

ESTUDIO ENERGÉTICO DE EDIFICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD. APLICACIÓN E INTEGRACIÓN DE LOS MÓDULOS EDIFICIOS ENERGÉTICOS PRODUCTIVOS, SECTOR SALUD

Irene Martini¹, Carlos Discoli², Yael Rosenfeld¹, Elías Rosenfeld²

IDEHAB, Instituto de Estudios del Hábitat, UI N°2, FAU. UNLP
Calle 47 N°162. CC 478 (1900) La Plata. http://idehah_fau_unlp.tripod.com/ui2
e-mail: imartini@arqa.com. Tel-fax: + 54 (221) 423-6587/90

RESUMEN: El trabajo muestra los avances realizados en la integración de los Módulos Edilicios Energéticos Productivos (MEEP) y en la validación de la metodología desarrollada hasta el momento. Se analizó un Hospital de alta complejidad, (Centro Oncológico de Excelencia) definiendo los distintos MEEP que lo componen con sus respectivas Unidades Funcionales, Servicios y Areas. Se presentan los primeros resultados, en los que se analizan los requerimientos de climatización y los consumos de iluminación y equipamiento para los distintos niveles planteados.

Palabras claves: consumo energético- integración de servicios- validación metodológica.

1. INTRODUCCION

La red de salud, constituida por diferentes grados de complejidad, presenta diversos problemas, entre los que podemos mencionar los de habitabilidad higrotérmica y deficiente uso de la energía. Por otra parte, en la década del 90, las estructuras organizativas públicas del país se han privatizado, mediante procesos de descentralización y de autofinanciación. Este cambio, genera la necesidad de contar con información calificada que presente un perfil actualizado de los diversos establecimientos. Para ello se desarrolló una metodología de diagnóstico con el objeto de poder predecir comportamientos, con el fin de detectar distorsiones en los nodos (edificios de salud) a partir de la evaluación de establecimientos de diversa magnitud. Se consideran las variables tecnológicas, energéticas, productivas y de comportamiento y se plantean tres escalas posibles de análisis:

- i- Global: Subsectores, entendidos como redes de servicios conformadas por nodos (edificios) que cumplen un objetivo común: salud, educación, etc.;
- ii- Particular: Nodo o edificio de cada subsector, estudiados como integradores de unidades diferenciales;
- iii- Diferencial: Módulo Edificio Energético Productivo (MEEP), analizados como unidad diferencial de servicios considerando su edificación, los consumos energéticos, el clima-confort, el equipamiento y los costos operativos.

El estudio profundizado de las distintas escalas permite contrastar, validar y ajustar los resultados obtenidos en cada una de ellas. Se desarrolló una metodología a partir del estudio detallado de las variables edilicias, su localización, clima, iluminación y equipamiento. Estas nos permiten cuantificar y discriminar los requerimientos energéticos mediante la construcción de sectores característicos de cada servicio básico de salud, (denominados Módulos Edilicios Energéticos Productivos MEEP) e identificar detalladamente los diferentes niveles de un sistema complejo como es el de salud y precisar los niveles de integración (I. Martini et al, 1999). Estos niveles se identifican como:

- a- **MEEP base:** son los diferenciales de análisis de los establecimientos de una red;
- b- **MEEP periféricos:** están en interrelación directa con los MEEP base, que no alcanzan la categoría de diferencial de prestación aunque intervienen en el proceso y en algunos casos, tienen un peso energético significativo;
- c- **Unidades Funcionales (UF):** constituyen el conjunto de MEEP base y sus periféricos, conformando unidades mínimas de funcionamiento real de la prestación;
- d- **Servicios:** son las sumas de unidades funcionales de un mismo tipo;
- e- **Areas:** el conjunto de servicios se agrupa en áreas diferenciadas según el tipo de prestación;
- f- **Establecimientos:** el conjunto de áreas conforma el establecimiento.

Este trabajo plantea la integración de la metodología desarrollada a nivel MEEP con el objeto de construir un nodo teórico (establecimiento), que nos permita verificar el nivel de ajuste con respecto a la escala particular y la global; y comparar distorsiones entre cada nodo teórico (obtenido por la integral de MEEP) con los perfiles de caracterización obtenidos en la escala global. Esta instancia nos permitiría conformar óptimos de diseño. (C. Discoli, 1998).

