos productivos, mediante los cuales y a través de su explotación inmobiliaria, el gestor o administrador del CHSJD generará recursos financieros, que se destinarán por una parte a cubrir los costos de funcionamiento de la administración del Complejo y a generar el flujo de recursos necesarios para aportar a la intervención patrimonial integral del CHSJD bajo su administración y operación.



Gráfica 14. Esquema de factibilidad financiera.

4.3.1.1 Estimación de requerimientos de inversión

Se presenta la información consolidada sobre el monto de los recursos de inversión que son necesarios para la implementación del PEMP. Estos recursos se encuentran agrupados según los diferentes aspectos identificados en los componentes diagnóstico y propositivo que se han desarrollado en la formulación del PEMP.

Conjunto Edilicio

A continuación se consolida el monto de los recursos necesarios para la intervención del Conjunto Edilicio en el CHSJD. Según esto, se recogen los costos totales por conceptos de primeros auxilios, estudios técnicos, liberaciones y desmontes y la intervención patrimonial necesaria para recuperar, habilitar y restaurar los inmuebles integrantes del Complejo.

Tabla 8. Consolidado de recursos de inversión para la intervención del Conjunto Edilicio (Cifras en Millones COP$).

	CONJUNTO EDILICIO	Estudios Técnicos Costo Total (Directo + Indirecto)	Primeros Auxilios Costo Total (Directo + Indirecto)	Liberaciones y Desmontes Costo Total (Directo + Indirecto)	Intervención Patrimonial Costo Total (Directo + Indirecto)	TOTAL INTERVENCIONES Costo Total (Directo + Indirecto)
1	Ed. San Roque	446,686,925	5,236,274	13,250,481	5,956,875,949	6,422,049,629
2	Ed. Inmunológico	390,183,425	6,082,389	14,836,064	6,504,203,867	6,915,305,746
3	Ed. San Jorge	435,278,500	5,069,606	7,171,903	7,255,920,989	7,703,440,997
4	Ed. Paulina Ponce de León	744,442,300	6,488,769	51,139,845	9,927,647,719	10,729,718,632
5	Ed. San Lucas	581,610,750	12,763,233	33,997,259	7,756,177,524	8,384,548,766
6	Ed. San Eduardo	645,290,125	144,516,390	53,353,315	8,605,385,585	9,448,545,415
7	Ed. Siberia	692,807,275	445,137,478	1,022,599	11,548,824,139	12,687,791,491
8	Ed. Santiago Samper	473,983,050	174,948,541	5,741,267	7,901,110,578	8,555,783,436
9	Ed. Mantenimiento	593,300,650	138,363,940	14,340,073	7,912,070,344	8,658,075,007
10	Ed. Convento	478,048,800	28,642,366	11,210,901	7,968,885,028	8,486,787,095
10 - A	Capilla	292,462,950	0	828,786	5,687,782,420	5,981,074,156
11	Ed. Enfermedades Tropicales	690,725,750	9,428,834	29,183,847	11,514,125,938	12,243,464,369
12	Ancianato	2,690,021,825	6,260,468	0	29,894,402,197	32,590,684,491
13	Cancerológico	0	0	0	0	0
14	Instituto Materno Infantil	377,686,952	0	0	32,649,943,951	33,027,630,903
15	Ed. Central	9,178,910,175	364,630,805	91,406,575	153,008,813,881	162,643,761,437
16	Ed. Cundifarma	919,530,175	45,838,987	22,564,343	13,284,444,764	14,272,378,270
17	Resonancia Magnética	116,495,900	1,166,364	0	1,941,940,725	2,059,602,989
18	Ed. Salud Mental	702,127,920	104,503,594	0	11,704,195,616	12,510,827,131
19	Rehabilitación Psiquiátrico	0	0	184,015,596	0	184,015,596
20	Dermatológico Federico Lleras	0	0	0	0	0
21	Centro de Salud	0	0	247,614,161	0	247,614,161
22	Torre Docente	0	0	269,923,170	0	269,923,170
23	Portería Principal	0	0	5,099,496	0	5,099,496
24	Jardín Infantil	335,834,425	3,419,383	39,966,876	3,732,151,643	4,111,372,326
25	Puentes	0	0	12,864,973	0	12,864,973
26	Edificaciones Menores	0	0	71,007,595	0	71,007,595
	COSTO TOTAL INTERVENCIÓN	**20,785,427,872**	**1,502,497,422**	**1,180,539,123**	**344,754,902,858**	**368,223,367,275**

Fuentes: Generador de precios de la construcción. Colombia. CYPE Ingenieros, S.A./Análisis de presupuestos de proyectos de intervención en patrimonio años 2012 y 2013./Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de conservación del patrimonio./Análisis de precios según profesionales expertos en proyectos de arquitectura hospitalaria./Abecol Demoliciones y Construcciones S.A.S

Espacio público

En este ítem se contemplan las obras que tienden a la recuperación y regularización de las áreas existentes y el diseño de nuevos componentes que integran el espacio público del conjunto hospitalario (entre ellas: senderos peatonales, corredores vehiculares, plazoletas y zonas duras, áreas empradizadas, arborizadas y ajardinadas, mobiliario urbano; entre otros).

Tabla 9 Costos de intervención de espacio público.

	M2	Vr x M2	VALOR
COSTOS DIRECTOS	108,000	$ 400,000.00	$ 43,200,000,000
COSTOS INDIRECTOS	ADMINISTRACIÓN	25%	$ 10,800,000,000
	IMPREVISTOS	12%	$ 5,184,000,000
	UTILIDADES	8%	$ 3,456,000,000
	IVA SOBRE UTILIDAD	16%	$ 552,960,000
COSTOS DIRECTOS+INDIRECTOS			$ 63,192,960,000
INTERVENTORIA		10%	$ 6,319,296,000
TOTAL COSTOS			**$69,512,256,000**

Nuevos desarrollos: edificaciones y parqueaderos

Para las nuevas edificaciones, que ocuparían alrededor de 20.300 M2 se determinaron unos costos directos aproximados de $2.800.000 por M2. La ubicación y volúmenes de estos nuevos desarrollos fueron propuestos en el componente de diagnóstico del presente PEMP.

Tabla 10. Costo nuevos desarrollos.

COSTOS DIRECTOS	Área M2	Vr x M2	Valor Total
Subsector A	3,900.0	2,800,000	10,920,000,000
Subsector B	5,200.0	2,800,000	14,560,000,000
Subsector C	11,200.0	2,800,000	31,360,000,000
TOTAL COSTOS DIRECTOS			**56,840,000,000**
COSTOS INDIRECTOS	ADMINISTRACIÓN	25%	$ 14,210,000,000
	IMPREVISTOS	12%	$ 6,820,800,000
	UTILIDADES	8%	$ 4,547,200,000
	IVA SOBRE UTILIDAD	16%	$ 727,552,000
TORAL COSTOS INDIRECTOS			**26,305,552,000**
INTERVENTORIA		10%	8,314,555,200
TOTAL NUEVOS DESARROLLOS			**91,460,107,200**

La estimación de los parqueaderos a desarrollar en el CHSJD, obedece en parte al cumplimiento de la normatividad exigible en cuanto al número de parqueaderos, y por otra parte, se consideró como un instrumento de atracción de inversión privada al proyecto. Según lo anterior, fueron considerados un total de 1,385 plazas de estacionamiento, número que supera por tres veces el requerimiento mínimo de norma, y que se espera se constituyan en fuente de ingresos para el CHSJD.

Tabla 11. Costos desarrollo de parqueaderos permanentes subterráneos.

CONCEPTO		VALOR
TOTAL M2 X ESTACIONAMIENTO		18
NUMERO DE ESTACIONAMIENTOS		1,385
COSTOS DIRECTOS DE CONSTRUCCION X M2		1,200,000
COSTOS DIRECTOS X ESTCIONAMIENTO		21,600,000
TOTAL COSTOS DIRECTOS		**29,916,000,000**
ADMINISTRACION	25%	7,479,000,000
INTERVENTORIA	10%	4,376,112,480
IMPREVISTOS	12%	3,589,920,000
UTILIDAD	8%	2,393,280,000
IVA SOBRE UTILIDAD	16%	382,924,800
COSTOS INDIRECTOS		**18,221,237,280**
TOTAL COSTOS		**48,137,237,280**

Saneamiento y mejoramiento ambiental del predio

Las acciones ambientales determinadas en el presente PEMP se encuentran encaminadas al mejoramiento ambiental interior de los edificios mediante la reducción de riesgos y mayor eficiencia ecológica en su funcionamiento; y al mejoramiento ambiental en el exterior, con miras a reducir los impactos sobre el conjunto.

Los costos fueron determinados por el equipo del Componente Ambiental de esta consultoría, conformado por profesionales con amplia experiencia en este campo. Como en los ítems descritos anteriormente, estos valores son aproximados y están sujetos al proyecto de intervención de cada edificación.

Consolidado de Inversiones requeridas para el PEMP

Las intervenciones y actividades formuladas en el marco del PEMP demandan en total recursos por el orden de los $693 mil millones, incluyéndose las intervenciones necesarias para rehabilitar, restaurar y conservar el conjunto de Edificios, las intervenciones en saneamiento y mejoramiento ambiental del predio, el mejoramiento del espacio de uso público y los nuevos desarrollos que consolidarán la propuesta arquitectónica y urbana del Complejo. Según lo anterior, en la Tabla 12 se presentan los requerimientos totales de inversión necesarios para la implementación del Plan Especial de Manejo y Protección.

Tabla 12. Requerimientos de inversión PEMP (Cifras en Millones COP$ Constantes 2015).

COMPONENTE EDILICIO	VALOR
Estudios Técnicos	20,785
Primeros Auxilios	1,502
Liberaciones y Desmontes	1,181
Intervención Patrimonial	344,755
SUBTOTAL COMPONENTE	**368,223**
COMPONENTE URBANO	
Intervención Espacio Publico	69,512
SUBTOTAL COMPONENTE	**69,512**
COMPONENTE AMBIENTAL	
Saneamiento y Mejoramiento Ambiental	152,255
SUBTOTAL COMPONENTE	**152,255**
NUEVOS DESARROLLOS	
Nuevos Desarrollos	91,460
Estacionamientos	48,137
SUBTOTAL NUEVOS DESARROLLOS	**139,597**
TOTAL INVERSIONES REQUERIDAS	**729,588**

4.3.1.2 Cronograma de inversiones

La ubicación en la línea de tiempo de cada una de las actividades, ha sido formulada en los componentes anteriores de este PEMP, a continuación se consolida la información sobre las fases en las que se ubica cada intervención y su respectiva asignación de requerimiento de recursos financieros.

Tabla 13. Cronograma de inversiones (Cifras en COP$ Constantes 2015).

	FASE 0	FASE 1	FASE 2	TOTAL INVERSIÓN	% INVERSIÓN
COMPONENTE EDILICIO					
Estudios Técnicos	14,498	6,287	0	20,785	3.0%
Primeros Auxilios	1,502	0	0	1,502	0.2%
Intervención Patrimonial	78,669	241,870	25,396	345,935	48.4%
SUBTOTAL COMPONENTE	**94,670**	**248,158**	**25,396**	**368,223**	**51.6%**
COMPONENTE ESPACIO PUBLICO					
Intervención Espacio Publico	0	69,512	0	69,512	6.2%
SUBTOTAL COMPONENTE	**0**	**69,512**	**0**	**69,512**	**6.2%**
COMPONENTE AMBIENTAL					
Saneamiento y Mejoramiento Ambiental	3,630	3,291	145,334	152,255	21.9%
SUBTOTAL COMPONENTE	**3,630**	**3,291**	**145,334**	**152,255**	**21.9%**
NUEVOS DESARROLLOS					
Nuevos Desarrollos	0	0	91,460	91,460	13.3%
Estacionamientos	0	48,137	0	48,137	6.9%
SUBTOTAL NUEVOS DESARROLLOS	**0**	**48,137**	**91,460**	**139,597**	**20.2%**
TOTAL INVERSIONES REQUERIDAS	**98,300**	**369,098**	**262,190**	**729,588**	**100.0%**

4.3.1.3 SIMULACION Y PROYECCION DE LA OPERACIÓN DEL CHSJD

Como ya se ha mencionado, el modelo de gestión propuesto para los bienes integrantes del CHSJD, corresponde a una operación inmobiliaria especial, en donde el administrador o gestor del Complejo obtiene sus ingresos derivados del arrendamiento o contraprestación recibida por el uso de los inmuebles. Es ese sentido, para estimar los ingresos provenientes de estas operaciones se hace necesario identificar el precio del canon de arrendamiento, las cantidades de metros cuadrados útiles disponibles en cada periodo de tiempo. Así mismo, la administración del Complejo, demandará de parte del gestor incurrir en gastos asociados al funcionamiento, y sobre todo asociados al mantenimiento recurrente que debe realizarse a los inmuebles con miras a mantenerlos conservados de forma posterior a su intervención inicial.

4.3.1.3.1 Tarifas de los servicios inmobiliarios

La fijación del precio del canon de arrendamiento por metro cuadrado obedece estrictamente a una lógica de mercado, según ello, tal como se referenció en el componente diagnóstico del PEMP, la Empresa de Renovación Urbana ERU en su documento de metodología para fijar el canon de arrendamiento del CHSJD, identificó los precios de mercado por metro cuadrado para el arrendamiento mensual de inmuebles similares, los cuales oscilaron entre $18.000 y $31.000. Así mismo, la ERU determinó el grado de funcionalidad de los inmuebles y a partir de dicha valoración afectó el valor del canon para cada uno de los inmuebles. Los resultados y método empleado por la ERU fueron reseñados en el componente diagnóstico del PEMP en el segmento de precios de referencia.

Dado que en el citado documento se incorporó una valoración del grado de funcionalidad de los inmuebles, y se afectó el valor del canon según las condiciones actuales de cada edificio, y considerando que para el presente PEMP, se realizarán las intervenciones necesarias para recuperar y habilitar plenamente estas funcionalidades, los precios de referencia a emplear en las proyecciones financieras de ingresos, corresponden a los precios máximos de mercado observados en el análisis realizado por la ERU, es decir, un precio por metro cuadrado de $31.000 mensuales.

Este valor se aplicará a cada inmueble una vez se concluyan las intervenciones necesarias para su rehabilitación y su funcionalidad sea plena.

Adicionalmente a los ingresos por arrendamientos, se estiman ingresos derivados de la administración del Complejo, para ello se estableció como tarifa de administración el 5% del canon de arrendamiento. Este valor aplica tanto para los edificios actuales, como para los nuevos desarrollos (incluyendo parqueaderos), caso en el cual se estimará el valor del arrendamiento hipotético y sobre este se calculará el valor de la administración.

Proyección de ingresos

Según los precios de arrendamiento por M2 establecidos de $31.000 y la disponibilidad de los inmuebles según la programación de las fases de intervención, se estiman los ingresos por venta de servicios inmobiliarios para el Complejo. Las fases establecidas para el desarrollo de las actividades del PEMP, se establecieron como Fase 0 que corresponde al primer año, Fase 1 correspondiente a los años 2 a 4, Fase 2 en la que se ubican los años 5 a 7, la Fase 3 correspondiente a los años 8 a 10 y la Fase 4 en la que se agrupan los años 11 a 20. La siguiente tabla muestra los ingresos consolidados por fases.

Tabla 14. Ventas por servicios inmobiliarios (Cifras en millones COP$ Constantes 2015).

	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4
SUBTOTAL VENTAS POR SERVICIOS INMOBILIARIOS BIC	4,469	35,332	69,204	69,634	232,112
SUBTOTAL VENTAS POR SERVICIOS INMOBILIARIOS NUEVOS DESARROLLOS	0	464	1,841	2,524	8,413
TOTAL FACTURACION ARRENDAMIENTOS	**4,469**	**35,795**	**71,046**	**72,157**	**240,525**
IVA GENERADO POR ARRENDAMIENTOS	715	5,727	11,367	11,545	38,484
TOTAL VENTAS POR SERVICIOS INMOBILIARIOS	**5,184**	**41,523**	**82,413**	**83,703**	**279,009**

Vale la pena anotar algunas situaciones particulares en la proyección de ingresos por la operación del CHSJD, en primer lugar, los Edificios donde actualmente operan el Ancianato y el Jardín Infantil se excluyeron de la proyecciones de ventas, en cambio de ello, las entidades que los ocupan deberán asumir los costos de la intervención patrimonial y el mantenimiento recurrente para la conservación de estos BIC. Por otra parte, se asumieron ingresos para el Edificio Rehabilitación Psiquiátrica, el cual pese a su demolición futura, podrá generar ingresos hasta el año 5 de operación.

4.3.1.3.2 Proyección de costos y gastos de funcionamiento

Para la estimación de los costos y gastos de funcionamiento de la operación del CHSJD, se parte del diseño formulado en el componente institucional, en el cual se da origen a un organismo gestor que tiene por mandato la administración y operación del conjunto de bienes de interés cultural y la función de garantizar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en este PEMP, así como la ejecución de la gestión necesaria para mantener el pleno uso de las edificaciones tan pronto como cada una de ellas se encuentre habilitada para su operación.

Para el cumplimiento de sus objetivos, el organismo gestor cuenta con una estructura organizacional y funciones establecidas, y para su cumplimiento incurre en gastos de funcionamiento y operacionales. El principal concepto de gasto en el que incurre el organismo gestor obedece a los relacionados con el mantenimiento periódico o recurrente de los edificios con fines de la conservación, bajo este concepto se concentra el 49.8% del gasto total. Por su parte el gasto relacionado con el mantenimiento de las áreas comunes del complejo representa el 18.5% del gasto total y el gasto de vigilancia que representa el 15.6%.

Tabla 15. Gastos de funcionamiento y operación del CHSJD (Cifras en COP$ Constantes 2015).

RESUMEN POR FASES	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	% Particip.
RECURSOS HUMANOS	230,400,000	2,073,600,000	2,073,600,000	2,073,600,000	6,912,000,000	12.4%
MANTENIMIENTO EDIFICIOS	0	3,245,084,000	9,330,630,000	9,498,991,500	31,663,305,000	49.8%
MANTENIMIENTO AREAS VERDES Y ALAMEDAS	1,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	3,000,000,000	10,000,000,000	18.5%
VIGILANCIA	840,000,000	2,520,000,000	2,520,000,000	2,520,000,000	8,400,000,000	15.6%
OTROS GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	69,120,000	622,080,000	622,080,000	622,080,000	2,073,600,000	3.7%
TOTAL GASTOS DE OPERACIÓN	**2,139,520,000**	**11,460,764,000**	**17,546,310,000**	**17,714,671,500**	**59,048,905,000**	

4.3.1.3.3 Proyección de resultados financieros

A partir de la simulación de ingresos, costos y gastos que se obtendrán de la operación del CHSJD, se identifican los resultados financieros que el organismo gestor producirá en los diferentes periodos de proyección en un horizonte de 20 años, divididos en las fases ya mencionadas.

Tabla 16. Estado de Resultados proyectado (Cifras en Millones COP$ constantes de 2015).

	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	TOTAL
VENTAS	4,469.3	35,795.4	71,045.6	72,157.5	240,524.9	423,992.7
menos						
COSTOS	1,840.0	8,765.1	14,850.6	15,019.0	50,063.3	90,538.0
igual						
RESULTADO BRUTO	**2,629.3**	**27,030.4**	**56,194.9**	**57,138.5**	**190,461.6**	**333,454.7**
menos						
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	299.5	2,695.7	2,695.7	2,695.7	8,985.6	17,372.2
igual						

RESULTADO OPERACIONAL	**2,329.8**	**24,334.7**	**53,499.3**	**54,442.8**	**181,476.0**	**316,082.6**

Los resultados financieros arrojados por la operación del CHSJD corresponden a la ejecución de ingresos, costos y gastos operacionales, en este escenario no se consideran las inversiones requeridas, ni costos financieros, pues corresponde al escenario básico operacional que demuestra la sostenibilidad del modelo de gestión.

4.3.1.3.4 Proyección de flujo de caja

Dadas las características de la operación modelada para el Complejo Hospitalario, en donde el flujo de recursos obedece a una lógica similar a los pagos de contado, que el organismo gestor es de carácter público y se acoge al régimen tributario aplicable a este tipo de entidades, y que no se incorpora en esta proyección el costo de los activos con su respectiva depreciación, el flujo de caja puede asimilarse al resultado operacional.

Según lo anterior, en el escenario básico de proyección financiera la operación del CHSJD durante los 20 años de simulación generará recursos por el orden de $316,082 millones. Recursos que estarán disponibles en cada vigencia y cuyo destino podría destinarse a cubrir parte de las inversiones necesarias para la intervención patrimonial del Complejo, o para adquirir una obligación financiera que provea de los recursos en los montos y fases establecidas.

4.3.1.3.5 Estimación de Costo de Capital

Se establece como tasa de costo de capital la tasa social de descuento, dado el carácter del bien en el marco de un proyecto de interés público. La tasa social de descuento es considerada el costo de oportunidad del estado, y su uso es recuente en la evaluación de proyectos públicos. Según la información publicada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), la tasa social de descuento en Colombia es del 12%.

4.3.1.3.6 Evaluación financiera

Tal como se pudo observar en los numerales anteriores la operación inmobiliaria a desarrollar por el ENTE GESTOR es financieramente viable, pues a partir de la explotación inmobiliaria de los Edificios del Conjunto se encuentra en la capacidad de cubrir sus costos y gastos de funcionamiento, además de generar excedentes financieros cuya sumatoria a lo largo de los 20 años de proyección asciende a los $316,082 millones.
Para expresar estos recursos en términos de su valor actual, se descuentan estos flujos financieros a la tasa equivalente al costo de oportunidad del inversionista, para este caso, al tratarse de un proyecto de origen público, la tasa social de descuento resulta un supuesto valido. Bajo estas condiciones la generación de flujos de caja proyectados a veinte años y descontados con la tasa social de descuento del 12%, arroja un valor presente de los flujos de $282,216 millones. Los cuales representan un 38.68% de los requerimientos de inversión totales del PEMP.

Bajo el supuesto de comprometer el 60% de los flujos de recursos financieros generados por la operación del CHSJD, al pago de los recursos de crédito requeridos para financiar parte de las inversiones requeridas durante las primeras fases del PEMP. Se tendrá capacidad de contratar obligaciones financieras por un monto de $191,522 millones, cuyas condiciones comerciales, se presentarán en detalle más adelante. Para este escenario en el que el organismo gestor asuma una obligación financiera por el monto ya indicado y en las condiciones comerciales establecidas, el flujo de recursos financieros descontado después de cubrir los costos financieros asciende durante los 20 años de proyección a los $66,957 millones a valor presente. Con lo que se valida la viabilidad financiera de la operación del CHSJD.

Tabla 17. Flujo de evaluación financiera (Cifras en Millones COP$ constantes de 2015).

	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	TOTAL
VENTAS	4,469.3	35,795.4	71,045.6	72,157.5	240,524.9	423,992.7
COSTOS Y GASTOS	2,139.5	11,460.8	17,546.3	17,714.7	59,048.9	107,910.2
RESULTADO OPERACIONAL	**2,329.8**	**24,334.7**	**53,499.3**	**54,442.8**	**181,476.0**	**316,082.6**
COSTO DE LA DEUDA	4,130.6	23,658.0	44,732.2	42,545.3	126,024.2	241,090.3
FLUJO FINANCIERO	-1,800.9	676.7	8,767.1	11,897.5	55,451.8	74,992.2
FLUJOS A VALOR PRESENTE	**-1,607.9**	**604.2**	**7,827.8**	**10,622.7**	**49,510.6**	**66,957.4**

4.3.1.4 FUENTES DE FINANCIACION DEL PEMP

Tal como se mencionó en el numeral Estimación de requerimientos de inversión se identificaron requerimientos totales de inversión por valor de $729,588 millones para llevar a cabo la intervención patrimonial integral del Complejo Hospitalario San Juan de Dios. La identificación de fuentes reales que concurran con recursos de financiación tiene sustento normativo en la Ley 735 de 2002 y la Ley 388 de 1997, las cuales se abordarán más adelante. Por otra parte, el marco de la propuesta institucional y el modelo de operación formulado, permite la identificación de las fuentes de financiación que se detallan en los siguientes numerales

4.3.1.4.1 Generación propia de recursos del organismo gestor

Como se mencionó antes, la operación inmobiliaria desarrollada por el organismo gestor diseñado, permite además de la cobertura de los costos de mantenimiento del Complejo y el pago de los gastos de funcionamiento, la generación de excedentes financieros para la contribución al pago de las inversiones necesarias para la intervención patrimonial.

Según lo anterior, el organismo gestor obtiene como resultado de su operación corriente a lo largo de los 20 años de proyección, un excedente de recursos del orden de los $316,082 millones, dado que ese monto se obtiene a partir de la operación de cada año, y que las inversiones necesarias han sido identificadas como necesarias durante los primeros seis años de operación del complejo, se hace necesario que el organismo gestor acuda a recursos de crédito que suministren los fondos necesarios para la financiación de parte de estas inversiones.

De acuerdo con lo anterior, el organismo gestor estaría en capacidad de aportar recursos para la cobertura de las inversiones necesarias por valor de $191,522 millones, los que representan un 26.3%.

Cabe anotar que existen líneas de crédito establecidas por FINDITER específicamente para la inversión de proyectos de interés cultural. Sin embargo, dada la magnitud y relevancia del proyecto definido para el CHSJD, se debe explorar la opción de que la entidad Financiera de Desarrollo Territorial implemente una línea de recursos especial. Con ello se busca el otorgamiento de condiciones crediticias más favorables que aporten a la factibilidad financiera del proyecto.