1- Becario CONICET; 2- Investigador CONICET.

2. LA INTEGRACIÓN DE LOS MEEP

Se plantea mediante el proceso de integración de servicios, validar y ajustar la metodología desarrollada a nivel diferencial (MEEP) comparando los resultados con los obtenidos a nivel global y particular. Como ejemplo de integración, se analizarán los consumos de iluminación, equipamiento y climatización de un establecimiento de alta complejidad: el Hospital COE en Gonnet.

Los cálculos se realizaron teniendo en cuenta las siguientes características:

- Las dimensiones de cada módulo, según planos técnicos;
- Los requerimientos, infraestructura y equipamientos se tomaron de las fichas técnicas, (diseño, iluminación y ventilación) (Bogedam de Debuchy, A, 1993; Hernandez, A, 1993 Isakov, A, 1993), de datos relevados en otras fuentes bibliográficas (Yañez, E, 1986) y consultas a informantes calificados, (principalmente en el ítem de equipamiento energético).
- Se consideró el equipamiento general, y adoptándolo como “óptimo” para cada MEEP.
- El factor de ocupación y las horas de uso de los locales y la iluminación se determinaron según los turnos característicos de cada prestación.
- Se consideró el sistema constructivo tradicional, de ladrillo común con un espesor de 0,20 revocado con una transmitancia térmica de 2,21 (K [W/m²C]). En cuanto a la superficie vidriada se consideró ventana de vidrio simple (tau=0,8) con una protección del 60 % por parasoles y una transmitancia térmica de 5,82 (K [W/m²C]).
- La ganancia directa por ventana con parasol (MJ/m²) se obtuvo de las tablas de ganancia directa por aventanamientos para nuestra zona climática (templada-húmeda) considerando las diferentes alternativas de orientación. (Guerrero, J. et al 1986).

Para determinar las necesidades de climatización se consideraron los aportes y las pérdidas de energía siendo las variables intervinientes: ocupación, iluminación, equipamiento, ganancia directa por ventanas (GAD); renovaciones de aire y envolvente.

2.1. Determinación y análisis de los valores de MEEP.

Para facilitar y acelerar el manejo de las variables que intervienen para el cálculo de los distintos tipos de MEEP se avanzó con la sistematización de los módulos en una biblioteca informatizada. La base de datos se creó en Microsoft Access 97. El diseño de la base de datos requirió el desarrollo de “tablas” y “formularios” compatibles con las fichas de relevamiento de MEEP. La estructura de funcionamiento diseñada se organiza a partir de “tablas” relacionadas entre sí a través de una clave principal que se corresponde con cada MEEP. Con estas tablas se crea una estructura lógica que interrelaciona uno o varios “campos” de cada tabla. (I. Martini, 1999).

De los resultados obtenidos del total de MEEP calculados para el Hospital COE surge que con respecto a las necesidades de iluminación, equipamiento y climatización el mayor porcentaje tiene un consumo inferior a 0.20 Kwh/día.m². Las Figuras 1, 2 y 3 muestran los resultados y la distribución de los porcentajes del total del establecimiento.

2.2. Determinación y análisis de los valores de Unidades Funcionales, Servicios y Areas.

Con los resultados para iluminación, equipamiento y climatización en Kwh/día.m² de cada MEEP se comenzó con la integración de los mismos para obtener los valores totales del establecimiento. Para ello se utilizó el Excel 97. Se agruparon los valores de cada MEEP (Iluminación más Equipamiento por un lado y por el otro los valores de climatización) en los distintos niveles del edificio (Planta Baja, Plantas 1, 2 y 3 y Subsuelos 1 y 2). Estos valores se multiplicaron por su respectiva superficie para obtener los resultados en Kwh/día. Posteriormente se definieron para cada planta las distintas Unidades Funcionales (MEEP base y sus periféricos), calculando así el consumo total de cada Unidad

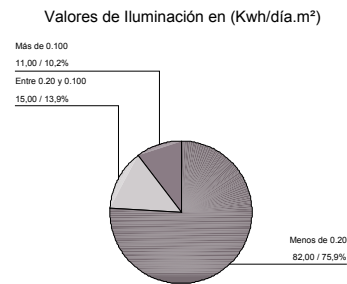


Fig.1:Valores de Iluminación en Kwh/día.m²

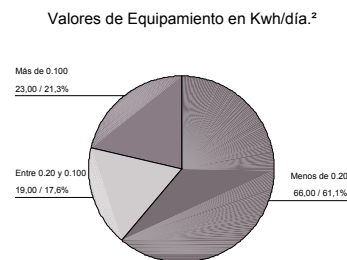


Fig.2:Valores de Equipamiento en Kwh/día.m²

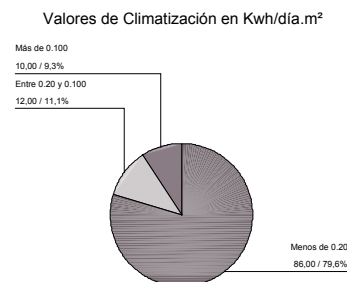


Fig.3:Valores de Climatización en Kwh/día.m²

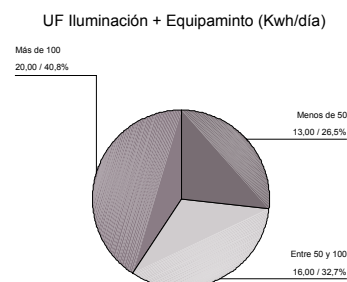


Fig.4: UF Iluminación+Equipamiento

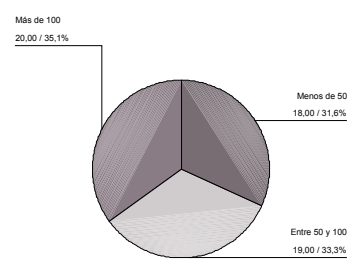


Fig.5: UF Climatización

Funcional y por planta del edificio. Las Figuras 4 y 5 muestran la distribución de los consumos sus porcentajes.

Finalmente estos resultados se agrupan según los distintos servicios (Internación Clínica, Laboratorio, Radiología, etc.) En este caso tenemos que la mayor demanda de **iluminación y equipamiento** corresponde al Servicio de **Áreas Auxiliares** integrada por Servicios complementarios, Esterilización, Dormitorios médicos, y Dependencias. El mayor nivel de consumos se debe a Cocina, Farmacia, Cafetería, Lavadero, Biblioteca, Escuela de bioética y Auditorio. Estos MEEP se caracterizan por tener equipamiento energo-intensivo y una superficie considerable. En cuanto a los Servicios de **Enseñanza y Especiales**, se registran bajos consumos ya que se caracterizan por tener superficies reducidas, equipamiento irrelevante y un bajo factor de ocupación. Ver Figura 6. Con respecto a **climatización**, los Servicios de mayor demanda son los de **Cuidados intensivos y Consultorios Externos**. Esto se debe a que existen mayores pérdidas por envolvente y por renovaciones de aire. Los Servicios de **Radiología y Circulaciones** requieren bajos niveles de climatización. El Servicio de Radiología se caracteriza por tener un importante aporte de calor derivado del uso de los equipamientos y en el caso de las circulaciones, la mayoría son internas, por lo tanto no existen pérdidas por envolvente ni por renovaciones de aires. Ver Figura 7.

Por último, los servicios se integran en áreas definidas, siendo: Internación; Cirugía; Atención Ambulatoria; Diagnóstico y Tratamiento; Administración; Servicios Auxiliares y de Apoyo; Circulaciones. Si analizamos los requerimientos energéticos en **iluminación y climatización**, las áreas de mayor consumo corresponden a las de **Diagnóstico-Tratamiento y Servicios Auxiliares y de Apoyo**, por contar con equipamiento energo-intensivo y una superficie considerable. Las áreas de **Atención ambulatoria y Circulaciones** se caracterizan por sus bajos consumos debido a un bajo factor de ocupación y a un escaso equipamiento. Si analizamos la demanda de **climatización**, las áreas de mayor requerimiento son las de **Internación y Servicios Auxiliares y de Apoyo**; las de menor requerimiento corresponden a **Diagnóstico-Tratamiento y Administración**. Ver Figuras 8 y 9.