4.3.1.4.2 Gestión de recursos para nuevos desarrollos

El desarrollo de nuevas piezas al interior del complejo, es además de una necesidad para la consolidación de la propuesta arquitectónica del Complejo Hospitalario, una fuente de recursos de inversión si se considera que estos nuevos desarrollos pueden ser financiados por entidades diferentes a los agentes públicos tradicionalmente visibilizados en la conservación del CHSJD. En ese sentido, recursos de inversión de diferentes fuentes pueden hacerse presentes en la financiación de estos nuevos desarrollos, los cuales representan para el PEMP una necesidad de recursos de $139,597 millones.

El desarrollo de los parqueaderos necesarios para el Complejo, además de permitir el cumplimiento normativo, representa una oportunidad interesante de atracción de inversión privada al proyecto. Con un total de 1,385 plazas de estacionamiento propuestas, en un sector estratégico de la Ciudad en donde el déficit de parqueaderos se encuentra documentado en diferentes estudios, la opción propuesta consiste en desarrollar una Asociación Publico Privada, en la que el agente privado construya y opere dichos parqueaderos bajo un modelo tradicional de APP. Con esto se podrían movilizar los recursos necesarios para esta intervención, los cuales ascienden a los $48,137 millones.

4.3.1.4.1 Generación propia de recursos del organismo gestor

De la misma manera, los nuevos desarrollos como las edificaciones formuladas en la propuesta pueden financiarse bajo la misma lógica de Asociación Publico Privada, en donde un privado construye y opera dicha infraestructura con el fin de prestar un servicio público (p.e. Colegio Distrital). En ese mismo sentido, uno de los nuevos desarrollos podría ser llevado a cabo por la E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, empresa que desde hace varios años viene adelantando gestiones para construir una torre docente y de consultorios, enfrentándose a la problemática del terreno disponible para llevarlo a cabo.

En ese orden de ideas, los recursos para los nuevos desarrollos que ascienden a los $91,460 millones cuentan con fuentes de financiación que se materializarán como fruto de la gestión de atracción de inversiones al Complejo.

4.3.1.4.3 Inmuebles actualmente destinados a la asistencia social

Las inversiones necesarias para la intervención del Jardín Infantil y el Ancianato ascienden a los $36,702 millones. Estos inmuebles son utilizados actualmente por la Secretaría de Integración Social del Distrito y la Beneficencia de Cundinamarca respectivamente, sin que se conozca algún monto de contraprestación o remuneración establecida por su uso. La propuesta formulada desde el PEMP, busca de la sostenibilidad financiera del proyecto, sin afectar de forma negativa a la población del área de influencia y mucho menos a entidades o programas de asistencia social. De acuerdo con esto, se requiere que las entidades usuarias de estos inmuebles asuman por lo menos los costos asociados al mantenimiento de las edificaciones posterior a la intervención inicial, el cual equivale para ambos edificios un valor anual de $195 millones.

Con la propuesta anterior se busca aliviar el gasto anual de operación del complejo, y liberar por esta vía, recursos que se destinarán a financiar la intervención patrimonial inicial. Por otra parte, el beneficio para estas entidades, se deriva de la revitalización del Complejo Hospitalario y las dinámicas económicas y sociales que se espera se consoliden como resultado de la intervención propuesta. Sin embargo, debe gestionarse la concurrencia a la financiación de la intervención patrimonial de las entidades usuarias de los inmuebles.

4.3.1.4.4 Recursos de la vigencia actual asignados al CHSJD

Corresponden a los recursos que bajo la figura actual, mediante la cual La Empresa de Renovación Urbana (ERU) administra el CHSJD, ha destinado a intervenir con fines de rehabilitación diferentes aspectos de la infraestructura del Complejo y que se alinean con las intervenciones propuestas en

el PEMP. Según el reporte aportado por la ERU, se identificaron inversiones del orden de los $10,256 millones aprobadas y en ejecución para la vigencia 2015 que corresponden a aspectos considerados por el PEMP.

Por otra parte, se cuenta con la aprobación del proyecto de intervención para el IMI, en donde se han aprobado recursos por $33,027 incluyendo estudios e intervención para la rehabilitación de este inmueble.

4.3.1.4.5 Aportes del nivel Nacional al CHSJD

A manera de resumen sobre la identificación de las fuentes de financiación caracterizadas anteriormente, la Tabla 18 muestra los montos de inversión requerida, así como los montos identificados en las diferentes fuentes. Bajo el modelo de gestión propuesto y las fuentes de financiación identificadas se logra el flujo de fondos para la cobertura del 51.3% de los recursos totales que requiere el PEMP.

Tabla 18. Identificación de requerimientos y fuentes de financiación (Cifras en Millones COP$ Constantes 2015).

Requerimiento de recursos de inversión PEMP	**729,588.0**	
Aportes de recursos generados por la operación del CHSJD	191,522.5	26.3%
Gestión de recursos para nuevos desarrollos	139,597.3	19.1%
Recursos de la vigencia actual asignados al CHSJD	42,906.7	5.9%
Total fuentes de financiación identificadas	**374,026.6**	**51.3%**
Requerimiento de recursos final	**355,561.3**	**48.7%**

El Artículo 2 de la Ley 735 de 2002 establece que "*El Gobierno Nacional por intermedio del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Educación Nacional, acometerá las obras de remodelación, restauración y conservación del monumento nacional hospital San Juan de Dios y del Instituto Materno Infantil*." Por lo que se hace necesaria la concurrencia de estas Entidades en la financiación de las obras establecidas en el PEMP.

Según lo anterior, debe realizarse la gestión conducente a logar la vinculación de las entidades del nivel Nacional con el aporte de los recursos restantes que ascienden a los $355,561.3 millones y que equivales al 48.7% de la inversión total requerida por el PEMP.

4.3.1.4.6 Otras fuentes de financiación

Dado que el marco jurídico bajo el cual se formula la operación del CHSJD, permite la apropiación de recursos de diferentes fuentes nacionales y extranjeras, es factible que estos recursos sean incorporados a título de donación. Por ello, la obtención de recursos de financiación para la implementación del PEMP, debe considerar adelantar gestiones ante organismos de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones vinculadas con la cultura y patrimonio.

Otras fuentes de financiación identificadas en la formulación del PEMP, corresponden a la venta de terrenos que hacen parte del Complejo a otras entidades públicas. Por ejemplo el caso del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, entidad que desde hace varios años ha manifestado su interés de legalizar mediante compra la condición que ostenta sobre el terreno que ocupa, además de requerir espacios de expansión para el desarrollo de sus proyectos de docencia y servicios ambulatorios. Las operaciones de venta de terreno que pudieran presentarse en el proceso de consolidación del CHSJD, deben observar y acatar los lineamientos establecidos por la Ley 1185 de 2008, en donde se establecen los parámetros para la enajenación de bienes declarados de interés cultural.

4.3.1.4.7 Determinantes técnicas, financieras y presupuestales

La implementación del PEMP se sustenta en el establecimiento y asignación de responsabilidades en los diferentes niveles de la administración pública, para este caso es necesario que las entidades vinculadas por efectos de la Ley 735 de 2002, y aquellas con competencias para aplicar los contenidos de la Ley 388 de 1997 y el Decreto 763 de 2009, implementen las acciones necesarias para el logro de los objetivos del presente Plan.

En este sentido, es importante que las entidades obligadas a concurrir con recursos financieros para la implementación del PEMP, incluyan dentro de sus presupuestos las partidas necesarias para el cumplimiento de responsabilidades que les corresponden frente al PEMP. Con relación a la Ley 735 de 2002, el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Cultura y el Ministerio Educación, y en el marco de la Junta de Conservación del monumento nacional, de la cual hacen parte también el Ministerio de Salud, La Gobernación de Cundinamarca y el Departamento Administrativo de Planeación Distrital, se establezcan las participaciones económicas de cada entidad frente al PEMP y se definan los aspectos técnicos inherentes a la implementación del mismo.

4.3.1.4.8 Instrumentos de gestión, financiación e incentivos

Los instrumentos definidos por el Decreto 763 de 2009 para estimular la conservación y mantenimiento de los BIC, así como la formulación de los PEMP, hacen referencia a la posibilidad de deducir de la base del impuesto de renta los costos incurridos en su ejecución (Elaboración del PEMP y mantenimiento) aunque tengan relación directa con la obtención de la renta. Para el caso del presente PEMP, en donde la entidad gestora, es de carácter público y no es responsable del pago del impuesto de renta, dichos incentivos no tendrían aplicación.

4.3.2 Análisis económico del PEMP

4.3.2.1.1 Efectos Económicos

La formulación e implementación del PEMP para el CHSJD representa la oportunidad de reincorporar al sistema económico y social una importante pieza urbana, que por su historia, relevancia y características, se ha constituido como ícono de las ciencias de la salud en Colombia. Por ello, los efectos económicos de la rehabilitación del CHSJD son multidimensionales y tendrán impacto en aspectos directamente relacionados con la calidad de vida de la población, el desarrollo económico y la institucionalidad, entre otros.

En primer lugar, la rehabilitación del CHSJD tendrá un impacto directo sobre los niveles de acceso a los servicios de salud de alta complejidad en el Distrito, con la ampliación de la oferta de servicios de salud prevista en la ejecución de los proyectos formulados en el marco del PEMP, se espera poner a disposición de la población del Distrito y la región, y especialmente a aquella más vulnerable, una importante capacidad instalada que con atributos de máxima especialización, contribuye al cierre de la brecha existente entre la oferta y demanda de este tipo de servicios.

El concepto de Complejo Hospitalario, encierra en sí mismo la existencia de relaciones funcionales entre los diferentes elementos integrantes del mismo. En esa medida, la formulación realizada en el PEMP y la identificación de usos específicos que hacen parte directa o indirecta de las cadenas productivas de prestación de servicios de salud, educación e investigación, deben producir encadenamientos e integración de diferentes eslabones de la cadena de valor. En esta medida, se espera que los agentes económicos que se instalen en el CHSJD gocen de condiciones favorables para integrar vertical y horizontalmente sus procesos productivos, por ello no sería extraño que en fases posteriores se presenten procesos de clusterización en diferentes segmentos de la cadena de valor.
En la medida en que en la infraestructura del Complejo se instalen diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter especializado en sus respectivos campos de acción, y que al interior de ellas se esté formando el recurso humano especializado, se presentará un caso claro de encadenamiento, cuyos efectos positivos en la productividad y competitividad están ampliamente demostrados en la literatura.

Así mismo, en el sentido de la formación del personal, se prevén impactos positivos que se traducirán en desarrollo económico y de calidad de vida de la población. La formulación del PEMP propone la habilitación de importante infraestructura al servicio de la docencia y la formación de recursos humanos a nivel de universitario en especialización, pregrado y técnico, vinculando estas actividades académicas con sitios de práctica y laboratorios de investigación, como un ejemplo más de encadenamiento.

La implementación del PEMP, supone también la rehabilitación de una importante infraestructura productiva, la cual se espera soporte y potencialice procesos de formalización y cualificación de actividades económicas que hoy en día se realizan en torno de la prestación de servicios de salud que actualmente se realiza en el sector de la Hortúa. De esta manera se espera, que como resultado de la implementación del PEMP, que se produzcan impactos en términos de generación de empleos y pago de impuestos locales y nacionales.

En términos de empleos, se espera la generación de puestos de trabajo en dos segmentos, el primero en el corto y mediano plazo, asociado de forma directa al proceso de intervención patrimonial en su componente de obra civil, en donde se requerirá de mano de obra del sector de la construcción. Y el segundo segmento ubicado en el mediano y largo plazo, que corresponde al recurso humano que laborará en las actividades económicas que se desarrollarán de forma permanente en el Complejo.

4.3.2.1.2 Previsión de impactos fiscales

El análisis del impacto económico en términos generación de impuestos debe abordarse desde dos niveles. En primer lugar, la generación de impuestos nacionales como del IVA, para el cual se identifican dos fuentes generadoras, la primera que corresponde al IVA generado por la actividad de intervención en obras civiles, los cuales se estimaron en un valor de $6,819 millones durante el periodo de proyección establecido en el análisis del PEMP, y el segundo hecho generador de IVA que corresponde a la actividad económica de arrendamientos, en donde se espera una generación durante los próximos 20 años por valor de $67,838 millones. La siguiente tabla muestra la asignación del IVA en las fases de ejecución del proyecto.

Tabla 19. Proyección de la generación de IVA (Cifras en Millones COP$ constantes 2015).

CONCEPTO DE IVA	FASE 0	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	TOTAL
IVA GENERADO CONSTRUCCION	1,550.9	4,768.3	500.7	0.0	0.0	6,819.8
IVA GENERADO ARRENDAMIENTOS	715.1	5,727.3	11,367.3	11,545.2	38,484.0	67,838.8
TOTAL IVA	**2,266.0**	**10,495.5**	**11,868.0**	**11,545.2**	**38,484.0**	**74,658.7**

En cuanto a los impuestos locales se analizan los posibles impactos en generación de dos tributos como son el Impuesto Predial y el Impuesto de industria y comercio. En cuanto a la generación del Impuesto Predial, se establece que el CHSJD por su carácter de Bien de Interés Cultural y su uso como una infraestructura dotacional pública goza de una exención del 100% de este tributo. Esta exención aparte del alivio que representa para las finanzas del gestor del CHSJD, es a su vez uno de los instrumentos de atracción de inversión de los que se dispone para apalancar gestión comercial y la gestión de recursos de inversión.

El otro tributo local identificado, corresponde al Impuesto de Industria y Comercio, el cual debe analizarse desde los dos hechos que lo generan. En primer lugar la generación de este impuesto por la actividad principal desarrollada por el organismo gestor, en términos de la operación inmobiliaria (arrendamientos) cuyo código de actividad 7010 ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS, tiene asignada una tarifa de impuesto de 9.66 por mil. Sin embargo, dado que el organismo de gestión que operará el CHSJD es de carácter público, no genera el pago de esta obligación.

El otro hecho generador del Impuesto de Industria y Comercio, se identifica en la realización de actividades económicas grabables por parte de agentes económicos responsables de este tributo. Dado el grado de flexibilidad que permite el modelo de gestión en cuanto al tipo de entidades que podrían ocupar los inmuebles y la realización de una gama de actividades grabadas con diferentes tarifas, no es pertinente, por lo menos con la información disponible, establecer una proyección en la generación de estos impuestos.

4.3.2.1.3 Inversión indirecta y Dinámica económica y social

Los efectos previstos por la implementación del PEMP permearan diferentes capas de la organización económica y social de área de influencia del proyecto, por la dimensión del mismo, el contexto urbano de la zona y la potencialidad que el Complejo Hospitalario tiene al articularse con otras iniciativas de desarrollo urbano, económico y competitivo que se adelantan en la ciudad como son:

- Plan Ampliado del Centro
- Plan Parcial de San Bernardo

En este sentido, el desarrollo de estos planes y proyectos interactuaran de forma determinante con el PEMP del CHSJD, por lo que su articulación entre las entidades responsables de su gestión es de suma importancia. Estos proyectos, tienen impacto en los órdenes económico, social y ambiental, y todos ellos, contribuyen a la reconstrucción del tejido social y al establecimiento de una dinámica económica basada en la formalidad y en el encadenamiento productivo.

Cabe resaltar que el área de influencia del está inmersa en una dinámica natural asociada a la prestación de servicios de salud, encontrándose en la zona seis (6) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que operan actualmente y que son referentes a nivel nacional en cada una de sus perfiles de especialización. Esta situación es una enorme fortaleza del CHSJD, pues aunque ha estado cerrado por más de una década, su renacimiento se producirá en un contexto que ha potenciado la esencia de la ciencia médica en Colombia.

El CHSJD y su contexto, hacen parte de la historia de la medicina en Colombia, concentra en la actualidad un importante núcleo actividad de prestación de servicios de salud, docencia e investigación en salud, y se perfila a futuro como un polo de desarrollo de la salud para Bogotá y la región. Según esto la actividad turística y cultural entorno a las ciencias de la vida y la salud, hacen parte de la propuesta formulada en el PEMP y la presencia de la industria cultural en la operación del Complejo es un factor potenciador de su consolidación.

4.3.3 Proyecciones financieras de la IPS Hospital Universitario

A partir de la formulación realizada en el componente diagnóstico del PEMP y la cual fue traducida en un diseño para la operación en salud acorde a una brecha de mercado identificada, el análisis de los aspectos financieros de la IPS, busca presentar de forma sencilla el escenario operacional y financiero al que muy probablemente se vería enfrentada una IPS inmersa en el Sistema de Salud.

En ese sentido se considera que el objeto de estudio del PEMP no se enfoca en el diseño financiero de una IPS específica, sino que se limita a estimar y describir las condiciones operacionales y financieras que presentará la prestación de servicios de salud, dadas unas necesidades potenciales de atención y unas condiciones financieras generales aplicables a las IPS Colombianas. Según esto, la presentación de los aspectos financieros de la IPS no incluye información sobre las inversiones necesarias que tendrá que hacer la entidad para la puesta en marcha de su proyecto, y mucho menos se pretende formular y evaluar financieramente un proyecto específico de IPS, en donde el carácter de la entidad ejecutora, su finalidad y el *"Know How"* son determinantes críticos de los resultados y rendimientos esperados de la inversión. Por ejemplo el grado de inversiones y retornos esperados en un proyecto de prestación de servicios de salud en el CHSJD, no será el mismo si el ejecutor del proyecto es una universidad que quiere implementar un sitio de practica para sus estudiantes, o si es un hospital de la red pública que contando con una infraestructura y plataforma administrativa principal, ve en CHSJD una posibilidad de expansión de servicios, o si una entidad (con o sin ánimo de lucro) decide implementar una IPS nueva en los edificios del complejo.

Bajo este escenario, la revisión financiera sobre el funcionamiento de una posible IPS con características de Hospital Universitario se consolidó en un anexo al documento de propuesta del PEMP en cual se presentan las proyecciones de ingresos por ventas de servicios de salud, estimadas a partir del plan de producción en cantidades de servicios formulado en el estudio de oferta y demanda, multiplicadas por el precio de venta equivalente a una tarifa de referencia. Y a partir de estos ingresos, se aplica la estructura de costos y gastos observada en el diagnóstico realizado a las IPS de referencia. Con esto se obtiene el escenario básico operacional (ingresos, costos y gastos) bajo el cual muy seguramente funcionará la prestación de servicios de salud.

Para el desarrollo de la simulación financiera de la prestación de servicios de salud, se parte del diseño técnico elaborado en la formulación del componente institucional, de donde se obtienen los elementos de análisis en términos del tipo y cantidades de servicios a prestar por la IPS, de acuerdo a la capacidad física instalada y su grado de disponibilidad según las fases de implementación del PEMP. Posteriormente se identifican los precios de mercado asignados a cada una de las actividades en salud contenidas en el portafolio de servicios de la IPS diseñada a partir de los lineamientos que orientan su participación en la red prestadora de servicios del Distrito, y con ambos elementos, precios y cantidades, se formula la proyección de ingresos para la IPS.

En el escenario de negociación entre compradores y vendedores de servicios de salud, a lo largo de la evolución del Sistema de Salud Colombiano han prevalecido instrumentos de información que operan como listas de precios de referencia y sobre los cuales se establecen los acuerdos de precios de compra/venta de los servicios, siendo el manual tarifario SOAT (Decreto 2423 de 1996) el listado de precios de referencia más utilizado por las IPS públicas, especialmente en sus relaciones con el régimen subsidiado. Para el caso de las IPS públicas del Distrito, se ha identificado como tarifa más común un acuerdo sobre el manual de tarifas SOAT menos el 15%.

A partir del análisis de oferta y demanda de servicios de salud desarrollado en el componente de diagnóstico institucional, se identifican los volúmenes de producción estimados para cada una de las unidades de servicios que fueron diseñadas y según las fases propuestas. Esta información sobre producción es multiplicada por la tarifa de venta promedio identificada en el manual tarifario SOAT 2015 menos el 15%.

El desarrollo de las fases propuestas para la IPS presenta el siguiente curso de evolución en cuanto al inicio de los servicios, así:

Año 1 Centro de Trauma
Año 2 y 3 Cirugía Mayor
Año 4 Salud Mental

El plan de implementación de la IPS muestra en las diferentes fases la apertura de servicios que están alineados con el programa de intervención patrimonial de los edificios donde desarrollará su actividad. Según este plan, a partir del cuatro año la prestación de servicios de salud debe estar consolidada. La siguiente tabla muestra la proyección de ingresos de la IPS.

Tabla 20. Proyección de ventas de servicios IPS CHSJD (Cifras en Millones $COP).

UNIDAD DE SERVICIOS	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
QUIROFANOS	8,112.5	13,202.8	19,804.2	33,007.0
HOSPITALIZACION GENERAL	3,736.1	4,974.3	7,461.5	13,112.4
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	1,170.5	3,595.2	5,392.8	8,988.0
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	1,000.0	2,592.9	3,889.4	6,482.3
CONSULTA EXTERNA	439.8	3,239.1	4,858.7	8,137.1
URGENCIAS	693.0	1,457.1	2,185.7	3,661.1
LABORATORIO CLINICO	3,812.2	8,855.8	13,283.6	22,247.6
RADIOLOGIA CONVENCIONAL	420.8	1,543.2	2,314.8	3,898.3
TOMOGRAFIA	201.4	692.6	1,038.9	1,745.5
ULTRASONIDO	0.0	1,033.6	1,550.4	2,612.4
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	0.0	2,171.3	3,257.0	5,461.2
RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR	0.0	1,027.3	1,540.9	2,595.1
GAMAGRAFIA	0.0	472.7	709.1	1,194.0
SERVICIO FARMACEUTICO	5,875.9	13,457.4	20,186.1	33,942.6
TOTAL VENTAS	**25,462.1**	**58,315.4**	**87,473.1**	**147,084.4**

Una vez conocidos los ingresos estimados por ventas de servicios en las diferentes fases de desarrollo de la IPS se procede a aplicar la estructura de costos y gastos identificada en el levantamiento de información realizado en el componente del diagnóstico financiero.

Según las estimaciones de ingresos realizadas y la aplicación de la estructura de costos identificada en las IPS de referencia, se obtiene la siguiente simulación de costos y gastos operacionales.

Tabla 21. Proyección de Costos y Gastos IPS CHSJD (Cifras en Millones $COP).

CONCEPTO	% DE LAS VENTAS	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
COSTOS	76.4%	19,453.0	44,553.0	66,829.4	112,372.5
GASTOS	23.7%	6,034.5	13,820.8	20,731.1	34,859.0
TOTAL COSTOS Y GASTOS		**25,487.5**	**58,373.7**	**87,560.6**	**147,231.5**

4.3.4 Evaluación financiera de la IPS Hospital Universitario

A partir de la identificación de las ventas de servicios en cada una de las etapas de desarrollo de la IPS, se aplica la estructura financiera de costos y gastos observada en las IPS de referencia, y se complementa la estructura del Estado de Resultados con el parámetro de resultado neto observado en las IPS revisadas, el cual se ubicó en un 7.46%.

Tabla 22. Estado de Resultados Proyectado (Cifras en Millones $COP).

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
VENTAS	25,462.1	58,315.4	87,473.1	147,084.4
Menos				
COSTOS	19,453.0	44,553.0	66,829.4	112,372.5
Igual				
RESULTADO BRUTO	**6,009.0**	**13,762.4**	**20,643.7**	**34,711.9**
Menos				
GASTOS	6,034.5	13,820.8	20,731.1	34,859.0
Igual				
RESULTADO OPERACIONAL	**-25.5**	**-58.3**	**-87.5**	**-147.1**
Mas				
OTROS INGRESOS	1,925.7	4,410.5	6,615.7	11,124.2
igual				
RESULTADO NETA	**1,900.3**	**4,352.2**	**6,528.2**	**10,977.1**

4.3.5 Programa de Gestión

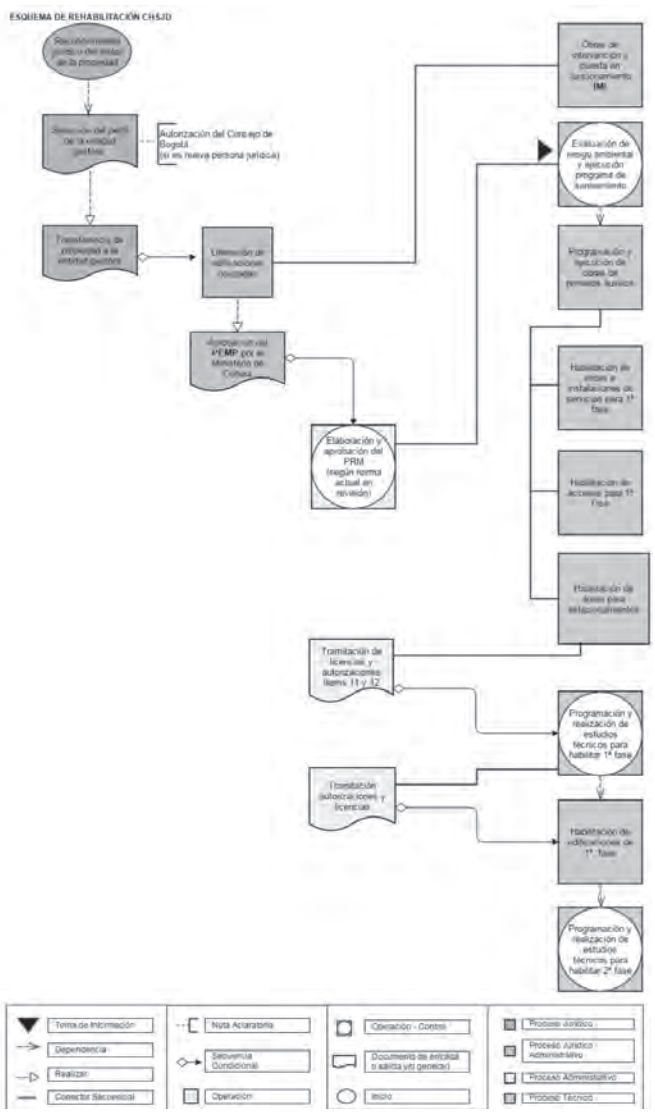
4.3.5.1 Esquema de rehabilitación del complejo

El programa de gestión del presente PEMP para el CHSJD ha llegado a la conclusión de que es necesario abordar diecisiete procesos o actividades de diferente naturaleza -jurídica, administrativa o técnica- para asegurar una ruta despejada de incertidumbres para alcanzar la rehabilitación básica del conjunto hospitalario.

El presente esquema de rehabilitación del CHSJD toma en consideración el listado de actividades y el flujo de procesos que son necesarios para facilitar y hacer viable la **reapertura** del nuevo hospital, esquema que debe servir de orientación para la entidad que tenga a su cargo este programa de gestión.

Tabla 23. Esquema de rehabilitación del complejo.

N°	Actividad y/ o proceso	Tipo de proceso
1	Reconocimiento jurídico del titular de la propiedad	jurídico
2	Selección del perfil de la entidad gestora	jurídico
3	Autorización del Concejo de Bogotá (si es nueva persona jurídica)	jurídico y administrativo
4	Transferencia de propiedad a la entidad gestora	jurídico
5	Liberación de edificaciones ocupadas	jurídico y administrativo
6	Aprobación del PEMP por el Ministerio de Cultura	jurídico y administrativo
7	Obras de intervención y puesta en funcionamiento del IMI	técnico
8	Evaluación de riesgo ambiental y ejecución programa de saneamiento	técnico
9	Programación y ejecución de obras de primeros auxilios	técnico
10	Habilitación de redes e instalaciones de servicios para 1ª fase	técnico
11	Habilitación de accesos para 1ª fase	técnico
12	Habilitación de áreas para estacionamientos	técnico
13	Tramitación de licencias y autorizaciones ítems 11 y 12	administrativo
14	Programación y realización de estudios técnicos para habilitar 1ª fase	técnico
15	Tramitación autorizaciones y licencias	administrativo
16	Habilitación de edificaciones de 1ª. fase	técnico
17	Programación y realización de estudios técnicos para habilitar 2ª fase	técnico



Gráfica 15. Algoritmo de esquema de rehabilitación.

4.3.5.2 Fases de Implementación y Cronograma

4.3.5.2.1 Fase Previa

El desarrollo del proceso de rehabilitación y puesta en servicio del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios, dependerá de la implementación de actividades y proyectos mediante los cuales se obtenga el soporte institucional, ambiental y de infraestructura necesario para la apertura de servicios de salud, de docencia e investigación, institucionales, culturales, social-comunitarios y complementarios.

Los proyectos y actividades a tener en cuenta en esta fase previa son:

- Constitución del ente gestor, estructura institucional y esquema de financiamiento para el Hospital.
- Contratación de los diseños, estudios y proyectos que se relacionan a continuación, necesarios para la ejecución de las obras a desarrollar en cada uno de los edificios que se habilitarán en la Fase 1: levantamiento arquitectónico detallado; estudio de suelos y vulnerabilidad sísmica para todas las construcciones que se van a conservar; proyectos de intervención, restauración y adecuación particulares; diseño y cálculo para el reforzamiento estructural; diseños eléctrico, hidráulico, gases medicinales, aire acondicionado; especificaciones, programación y presupuesto; proyectos urbanos y paisajísticos.
- Gestión de trámites, permisos y licencias ante las entidades públicas (Ministerio de Cultura, Instituto Distrital de Patrimonio -IDPC-, Curaduría Urbana, Empresas de Servicios Públicos etc.)
- Ejecución de las obras de primeros auxilios para nueve edificaciones del Hospital (San Eduardo, Santiago Samper, Mantenimiento, Siberia, Casa Cural-Capilla-Convento, Cundifarma, Salud Mental, Jardín Infantil y Edificio Central)
- Saneamiento ambiental general del predio y de los edificios que forman parte del Conjunto Hospitalario.
- Retiro de redes generales obsoletas de servicios existentes en el Hospital, y renovación de las mismas en los grupos de edificios que se darán al servicio en la Fase 1.

4.3.5.2.2 Fase 1 (0-3.5 Años)

INSTITUTO MATERNO INFANTIL

La Administración Distrital a través del IDPC y la Secretaría de Salud, contrató la actualización de los estudios técnicos y el proyecto para la restauración, adecuación y reforzamiento estructural del

Instituto Materno Infantil. El proyecto en referencia cuenta con la aprobación de las entidades contratantes y se encuentra en trámite ante Ministerio de Cultura, para dar vía libre a la gestión de permisos y al desarrollo de la obra.

La ejecución de este proyecto en este período es estratégica en tanto que es el único edificio del Conjunto que cuenta con todos los estudios aprobados y con su puesta en marcha se habilitarán aproximadamente 9000 m2 de servicios asistenciales especializados y de alto nivel.

INSTITUTO NACIONAL CANCEROLOGICO E INSTITUTO DERMATOLÓGICO

Se incluye también en esta fase el desarrollo de las obras de conservación y adecuación de los edificios en referencia los cuales tienen actualmente estudios y proyectos en curso, que deberán estar aprobados por las entidades encargadas de la protección del patrimonio, en el momento de puesta en marcha de la fase en referencia.

ANCIANATO Y JARDIN INFANTIL

El Ancianato bajo la administración de la Gobernación de Cundinamarca deberá desarrollar durante este período una intervención conducente a corregir las deficiencias funcionales que se presentan en los temas de accesibilidad y los encuentros inadecuadamente resueltos entre los volúmenes originales y las áreas de ampliación. Adicionalmente, el edificio denominado Jardín Infantil, que fue desde su origen un edificio anexo al anteriormente mencionado, podría habilitarse para complementar el programa de atención al adulto mayor, o para lo que disponga la Administración Distrital en el marco de los usos posibles establecidos por el PEMP.

SERVICIO DE URGENCIAS

Durante el desarrollo del PEMP, la Administración Distrital ha propuesto la apertura de un servicio de urgencias en el volumen oriental del Edificio Central, con el objeto de introducir rápidamente un servicio asistencial de impacto en la comunidad, que sirva como punto de partida para la generación de actividad constante dentro del predio.

Esta propuesta se considera como una habilitación posible y una obra de ejecución rápida dado que el Edificio Central posee desde su inicio estructura en concreto y un sistema de organización de planta libre que facilita la adecuación funcional en el espacio construido. Aunque estructural y arquitectónicamente, el volumen no se puede entender aislado completamente del edificio principal, goza de cierta autonomía debido a las juntas de dilatación que se observan en los planos consultados en la firma Cuellar Serrano Gómez. Teniendo en cuenta estas consideraciones generales, se puede concluir que los proyectos para la habilitación del volumen oriental del Edificio Central podrán ser elaborados en un tiempo prudencial.

Avanzar en la reapertura de un servicio como el de urgencias en el edificio mencionado puede ser estratégicamente conveniente desde varios enfoques:

- Es un servicio de alto impacto en la comunidad.
- El edificio habilitado se ubica inmediato a una vía artería de importancia como la Carrera 10ª, lo cual contribuye a visibilizar el servicio y de paso, al proceso de recuperación de la infraestructura del hospital.
- El servicio de urgencias generará flujos constantes y su necesidad de ampliación obligará a la creación de interdependencias con otros servicios de salud, lo cual obligará rápidamente a la habilitación total del edificio y en la misma vía, a prever la ampliación del servicio para consolidarlo como un centro de excelencia en atención de urgencias dentro del nodo hospitalario.

Para la habilitación y apertura de este servicio se deberán adelantar de forma prioritaria los procesos de gestión y contratación de los diseños arquitectónicos, técnicos y estructurales para todo el módulo oriental del edificio, pues aunque no se habilite inmediatamente en su totalidad, se establecerá un marco para las próximas actuaciones dentro del inmueble, que contemplará la ampliación de los servicios asistenciales y la ubicación definitiva de los mismos. Los procesos de gestión y contratación de los diseños, no dependerán de la aprobación del PEMP, sin embargo estos deberán ajustarse a sus consideraciones generales y fundamentalmente a la definición del nivel de intervención establecido para este edificio: Conservación del Tipo Arquitectónico.

La Universidad Nacional recogiendo esta alternativa, realizó una propuesta de PMA para este servicio contemplado inicialmente como de baja complejidad y dispuesto en aproximadamente 1900 m2, de los 5000 m2 de área disponible en el edificio. Se plantea una intervención de escala contenida, ya que la habilitación de una mayor área ampliaría los costos y los tiempos de ejecución de la obra.

EL NUCLEO FUNDACIONAL

Se propone también habilitar en esta fase el grupo de edificios que conforman el Núcleo Fundacional, compuesto por los edificios Instituto Inmunológico, San Roque, San Jorge y Siberia. La habilitación de estas edificaciones tiene como fin consolidar la actividad docente y de investigación en el Conjunto Hospitalario, creando una cierta autonomía en relación con la zona asistencial, y además, configurar un espacio de recepción para los usuarios que accederán peatonalmente al hospital desde la Avenida de la Hortúa.

El Edificio Inmunológico, cuya localización y calidad arquitectónica sugieren su adecuación para un uso de gran representatividad en el funcionamiento del hospital, albergará usos institucionales relacionados con la Administración General de la institución. Por su parte, los pabellones San Roque y San Jorge serán destinados al uso de docencia-investigación, y el edificio Siberia se adecuará como Centro de Convenciones al servicio del Hospital San Juan de Dios y de los hospitales vecinos. Es importante resaltar que el grave estado de conservación de este último edificio no da plazos de espera, por lo tanto, deberán adelantarse desde la Fase Preliminar las obras de primeros auxilios que garanticen su conservación.

Simultáneamente, con la intervención de los edificios mencionados se llevará a cabo la adecuación y puesta en valor de los espacios exteriores aledaños, entre los que se encuentra la construcción de la plazoleta ubicada en el costado norte del Instituto Inmunológico, que servirá para recuperar el acceso original al predio desde la Avenida de la Hortúa.

OTRAS EDIFICACIONES

En este período se pondrá en funcionamiento el edificio Cundifarma, cuya localización sobre la Carrera 10ª, y la autonomía que posee respecto a los demás edificios del conjunto, lo hacen ideal para ubicar allí actividades complementarias relacionados con los servicios de salud. Adicionalmente, se habilitará para la atención de pacientes con problemas psicológicos el edificio de Salud Mental, y el edificio de Resonancia Magnética reforzará la toma de imágenes diagnósticas que inicialmente se prestará en el volumen oriental del Edificio Central.

Estas acciones deberán responder a las disposiciones definidas en el PEMP, específicamente en lo relacionado con los usos, la edificabilidad y las acciones y estudios necesarios para la recuperación de los BIC's, de acuerdo al nivel de intervención. Adicionalmente, se recomienda que cualquier acción que se lleve a cabo, responda a las lógicas de agrupación de los edificios, es decir, se habilite el hospital por áreas y subconjuntos edilicios y no por edificaciones aisladas y dispersas en el predio, pues esta solución ocasionaría dificultades en términos de administración, control y
Seguridad al interior del conjunto, largos desplazamientos para los usuarios, problemas para garantizar la interconexión entre servicios y procesos de saneamiento menos organizados y más costosos.

OBRAS DE URBANISMO

Durante la implementación de esta fase, habrá importantes cambios en la accesibilidad y en la movilidad al interior del Conjunto, toda vez que los nuevos servicios requieren del transporte especializado de pacientes, alimentos, ropas etc. Por este motivo, se propone la habilitación provisional de un acceso desde la Avda. de la Hortúa. Posteriormente, una vez se consolide la actividad Hospitalaria, el acceso se desplazará a su lugar definitivo al sur del predio, respondiendo a la organización planteada en la propuesta urbana para el Área Afectada. Igualmente, se propone la apertura de ciento sesenta (160) parqueaderos provisionales a nivel del terreno para uso de trabajadores y visitantes en los siguientes sectores: Costado occidental del Instituto Inmunológico, costado occidental del pabellón Paulina Ponce de León (Cirugía Plástica), entre los pabellones San Eduardo y San Lucas, sobre la Carrera 10ª en el Costado oriental del Edificio Central y alrededor del edificio Rehabilitación Psiquiátrica.

Paralelamente a estas acciones, se deberá dar inicio al desarrollo de obras tendientes a la generación de espacios abiertos colectivos y zonas verdes para el aprovechamiento de la comunidad de los barrios circundantes, como es construcción de la plazoleta sobre la Carrera 10ª que dará acceso al conjunto de edificaciones situados sobre esta importante vía urbana.



Plano 8. Fase de Implementación 1. 0-3 años.

Durante esta etapa se deberán desarrollar las obras de infraestructura y espacio público proyectadas dentro del ordenamiento general del Hospital. Como parte de estas obras se incluye la construcción de la totalidad de estacionamientos subterráneos, la red de movilidad interior incluyendo el sistema de circulación interna, los circuitos peatonales, el depósito principal y el de basuras y el proyecto de espacio público y paisajismo que no haya sido adelantado durante la Fase 1, en especial la Alameda ubicada en el costado occidental del predio, que propicia la articulación con los barrios vecinos.

Para habilitar el Edificio Central deberá generarse un acceso vehicular definitivo a la zona de urgencias, el cual quedará localizado sobre la Calle 1a Sur, la construcción de esta entrada involucra la compra de dos (2) predios de la franja de vivienda del barrio Policarpa, que se encuentra adosada al predio del hospital.

NUEVOS DESARROLLOS

Se ha dejado planteada el área de desarrollo para nuevas edificaciones al interior del predio, cuyo programa y tiempo de ejecución dependerá de la proyección misional del Conjunto, la consolidación del Nodo Hospitalario y el alcance de objetivos institucionales planteados hasta ese momento. Para esta fase, el hospital contará con una reserva de 32.000 metros cuadrados para construir nuevas edificaciones.

4.3.5.2.3 Fase 2 (3.5-6 Años)

EDIFICIO CENTRAL

PABELLONES

En la esquina nor-oriental del predio se pondrán en funcionamiento los pabellones San Eduardo, San Lucas y Paulina Ponce de León (Cirugía Plática), ubicándose en el primero, los servicios de Consulta Externa, y en los otros dos, aulas para docencia-investigación. La intervención del pabellón San Eduardo implica el desmonte del antiguo Centro de Salud (hoy UPA) que le fue adosado en el año 1.970, para permitir la reconstrucción del volumen demolido en el costado norte y la recuperación de las fachadas del edificio de conservación.

CAPILLA Y CONVENTO

El conjunto constituido por la Capilla y el Convento, ubicado sobre el costado norte del predio a continuación del Núcleo Fundacional, será destinado al uso cultural. La Capilla conservará el actual uso litúrgico y podrá alternarlo con actividades de carácter cultural. Por su parte, se propone que en los espacios del Convento se aloje el Museo de Ciencias de la Salud, que integrará la colección que sobre el tema posee el Hospital San Juan de Dios, con colecciones pertenecientes a diferentes instituciones.

EDIFICIOS SECTOR SUR

En el sector sur serán habilitados durante la Fase 2 los edificios Enfermedades Tropicales y Santiago Samper, los cuales podrán albergar distintas especialidades o servicios de apoyo a la docencia y la investigación. Los usos de salud e investigación han sido excluidos de los edificios Santiago Samper y Mantenimiento, pues su habilitación implicaría la inclusión de un importante número de instalaciones y materiales de acabados, que generarían la alteración de los sistemas constructivos originales que todavía conservan.

La habilitación funcional del Edificio Central y del edificio San Eduardo implica un incremento importante en la densidad de servicios de salud. Por tal motivo, la apertura de las nuevas actividades deberá venir acompañada de la puesta en funcionamiento del edificio de Mantenimiento que apoyará los procesos de conservación de los diferentes inmuebles que integran el Conjunto Hospitalario.

OBRAS DE URBANISMO



Plano 9. Fase de Implementación 2 (3,5 - 6 años).

Tabla 24. Cronograma de Fases.

CRONOGRAMA DE INTERVENCIONES FÍSICO-TÉCNICAS PARA FASES													
PROYECTO	ACTIVIDAD	0-6 meses	6-12 meses	1-1,5 años	1,5-2 años	2-2,5 años	2,5-3 años	3-3,5 años	3,5-4 años	4-4,5 años	4,5-5 años	5-5,5 años	5,5-6 años
URBANISMO		Fase de Implementación 1							Fase de Implementación 2				
1. Mitigación de impactos	Desarrollo provisional de parqueaderos, zonas peatonales y acceso de Urgencias												
2. Saneamiento ambiental	Saneamiento básico de áreas exteriores												
3. Redes de servicios	Retiro y renovación de redes generales de servicios												
4. Bienes Muebles	Inventario y protección de Bienes Muebles												
5. Áreas privadas de uso público													
a. Estructura de movilidad	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
b. Espacios exteriores - Núcleo fundacional	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
b. Espacios exteriores - Pabellones	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
b. Espacios exteriores - Sector sur	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
b. Espacios exteriores - Nuevos desarrollos	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
c. Plazoleta acceso Av. Hortúa	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
c. Alameda (costado occidental)	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
d. Parqueaderos subterráneos	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
6. Espacio público													
* Plazoleta Cr. 10	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
* Proyecto Avenida de la Hortúa	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Habilitación y apertura al público												
* Proyecto Calle 2 Sur	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Negociación y compra de predios												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Habilitación y apertura al público												
CONJUNTO EDILICIO													
1. Primeros auxilios	Medidas de primeros auxilios para todas las edificaciones												
2. Saneamiento ambiental	Saneamiento básico de la totalidad de las edificaciones												
3. Edificio Central - volumen Urgencias	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
3. Edificio Central - hospitalización	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Demolición de Torre Docente												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
4. Resonancia Magnética	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
5. Salud Mental	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
6. San Eduardo	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												
7. Cundinamarca	Estudios técnicos y proyecto de intervención												
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto												
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra												
	Licitación												
	Intervención y obra												
	Dotación y apertura al público												

8. Inmunológico	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
9. San Jorge	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
10. San Roque	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
11. Siberia	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
12. Mantenimiento	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
13. Paulina Ponce	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
14. San Lucas	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
15. Enfermedades Tropicales	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
16. Santiago Samper	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
17. Capilla y Convento	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													

	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
18. Jardín Infantil	Estudios técnicos y proyecto de intervención													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
19. Ancianato	Obras de reconstrucción													
20. UPA	Demolición de la edificación.													
21. Rehabilitación Psiquiátrica	Demolición de la edificación.													
22. Nuevo desarrollo Sector 5 Subsector A	Proyecto arquitectónico													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
22. Nuevo desarrollo Sector 5 Subsector C	Proyecto arquitectónico													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
22. Nuevo desarrollo Sector 5 Subsector B	Proyecto arquitectónico													
	Tramites, licencias y aprobación del proyecto													
	Consecución de recursos para la ejecución de la obra													
	Licitación													
	Intervención y obra													
	Dotación y apertura al público													
22. Dermatológico	Entidad autónoma. Proyecto de intervención en tramite ante Ministerio de Cultura.													
23. Instituto Materno Infantil	Entidad autónoma. Proyecto de intervención en tramite ante Ministerio de Cultura.													
24. Instituto Nacional de Cancerología	Entidad autónoma. Proyecto de intervención en tramite ante Ministerio de Cultura.													

2015

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN CHSJD
DTS - Análisis y Diagnóstico
Tomo IV



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CENTRO DE EXTENSIÓN ACADÉMICA – FACULTAD DE ARTES

16/07/2015

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN DEL CONJUNTO HOSPITALARIO SAN JUAN DE DIOS E INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Contrato Inter-administrativo n°. 232 de 2013 Suscrito entre el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural, la Universidad Nacional de Colombia y el Ministerio de Cultura

DOCUMENTO TÉCNICO DE SOPORTE
PROPUESTA – TOMO 1
16 de julio de 2015

Dirección proyecto: Arq. María Claudia Romero Isaza, Arq. Juan Carlos del Castillo Daza
Valoración patrimonial: Arq. Juanita Barbosa
Coordinación técnica: Arq. Sandra Melo Rodríguez
Coordinación componente edilicio: Arq. Germán Téllez
Coordinación componente urbano: Arq. Juan Carlos del Castillo, Arq. Sandra Mondragón
Especialista en Sistemas de Información Geográfica: Arq. José David Pinzón
Coordinación componente institucional-Fase 2: Dr. Carlos Humberto Arango
Coordinación componente institucional-Fase 1: Dr. Juan Carlos García Ubaque
Asesoría jurídica: Dr. Alfredo Rueda
Coordinación componente médico arquitectónico-Fase 2: Dr. Carlos Humberto Arango
Coordinación componente médico arquitectónico-Fase 1: Dr. Álvaro Casallas
Coordinación componente socioeconómico: Dr. Oscar Rodríguez

EQUIPO DE TRABAJO

DIRECCIÓN
Arq. María Claudia Romero Isaza
CODIRECCIÓN
Arq. Juan Carlos del Castillo Daza

COORDINACIÓN
COORDINADOR TÉCNICO GENERAL: Sandra Marcela Melo Rodríguez
ARQUITECTO AUXILIAR: Mónica Coy De Márquez
ESTUDIANTE AUXILIAR: Juanita Tatiana Erasso Lozano
TÉCNICO ADMINISTRATIVO: Luz Adriana Díaz Castiblanco

COMPONENTE URBANO
DIRECTOR COMPONENTE: Juan Carlos del Castillo
COORDINADOR COMPONENTE URBANO: Sandra Jeannette Mondragón Álvarez
ARQUITECTO COMPONENTE URBANO: María del Pilar Zambrano Gómez
ARQUITECTO COMPONENTE URBANO: Antonio Orlando Amézquita Zárate
ARQUITECTO COMPONENTE URBANO: Luis Cesar Martínez Ospina
INGENIERO CIVIL ESPECIALISTA EN MOVILIDAD: Ana Luisa Flechas Camacho
ESPECIALISTA EN MEDIO AMBIENTE: Germán Camargo Ponce de León
AUXILIAR MEDIOAMBIENTE: Guibor Camargo Salamanca
AUXILIAR MEDIOAMBIENTE: Elisa Sola Moreno
ESTUDIANTE POSGRADO: Melissa Pamela Suarez Rovira
ESPECIALISTA EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA: Arq. José David Pinzón
GEÓGRAFO AUXILIAR: Juan Sebastián Rojas
GEÓGRAFO AUXILIAR: Diego Fernando Neuta
ABOGADO ESPECIALISTA EN NORMA URBANA: Mauricio Puerto Barrera

COMPONENTE EDILICIO
DIRECTOR COMPONENTE: Germán Téllez García
COORDINADOR COMPONENTE EDILICIO: Diego Augusto Fernández Price
DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA HIDRO-SANITARIA ING. HIDRÁULICO: Rodolfo Fajardo Gutiérrez EU
DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA MECÁNICA INGENIERO MECÁNICO: Diego Alejandro Castro Bulla
ARQUITECTO AUXILIAR: Ángela Rocío Cely Hostos
ARQUITECTO AUXILIAR: Mónica Coy De Márquez
ARQUITECTO AUXILIAR: Jaumer Iván Blanco López
ARQUITECTO AUXILIAR: Laura Teresa Murillo Torres
ARQUITECTO AUXILIAR: Camilo Andrés Salamanca Rodríguez
ARQUITECTO AUXILIAR: María Francesca Farné Corzo
ARQUITECTO AUXILIAR: Jeannette Marcela Jiménez Maldonado

ACTUALIZACIÓN ESTUDIO HISTÓRICO CONSTRUCTIVO: David Ernesto Arias
EVALUACIÓN ESTRUCTURAL - ING. ESTRUCTURAL: Patrimonio e Ingeniería – Juan Carlos Rivera
ESTUDIO DE SUELOS O GEOTÉCNICA - INGENIERO CIVIL: Felizzola Ingeniería Ltda.
LEVANTAMIENTO TOPOGRÁFICO- INGENIERO CIVIL: Ingeomática Ltda.

COMPONENTE INSTITUCIONAL – FASE 2
DIRECTOR CONUSLTORÍA: Dr. Carlos Humberto Arango
CONSULTOR FINANCIERO: Jorge Alberto Otero
CONSULTORA INSTITUCIONAL: Diana Rocío Chaves
CONSULTORA GESTIÓN: Ana Lucía Mujica

COMPONENTE INSTITUCIONAL – FASE 1
DIRECTOR COMPONENTE: Dr. Juan Carlos García Ubaque
MÉDICO GERENTE: Álvaro Casallas Gómez
ESPECIALISTA EN GERENCIA HOSPITALARIA: Laura Sorangel Becerra Peñaranda
MEDICO EPIDEMIÓLOGO: Francisco Palencia Sánchez
CONSULTORÍA JURÍDICA: Alfredo Luis Rueda Prada
ABOGADA ESPECIALISTA EN URBANISMO: Natalia Pedraza Mora
CONTADORA PÚBLICA: Luz Jinneth Cuevas Muñoz
MÉDICO ESPECIALISTA ADMÓN. EN SALUD Y GESTIÓN HOSPITALARIA: Jaime Forero Henríquez
SERVICIOS TÉCNICOS, SISTEMATIZACIÓN DE ENCUESTAS: Total B&C SAS
ESTUDIANTE AUXILIAR (Ciencias Económicas): Claudia Carolina Colmenares

COMPONENTE MÉDICO ARQUITECTÓNICO – FASE 2
DIRECTOR CONUSLTORÍA: Dr. Carlos Humberto Arango
ARQ. ESPECIALISTA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA: Ana María Velásquez Mejía
CONSULTOR FINANCIERO: Jorge Alberto Otero
CONSULTORA INSTITUCIONAL: Diana Rocío Chaves
CONSULTORA GESTIÓN: Ana Lucía Mujica

COMPONENTE MÉDICO ARQUITECTÓNICO – FASE 1
COORDINADOR PROGRAMA MÉDICO -ARQUITECTÓNICO: Dr. Álvaro Casallas
ASESOR PROGRAMA MEDICO-ARQUITECTÓNICO: Dr. Carlos H. Arango
ARQ. ESPECIALISTA EN INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA: Ana María Velásquez Mejía
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO: Yesenia Castro Cely
FISIOTERAPEUTA ESP. EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO: Angélica Marcela Palacio Puentes
ECONOMISTA ESTADÍSTICO: Daniel Alfonso Garavito Jiménez

COMPONENTE SOCIOECONÓMICO
COORDINADOR COMPONENTE SOCIOECONÓMICO: Dr. Oscar Rodríguez

ECONOMISTA: Decsi Astrid Arévalo Hernández
POLITÓLOGO: Daniela Cárdenas Talero
SOCIÓLOGO: Angélica Rodríguez López
ESTADÍSTICO: Daniel Alfonso Garavito Jiménez
HISTORIADOR: Juan Jacobo del Castillo

PLAN DE DIVULGACIÓN
DISEÑADOR GRÁFICO: Martha Isabel Gómez
DISEÑADOR GRÁFICO: Nelson Beltrán

CORRECCIÓN DE ESTILO
PERIODISTA: Orlando Riaño

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN 8
1 HALLAZGOS BÁSICOS 10
2 SITUACIÓN ACTUAL DEL CHSJD 11
2.1 Entorno legal 11
2.2 Entorno institucional 12
2.2.1 Modelo misional y desempeño histórico del hospital 12
2.2.2 Perfil de los hospitales universitarios 13
2.2.3 Aspectos organizacionales y de administración del CHSJD 13
2.2.4 Elementos para la Construcción del Programa Médico Arquitectónico 14
2.3 Problemática ambiental y urbanística 24
2.3.1 Problemática ambiental 24
2.3.2 Problemática urbanística 27
2.4 Estado de conservación del conjunto urbano arquitectónico del CHSJD 32
2.5 Problemática social en el CHSJD 45
2.6 Aspectos financieros 46
2.6.1 Supuestos económicos, financieros y operacionales para la Operación del CHSJD 46
2.6.2 Supuestos económicos, financieros y operacionales para la IPS Hospital Universitario 47
3 CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO 49
3.1 Modelo Institucional del CHSJD 49
3.2 Plan De Ordenamiento Físico 53
BIBLIOGRAFÍA 57

ÍNDICE DE PLANOS

Plano 1. Plano de Bogotá 1891 y localización del predio de La Hortúa 28
Plano 2. Estructura morfológica de La Hortua- Tejidos 30
Plano 3. Estructura morfológica de La Hortua- vialidad 30
Plano 4. Situación actual de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios 33
Plano 5. Evolución Constructiva de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios 36
Plano 6. Tipologías arquitectónicas de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios 37
Plano 7. Sistemas Constructivos de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios 38
Plano 8. Estado de Conservación de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios 41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Aglomeración hospitalaria en la zona de La Hortúa 29
Figura 2. Cerramientos sobre el espacio público 31

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Ed. Siberia. Colapso de cielo raso y cubierta. Escombros y vegetación invasiva en pisos 42
Imagen 2. Ed. Mantenimiento. Colapso parcial del entrepiso por pudrición de las vigas 42
Imagen 3. Ed. Enfermedades Tropicales. Deterioro de carpinterías y calados de las balcones 43
Imagen 4. Ed. Inmunológico 2do piso. Presencia de vegetación invasiva y empozamiento de aguas lluvias 43
Imagen 5. Ed. Ancianato. Fachada principal 43
Imagen 6. Ed. Resonancia Magnética. Fachada principal 43
Imagen 7. Espacio exterior del Edificio San Roque 44
Imagen 8. Jardín entre San Lucas y Cirugía Plástica 44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Consolidado de requerimientos de recursos físicos para atender demanda insatisfecha CHSJD 2015 19
Tabla 2. Estudiantes en Práctica Clínica y Estudiantes que rotarían – Hospital 250 camas. 2014 . 21
Tabla 3. Relación del número de grupos de investigación con los servicios y temas prioritarios de investigación a desarrollar en el CHSJD 2015 22
Tabla 4. Cantidad de oferta instalada (recursos físicos básicos)- Requerida 2015 51
Tabla 5. Stock proyectado y simulaciones de demanda requerida de profesionales universitarios 2007-2011. Tres escenarios. Comparado Stock Profesionales 2006 52

PRESENTACIÓN

El Objetivo del presente PEMP es la formulación de un instrumento de planeación y gestión para la conservación y la puesta en funcionamiento del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios CHSJD.

Según la metodología establecida por el Ministerio de Cultura en la cartilla "*Formulación e implementación de Planes Especiales de Manejo y Protección. Bienes inmuebles de interés cultural*", un PEMP consta de dos partes: (i) Diagnóstico y (ii) Formulación de la Propuesta.

El diagnóstico tiene como objetivo principal conocer la problemática del conjunto arquitectónico del CHSJD a partir del análisis de la situación actual, tanto a nivel físico como institucional, con el fin de orientar la formulación de la propuesta de reapertura del hospital universitario en equilibrio con la conservación patrimonial. Específicamente el análisis de diagnóstico se abordará desde tres puntos de vista: físico espacial, socio económico e institucional.

Para desarrollar los aspectos enunciados y teniendo en cuenta la necesidad de participación de varias disciplinas, el equipo se estructuró en los siguientes componentes: (i) Edilicio patrimonial, (ii) Urbano, (iii) Socioeconómico e Institucional que incluye los aspectos legales y del programa médico arquitectónico y (iv) de Divulgación, con participación más visible en la etapa de propuesta. La Dirección del proyecto se ha encargado de la articulación de los componentes y de la estructuración del documento técnico de soporte.

El punto de partida para el Diagnóstico del PEMP fue el documento de la primera fase del PEP del CHSJD (Universidad Nacional de Colombia - CEA Facultad de Artes, 2007), que proporcionó información suficiente para conocer la historia de la institución y de la construcción del conjunto arquitectónico, valorarlo, acercarse a entender los problemas que causaron el cierre y las consecuencias que se han generado a raíz de la falta de uso de los edificios. El PEP hizo un análisis urbano y socio económico, que llevó a la definición del área afectada y de la zona de influencia, cuya delimitación será objeto de revisión, pero que constituye el *Área de Estudio* de todos los componentes del presente PEMP; sin embargo, estudios como el de movilidad y el socioeconómico trascendieron en algunos aspectos esta delimitación del área de estudio, para identificar relaciones e impactos urbanos más amplios.

Como conclusión de la etapa - *Análisis y estudios de Diagnóstico* - el presente documento tiene como propósito exponer de manera concisa e integral los aportes y hallazgos hechos por el equipo del PEMP acerca de la situación actual del CHSJD, con la contribución de los diferentes componentes y

equipos de trabajo con los que se estructuró la realización del Diagnóstico. Se hicieron ejercicios de intercambio, discusión y síntesis, fruto del cual se agruparon las conclusiones y resultados más relevantes del diagnóstico. Tales conclusiones tienen naturalmente diferentes niveles, alcances y formas de lectura dada la complejidad y multidimensionalidad del objeto de estudio: el Conjunto Hospitalario de San Juan de Dios.

Estructura de la síntesis

Esta Síntesis del Diagnóstico recoge las reflexiones y conclusiones en torno al CHSJD, bajo un enfoque integral y correlacionado que dé cuenta de la condición actual del conjunto hospitalario y permita perfilar hipótesis para la etapa de propuesta. Se estructura en 4 apartados:

Hallazgos básicos: identifica las pautas básicas dentro de las cuales debe enmarcarse el PEMP con miras a la reapertura y a la conservación del patrimonio cultural, marco que deberá ser observado para proseguir con la etapa de formulación de la propuesta.

Situación actual: sintetiza las características más relevantes de la situación actual del CHSJD en cinco aspectos básicos: entorno legal, entorno institucional, problemática ambiental y urbanística, estado de conservación del conjunto urbano y arquitectónico, la problemática social y el entorno económico y financiero bajo el cual se desarrollará la propuesta del PEMP.

Conclusiones del Diagnóstico: se destacan en esta síntesis aquellas enfocadas a los tres temas básicos que este PEMP debe aportar y que constituyen el núcleo central de su propuesta para el CHSJD: (i) el modelo hospitalario, (ii) el esquema institucional y su programa médico – arquitectónico y (iii) el plan de reordenamiento físico.

Pautas para la reapertura: identifica acciones, principios y posibilidades, que el equipo de la Universidad Nacional cree pueden y deben llevarse a cabo para facilitar la reapertura del conjunto hospitalario

1 HALLAZGOS BÁSICOS

El diagnóstico del Complejo Hospitalario San Juan de Dios permitió elaborar una interpretación general sobre lo más relevante de su situación actual, en torno a la cual se enmarcará la construcción de una propuesta viable y razonable.

El diagnóstico sostiene que:

a. Existe un marco legal regulatorio vinculante para la definición del modelo hospitalario e institucional que debe seguir el complejo hospitalario San Juan de Dios como "un centro especial para la educación univesitaria que imparta, en las ciencias de la salud, las universidades oficiales y privadas, esto es como hospitales universitarios"
b. Existe también un marco regulatorio que define el tratamiento del CHSJD como bien de interés cultural de la Nación y establece las obligaciones del Estado en materia de conservación y protección de su patrimonio y su uso.
c. Como consecuencia de lo anterior, la recuperación funcional del hospital como entidad asistencial, de investigación y de docencia en el campo de la salud, no es materia discrecional sino obligatoria.
d. En la medida que el CHSJD no fue objeto de un cierre programado con la adopción de las correspondientes medidas precautelares, sino de un paulatino abandono de las entidades responsables, su recuperación exige una reingeniería institucional, un programa de saneamiento ambiental y de gestión de riesgos, una recuperación de infraestructuras, edificaciones y espacios públicos, una solución al problema de la ocupación irregular de instalaciones y la construcción de un programa médico – arquitectónico adaptado a las fases y requerimientos de recuperación funcional.
e. Existe también un marco regulatorio urbanístico propicio para la reactivación del CHSJD. La reactivación del Hospital tendrá un impacto positivo indiscutible en la recuperación urbanística y ambiental de la zona de influencia y en el cambio de signo en los procesos de deterioro de los barrios adyacentes.
f. Los proyectos adoptados por la administración distrital, especialmente en materia de movilidad con el trazado de la primera línea del Metro, constituyen un soporte urbanístico notable para la recuperación del CHSJD.

2 SITUACIÓN ACTUAL DEL CHSJD

El diagnóstico identificó unas características básicas sobre la situación actual del CHSJD que se resumen en cinco apartados: entorno legal, entorno institucional, problemática ambiental y urbanística, estado de conservación del conjunto urbano arquitectónico del CHSJD, y problemática social.

2.1 ENTORNO LEGAL

La primera conclusión del diagnóstico sobre el entorno legal es que no se encontró evidencia sobre el hecho de que el CHSJD cuente con una personería jurídica propia pública o privada. En algún momento del tiempo se asumió la existencia de la Fundación San Juan de Dios pero posteriormente en el año 2005 el Consejo de Estado estableció que dicha fundación en realidad nunca existió y que el CHSJD corresponde a un conjunto de bienes de propiedad de la Beneficencia de Cundinamarca. Se resalta que la decisión del Consejo de Estado no corresponde a la orden de liquidación o extinción de la Fundación de Juan de Dios sino a la nulidad de unos Decretos que presumían su existencia. El Consejo de Estado conceptuó que la Fundación en realidad no existió, y por lo tanto los Decretos mencionados terminaron siendo nulos y como consecuencia de ello también el acto administrativo que posteriormente le había reconocido personería jurídica a la Fundación.

Esta conclusión del diagnóstico resulta vital para efectos de la propuesta de una nueva institucionalidad por cuanto no se está en presencia de una persona jurídica que deba reorganizarse sino de un conjunto de bienes con unas características especiales.

También en el diagnóstico se estableció que conforme a los pronunciamientos jurisprudenciales el titular de estos bienes es la Beneficencia de Cundinamarca y por ende a esa entidad corresponde en este momento los derechos reales sobre los mismos y debe ejercer las acciones legales correspondientes para recuperar la propiedad y tenencia de tales bienes conforme lo ordenó la Corte Constitucional. No obstante lo anterior, la Resolución 197 de 27 de noviembre de 2014 proferida por el gerente liquidador del conjunto de derechos y obligaciones de la extinta Fundación San Juan de Dios en liquidación, establece la adjudicación por enajenación del CHSJD a la Empresa de Renovación Urbana de Bogotá por lo que el análisis y escenarios propuestos se desarrollarán teniendo en cuenta este nuevo hecho.

Dentro de ese contexto aparece una circunstancia favorable para la reapertura del CHSJD por cuanto en realidad se trata de unos bienes públicos que ciertamente tienen una característica especial como Bienes de Interés Cultural y un uso predeterminado por la ley como es la destinación en asistencia-educación-investigacion en salud, por lo cual es posible explorar una amplia gama de posibilidades para que se cumpla el uso definido en la Ley 735 de 2002.

Dentro de las conclusiones del diagnóstico también se señaló que los bienes se encuentran desafectados del pago de los pasivos laborales de los antiguos colaboradores de los hospitales San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil por cuanto finalmente la Corte Constitucional obligó a la Nación, el Distrito Capital y la Beneficencia de Cundinamarca a asumir estos pasivos en su calidad de entidades públicas y con cargo a sus presupuestos y a los Ministerios de Educación, Seguridad Social y Cultura así como al DNP; y apropiar las partidas necesarias para acometer las obras de remodelación, restauración y conservación del monumento nacional hospital San Juan de Dios y del Instituto Materno Infantil.

Del mismo modo y también como consecuencia de lo resuelto por la Corte Constitucional, se estableció que existe una fecha cierta de terminación de las relaciones laborales de estos colaboradores, razón por la cual la nueva institucionalidad que se defina no tiene la obligación de vincular personal que anteriormente tenía relaciones con los hospitales San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil.

Finalmente el diagnóstico identifica que de acuerdo a la ley, los Hospitales San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil son Bienes de Interés Cultural del ámbito nacional y por ende son bienes inembargables, imprescriptibles e inalienables.

2.2 ENTORNO INSTITUCIONAL

2.2.1 Modelo misional y desempeño histórico del hospital

Aportes del CHSJD a la educación y a la medicina. Se enfatiza la importancia del conjunto hospitalario San Juan de Dios, en la historia de la medicina y en la historia de la educación médica. Se destaca de manera especial el rol del servicio de urgencias, el cual, a pesar de las limitaciones propias del tipo de institución en la que se desarrolló, alcanzó renombre y reconocimiento a nivel nacional e internacional, siendo una de las instituciones de referencia en lo que tiene que ver con la atención del trauma, particularmente en los casos complejos y severos, ante los cuales los pacientes, independiente de la ubicación del evento, eran trasladados al complejo hospitalario, en el cual fueron siempre recibidos y atendidos, independientemente de las condiciones económicas o sociales, destacando que las posibilidades de superviviencia eran mayores que en el resto de instituciones de salud hasta mediados de la década de los 70 del siglo XX.

Se puede observar entonces, que los aportes del conjunto hospitalario San Juan de Dios, son de gran envergadura y utilidad a nivel nacional e internacional y se produjeron en los campos de la atención,

la educación, el conocimiento y la investigación en salud, se produjeron gracias a la interacción continua y permanente con las facultades las áreas de la Salud de la Universidad Nacional y son un patrimonio que, en la crisis actual del sector, conviene rescatar como un modelo de oportunidad para el crecimiento intelectual, social e institucional ciudad – región – y del país.

2.2.2 Perfil de los hospitales universitarios

La literatura disponible hace la diferenciación entre los *hospitales docentes y* los *hospitales universitarios*. Para el hospital universitario es esencial contar con vocación y compromiso con los aspectos académicos, los cuales involucran todo el proceso formativo, desde la planificación de los contenidos curriculares hasta su evaluación, de tal modo que el Hospital y la universidad establecen una relación simbiótica orientada a la generación de conocimiento y a la formación de nuevos profesionales y especialistas en las áreas de la salud y aquellas conexas, al tiempo que se ofrecen los servicios médico asistenciales que requiere la población y que incluyen la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, lo que de manera resumida se puede denominar como el ejercicio de la regencia científica por parte de una universidad.

Un segundo aspecto sobre el hospital universitario radica en la necesidad de ofrecer un portafolio de servicios que garantice la integralidad en el tratamiento médico científico de las patologías que constituyen el motivo de consulta de los usuarios, lo que representa la disponibilidad de la mayor cantidad de tecnologías, el acercamiento y aporte continuo a la investigación básica y sobre todo el énfasis traslacional del conocimiento.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia tiene un marco normativo que hace obligatorio el cumplimiento de una serie de requisitos que el nuevo Complejo Hospitalario San Juan de Dios está obligado a cumplir antes de abrir sus puertas. En este sentido se recomienda el apalancamiento del conjunto hospitalario con otros agentes del sistema de salud, lo cual incluye la vinculación de un diverso grupo de entidades en las que se apoye el desarrollo de la gestión, lo que incuye por ejemplo de una (o varias) IPS junto con universidades que ofrezcan programas de salud acreditados y cuenten con grupos de investigación debidamente categorizados en Colciencias, quedando pendiente que desde el diseño, los procesos, procedimientos y aún la dotación y la infraestructura, estén formuladas para posibilitar el logro del nivel de acreditación dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

2.2.3 Aspectos organizacionales y de administración del CHSJD

El CHSJD se encuentra constituido por un conjunto de 24 edificaciones, dispuestas dentro de un espacio físico particular de acuerdo con las consideraciones arquitectónicas y urbanísticas propias de cada momento histórico de su desarrollo y en donde han funcionado diverso tipo de entidades, en las que se han ofrecido labores de asistencia, educación e investigación en salud, algunos de las cuales

(i) continúan hoy vigentes y en pleno funcionamiento, como ocurre con el Instituto Nacional Cancerológico, que ha funcionado en las instalaciones del "edificio de Radium", el Instituto Nacional Federico Lleras Acosta, en el "edificio dermatológico", el Centro de Atención del adulto Mayor en el "edificio del Ancianato" o el edificio del Jardín Infantil,

(ii) otras con una operación activa pero parcial como ocurre con el Instituto Materno Infantil IMI y

(iii) (otras que entraron en cese de actividad, y que corresponde a entidades con edificaciones como El Instituto de Inmunología, la torre quirúrgica o edifico central, el edificio para la resonancia magnética, el edificio de salud mental y el de rehabilitación psiquiátrica, el de enfermedades tropicales entre otros, que como piezas patrimoniales se pretende recuperar y conservar.

Se advirtió que el perfil de usos de las edificaciones que hacen parte constitutiva del CHSJD ha sido históricamente no solo diverso, sino también gestionado por múltiples entidades, alrededor de una vocación de proveer servicios de salud, educación de talento humano e investigación en salud, junto con un conjunto de servicios derivados de tipo conexos, complementarios, sociales e institucionales, que han definido su tradición histórica.

Se precisó que el PEMP determina un conjunto de exigencias relacionadas con los aspectos que deben ser fortalecidos para desarrollar la atención adecuada de los BIC del CHSJD, entre ellos, la exigencia de un modelo de gestión, la presencia de un ENTE GESTOR para administrar el PEMP y el estudio de los perfiles de usos y de oferta/demanda de los servicios que permitirán elaborar una propuesta de sostenibilidad de los bienes, que se desarrollan en el tomo II de propuesta.

2.2.4 Elementos para la Construcción del Programa Médico Arquitectónico

En atención a la ley 735 de 2002 el conjunto hospitalario San Juan de Dios no solamente tiene como objeto el ser una institución de prestación de servicios de salud de alta complejidad, sino que, dado su carácter universitario, también tiene vocación de convertirse en centro de excelencia en investigación y docencia en salud (Congreso de Colombia, 2002).

A partir de estas determinantes para el futuro del nuevo CHSJD, se identificaron tres aspectos determinantes para la construcción del programa médico arquitectónico, que deben ser cotejadas con las intenciones del distrito: Estudio de Oferta y Demanda de Bogotá Región, Necesidades en Investigación y Necesidades de Talento Humano en Salud.

Oferta y Demanda Bogotá Región

Para efecto de esta síntesis ejecutiva hay aspectos epidemiológicos y sociodemográficos que tienen relevancia y son de destacar.

En primer lugar la proyección de la población para el país, Bogotá y Cundinamarca

POBLACIÓN TOTAL – NO. HABITANTES	2015	2020
Bogotá	7.878.783	8.380.801
Cundinamarca	2.680.041	2.887.005
Colombia	48.203.405	50.911.747

Fuente. DANE Proyecciones 2005-2020

Nota: Cálculos basados en datos de población total por subred Tabla 14 Documento Redes distritales 2012.

Puesto que el análisis de oferta y demanda de servicios para el CHSJD se orienta hacia población adulta, resulta conveniente conocer la Población Proyectada mayor a 18 años para 2015 y 2020 igualmente para Colombia, Bogotá y Cundinamarca.

POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS	2015	2020
Bogotá	5.691.742	6.188.658
Cundinamarca	1.813.711	1.999.910
Colombia	32.737.024	35.603.251

Fuente. DANE Proyecciones 2005-2020 Tabla 79 Documento dic. 15 de 2014

Población Mayor de 18 años Bogotá 2012: 5.369.985 habitantes

En la información consultada se evidencia que el crecimiento poblacional de Bogotá ha disminuido, contrasta con la de unos municipios cercanos a la ciudad que han presentado crecimiento de su población como es el caso de los municipios de Mosquera, Chía, Cota, La Calera, Funza, Soacha que constituyen el borde urbano de Bogotá. Por tanto el crecimiento de los municipios de éste borde urbano de la capital del país, tiene impacto sobre la planificación de la prestación de servicios de salud de la ciudad tal como se demuestra en las estadísticas de servicios prestados en salud en particular de las instituciones del tercer nivel de complejidad de la red pública distrital, lo cual constituye elemento a considerar en el análisis de oferta y demanda de servicios del distrito capital.

También es claro que la ciudad capital y el país en general experimentan un proceso de transición demográfica que ha implicado un aumento en la esperanza de vida de sus habitantes lo que ocasiona cambios en el perfil epidemiológico de la población, con el consecuente cambio en las necesidades en cuanto a la atención en salud de los habitantes. La población mayor a 65 años viene experimentando un crecimiento progresivo en el tiempo. Para 2015 la estructura poblacional por edad proyectada muestra una población del 22.9% para el grupo de edad entre 0 -14 años, del 69.5% en el grupo 15-64 años y del 7.5% en mayores de 65 años.

Los indicadores de salud de la población mayor de edad que puede estar afectada por enfermedades crónicas evidencia que las enfermedades cardio - cerebro- vasculares son la principal causa de mortalidad en el población de Bogotá- Región; enfermedades que pueden empezar mostrar una tendencia en aumento en su prevalencia en las personas a partir de los 50 años, cuando todavía se encuentran en la franja de población económicamente activa lo que implica una consecuencias negativas para el sector salud, sino también para otros sectores como puede ser el sector económico. Por consiguiente se requiere un seguimiento estrecho a estos indicadores de salud en la población adulta puesto que una prioridad para cualquier gobierno es buscar mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos. Resulta evidente que la población mayor a 65 años es un grupo vulnerable, que requiere atención integral desde las perspectivas de su salud física, mental y acompañamiento por parte de la sociedad en cabeza de sus autoridades de salud.
Las causas de mortalidad general en Bogotá, 2013, de acuerdo con estadísticas del DANE indican que las tres primeras causas de mortalidad en la ciudad corresponden a las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, el trauma y las patologías del sistema digestivo. Son también significativas la diabetes mellitus, las enfermedades hipertensivas y neoplasias malignas de diferentes órganos.

En relación igualmente con mortalidad asociada a trauma y sus causas, la información reportada por el DANE, se ha encontrado que las causas relacionadas con accidentalidad vial y la violencia en personas adultas menores de 60 años constituyen causa de mortalidad principal en el país, en Bogotá y en Bogotá Región, lo cual genera la necesidad de atención integral desde su prevención hasta su manejo y rehabilitación en salud frente a esta problemática con carácter prioritario (DANE , 2014). Se ha considerado el trauma como la epidemia del siglo XXI por parte de Organizaciones Internacionales (ACS - Committee on Trauma, 2008).

Al considerar el concepto de mortalidad evitable, éste se relaciona en el país con un primer grupo de causas constituidas por violencia y accidentalidad, un segundo grupo con enfermedades crónicas cardiacas, respiratorias, cáncer y diabetes y otro final de enfermedades transmisibles. Se evidencia que la patología del segundo grupo es la prevalente en la zona central del país. Lo anterior no dista de lo observado en las distintas áreas geográficas de Colombia.

Por otra parte, al considerar el Perfil de Morbilidad de Bogotá, las enfermedades crónicas representan la principal causa de mortalidad y morbilidad en Bogotá y Bogotá Región. Patrones contribuyentes se asocian con alta probabilidad al sedentarismo, factores alimentarios no adecuados, consumo de tabaco y alcohol y exposición a riesgos infecciosos y químicos

particularmente en los lugares de trabajo. La SDS estimó en 2013 que un 11.5% de habitantes son obesos, 34% tienen sobrepeso y 32% son fumadores y que el deterioro ambiental incrementa la demanda de servicios de salud.

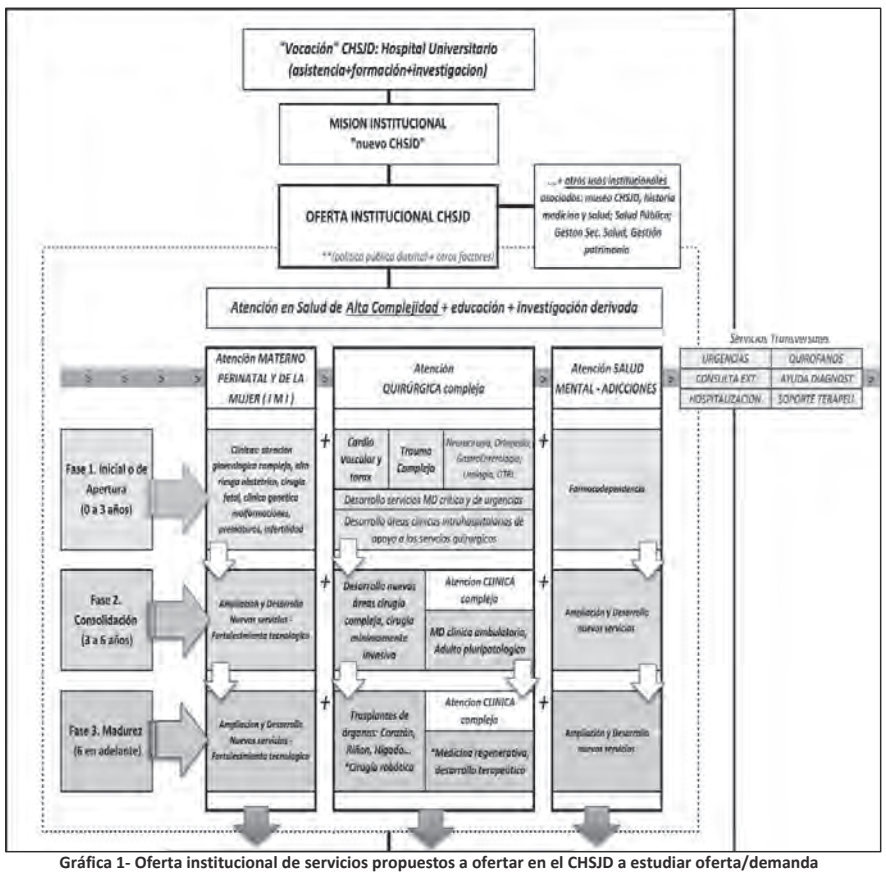
Los análisis de morbilidad también permiten mostrar la necesidad de atención de otras patologías y sus secuelas: atención de trauma por accidentalidad y violencia, accidentalidad derivada de las actividades laborales (tasa distrital 5.4 por 100 trabajadores) y atención de la discapacidad con prevalencia reportada por el DANE para el distrito capital del 5.6% en 2013 (411.812 personas), el 43% de las causas se asocia a enfermedades crónicas y con la mayor concentración en las localidades de Kennedy, Rafael Uribe Uribe y Bosa.

El análisis de Oferta – Demanda se ajustó a unos principios básicos los cuales incluyeron Alta Complejidad de los servicios a ofertar, Complementariedad de los servicios actualmente prestados por la Red Distrital y evitar la Duplicidad en la oferta de los mismos, Gradualidad o Desarrollo por Fases en la implementación de los servicios Ofertados proyectados a 3, 6 y 10 años y su caracterización como Hospital Universitario dentro del Proyecto reapertura HSJD

Mediante la Metodología descrita en cada uno de los respectivos análisis, se procedió al cálculo de la Demanda y Oferta de servicios de Salud de Alta Complejidad para determinar la existencia de brechas de atención en las cuales el Proyecto CHSJD tendría su campo de acción bajo los principios referidos atrás.

Una primera actividad dentro del análisis consistió en definir para el CHSJD el perfil potecial de servicios de salud de Alta Complejidad a ofertar, dentro de un área de influencia que consideró la demanda del propio Distrito Capital como un primer nviel de demanda de mercado próximal, un segundo nivel de demanda en un mercado intermedio regional constituido el Departamento de Cundinamarca y un tercer nivel de demanda de un mercado distal correspondiente a todo el país.

Luego se procedió a implementar la metodología previamente descrita, la cual en resumen consistió en la determinación y cálculo de la demanda insatisfecha, para lo que se utilizaron datos de la encuesta nacional de calidad de vida de 2007 para Bogotá (demanda insatisfecha asociada a problemas económicos de los pacientes, demoras prolongadas para la atención, problemas de desplazamiento, etc.). De otra parte se valoró la demanda auto reprimida, esto es, personas que voluntariamente no accedieron a servicios de salud y prefirieron buscar otro tipo de atención (farmacias, medicina no formal, automedicación, no creencia en el personal médico ó en las instituciones, subvaloración de su condición patológica, etc). Esta demanda no fue incluida en el análisis, pues se consideró que siempre existirán personas que se orienten en esta dirección aún contando con servicios de atención en salud de alta calidad y con posibilidad de acceder a los mismos.



Gráfica 1- Oferta institucional de servicios propuestos a ofertar en el CHSJD a estudiar oferta/demanda
Fuente: elaboración propia, basado en trabajo de consenso UNAL y SDS

Conocida la demanda insatisfecha, se determinó la brecha de población por atender y en la cual se tendría el escenario para el proyecto CHSJD. Los resultados para los servicios analizados constitutivos de la vocación institucional en su primera Fase: Servicios Quirúrgicos de Alta Complejidad, incluida la atención de Trauma Complejo. Se incluye análisis en Salud Mental en áreas de Farmacodependencia y Adicciones. Se también calculan apoyos requeridos en Hospitalización General, UCI y Cuidado Intermedio), resultados que se presentan a continuación a partir del Estudio Central de Oferta Demanda construido mediante la metodología resumida previamente.

En la gráfica anterior se presentan los servicios asistenciales a desarrollar en cada una de las fases dentro del proceso de reapertura y consolidación del nuevo HSJD. La primera Fase resaltada en color verde, corresponde al objeto del análisis de O – D del Estudio.

Los resultados resumidos del análisis anterior se presentan en la Tabla siguiente:

Tabla 1. Consolidado de requerimientos de recursos físicos para atender demanda insatisfecha CHSJD 2015

		CANTIDAD DE OFERTA INSTALADA (recursos físicos básicos) REQUERIDA 2015						
UNIDAD FUNCIONAL	RECURSO	BLOQUE CIRUGIA MAYOR (cardio vascular, torax y otros)		CENTRO DE TRAUMA		UNIDAD ADICCIONES		TOTAL
CONSULTA EXTERNA	Consultorios	42		4		1		47
URGENCIAS	Consultorios	7		3		1		11
HOSPITALIZACION	Camas Generales	115	191	57	69	11	11	271
	UCIntermedios	55		8		0		
	UCIntensivos	21		4		0		
QUIROFANOS	Urgencias	3	17	3	3		0	20
	Electiva/Ambit	14		0				

En la tabla quedan explícitos el número de consultorios para la Consulta Externa y urgencias, camas de hospitalización general, UCI y cuidado Intermedio y quirófanos para atención de urgencias y de cirugía electiva especializada.

Necesidades de Educación y Talento Humano en Salud

A partir de la reforma de la Salud del año 1993, y en particular durante los últimos 15 años la cobertura de la población colombiana por los diferentes regímenes de salud el contributivo y el subsidiado ha venido en aumento llegando al 95,9% de cobertura en el 2010 (Amaya Lara, y otros, 2013). Esta situación ha implicado que el acceso a los servicios de salud aumente y que por consiguiente la demanda de estos crezca de igual forma. En consecuencia se han generado inquietudes sobre el crecimiento de la demanda de los afiliados al sistema de seguridad social en salud y su influencia sobre los requerimientos crecientes de esa población, frente al talento humano en salud que se requiere para su atención con elevados estándares de calidad. Sin lugar a dudas, contar con un número no solamente suficiente de profesionales de la salud sino también de una adecuada calidad para que atiendan las necesidades de la población es factor central e imprescindible para asegurar los objetivos de cualquier Sistema de Calidad en Salud.

El proceso de aprendizaje de las diferentes disciplinas dentro de la ciencia de la salud en términos generales tiene que hacerse en escenarios donde se conjuguen la teoría y la práctica, es decir en extensiones del campus universitario y que en áreas de salud corresponde al Hospital Universitario.

Independientemente de la carencia de información más reciente (último análisis disponible es de 2009) sobre recursos humanos en salud para la prestación de servicios, las proyecciones contenidas en el documento elaborado por MINSALUD, U. Javeriana y CENDEX guardan coherencia con lo observado en la Red Distrital de carencia de personal calificado especializado y subespecializado para la prestación. El proyecto CHSJD por su carácter de Hospital Universitario tiene como labor misional la formación de personal y recursos humanos para la atención en salud dentro del marco de los déficits encontrados de personal calificado a partir del análisis de la documentación disponible sobre esta materia. En conjunto con la entidad universitaria y su regencia se establecerán planes a mediano y largo plazo de formación. La Universidad Nacional de Colombia estaría en capacidad de continuar y contribuir a esta labor misional, tal como lo ha hecho a través de 140 años de labor conjunta con el Hospital San Juan de Dios. En esta labor de formación de recurso humano en salud se hace necesario anotar que el esfuerzo desde lo público no es suficiente en el corto o mediano plazo y por tanto el sector privado continuará teniendo un rol importante en la solución del problema de insuficiencia de este recurso para la atención de la salud local, regional y del país.

Para la definición del número de estudiantes asignados a servicios asistenciales se han definido 7 referentes:

1. Capacidad Instalada del escenario de práctica
2. Número de estudiantes permitidos según capacidad instalada
   Los parámetros considerados en este referente varían según los programas y sus características propias: por ejemplo: entre 1 y 2 estudiantes por cama hospitalaria, 3 estudiantes por quirófano, 3 estudiantes por cada consultorio de consulta externa
3. Producción de la capacidad instalada con análisis temporal como % ocupacional ó número de actividades (laboratorios, imágenes diagnósticas)
4. Asignación de estudiantes por unidad funcional, por jornadas de 6 a 8 horas por día con un número de 6 estudiantes de acuerdo a complejidad del servicio y necesidades de formación.
5. Tiempo equivalente de Docentes dependiente del Nivel de formación y del tipo de práctica del estudiante. Una forma para el cálculo propuesta es una relación 1:1 para los posgrados en cirugía, 1:2 para consulta de cirugía general, 1:1 en anestesiología y odontología, 1:6 para Medicina Interna. Se anota que estos son algunos referentes
6. Número de Procedimiento que permitan adquirir destrezas y habilidades y el cumplimiento de los objetivos de formación
7. Considerar el Nivel de complejidad de atención del Hospital escenario para las prácticas.

Adicionalmente, en el Acuerdo 153 de octubre 30 de 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social – Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud – CITHS en el Anexo Técnico 2 estableció que las prácticas de formación en salud tendrán 1 docente por cada 10 estudiantes.

Para el proyecto CHSJD se presenta un modelo y ejercicio simulado de análisis de oferta demanda académica a partir de información obtenida en las Facultades de Salud de la Universidad Nacional de Colombia aplicado a un Hospital hipotético con 250 camas hospitalarias incluyendo cuidados críticos, con quirófanos, servicios ambulatorios, servicio de atención de urgencias y trauma, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. Este análisis tiene por objeto modelar lo que sería una posible demanda y oferta de servicios académicos para formación de recurso humano en salud acorde con el portafolio de servicios institucional, capacidad instalada acorde con el Programa Médico Arquitectónico y modelo académico para la docencia y formación.

En primer término, se presenta el número total de estudiantes de pregrado y posgrado de diferentes carreras profesionales que potencialmente utilizarán en alguna de sus etapas de formación los escenarios clínicos del Hospital.

No. estudiantes	Medicina	Enfermería	Odontología	Farmacia	Total
Pregrado	2.299	830	605	692	4.426
Posgrado	398	130	44	39	611
Total	2.697	960	649	731	5.037

Fuente: FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA 2014

Un total de 5.037 estudiantes potencialmente realizarán prácticas académicas en una institución hospitalaria, de los cuales en la Facultad de Medicina constituyen un poco más del 50% y corresponden a 2.299 estudiantes (Carreras de Medicina, tres Terapias, Nutrición), 398 estudiantes de Especialidades de Posgrado (Total 33 Especialidades). No se incluyen estudiantes de maestría ni doctorados. En enfermería serían en total 960 estudiantes de pre y posgrado, 649 estudiantes en odontología y 731 en Farmacia.

Del total de estudiantes presentados previamente, un número de ellos en su proceso de formación se encontrarán en prácticas clínicas y el grupo restante corresponde a rotaciones en ciencias básicas. En un hospital hipotético con 250 camas y con los servicios descritos anteriormente, se presenta a continuación la distribución de estudiantes en prácticas clínicas y finalmente el número de estudiantes a rotar por la institución de 250 camas de internación para las Carreras de Medicina y para el total de las carreras de salud.

Tabla 2. Estudiantes en Práctica Clínica y Estudiantes que rotarían – Hospital 250 camas. 2014

Programa	No. Estudiantes	No. Estudiantes Práctica Clínica	No. Estudiantes por Rotación
Pregrado	1.179	591	252
Internado	238	221	104
Postgrado	398	287	223
Total	**1815**	**1099**	**579**
TODAS LAS CARRERAS			
Pregrado e internado		4.426 Estudiantes	
Postgrado		611 Estudiantes	
Estudiantes en Práctica Clínica		2.369 Estudiantes	
Estudiantes en Rotación Hospital 250 camas		**1.050 Estudiantes**	

Fuente: Facultad De Medicina Universidad Nacional De Colombia 2014

En resumen para un Hospital de 250 camas se demandan espacios de práctica hospitalaria para un total de 1.050 estudiantes por rotación. En Medicina rotarían 252 estudiantes de pregrado, 104 estudiantes de internado y 223 estudiantes de posgrado para un total de 579 estudiantes. A otras Facultades corresponderían cupos para 471 estudiantes. Habría gradualidad en incorporación estudiantes de acuerdo a necesidades identificadas en relación con servicios habilitados. para el hospital hipotético se tendría un 30-38% de estudiantes de posgrado en especialidades médico quirúrgicas en rotación (120-150 residentes).

Si bien no hay información totalmente válida sobre estándares de número de estudiantes por cama hospitalaria en su proceso de formación, para el presente modelo se tendría como indicador: Total estudiantes rotantes hospital 250 camas: 1.050 estudiantes. Estudiantes por cama: 1.050 / 250 = 4.2 estudiantes/ cama, indicador global considerado adecuado teniendo en cuenta que incluye estudiantes de todas las carreras de pregrado y posgrado, hay rotaciones y jornadas, y se propone con base en juicio de expertos de las distintas facultades luego del análisis de un portafolio de servicios de atención hospitalaria y del sistema de calidad y de seguridad del paciente entre otros factores.

Necesidades en Investigación

Una propuesta para los temas a Investigar en el CHSJD se consolida en la siguiente tabla: un primer grupo relacionado con proyectos y grupos de investigación al interior de los servicios asistenciales vocacionales presentes y futuros y un segundo grupo fundamentado el quehacer de Centros de Excelencia e Institutos a desarrollar en el mediano y largo plazo en el nuevo Centro Hospitalario como Hospital Universitario.

Tabla 3. Relación del número de grupos de investigación con los servicios y temas prioritarios de investigación a desarrollar en el CHSJD 2015

Servicios prioritarios CHSJD – Vocacionales (Investigación)	Grupo de Investigación relacionados con el tema
Atención Materno – Perinatal	9
Atención integral de adultos y personas mayores con patologías múltiples	9
Trauma complejo y atención integrada de Urgencias y Emergencias	5
Trasplantes	1
Neurociencias	5
Rehabilitación y Desarrollo humano	2
Odontología Reconstructiva	2
Medicinas Alternativas y terapias complementarias	1
Salud Pública, Enfermedades tropicales y Atención Primaria en Salud	16
Seguridad alimentaria y nutrición	7
Salud ambiental	8
Biotecnología y Robótica aplicada en salud	1
Biología molecular, Inmunología y Laboratorio clínico	1
Farmacología y Tecnologías en salud	1
Administración, Gerencia y Gestión en salud	1
Arquitectura e Ingeniería hospitalaria	1

Fuente: Adaptado de Colciencias – Oferta -Demanda CHSJD

En relación con algunas de las temáticas de investigación a desarrollar en el CHSJD, es claro que en biología molecular, biotecnología, farmacología, administración y arquitectura e ingeniería hospitalaria hay espacio para la conformación y establecimiento de nuevos grupos de investigación.

En resumen, es evidente que la salud ha sido por años eje central de la investigación en Colombia. Se reconoce que la generación de conocimiento en salud a través de la investigación tiene una agenda de prioridades establecidas a nivel nacional por el ente regulador Colciencias y a nivel local y regional por la Secretaría distrital de Salud. Esta agenda tiene elementos comunes con las líneas de investigación desarrolladas o propuestas por grupos de investigación con trayectoria en investigación reconocidos por Colciencias en sus diferentes categorías de mayor a menor Categorías A, A1., Categorías B y por último C. Estos Grupos pertenecientes a distintas entidades universitarias tienen de hecho una estructura para la investigación conformada y sólida a partir de las categorías A y en consolidación en las otras categorías.
Es de destacar el liderazgo que en materia de investigación tiene la Universidad Nacional de Colombia y que adicionalmente la ha tenido en el pasado como ente rector investigador en el Hospital San Juan de Dios, por años de vinculación cercanos a los 140 años antes de su salida de operación. En este orden de ideas hay proyectos que podrían iniciarse desde el mismo momento de apertura institucional como serían enfermedades crónicas, salud mental y trauma, y otras disciplinas afines. Dentro del nuevo proyecto CHSJD esta estructura histórica podrá estar al servicio del proyecto e igualmente podrán integrarse otras entidades académicas universitarias a través de proyectos de investigación de alta prioridad para la nueva institución bajo los criterios que para ese propósito establezca el CHSJD. Resulta pertinente anotar que los recursos provenientes de investigación constituyen fuente importante de financiamiento y sostenimiento del nuevo proyecto hospitalario que debe ser tenido en cuenta. Lo anterior, a manera de conclusión, constituye una propuesta sobre el tema de investigación para el Proyecto CHSJD, vocación esencial a cumplir como Hospital Universitario.

2.3 PROBLEMÁTICA AMBIENTAL Y URBANÍSTICA

2.3.1 Problemática ambiental

Para este informe ejecutivo, en cuanto al diagnóstico se destacan cinco aspectos de la problemática ambiental del complejo, centrada en los potenciales riesgos que posiblemente se generaron con el cierre no programado del hospital, con la advertencia de que dicha problemática ambiental no está reducida exclusivamente al tema de los riesgos.

Acumulación de cepas patógenas

El complejo tuvo una alta circulación de personas enfermas, muestras de tejidos humanos y residuos hospitalarios hasta hace 14 años aproximadamente.

Este flujo estuvo acompañado de la aplicación prolongada de antibióticos y desinfectantes que favorecen la supervivencia selectiva de cepas patógenas resistentes a dichas sustancias. Algunas de ellas pueden presentar resistencias múltiples, abarcando muchas de las principales sustancias que hoy se aplican al control de infecciones, por lo que, de llegar a infectar a una persona, la gama de recursos para su tratamiento se reduce o desaparece.

Los edificios sometidos por períodos prolongados a este manejo tienden a formar acumulaciones de dichos patógenos, los cuales tienen una alta capacidad de generar enfermedades graves, lesiones permanentes o la muerte.

Esta capacidad morbogénica o letal se incrementa sobre las personas que presentan condiciones fisiológicas que las hacen más vulnerables: niños pequeños, mujeres gestantes, enfermos, lesionados graves, ancianos, personas con cualquier forma de depresión inmunológica. Estas personas son usuarios frecuentes de los edificios hospitalarios.

Los pacientes ambulatorios o internados para cirugías y otros procesos invasivos incurren en riesgos significativos que se suman a su condición patológica original, afectando sensiblemente las

posibilidades de recuperación y supervivencia. El mismo riesgo puede convertir al personal que trabaja y permanece por períodos prolongados en el edificio, en portadores sanos o enfermos crónicos.

Las acumulaciones se concentran en determinados sectores de algunos edificios, pero no quedan exclusivamente confinadas en los mismos. Laboratorios con muestras de tejidos, depósitos de material biológico, acumulaciones de residuos orgánicos abandonadas, redes sanitarias, no sólo son medios propicios para la supervivencia de los patógenos, sino que permiten la evolución de cepas raras de los mismos o de otros microorganismos depredadores de las mismas, potencialmente peligrosos.

Acumulación de sustancias peligrosas químicas y radiactivas

Según los informes revisados, muchas sustancias potencialmente peligrosas quedaron almacenadas y abandonadas en recipientes y depósitos cuya vida útil como contenedores seguros puede haber expirado.

Varias de estas sustancias, como medicamentos, desinfectantes y reactivos analíticos, son potencialmente tóxicas o se degradan en sustancias tóxicas. El deterioro de los contenedores aumenta las probabilidades de que estos residuos peligrosos hayan migrado y se hayan acumulado en drenajes, aislamientos, entrepisos, ventilaciones o pavimentos.

Algunas de estas sustancias tienen un ciclo de descomposición largo y otras, corto. Si estos residuos persisten como riesgo, depende de en cuánto tiempo se degradó la sustancia, en cuánto tiempo se degradó el contenedor y qué sustancias se producen por la degradación de ambos.

De consideración especial es la presencia de sustancias radiactivas de dos tipos: los núcleos de material radiactivo de los aparatos de irradiación y los medicamentos e isótopos con diferentes grados de radioactividad. Aquí se aplica la misma lógica de tiempo de decadencia de la radiactividad *versus* tiempo de vida del recipiente como contenedor seguro. Los fabricantes de estos aparatos y compuestos suponen que al final de la vida útil, los equipos y los envases son enviados a centros de disposición segura especializados o al fabricante para que se encargue de ello. Pero los equipos de irradiación y los envases de sustancias radiactivas del San Juan de Dios permanecen allí, mucho después de las fechas de seguridad.

Sustancias peligrosas y deterioro estructural

La mayor parte de los edificios del complejo hospitalario San Juan de Dios fueron construidos en épocas en las cuales los materiales de estructura y revestimiento eran, en su mayoría, primarios: piedra, ladrillo, arena, madera, cal, con poca participación de materiales peligrosos como el plomo y el estaño.

Sin embargo, secciones más modernas, así como remodelaciones y reparaciones posteriores incluyen, una gama extensa de materiales peligrosos como solventes cancerígenos, barnices con metales pesados y revestimientos y aislantes de asbesto, entre otros. Muchos de estos materiales al degradarse se convierten en partículas solubles en el agua o en polvo que se suspende en el aire. Las piezas que se desintegran lentamente, a través de una porción extensa del edificio, se convierten así, en fuentes duraderas de sustancias tóxicas, que se pueden difundir a través de las redes de agua y las ventilaciones o, simplemente, se volatilizan en la atmósfera interior de los edificios.

Los edificios hospitalarios modernos se construyen con especificaciones de materiales y de diseño que facilitan controlar las acumulaciones de residuos orgánicos y practicar la adecuada limpieza y desinfección. Así mismo, existen normas cada vez más estrictas que previenen el empleo de sustancias nocivas, sean tóxicas o alergénicas, en estructuras, redes y revestimientos. No es el caso de edificios viejos con capa sobre capa de mantenimientos, reparaciones y adecuaciones.

Con toda probabilidad, es más sencillo e, incluso, más barato, construir un hospital moderno para cumplir con normas modernas de seguridad química y biológica, que rehabilitar un edificio viejo para un uso que implica la constante circulación de las personas fisiológicamente más vulnerables y que afluyen en búsqueda de mejorar su salud, no de ponerla en riesgo.

La fauna urbana como reservorio y vector de patógenos hospitalarios

Los informes revisados señalan y la inspección de campo del presente estudio constata, que existe una circulación importante de fauna urbana entre los edificios y el entorno urbano del complejo: vertebrados como perros, gatos, ratas, ratones y palomas, además de artrópodos como moscas, mosquitos y cucarachas, principalmente. Estos animales y sus parásitos tienen capacidades reconocidas como vectores comprobados y potenciales de distintos patógenos. Sus cuerpos, sus heces y otras secreciones sirven como medio biológico para la supervivencia, reproducción y dispersión de microorganismos peligrosos. Como organismos vivos, también son receptáculos y vehículos de sustancias tóxicas o radiactivas bioacumulables.

Tiempo de abandono y curva de riesgo

En medio del panorama de riesgos biológicos, químicos y radiactivos apenas descritos, el tiempo de abandono del complejo juega a favor de la seguridad ambiental del mismo. En 14 años de abandono, muchas de las sustancias químicas peligrosas, muy probablemente, ya se han descompuesto.

Esta anterior consideración desafortunadamente no se aplica a sustancias elementales, como los metales pesados (cadmio, cromo, plomo, arsénico, mercurio, entre las principales) ni a compuestos tóxicos muy estables como varios compuestos y derivados fenólicos. La mayoría de los contaminantes orgánicos persistentes son bioacumulables en mayor o menor medida; esto significa, que no sólo no se degradan, sino que se absorben y no se excretan sino que se acumulan progresivamente en el cuerpo, aumentando su concentración en los organismos animales o humanos expuestos con el tiempo. Tampoco aplica a los materiales radiactivos, con curvas de decadencia muy superiores a los 14 años.

El tiempo de abandono también aumenta la probabilidad de que las poblaciones de microorganismos patógenos hayan desaparecido, excluidas o depredadas por otros microorganismos, o, más simplemente, por la falta de un flujo constante de residuos orgánicos, cuerpos y tejidos humanos.

Sin embargo, la constante habitación y circulación de fauna urbana representa un medio biológico permanente que puede haber prolongado la supervivencia de microorganismos patógenos; al menos, de aquellos capaces de infectar a otras especies, además de la humana.

Finalmente, no se puede desconocer la existencia de otro reservorio potencial de patógenos, tóxicos y radiactividad: las personas que habitan o trabajan (ej: vigilantes) en el complejo hospitalario y que contribuyen a proveer y mantener una masa constante de tejido humano vivo disponible para la infección de los patógenos, la absorción de tóxicos bioacumulables y radiactividad.

2.3.2 Problemática urbanística

1. LA HORTÚA: Pieza urbana con dos componentes esenciales: aglomeración hospitalaria y barrios populares
2. Conformación como "archipiélago" urbano con notorias barreras
3. Manejo urbanístico: como borde marginal del Centro
4. Funcional y simbólicamente : Desintegrado a la geografía de la centralidad
5. Presencia de fuertes barreras urbanas
6. Potencial: mayor aglomeración de hospitales en Bogotá
7. Zona residencial popular con arraigo

El Complejo Hospitalario de San Juan de Dios hace parte de una pieza urbana del *pericentro* de Bogotá cuya paulatina conformación e incorporación a la estructura de la ciudad se produjo a lo largo de los últimos cien años. Es una nueva pieza producto de una dinámica de expansión característica del siglo XX. Surge a raíz de un crecimiento que ya no pudo ser asimilado por la antigua estructura de la ciudad histórica, ni por la ciudad que se intentó transformar en el primer siglo de vida independiente.



Plano 1- Plano de Bogotá 1891 y localización del predio de La Hortúa
Fuente: Atlas Histórico de Bogotá. Cartografía 1971-2007.
Mejia Pavony, G., Cuellar Sánchez, M.

La Hortúa fue una zona a la que se trasvasaron equipamientos asistenciales de salud y cuna de algunos barrios obreros. Fue una nueva pieza urbana no planificada por la administración distrital ni por otros actores sociales. Así, este proceso urbano y su resultado contemporáneo puede entenderse como la paulatina conversión de la *Huerta del Molino de la Hortúa* y otras estancias situadas en la periferia sur de la ciudad y del barrio Las Cruces, en la primera aglomeración hospitalaria de Bogotá ubicada en el pericentro y una de las primeras áreas residenciales para habitantes pobres ubicada en la misma zona.



Figura 1- Aglomeración hospitalaria en la zona de La Hortúa
1. La Misericordia. 2. San Juan de Dios 3. Santa Clara. 4. IMI. 5 La Samaritana. 6. IN de Cancerología 7. Dermatológico Federico Lleras

Por muchas décadas, La Hortúa fue considerada y tratada como un borde periférico del área central y la notable aglomeración de equipamiento hospitalario y de salud no ha recibido el tratamiento debido como zona hospitalaria. Se ha caracterizado como un archipiélago de hospitales que se intercala con otro archipiélago de barrios, con bajos niveles de integración y sometidos a un proceso de aislamiento de cada institución en sus instalaciones para sobrevivir en un medio que pareciese hostil, y de cada barrio en su entorno. Los elementos urbanos generadores de integración, accesibilidad, imagen, calidad ambiental y urbanística, como espacios públicos, parques, arborización, corredores peatonales o alamedas, paraderos de transporte público y estacionamientos, son los que registran mayores déficits en la zona.

La estructura morfológica de la Hortúa mezcla tejidos urbanos de diferentes dimensiones, trazados y formas de parcelación sin solución de continuidad limitando notablemente la conectividad entre barrios y la accesibilidad por la precariedad, baja densidad y discontinuidad de una malla intermedia. La ampliación de la red vial arterial constituida por la Av. Caracas y la Carrera Décima generó un efecto barrera muy fuerte sobre los barrios vecinos y un deterioro notable de los frentes de manzana aledaños.



Plano 2- Estructura morfológica de La Hortua- Tejidos



Plano 3- Estructura morfológica de La Hortua- vialidad

Tanto los usuarios de los equipamientos y servicios hospitalarios como un sector importante de los residentes de los barrios vecinos, utilizan transporte público y son generadores de flujos y recorridos peatonales importantes. No obstante, la zona de la Hortúa se caracteriza por la ausencia de infraestructura y espacios adecuados para los modos de transporte activo de peatones y ciclistas. La ausencia de vías para la movilidad del tipo de paseos o corredores peatonales, alamedas o ciclovías, adecuadamente diseñados, iluminados y equipados, es una de las carencias más importantes de la zona. Por el contrario, el espacio utilizado por peatones y ciclistas se caracteriza por la presencia cada vez mayor de culatas, cerramientos, muros ciegos, cercas, es decir, áreas carentes de iluminación, transparencia, accesibilidad y servicios, generadoras de obstáculos, inseguridad y albergue de usos depredadores.



Figura 2- Cerramientos sobre el espacio público

La integración urbana y espacial es muy limitada entre los hospitales, así como de estos con los vecindarios. Este fraccionamiento y enclaustramiento constituyen los principales factores negativos para el desarrollo del sector. Si la parálisis funcional del CHSJD persiste, crece además de manera exponencial el riesgo de deterioro urbano, social y físico de la zona hospitalaria y residencial de La Hortúa.

El reordenamiento urbano previsto en la última década por algunos instrumentos de planeación, abre nuevas posibilidades y perspectivas para la zona de la Hortúa y para el futuro del complejo hospitalario, de llegar a concretarse y ejecutarse. Teniendo en cuenta que el principal factor que ha jugado en contra de esta zona pericentral es su baja y débil integración con la estructura y la dinámica de la ciudad central y con sus programas y proyectos, se podría revertir esta posición marginal para lograr la efectiva inclusión de La Hortúa en cuatro estrategias que se han empezado a perfilar para la proyección del centro de Bogotá, a saber:

- La articulación de La Hortúa con la estructura, urbana ambiental y del espacio público previsto en algunos programas para el centro
- La articulación de La Hortúa con la franja de intervención prioritaria del área central
- Su integración en los proyectos de nodos de equipamientos, espacios estratégicos y circuitos de movilidad.

La problemática urbana de sintetiza entonces en los siguientes elementos que servirán de base para la formulación de la propuesta.

a. El sector de La Hortúa debe superar la tradicional condición de borde marginal y periférico del centro, y debe ser integrado territorialmente a la geografía de la centralidad de mayor jerarquía de la ciudad: el centro histórico. La segregación de La Hortúa es el mayor factor de riesgo para este BIC, toda la aglomeración hospitalaria y el entorno residencial.
b. Los dos hechos urbanos tradicionales que han articulado esta pieza urbana, la aglomeración hospitalaria y los barrios populares, deben permanecer como componentes esenciales.
c. No se debe propiciar la expulsión de residentes ni la pérdida de la capacidad de alojamiento de los barrios por la presión de actividades depredadoras en ascenso, supuestas expectativas de renovación para otros usos y residentes, o por el efecto expansivo de deterioro físico y social que genera el complejo hospitalario inactivo y en desuso.
d. La revitalización urbana del área afectada y la zona de influencia debe entenderse como la construcción de un *entorno saludable* tanto para la actividad hospitalaria, sus usuarios y trabajadores, como para la población actualmente residente y de un nuevo núcleo poblacional ojalá vinculado a la actividad hospitalaria y la prestación de servicios de salud.

2.4 ESTADO DE CONSERVACIÓN DEL CONJUNTO URBANO ARQUITECTÓNICO DEL CHSJD

Estado de conservación del conjunto urbano arquitectónico del CHSJD

El complejo hospitalario de San Juan de Dios ha sido el equipamiento de salud de mayores dimensiones y complejidad en Colombia, adquiridas en más de un siglo de existencia. Desarrolló un polígono urbano de 16.3 hectáreas, que alberga 97 mil metros cuadrados de área construida para el uso hospitalario, distribuida en 24 edificaciones con diversos usos y tipologías edilicias, constructivas y estructurales. Por esas circunstancias, el CHSJD ha sido una institución que reúne elementos significativos del patrimonio cultural, científico, arquitectónico y urbanístico del equipamiento hospitalario y de servicios de salud en el país. La crisis institucional y la pérdida de su soporte organizacional han puesto en alto riesgo este patrimonio.

El cierre no programado del hospital incidió negativamente en el estado de conservación de los edificios al alterar radicalmente su régimen de usos. Algunos de los inmuebles entraron en desuso y otros fueron empleados por las entidades que los tenían en custodia como depósitos. Finalmente, algunas edificaciones fueron ocupadas como viviendas o zonas de residencia por antiguos trabajadores del hospital con el fin de presionar los arreglos laborales correspondientes.

Por otra parte, el conjunto hospitalario presenta una aguda problemática social derivada de la situación de éstos ex-trabajadores que ocupan total o parcialmente algunos edificios, entre ellos: Mantenimiento, Salud Mental, Cundifarma, San Lucas, Cirugía Plástica y el piso 9 del Edificio Central. Éstas personas carecen de servicios públicos básicos tales como: agua y luz, y están en permanente condición de riesgo para su salud, la cual se ve agravada por la presencia de residuos hospitalarios en algunos edificios. Se presenta un plano de situación actual del predio donde se relacionan los usos existentes.



Plano 4- Situación actual de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios

Las edificaciones que forman parte del conjunto dan testimonio de la evolución de los conceptos y la expresión material de la arquitectura al servicio de la medicina en Colombia a lo largo del Siglo XX. Este patrimonio cultural incluyó un repertorio de técnicas constructivas y de tipologías, que van desde la sencillez de los edificios tipo pabellón, hasta la Torre Quirúrgica, correspondiente al tipo de «bloque compacto».

Etapas constructivas

El Estudio Histórico del CHSJD identificó 7 etapas constructivas:

Etapa 1- 1911-1913: Conformada por los edificios Instituto Inmunológico, San Roque y San Jorge. Fueron construidos originalmente para albergar un «manicomio moderno», y posteriormente, cuando se decidió el cambio del predio al uso hospitalario, se convirtieron en el núcleo central del conjunto arquitectónico. Son de autoría del Ing. Ramón J. Cardona y su construcción tuvo inicio en el año 1913 (Romero Isaza, Zambrano Caicedo, & Cárdenas, 2008, pág. 46). Los inmuebles están localizados sobre el costado norte del predio, situándose el conjunto hacia la parte media del frente que éste presenta sobre la calle 1ª.

Etapa 2- 1919-1922: Pertenecen a éste grupo los edificios San Eduardo, San Lucas, Cirugía Plástica y Siberia. Su construcción se inició en el año 1.919, después de la sesión del predio por la Nación a la Beneficencia del Departamento de Cundinamarca y consecuente con la necesidad de desarrollo del nuevo hospital. El proyecto fue de los arquitectos Manrique Martín y Arturo Jaramillo y la construcción del Ing. Ramón J. Cardona. Los edificios mencionados, junto con el Instituto Inmunológico, San Roque y San Jorge, fueron incorporados al diseño del conjunto hospitalario, en las bases del concurso convocado por la Junta de Beneficencia (Romero Isaza, Zambrano Caicedo, & Cárdenas, 2008, pág. 54).

El conjunto, con excepción del edificio Siberia, está ubicado en proximidad de la calle 1ª sur, haciendo evidente la voluntad de ocupación paulatina de éste costado del predio, que se sumó a la construcción existente del Instituto Inmunológico y los edificios San Roque y San Jorge. Forma también parte de éste conjunto el Instituto Materno Infantil, el cual presenta una condición particular pues se ubicó en el costado oriental del predio, y quedó totalmente aislado del resto del conjunto hospitalario por el trazado de la carrera 10ª en la segunda mitad de la década de los años 50 del siglo XX. Su construcción se inició en 1914 como Hospicio de Bogotá, y fue adecuado en 1922 como Pabellón de la Maternidad del Hospital San Juan de Dios (Reina Mendoza, 2014).

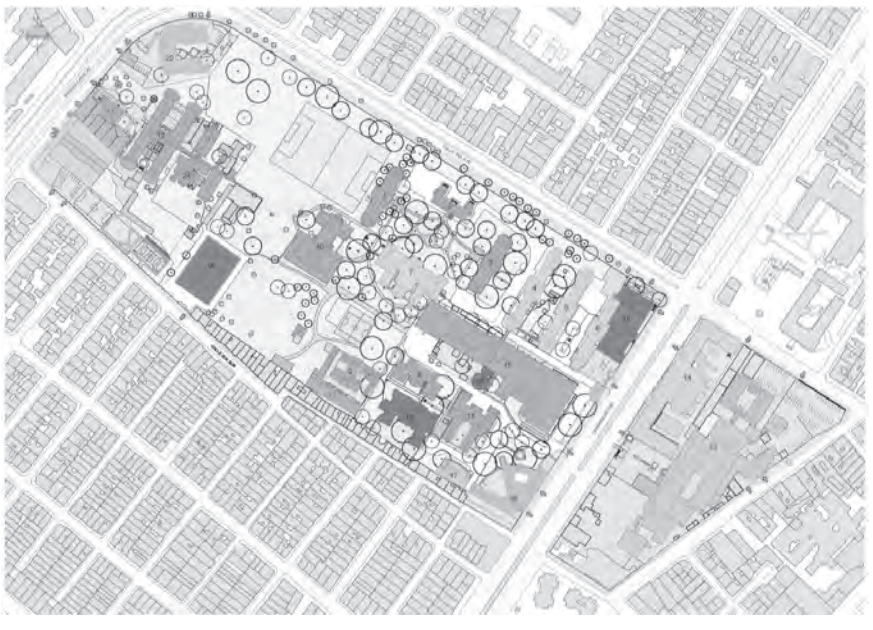
Etapa 3- 1922-1933: Incluye un importante número de edificios que pusieron en evidencia la intención de expandir la ocupación inicial del predio. Incluye los edificios Santiago Samper, Enfermedades Tropicales y Mantenimiento que se localizarían en el sector sur de la propiedad. La Capilla y el Convento, construidos para alojar la Comunidad de Hermanas de la Presentación, reforzarían la centralidad presente en la estructura urbana del conjunto. Y finalmente, el Ancianato, proyecto del Arq. De la Cruz, que originalmente fue un «pabellón» para enfermos infecciosos, acompañado por el Jardín Infantil. Estos dos edificios se ubicaron en el costado occidental del predio, aislados del resto del conjunto dada la función que albergaron.

Etapa 4- 1933-1948: Fueron construidos durante ésta etapa el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, el Instituto Nacional de Radium -hoy Hospital Cancerológico- y Cundifarma, edificaciones que representaron un cambio importante en relación con el lenguaje arquitectónico propuesto. Igualmente, su localización puso de manifiesto una intención diferente en cuanto a la ocupación del predio, al buscar su ubicación hacia los linderos del mismo.

Etapa 5- 1949-1952: Pertenece a ésta etapa el Edificio Central, denominado originalmente como la «Torre Quirúrgica», diseñado por la firma bogotana, Cuéllar, Serrano, Gómez y cuya construcción se inició en 1948. Este volumen ocupó el eje central del predio que se dispone en sentido este-oeste, el cual había sido reservado desde los primeros trazos presentes en los planos del Arq. Pablo de la Cruz, como un gran vacío, articulador de los futuros desarrollos.

Etapa 6- 1964-1970: El hospital continuó la complementación de los servicios, incrementando la ocupación existente en el costado sur del predio con los edificios del Instituto de Rehabilitación Psiquiátrica y la Unidad de Salud Mental, así como, con la adición de volúmenes a los inmuebles existentes. Corresponden a este último modo de crecimiento la construcción de la Torre Docente, anexa al costado sur de la Torre Central, y el desarrollo del Centro de Salud adosado al pabellón San Eduardo, edificación que afectó negativamente el antiguo pabellón y alteró sustancialmente el proyecto original del complejo.

Etapa 7- 1985-1999: Luego de 1970 se suspendió prácticamente la construcción de nuevas edificaciones, y los servicios asistenciales del hospital se concentraron en el Edificio Central y los pabellones circundantes. Los inmuebles que aparecen en los años posteriores corresponden a la prestación de funciones muy específicas; tal es el caso de la Portería Principal que se sumó al Conjunto Hospitalario alrededor de 1985 y el edificio de Resonancia Magnética, cuyo proyecto se registró en 1997, contando con particularidades técnicas en su distribución y sistema constructivo por el tipo de equipos que albergaba. Este último edificio no alcanzó a prestar atención al público debido al cierre intempestivo del hospital.



Plano 5- Evolución Constructiva de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios



Plano 6- Tipologías arquitectónicas de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios



Plano 7- Sistemas Constructivos de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios

Características del complejo hospitalario

Los pabellones se caracterizan por su sencilla organización interna, generada a partir de un volumen rectangular de gran longitud y dos pisos de altura, que es cruzado transversalmente por volúmenes perpendiculares que se ubican en la zona central y en los dos extremos. El cuerpo central alberga el vestíbulo de acceso y la escalera, y los dos remates, que se identifican por sus esquinas ochavadas, son adecuados para el desarrollo de actividades especiales. Es la tipología más representativa dentro del conjunto hospitalario y a ella pertenecen los edificios San Roque, San Jorge, San Eduardo, San Lucas y Cirugía Plástica.

La estructura portante de estos inmuebles es de muros en mampostería de ladrillo macizo visible en la generalidad de las fachadas, y el entrepiso original de los pabellones San Roque y San Jorge fue construido inicialmente en vigas de madera, siendo modificado posteriormente por un sistema de placa aligerada y columnas de soporte en concreto, adosadas a los muros de primer piso. En los pabellones San Eduardo, San Lucas y Cirugía Plástica, la estructura de entrepiso fue desde su origen, construida con vigas y placa de concreto. La estructura de cubierta se resuelve por medio de cerchas rey en madera, en todos los edificios.

De la primera etapa constructiva del hospital, se destacan dos edificios que se han convertido en símbolos del Conjunto Hospitalario: el edificio de la Administración (actual Instituto de Inmunología) y el pabellón de Maternidad (hoy Instituto Materno Infantil, originalmente diseñado para albergar el Hospicio de Bogotá).

El primero está integrado por tres volúmenes, uno de mayor longitud y dos más cortos, que se unen para formar una planta en «U» y su acceso se localiza en el volumen más largo. El sistema portante es en muros de mampostería en ladrillo a la vista combinado con sillares en piedra, convirtiendo el inmueble en un referente arquitectónico importante por sus fachadas, cuyo lenguaje arquitectónico se destaca dentro del conjunto por sus particularidades ornamentales.

La estructura portante del Instituto Materno Infantil ha tenido modificaciones progresivas relativas al reemplazo del entrepiso de madera por una placa aligerada, cuya estructura aporticada se adosa a los muros originales en mampostería de ladrillo. La estructura de cubierta fue sustituida por cerchas metálicas y planchones en madera, que soportan las tejas de barro.

Enmarcados dentro del proyecto de Pablo de la Cruz y la definición morfológica urbana del mismo, se encuentran la mayor parte de edificios que componen el conjunto hospitalario y se pueden clasificar en dos grupos. En el primero se encuentran:

- Siberia (proyectado para albergar cocinas y dependencias del asilo de locos)
- Mantenimiento (antiguo pabellón de lavandería y costuras)
- Santiago Samper (para albergar el Laboratorio Samper Martínez)
- Enfermedades Tropicales.
- Ancianato (antiguo pabellón de tuberculosos)
- Jardín Infantil (antiguo Horno Crematorio, al servicio del pabellón de tuberculosos)
- Convento y Capilla

El segundo grupo está compuesto por edificios que representaron un cambio importante dentro de la arquitectura del conjunto pero mantuvieron los parámetros de la distribución urbanística del arquitecto:

- Cancerológico (antiguo Instituto Nacional de Radium)
- Dermatológico Federico Lleras Acosta (antes Laboratorio Central de Investigaciones de la Lepra)
- Cundifarma (Instituto Farmacológico de la Beneficencia.

Por su parte, las características de la denominada Torre Quirúrgica se describen en el libro *Historia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá*: «la firma Cuéllar Serrano Gómez, diseñó un proyecto profundamente moderno en el que aplicó algunos principios corbuserianos, como son: el de la primera planta libre, y el piso de servicios que configuró una plataforma sobre la que se sobre elevó el piso tipo del hospital, en cuya construcción se utilizaron las más recientes técnicas de la arquitectura de concreto en estructura portante vertical.» Este edificio permitió que el hospital alcanzara estándares de calidad y especialización, y que aumentara significativamente su impacto en la prestación de servicios asistenciales y docentes.

El edificio actualmente presenta notables deterioros generados principalmente por aguas lluvias que se filtran desde la terraza superior y descienden a los diferentes pisos, situación causada por la falta de un mantenimiento adecuado al manto impermeable de la cubierta y el sistema de evacuación de aguas lluvias. Sin embargo, y a pesar de los deterioros referidos, éste edificio constituye la estructura con mayor vocación del conjunto hospitalario para albergar los usos médicos y quirúrgicos, tomando las previsiones necesarias, principalmente en el campo del saneamiento ambiental y la actualización de redes.

Los edificios que se construyeron posteriormente al Edificio Central, son estructuras realizadas para satisfacer necesidades específicas, pero que en general no contienen valores arquitectónicos, técnicos, o simbólicos:

- Torre Docente (adosada por el costado sur al Edificio Central)
- Salud Mental
- Instituto de Rehabilitación Psiquiátrica
- Centro de Salud
- Portería principal
- Resonancia Magnética



Plano 8- Estado de Conservación de los edificios del Conjunto Hospitalario San Juan de Dios

Estado de conservación del conjunto edilicio

La conservación arquitectónica y estructural del conjunto edilicio fue notablemente afectada por el cierre no programado del hospital; mientras el hospital estuvo en funcionamiento, incluso los inmuebles más antiguos, dedicados al uso asistencial y docente, fueron objeto de acciones de conservación y actualización. El diagnóstico clasificó el estado de conservación en tres categorías, dependiendo del nivel de deterioro, como se describe a continuación.

Mal estado de Conservación:

En esta categoría se clasifican los inmuebles que requieren una intervención integral del edificio, debida a la gravedad de los deterioros que presentan. Estos son: San Eduardo, Siberia, Santiago Samper, Mantenimiento, Edificio Central, Cundifarma, Salud Mental, Torre Docente, Jardín Infantil y Centro de Salud. Las afectaciones principales son:

- Colapsos parciales o totales del sistema de cubiertas.
- Colapso parcial o total de muros estructurales y/o sistemas de entrepiso.
- Faltantes de carpintería que permiten la filtración de aguas lluvias al interior del edificio.
- Grietas y fisuras de consideración, que pueden afectar la estabilidad de la estructura.
-



Imagen 1- Ed. Siberia. Colapso de cielo raso y cubierta. Escombros y vegetación invasiva en pisos



Imagen 2- Ed. Mantenimiento. Colapso parcial del entrepiso por pudrición de las vigas

Regular estado de Conservación:

Los deterioros que se observan en este grupo de edificios, aunque producen afectaciones severas, no comprometen la estabilidad de la estructura. Algunos de ellos requieren primeros auxilios en zonas puntuales de los inmuebles. Pertenecen a este grupo: San Roque, Inmunológico, San Jorge, Cirugía plástica, San Lucas, Convento y capilla, Enfermedades Tropicales, Instituto Materno Infantil y Portería principal. Los deterioros son:

- Filtraciones de aguas provenientes de las cubiertas por fallas en el sistema de evacuación de aguas lluvias (taponamientos, faltantes, entre otros).
- Faltantes de vidrios en las carpinterías de fachada.
- Presencia de vegetación invasiva en cubiertas, fachadas y andenes perimetrales.



Imagen 3- Ed. Enfermedades Tropicales. Deterioro de carpinterías y calados de las balcones



Imagen 4- Ed. Inmunológico 2do piso. Presencia de vegetación invasiva y empozamiento de aguas lluvias

Buen estado de conservación:

En esta categoría se encuentran los edificios que se conservan en mejores condiciones, debido fundamentalmente a que se encuentran en funcionamiento: Ancianato, Cancerológico, Rehabilitación Psiquiátrica, Dermatológico y Resonancia Magnética. En el caso de este último, su buen estado de conservación se debe a que su construcción finalizó cerca a la fecha de cierre del hospital y no llegó a ponerse en servicio. Los deterioros son:

- Filtraciones leves de aguas lluvias provenientes de la cubierta por falta de mantenimiento.
- Manchas de suciedad en las áreas que no se encuentran abiertas al público.
- Presencia de vegetación invasiva en andenes perimetrales.



Imagen 5- Ed. Ancianato. Fachada principal



Imagen 6- Ed. Resonancia Magnética. Fachada principal

Estado de conservación de exteriores:

Desde las primeras etapas de desarrollo del Conjunto Hospitalario el diseño y la construcción de los jardines y espacios exteriores fue importante, por la incidencia que estos tuvieron en el estado físico y anímico de los pacientes y por la necesidad de proteger adecuadamente los desplazamientos de los usuarios de la institución. Se considera necesaria la recuperación de las zonas verdes y jardines. Las áreas que articulen los inmuebles existentes y los nuevos desarrollos deberán ser objeto de un proyecto de diseño paisajístico que incorpore soluciones de movilidad vehicular y peatonal, necesarias para el funcionamiento del conjunto hospitalario y su relación con el contexto urbano.

El estado de conservación se resume en:

- Las circulaciones peatonales se conservan casi en su totalidad cubiertas por la vegetación de bajo porte y los empradizados que han crecido desmedidamente por falta de mantenimiento.
- El complejo hospitalario cuenta con un importante patrimonio arbóreo y de jardines, que debe ser protegido y valorado.
- Por las progresivas modificaciones que ha tenido el predio en sus espacios exteriores, se presenta un desbalance entre zonas verdes y duras. La manzana conformada por el Instituto Materno Infantil y el Cancerológico, luego de la división del predio por la apertura de la Cra 10ª, se caracteriza por la escasez de áreas libres, quedando las existentes destinadas a suplir las necesidades de circulaciones vehiculares y de parqueaderos.
- Los jardines ubicados frente a la Capilla y los diseñados entre pabellones desaparecieron. El de la Capilla fue reemplazado por una cancha de fútbol a la que se le hace mantenimiento regular. Los jardines entre pabellones fueron ocupados por volúmenes que albergaban instalaciones o servicios para los empleados.
- Las áreas libres del grupo occidental (Ancianato – Dermatológico) se han disminuido considerablemente debido al crecimiento de estas instituciones. La arborización es escasa y la vegetación es en su mayoría de bajo porte. Al estar los edificios en funcionamiento, el mantenimiento es frecuente.



Imagen 7- Espacio exterior del Edificio San Roque



Imagen 8- Jardín entre San Lucas y Cirugía Plástica

2.5 PROBLEMÁTICA SOCIAL EN EL CHSJD

Actualmente el conjunto hospitalario presenta una aguda problemática social producto de la conflictiva situación en la que aún permanecen algunos de los antiguos trabajadores del hospital que ocupan total o parcialmente ciertos edificios. Esta misma condición es compartida por el personal de vigilancia y los trabajadores a cargo del Liquidador, y debe ser objeto inmediato de medidas preventivas y correctivas por parte de las entidades comprometidas en la conservación y puesta en marcha del hospital.

La resolución del problema humanitario de los residentes ilegales y de los trabajadores que asisten todos los días al hospital, además del ámbito jurídico laboral, debe considerar el diseño de un programa de protección social para consensuar su retiro de las instalaciones del CHSJD. Se debe garantizar además la protección a la población vulnerable actualmente atendida por la Beneficencia de Cundinamarca en las instalaciones del Ancianato.

En el sector hay una importante presencia de entidades hospitalarias. Sin embargo, esta presencia de larga data, no se ha constituido en motor para la apertura de otros centros de atención o de escuelas de formación en el ramo.

Cada uno de estos hospitales ofrece servicios sin generar interacción con el entorno. En general las entidades mencionadas son favorables a la «reapertura» del CHSJD pues expresan la insuficiencia de camas en la ciudad, a algunos no les preocupa la competencia que pudiera existir y otros llaman la atención sobre la necesidad de que sus servicios sean articulados con los del Distrito y que se tengan en cuenta los servicios en los que hay mayor escasez de oferta.

El déficit habitacional de la zona de influencia refleja que es un déficit mitigable. Es decir, las viviendas ofrecen la infraestructura necesaria para la población que allí habita pero hay un porcentaje significativo de déficit cualitativo que sería indicador de que no todas las viviendas tienen adecuadas condiciones de habitabilidad.

La reapertura del CHSJD es apreciada por la comunidad en dos sentidos: en primer lugar sobre el impacto que tendría la oferta hospitalaria en términos de mejorar el acceso al sistema de salud en condiciones de altos estándares de calidad. Y en segundo término, por sus efectos colaterales en la situación de inseguridad por la que atraviesa la zona. Con relación a los planes de renovación urbana en los cuales el funcionamiento del hospital jugaría un papel importante, los entrevistados piensan que estos planes pueden tener muchas asimetrías por cuanto no obstante percibir ingresos por la venta de sus inmuebles, sus condiciones de hábitat se deteriorarían: reducción de sus espacios, expulsión hacia zonas periféricas y desarraigo de su entorno cultural.

2.6 Aspectos financieros

El diagnostico en términos de los aspectos financieros busca identificar y comprender las características y dinámicas del comportamiento financiero del entorno en que se desarrollará el PEMP, las cuales a su vez son muestra de la realidad que en términos económicos y financieros deberá afrontar, el modelo de operación del CHSJD. De manera complementaria, se revisa el conjunto de supuestos financieros y económicos que deben ser tenidos en cuenta por el CHSJD al momento de operar el segmento de servicios asistenciales propiamente dichos.

2.6.1 Supuestos económicos, financieros y operacionales para la Operación del CHSJD

En el marco de análisis propuesto por el componente institucional, la operación del Complejo Hospitalario mediante la gestión inmobiliaria de los inmuebles integrantes del Complejo, pretende generar los ingresos necesarios para el funcionamiento de la entidad gestora y contribuir en la cobertura de los costos derivados de la implementación PEMP y al mantenimiento de los bienes de interés cultural (BIC) en los términos establecidos por el propio Plan.

En ese sentido, el diagnóstico de los supuestos económicos y financieros para la operación del CHSJD se orientó a la identificación de los precios de referencia para una operación inmobiliaria de arrendamiento. Para ello, se tomó como referencia el documento técnico de la Empresa de Renovación Urbana (ERU) en donde desarrollan una propuesta de fijación de precios de arrendamiento y la determinación de los mismos.

El resultado obtenido de la revisión de información sobre los precios del mercado para los arrendamientos por metro cuadrado para la zona específica del CHSJD, arrojó para el estudio de la ERU un valor mínimo $18.220 por M2 y un máximo de $31.018 por M2. Los cuales obedecen al resultado del trabajo de campo realizado por la ERU en donde durante el mes de marzo de 2015 se recibieron 194 ofertas inmobiliarias para los distintos usos que podrían desarrollarse en el CHSJD.

Dado que las condiciones propias de cada inmueble difieren en términos de su funcionalidad y condiciones físicas, y que los inmuebles del Complejo presentan condiciones que van desde el 20% al 80% en su evaluación física, se decidió por parte de la ERU, establecer como primera alternativa de fijación del canon de cada inmueble, que aquellos cuya evaluación de condiciones físicas se encuentre por debajo del 50%, tendrán asignado el canon mínimo, es decir $18.220 por M2, y aquellas edificaciones evaluadas sobre el 50% podrían tener un canon de $24.618 por M2.

Actualmente, las operaciones inmobiliarias desarrolladas por le ERU en el CHSJD se pactan bajos los parámetros de precios establecidos por el estudio mencionado, por lo que este insumo se convierte en una fuente primaria para la elaboración de supuestos y proyecciones de ventas.

2.6.2 Supuestos económicos, financieros y operacionales para la IPS Hospital Universitario

Se identificó un grupo de 41 IPS de referencia en el País correspondientes en primer lugar a 27 entidades públicas de tercer nivel de complejidad, 10 IPS de carácter privado del alto grado de complejidad y que además presentan la característica de estar acreditados en salud bajo los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y 4 IPS que sin presentar las características anteriores de ser públicas o estar acreditadas, cuentan con reconocimiento del Ministerio de Educación como Hospitales Universitario.

Para la elaboración de los supuestos, se consulta la información financiera disponible, la cual para el caso de las entidades de carácter público, se encuentra reportada y consolidada bajo los requerimientos del Decreto 2193 de 2004, y para las entidades privadas fueron consultadas fuentes de información propias de cada entidad, datos reportados a la Superintendencia Nacional de Salud y aquellos compilados en el reporte sectorial de la consultora BPR Benchmark 2013.

Los resultados de la revisión de la información financiera de las IPS de referencia muestran que el comportamiento de los ingresos por ventas de servicios de salud presenta una tendencia creciente durante los últimos cinco años que equivale a un crecimiento promedio anual del 7.15%. Los resultados por tipo de entidad para las IPS integrantes del listado de IPS de referencia, muestran crecimiento en ventas anual promedio del 6.44% para la publicas y de un 7.86% para las privadas.

Como resultado de esta revisión se pudo determinar que las IPS tanto públicas como privadas vienen presentando crecimientos en ventas superiores a la inflación anual, esto se puede interpretar como el resultado de la combinación de diferentes factores como son el crecimiento de los precios, en donde un segmento importante de la prestación de servicios se transa bajo el manual tarifario SOAT, el cual se ajusta anualmente según la inflación causada, un incremento de la cantidad de prestación de servicios que se lleva a cabo en las entidades y la gestión contractual que logra a favor de las IPS algunos incrementos de tarifas adicionales al incremento de la inflación.

Así mismo, se puede evidenciar que el tamaño de las operaciones por unidad empresarial (IPS) es mayor en las entidades de carácter privado, pues para el 2013 estas presentan un promedio de ventas por IPS de $240 mil millones, frente a los $55 mil millones reportados en promedio por cada IPS Publica.

En lo correspondiente al análisis del comportamiento y estructura de los gastos en la IPS de Referencia revisadas, se encontró que durante los últimos cinco años los costos y gastos de funcionamiento vienen creciendo a una tasa promedio anual de 9.12%, en donde las IPS de carácter Público mostraron crecimientos en sus costos y gastos promedio anual del 8.34%, mientras que las IPS de carácter privado presentaron incrementos del 9.9% promedio anual.

Para el año 2013 en las IPS Públicas de referencia los costos directos de la prestación de servicios representaron un 76.46% de las ventas y los gastos de administración un 23.75%. Por su parte las IPS Privadas presentaron una distribución de costos y gastos con referencia a las ventas que en el 2013 mostro que un 81.9% de las ventas se empleaba en la cobertura de costos directos de la prestación de servicios, mientras que un 15.8% de las ventas se destinaba a la cobertura de gastos de administración.

Bajo esta lógica, y sin desconocer que pueden haber errores en la clasificación adecuada de costos y gastos, lo que muestran las cifras de las IPS de Referencia en cuanto a la composición de la estructura de costos y gastos, corresponde a un mayor nivel de eficiencia en las entidades privadas, al requerir menos recursos (15.8% de las ventas) a actividades de soporte, en comparación con la situación de las IPS Públicas en donde se destina el 23.7% a estas actividades.

El análisis de algunos de los indicadores financieros para las IPS de Referencia, mostró los siguientes resultados:

Margen de Utilidad Operacional:
Los resultados operacionales observados para el grupo de IPS de referencia durante el año 2013, muestran que el margen operacional promedio obtenido fue del -0.6%, siendo de -0.8% para las IPS públicas y del -0.4% para las IPS privadas.

Margen de Utilidad Neta:
El resultado final obtenido por las IPS de referencia durante el 2013, muestra un margen de utilidad neta promedio del 8.9%. Las IPS públicas presentaron en promedio un margen neto del 9.9%, mientras que las IPS privadas obtuvieron en promedio un margen del 6.5%.

Rentabilidad del activo (ROA):
Para el año 2013 las IPS de referencia obtuvieron en promedio una rentabilidad sobre el activo del 6.7%, para las IPS públicas el resultado obtenido en promedio se ubica en el 6.5% y en las IPS privadas llegó al 7.3%.

Rendimiento del Patrimonio (ROE):
Para el año 2013 las IPS de referencia presentaron en promedio una rentabilidad sobre el patrimonio del 5.4%, para el caso de las IPS Públicas, este indicador se ubicó en un 1.1%. Por su parte las IPS Privadas obtuvieron una rentabilidad sobre el patrimonio del 15.6%, mostrando un rendimiento muy superior en la relación entre los recursos invertidos y los resultados.

3 CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO

Las conclusiones del diagnóstico destacadas en este acápite están enfocadas hacia los tres temas básicos en los que este PEMP debe aportar y que constituyen el núcleo central de su propuesta para el CHSJD: (i) el modelo hospitalario, (ii) el esquema institucional y su programa médico – arquitectónico y (iii) el plan de reordenamiento físico del complejo. Aunque también hacen parte sustancial del diagnóstico los lineamientos generales para la tercera etapa - construcción de la propuesta. Este punto se abordará específicamente en el siguiente numeral del presente informe.

3.1 Modelo Institucional del CHSJD

Del diagnóstico Juridico

- Conforme al fallo del Consejo de Estado, la Fundación desapareció del mundo jurídico, volviendo las entidades que la conformaron a lo que eran antes del 15 de febrero de 1979, o sea establecimientos de beneficencia del Estado, pertenecientes a la Beneficencia de Cundinamarca y adscritos al Sistema Nacional de Salud, como entes prestadores de servicios médico asistenciales.
- La Corte Constitucional, establece que no hay vínculo entre los bienes que son parte del conjunto hospitalario y el pago de las acreencias laborales y llega a la conclusión que de que tres entidades deben concurrir para estos fines:
  - Nación – Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
  - Bogotá Distrito Capital.
  - Beneficencia de Cundinamarca (solidariamente con el Departamento de Cundinamarca)
- De acuerdo con la sentencia la Beneficencia de Cundinamarca, como propietario de los bienes, debe iniciar las acciones de todo orden que sean necesarias para que esa titularidad quede en sí misma. En este sentido y mientras la titularidad de los bienes que integran el conjunto hospitalario no esté en cabeza de la Beneficencia de Cundinamarca, existe un alto nivel de incertidumbre jurídica respecto de las acciones que comprometan su uso, ya que no existiría autorización o disposición de la persona jurídica a la que legalmente pertenecen.
- La Ley 735 de 2002 declara a los Hospitales Materno Infantil y San Juan de Dios monumentos nacionales y a la Fundación San Juan de Dios y el Instituto Inmunológico Nacional como patrimonio cultural, pero debe ser entendida a la luz de las nuevas realidades jurídicas, haciendo prevalecer la intención del legislador y buscando preservar sus efectos, en particular en relación con el hecho de que la misma se soporta en las actividades asistenciales, de investigación y de docencia desarrolladas por el hospital San Juan de Dios, el Instituto Materno Infantil y el Instituto de Inmunología: "su valiosa contribución a la protección de la salud del pueblo y su extraordinario aporte científico"
- De acuerdo con la Ley y los conceptos del Consejo de Estado, el CHSJD deberá mantener su vocación como institución prestadora de servicios de salud, educación e investigación y las instituciones nacionales deben apropiar los recursos necesarios para restaurar los bienes procurando la conservación del uso asistencial dentro del CHSJD, así:
  a. Las partidas necesarias para acometer las obras de remodelación, restauración y conservación del monumento nacional hospital San Juan de Dios y del Instituto Materno Infantil, está a cargo del Ministerio de Cultura, Ministerio de Educación y el Departamento Nacional de Planeación.
  b. Las partidas necesarias para adelantar las investigaciones que en el área de la salud, realicen el CHSJD y el Instituto Materno Infantil, le compete al Ministerio de Educación.
  c. La concurrencia para el pago de los pasivos laborales, está a cargo del Ministerio de Hacienda, el Distrito Capital y la Beneficencia de Cundinamarca en solidaridad con el Departamento.
  d. El pago de los servicios de salud que se realicen en el CHSJD, estará a cargo de las diferentes entidades administradoras de planes de beneficio en Salud (EAPB)
- La institucionalidad futura debe definirse como el uso de unos bienes, para lo cual se deberá determinar la forma jurídica más adecuada para la operación. En los usos de salud debe cumplir los requisitos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), desarrollar su actividad bajo los principios de eficiencia y calidad y cumplir las condiciones para ser reconocida como un hospital universitario.
- A partir de lo señalado en el tomo 2, es importante precisar que el rescate de los aportes del conjunto hospitalario San Juan de Dios, que son un patrimonio en los campos de la atención, la educación, el conocimiento y la investigación en salud y que se produjeron a través de la interacción continua y permanente de la academia con la asistencia en salud:
  a. En el CHSJD hubo una forma de prestación de servicios, reconocida por la comunidad por su alta calidad humana y científica, así como por su alta calidad académica y formativa de los profesionales de la salud.
  b. A pesar de lo anterior se presentaron una serie de problemas organizacionales muy importantes y profundos, relativos a la situación económica y financiera, a problemas administrativos y de gestión, a las condiciones de la infraestructura, la estructura organizacional y la planta de personal, lo mismo que la existencia de una onerosa convención colectiva, entre otros, una excesiva dependencia de las decisiones gubernamentales y una limitada visión de mediano y largo plazo así como una insuficiente comprensión del entorno, lo que condujo a una pobre adaptación de la organización a su nueva realidad que la llevó en últimas a un cierre.

Del diagnóstico Institucional

- El CHSJD tiene un valor histórico significativo: 450 años de existencia, su vocación para la prestación de servicios de salud, la formación de talento humano y producción de conocimiento. El desarrollo de la medicina en Colombia pasa por la historia del complejo. Una ley de la republica lo consagra como monumento nacional.
- Del estudio de oferta y demanda se validó la vocación del CHSJD, ligada a servicios de salud de alta complejidad materno perinatal en el IMI y de alta complejidad quirúrgica en los demás inmuebles a recuperar en el complejo, que en una primera fase de desarrollo (fase 0 de 1 año y fase 1 de 3 años), tendrían un potencial de demanda insatisfecha, que permitiría ocupar una porción de sus instalaciones. Se destaca dentro del conjunto de servicios de cirugía mayor, el segmento correspondiente a los cálculos para una unidad de trauma mayor. Se incluyó además la revisión de la demanda insatisfecha para servicios de salud mental- farmacodependencias, sin embargo este análisis resultó insuficiente en la medida en la que no existe información suficiente sobre estas patologías en los registros oficiales.
- La estimación de la capacidad instalada de oferta de servicios requeridos, se aprecia en la siguiente tabla. En síntesis, el perfil de oferta que se requiere en el centro de trauma corresponde a un volumen de 69 camas, 3 quirófanos y 7 consultorios, con una posibilidad de expansión con servicios quirúrgicos de alta complejidad en diversas especialidades medico-quirúrgicas, hasta 191 camas, 17 quirófanos y 49 consultorios adicionales.

Tabla 4. Cantidad de oferta instalada (recursos físicos básicos)- Requerida 2015

		CANTIDAD DE OFERTA INSTALADA (recursos físicos básicos) REQUERIDA 2015						
UNIDAD FUNCIONAL	RECURSO	BLOQUE CIRUGIA MAYOR (cardio vascular, torax y otros)		CENTRO DE TRAUMA		UNIDAD ADICCIONES		TOTAL
CONSULTA EXTERNA	Consultorios	42		4		1		47
URGENCIAS	Consultorios	7		3		1		11
HOSPITALIZACION	Camas Generales	115	191	57	69	11	11	271
	UCIntermedios	55		8		0		
	UCIntensivos	21		4		0		
QUIROFANOS	Urgencias	3	17	3	3		0	20
	Electiva/Ambit	14		0				

- La salud ha sido por años, la temática central de los proyectos de investigación que se desarrollan en Colombia, al menos en los registros de Colciencias. Se reconoce que la generación de conocimiento en salud a través de la investigación tiene una agenda de prioridades establecidas a nivel nacional por el ente regulador Colciencias y a nivel local y regional por la Secretaría Distrital de Salud. Los proyectos de investigación se convierten adicionalmente, en una fuente de ingresos que puede llegar a tener una participación significativa dentro de las finanzas del CHSJD.
- Los principales grupos de investigación que podrían estar asociados al desarrollo de la operación del CHSJD identificados, son: Atención Materno – Perinatal, Atención integral de adultos y personas mayores con patologías múltiples, Trauma complejo y atención integrada de Urgencias y Emergencias, Trasplantes, Neurociencias, Rehabilitación y Desarrollo humano, Odontología Reconstructiva, Medicinas Alternativas y terapias complementarias, Salud Pública, Enfermedades tropicales y Atención Primaria en Salud, Seguridad alimentaria y nutrición, Salud ambiental, Biotecnología y Robótica aplicada en salud, Biología molecular, Inmunología y Laboratorio clínico, Farmacología y Tecnologías en salud, Administración, Gerencia y Gestión en salud, Arquitectura e Ingeniería hospitalaria; historia de la medicina.
- De acuerdo al estudio Minsalud, U. Javeriana y Cendex 2009 la demanda requerida de profesionales para los tres diferentes escenarios planteados se discriminaría como sigue:

Tabla 5. Stock proyectado y simulaciones de demanda requerida de profesionales universitarios 2007-2011. Tres escenarios. Comparado Stock Profesionales 2006

AÑO	MEDICINA	ODONTOLOGÍA	ENFERMERÍA
2006	**66.702**	**35.294**	**31.862**
2010 proyección	75.008	38.781	40.072
2011 proyección	77.473	39.738	42.295
2010 Escenario 1	85.796	39.340	38.393
2011 Escenario 1	91.897	40.516	41.124
2010 Escenario 2	89.914	41.228	43.098
2011 Escenario 2	97.443	42.960	46.706
2010 Escenario 3	94.178	43.183	45.141
2011 Escenario 3	103.253	45.522	49.491

Fuente: Cálculo CENDEX. En Ruiz F., Matallana MA., Amaya JL., Vasquez ME., Parada LA., Piña MR. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y Perspectivas

- En estas proyecciones globales de profesionales de la salud de la tabla anterior muestra el déficit de profesionales generales y con primera y segunda especialidad estimados para el año 2011 comparado con los hallazgos del año 2006. Para el escenario 3 con mayores demandas de profesionales, el déficit médico estaría en 36.551 profesionales, en odontología sería de 10.228 odontólogos y en enfermería de 17.629 profesionales.
- En cuanto a la formación de especialistas médico-quirúrgicos, se considera en la proyección para 2011, según el estudio del CENDEX Edición 2009, que el número de egresados no suple las necesidades de la población, como ocurre por ejemplo, con anestesiología en donde se requieren de acuerdo a esa proyección 1.998 anestesiólogos, pero solamente estarán disponibles 1.513 en 2011. Para los profesionales con segunda especialidad (subespecialidades) como es el caso específico de medicina interna, la necesidad proyectada es 1.779 pero el

número de egresados estimados es solamente de 1.578 (para 2011).Estas deficiencias en disponibilidad de recurso humano para la prestación de servicios de salud se corroboran en otros estudios, en donde se expone la insuficiencia de horas de talento humano en servicios de segunda especialidad como Cardiología, electrofisiología cardiaca adultos, medicina interna, neumología adultos, nefrología, cirugía cardiaca, vascular, urología, otorrinolaringología, otología, cirugía neurológica y para fortalecimiento de la atención de urgencias se requieren subespecialidades en anestesiología, psiquiatría, cirugía y medicina interna.

- La formación de profesionales en salud aunque ha mostrado incremento a través de los años, resulta aún insuficiente para las necesidades crecientes de la población.

3.2 Plan De Ordenamiento Físico

El diagnóstico edilicio y el diagnóstico urbanístico han tenido por objeto evaluar y valorar la condición físico – espacial actual del complejo hospitalario y sus valores patrimoniales, así como estimar su potencial de recuperación y protección y su adaptabilidad a un modelo hospitalario y a un programa médico arquitectónico compatible con su condición de Bien de Interés Cultural.

Por estas consideraciones, la propuesta físico espacial se concreta a través de un plan de ordenamiento físico cuyos parámetros, objetivos y acciones se articulan tanto con los resultados del diagnóstico físico- espacial como con los propósitos y objetivos del nuevo modelo de hospital que se desea consolidar y sus impactos positivos en la zona de influencia.

Aunque el Plan de Ordenamiento Físico es un producto cuya formulación corresponde a la etapa de PROPUESTA, lo que interesa destacar en esta síntesis son aquellos elementos del diagnóstico que fortalecen y sirven de orientación para la formulación de dicho plan de ordenamiento físico, que a continuación se resumen en las siguientes glosas.

Los dos componentes urbanos de La Hortúa

El ordenamiento de la zona La Hortúa tiene como premisa básica la permanencia de sus dos componentes primigenios: los hospitales y los barrios populares, resolviendo las limitaciones que afectan su integración y conectividad.

Gestión urbanística de la *zona hospitalaria*

La permanencia de los hospitales que se han aglomerado en la zona de La Hortúa tiene como requerimiento básico, además de la reapertura de su núcleo básico, el complejo de San Juan de Dios, su tratamiento urbanístico como una zona o una ciudad hospitalaria en los instrumentos de planeación y gestión de escala zonal y local que adopte la administración distrital.
Dentro de las acciones destacadas para propiciar la integración de la zona hospitalaria se ha considerado el tratamiento de la Avenida de La Hortúa como una vía- parque.

En el mediano plazo, el fortalecimiento de la zona hospitalaria debe considerar la reintegración espacial del Instituto Materno Infantil con el complejo hospitalario de San Juan de Dios, integración que fue notablemente afectada por el trazado que se dio a la carrera 10ª a mediados del siglo XX. La reintegración funcional y urbanística del CHSJD será posible mediante una nueva solución al trazado de la Carrera 10ª entre la Avenida 1ª y la calle 3ª sur a través de un tramo deprimido.

Escala y el alcance del reordenamiento urbano

Se debe definir y consensuar la escala y el alcance del reordenamiento urbano que se propone. Esta definición constituye una condición fundamental para prever el umbral de viabilidad del PEMP. Los diagnósticos urbano y socio-económico que soportan este estudio, establecen una diferencia sustantiva con los diagnósticos elaborados por otros proyectos precedentes respecto al alcance y la escala del reordenamiento urbano propuesto para la zona de La Hortúa. Específicamente, para la reactivación del CHSJD, este estudio no considera viable ni conveniente adoptar un compromiso con un programa de reordenamiento urbano de las dimensiones y alcances propuestos por el Proyecto Ciudad Salud. La transformación de la Zona de la Hortúa en una nueva pieza urbana con una dimensión de 120 hectáreas aproximadamente, compuesta por un nuevo Cluster tecnológico para consorcios de servicios de salud en reemplazo de los equipamientos hospitalarios existentes y nuevos complejos hoteleros y residenciales de alta densidad en reemplazo de los barrios existentes, es una operación inmobiliaria que no tiene claros anclajes ni posibilidades con la dinámica urbana, el marco de ordenamiento vigente, la capacidad de gestión de la ciudad y los intereses de los actores que residen y han construido el sector por espacio de muchas décadas.

Otra consideración importante tiene que ver con las restricciones a la intervención física en la zona de influencia. En el estudio se observa que ésta zona corresponde a segmentos consolidados en los que desde hace décadas se ha generado un uso mixto del suelo, que combina el uso residencial con el de comercio y servicios de pequeña escala. Esta circunstancia expresa que se trata de grupos de población que derivan sus ingresos de la aplicación económica de parte de su vivienda, ya sea porque ellos mismos poseen el establecimiento comercial o porque perciben arriendo de ese uso. Tales consideraciones llevan a pensar que la transformación del espacio urbano no sería una labor sencilla y, en consecuencia, habría que reflexionar cuidadosamente sobre el tipo de cambio propuesto para la zona.

Rehabilitación del CHSJD por fases o etapas

Se diagnosticó que no todos los inmuebles del CHSJD fueron afectados de la misma manera por el paso del tiempo y el abandono de sus funciones y se destaca la preservación y permanencia de sus usos en algunos de ellos: el pabellón San Roque, el Ancianato, el Cancerológico, el Materno Infantil y el Dermatológico. Los dos primeros situados plenamente en el interior del predio, ponen en evidencia la posibilidad de puesta en operación de otras edificaciones, particularmente las del costado norte del predio, luego de someterlas a un proceso de mantenimiento y refuerzo estructural.

Provisionalmente todo apunta a que la primera etapa de intervención debe centrarse en la Torre Central, obra de Cuellar, Serrano Gómez, la cual deberá ser reforzada e intervenida para centralizar la mayoría de servicios asistenciales, contemplando la construcción de nuevas salas de cirugía y espacios especiales para imágenes diagnósticas, que demandan ciertas especificaciones técnicas.

Reordenamiento que viabilice la reapertura del CHSJD

El reordenamiento urbano, de acuerdo con el diagnóstico, debe articularse fundamentalmente a las necesidades y posibilidades de reactivación del CHSJD y su conservación como BIC. Por tanto, tales prioridades están acotadas, de una parte, por medidas de reordenamiento al interior del polígono, y de otra parte, por actuaciones de reordenamiento en la zona de influencia orientadas al mejoramiento de la infraestructura para la movilidad, así como otras medidas para el mejoramiento de la calidad urbanística de la Hortúa, en sus espacios públicos, calidad ambiental, seguridad urbana y funcionalidad de la zona hospitalaria y la zona habitacional. Por tanto es necesario definir el programa básico de reordenamiento interno acorde con el modelo hospitalario adoptado. El reordenamiento interno en el polígono que ocupa el CHSJD requiere ser proyectado de acuerdo a un programa que combine, estrategias, etapas y actuaciones para poner en funcionamiento el modelo hospitalario adoptado. El programa básico de reordenamiento tiene como parámetros fundamentales los siguientes:

1. **Saneamiento Ambiental y control de riesgos**

La forma como el hospital fue dejando de operar y el retiro paulatino de las entidades que tenían a cargo el funcionamiento del complejo hospitalario, ha permitido establecer que no se trató de un cierre programado con la adopción de medidas necesarias para controlar los impactos negativos y la potencial contaminación por residuos bacteriológicos peligrosos, emisiones radioactivas, residuos químicos, etc. Por esta circunstancia, la reapertura debe programarse con un cuidadoso programa de evaluación, control y saneamiento de la totalidad del complejo hospitalario.

2. **Infraestructura de soporte** del complejo hospitalario definida por los siguientes componentes:

- *Redes, instalaciones y áreas requeridas para los servicios básicos*: acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, voz y datos. De acuerdo con las empresas de servicios que proporcionaron información, la zona de La Hortúa tiene plena cobertura, por lo cual, en el programa básico tendrá en cuenta las necesidades de renovación y ampliación de las redes internas.
- *Instalaciones y áreas requeridas para la disposición y recolección de residuos hospitalarios especiales y manejo de residuos ordinarios.*
- *Instalaciones y áreas requeridas para instalaciones especiales*: calderas, cuartos de máquinas y mantenimiento, depósitos de agua, sistema de prevención de incendios.
- *Red básica para la movilidad interna:* Accesos vehiculares y peatonales para urgencias, consulta externa, cargue y descargue, usuarios y personal de planta del complejo; zonas de estacionamiento de vehículos, bicicletas y áreas de maniobra. Posible helipuerto.
- Sistema de movilidad peatonal dentro del complejo

3. **Área edificada**: manejo y adecuación de grupos de edificios de acuerdo con los niveles de intervención definidos por el PEMP, las prioridades del modelo hospitalario y el programa médico-arquitectónico.

4. **Áreas de nueva edificación**. Previsión de las zonas potenciales para nueva edificación o desarrollo.

5. **Manejo y adecuación del espacio libre, público y semipúblico** de acuerdo con los parámetros de protección del patrimonio, protección de la función hospitalaria y calidad ambiental y urbanística del complejo.

BIBLIOGRAFÍA

ACS - Committee on Trauma. (2008). *Regional Trauma Systems:Optimal elements, integration and assessment. Systems consultation guide.* Chicago.

Amaya Lara, J., Beltrán Villegas, A., Chavarro, D., Romero Silva , G., Matallana Gómez, M., Puerto García, s., et al. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia.* Informe final, Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo, Bogotá.

Congreso de Colombia. (2002, Marzo 14). *http://www.alcaldiabogota.gov.co/.* Retrieved Noviembre 20 , 2014, from http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5223

DANE . (2014). Retrieved Mayo 21, 2014, from www.dane.gov.co: https://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-registros-vitales/nacimientos-y-defunciones/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/4675-defunciones-no-fetales-2013

Harris, J. E. (1977). The internal organization of hospitals: some economic implications. *The Bell Journal of Economics*, 467-482.

Lentz, E. M. (1957). Hospital Administration-One of a Species. *Administrative Science Quarterly, 1*(4).

Mattox , K., Moore , E., & Feliciano , D. (Eds.). (2013). *Trauma.* New York: McGraw Hill.

OMS. (2004). *Método Madre Canguro. Guía Práctica.* Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Ginebra.

Reina Mendoza, S. (2014). *Instituto Materno Infantil de Bogotá. Estudio Histórico.* Bogotá: Inédito.

Romero Isaza, M. C., Zambrano Caicedo, M., & Cárdenas, M. D. (2008). *Historia del Hospital San Juan de Dios de Bogotá.* Bogotá: Instituto Distrital de Patrimonio Cultural.

Método madre canguro. (s.f.). Retrieved Abril 2014, from Wikipedia: http://es.wikipedia.org/wiki/Método_madre_canguro

Universidad Nacional de Colombia - CEA Facultad de Artes. (2007). *Plan Especial de Protección.* Bogotá.



PL.1

PEMP:
Deilitación del area afectada y zona de influencia.

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN CHSJD e IMI

Convenciones

Area de Estudio
Ejes Viales
Rios Principales
Curvas 10 m
Canales
Corredores Ambientales
Estructura Ecológica
Parques y Zonas Verdes
Edificios Hospitalarios
Sardineles
Plazas y Plazoletas
Lote

Leyenda

Zona de Influencia
Área Afectada

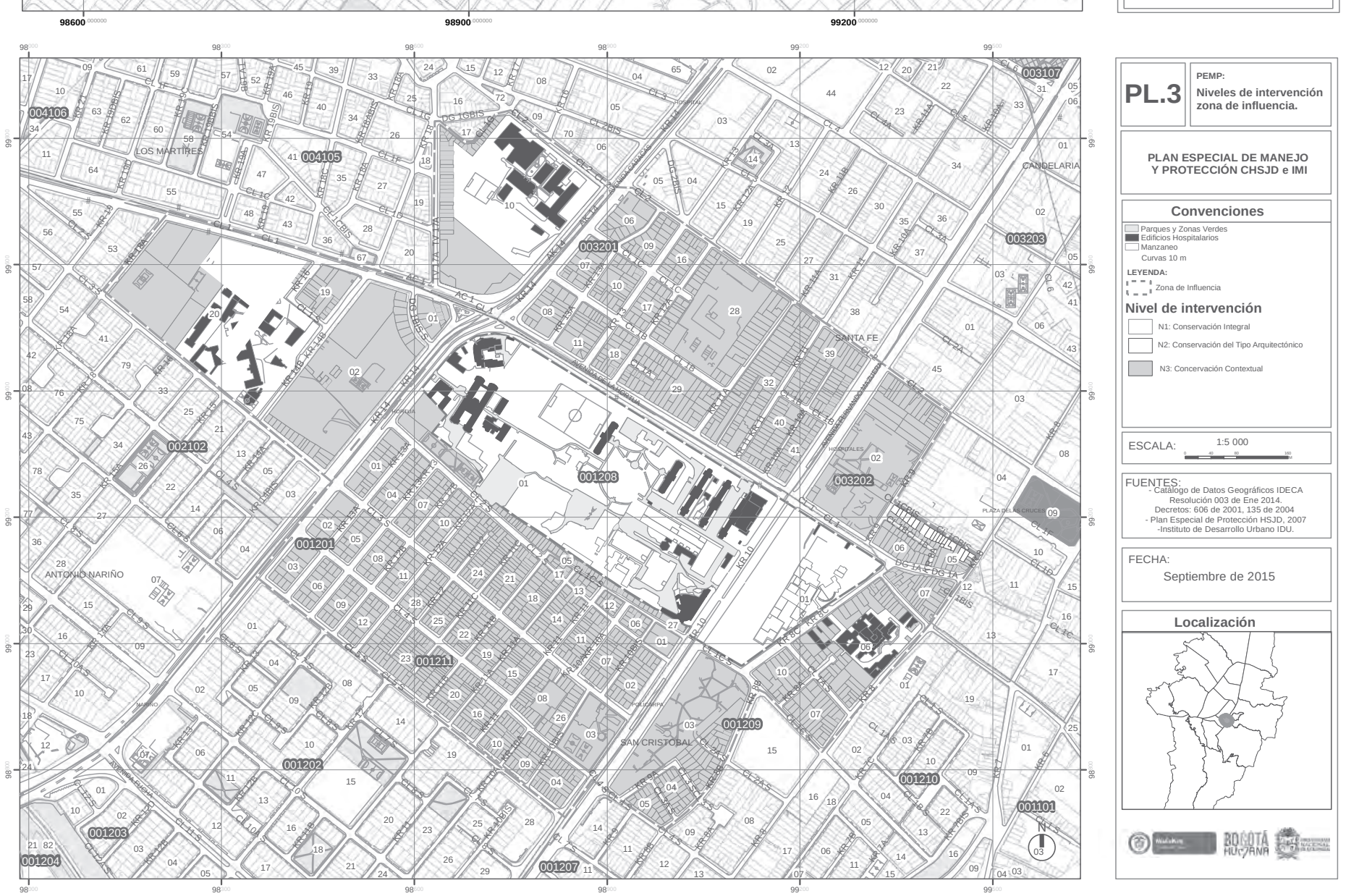
ESCALA: 1:5 000

FUENTES:
- Infraestructura de Datos Espaciales Distrital IDECA Resolución 003 de Ene 2014.
- Instituto de Desarrollo Urbano IDU 2014.
- Ministerio de Cultura Resolución 2728 de Dic 2010
- Elaboración Componente Urbano y Edilicio.

FECHA:
Septiembre de 2015

Localización


98600
98900
99200
99400
99200
99000
AVENIDA CARACAS
AVENIDA DE LA HORTUA
AVENIDA FERNANDO MAZUERA
PL.2
PEMP
Niveles delintervención
Area afectada
PLAN ESPECIAL DE MANEJO
Y PROTECCIÓN CHSJD e IMI
Convenciones
Area de Estudio
Ejes Viales
Rios Principales
Curvas 10 m
Canales
Corredores Ambientales
Estructura Ecológica
Parques y Zonas Verdes
Edificios Hospitalarios
Sardineles
Plazas y Plazoletas
Lote
Niveles de intervención
Conservación integral
Conservació n del tipo arquitectónico
Conservación contextual
ESCALA:
1:2,500
FUENTES:
- Infraestructura de Datos Espaciales Distrital IDECA
Resolución 003 de Ene 2014.
- Instituto de Desarrollo Urbano IDU 2014.
- Ministerio de Cultura
Resolución 2728 de Dic 2010
- Elaboración Componente Urbano y Edilicio.
FECHA:
Julio de 2015
Localización


PL.3
PEMP:
Niveles de intervención
zona de influencia.
PLAN ESPECIAL DE MANEJO
Y PROTECCIÓN CHSJD e IMI
Convenciones
Parques y Zonas Verdes
Edificios Hospitalarios
Manzaneo
Curvas 10 m
LEYENDA:
Zona de Influencia
Nivel de intervención
N1: Conservación Integral
N2: Conservación del Tipo Arquitectónico
N3: Concervación Contextual
ESCALA:
1:5 000
FUENTES:
- Catálogo de Datos Geográficos IDECA
Resolución 003 de Ene 2014.
Decretos: 606 de 2001, 135 de 2004
- Plan Especial de Protección HSJD, 2007
-Instituto de Desarrollo Urbano IDU.
FECHA:
Septiembre de 2015
Localización
LOS MARTIRES
CANDELARIA
SANTA FE
ANTONIO NARIÑO
SAN CRISTOBAL
HOSPITALES
PLAZA DE LAS CRUCES
004106
004105
003201
003107
003203
002102
001208
003202
001201
001211
001209
001202
001210
001101
001203
001204
001207



PL.4

PEMP:
Propuesta urbana general.

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN CHSJD e IMI

Convenciones

Area de Estudio
Eje Viales
Rios Principales
Curvas 10 m
Canales
Corredores Ambientales
Estructura Ecológica
Parques y Zonas Verdes
Edificios Hospitalarios
Sardinales
Plazas y Plazoletas
Lote

Leyenda

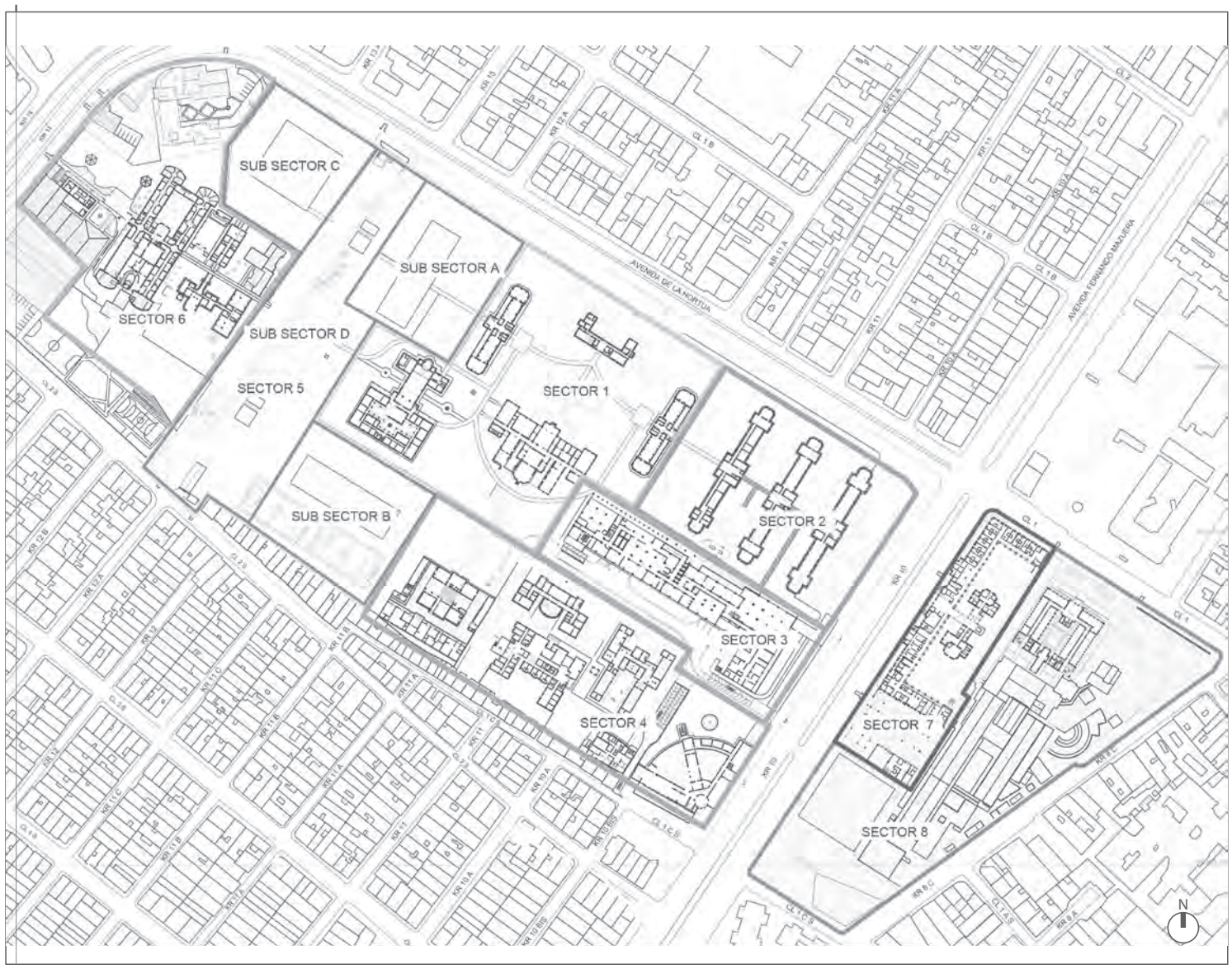
- Zona de Influencia
- Area Afectada
- Manzanas Hospitales
  1. La Misericordia
  2. Santa Clara
  3. La Samaritana
- Plaza de la Hortúa
- Conjunto Hospitalario
- Proyectos de Movilidad
- Nuevo Espacio Público Vial

ESCALA: 1:5 000

FUENTES:
- Infraestructura de Datos Espaciales Distrital IDECA Resolución 003 de Ene 2014.
- Instituto de Desarrollo Urbano IDU 2014.
- Ministerio de Cultura Resolución 2728 de Dic 2010
- Elaboración Componente Urbano y Edilicio

FECHA:
Septiembre de 2015

Localización



PL.5

PEMP:
Sectores Normativos area afectada.

PLAN ESPECIAL DE MANEJO Y PROTECCIÓN CHSJD e IMI

Convenciones

- **SECTOR 1:** Núcleo Fundacional
- **SECTOR 2:** Pabellones
- **SECTOR 3:** Edificio Central
- **SECTOR 4:** Zona Sur
- **SECTOR 5:** Nuevos Desarrollos
- **SECTOR 6:** Ancianato y Lleras Acosta
- **SECTOR 7:** Instituto Materno Infantil
- **SECTOR 8:** Instituto de Cancerología

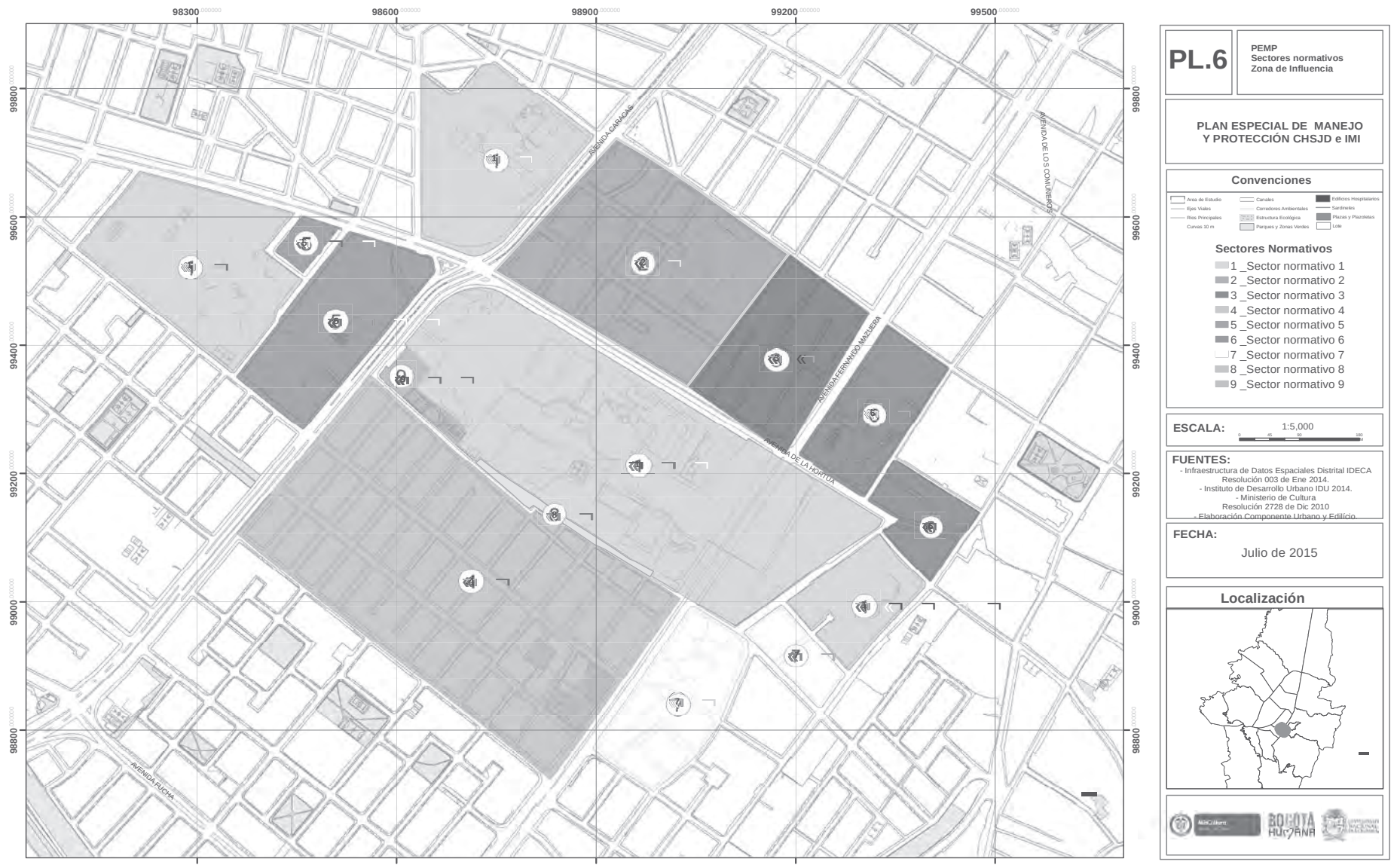
ESCALA GRAFICA :

FUENTES:
- Catálogo de Datos Geográficos IDECA Resolución 003 de Ene 2014.
Decretos: 606 de 2001, 135 de 2004
- Plan Especial de Protección HSJD, 2007
-Instituto de Desarrollo Urbano IDU.

FECHA:
Septiembre de 2015

Localización




98300
98600
98900
99200
99500
99800
99600
99400
99200
99000
98800
AVENIDA CARACAS
AVENIDA DE LOS COMUNEROS
AVENIDA FERNANDO MAZUERA
AVENIDA DE LA HORTÚA
AVENIDA FUCHA
PL.6
PEMP
Sectores normativos
Zona de Influencia
PLAN ESPECIAL DE MANEJO
Y PROTECCIÓN CHSJD e IMI
Convenciones
Area de Estudio
Ejes Viales
Rios Principales
Curvas 10 m
Canales
Corredores Ambientales
Estructura Ecológica
Parques y Zonas Verdes
Edificios Hospitalarios
Sardineles
Plazas y Plazoletas
Lote
Sectores Normativos
1 _Sector normativo 1
2 _Sector normativo 2
3 _Sector normativo 3
4 _Sector normativo 4
5 _Sector normativo 5
6 _Sector normativo 6
7 _Sector normativo 7
8 _Sector normativo 8
9 _Sector normativo 9
ESCALA:
1:5,000
FUENTES:
- Infraestructura de Datos Espaciales Distrital IDECA
Resolución 003 de Ene 2014.
- Instituto de Desarrollo Urbano IDU 2014.
- Ministerio de Cultura
Resolución 2728 de Dic 2010
- Elaboración Componente Urbano y Edilicio
FECHA:
Julio de 2015
Localización


004106
004105
003107
003106
003201
003203
002102
001206
003202
001201
001211
001209
001210
001202
002103
001204
001203
001207
001101
1
2
3
N
PL.7
PEMP:
Proyectos del PEMP.
PLAN ESPECIAL DE MANEJO
Y PROTECCIÓN CHSJD e IMI
Convenciones
Hospitales
Nodo hospitalario
Avenida de la Hotúa
Cicloruta
Cicloruta propuesta
Circuitos movilidad local
Troncales transporte masivo
Estaciones transporte masivo
Paraderos SITP
Línea metro
Estaciones metro
Alameda carrera Décima
Plaza acceso CHSJD
Alameda calle 2 sur
Pasos peatonales seguros
Alameda de conexión
Accesibilidad hospitales
ESCALA GRAFICA:
FUENTES:
- Catálogo de Datos Geográficos IDECA
Resolución 003 de Ene 2014.
Decretos: 606 de 2001, 135 de 2004
Plan Especial de Protección HSJD, 2007
-Instituto de Desarrollo Urbano IDU.
FECHA:
Septiembre de 2015
Localización

(C. F.).