Para dimensionar la energía neta en climatización, analizamos los aportes en iluminación y equipamiento (Figura 8) y las demandas en climatización (Figura 9), resultando como balance una “demanda neta” para climatización. La Figura 10 muestra que las áreas de **Internación y Atención Ambulatorias** son las que requieren mayor consumo de energía para climatización. Esto se debe a que éstas áreas se caracterizan por tener una gran superficie vidriada generando pérdidas por renovaciones y por envolvente. En el caso de áreas como **Diagnóstico-Tratamiento y Circulaciones** no requieren energía para calefacción, ya que la primera cuenta con importantes aporte de calor por el equipamiento energo-intensivos, y por no tener superficie vidriada y las circulaciones en este caso son interiores.

La Figura 11 muestra la estructura de integración de MEEP, Unidad Funcional, Servicios, Areas y el Establecimiento como la integral del sistema. La Figura 12 muestra los consumos calculados para iluminación, equipamiento y climatización en los últimos tres niveles de integración correspondientes a Servicios, Areas y Establecimiento.

Si se comparan los resultados obtenidos en el proceso de integración de los MEEP y los consumos reales registrados por el establecimiento en estudio, se verifica una diferencia del 35 %. Esto implica que, los resultados obtenidos por el proceso de integración, responden a un orden aceptable de magnitud, advirtiendo que:

- i. Los consumos reales del establecimiento responden a una infraestructura y tipos de uso que pueden ser cercanos a los teóricos, pero no necesariamente los óptimos.
- ii. La situación actual de gestión Hospitalaria y regulación de sus servicios, entre ellos los de climatización, etc. No

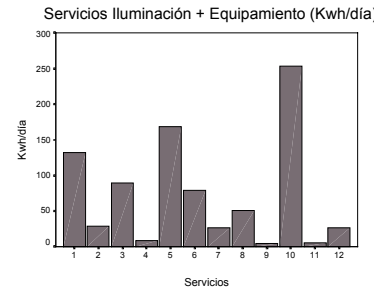


Fig.6: Servicios Ilum+Equip

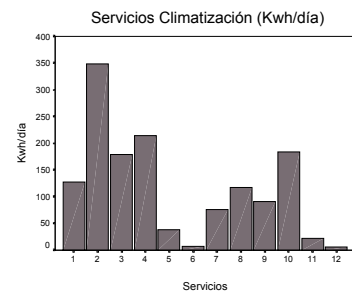


Fig. 7: Servicios Climatización

REFERENCIAS SERVICIOS

- 1- Internación Clínica; 2- Int. Cuidados Intensivos
- 3- Cirugía; 4- Consult.Externos; 5- Laboratorio
- 6- Radiología; 7- Medicina Nuclear; 8- Administraci
- 9- Enseñanza; 10- Areas Aux; 11- Especiales; 12- C

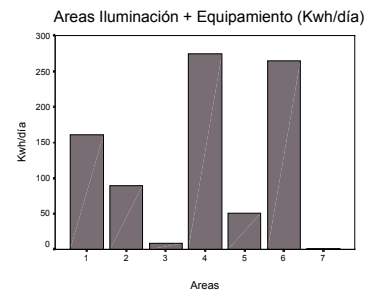


Fig.8: Areas ilum+Equip

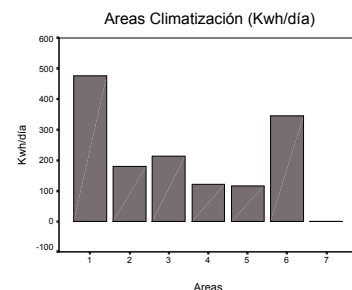


Fig. 9: Areas Climatización

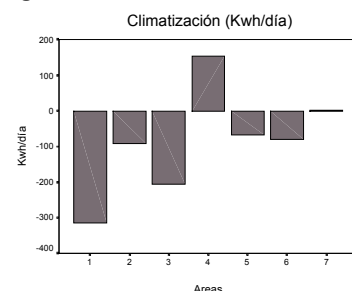


Fig. 10: Total Climatización

REFERENCIAS AREAS

- 1- Internación; 2- Cirugía; 3- Atención Amb
- 4- Diagnóstico y Tratamiento; 5- Administra
- 6- Servicios Auxiliares y de Apoyo; 7- Circ.

responden a un programa básico de Uso Racional, acusando así un consumo real mayor (en un 35 %) al teórico calculado.

iii. Los cálculos efectuados en los diferentes niveles de integración consideran valores teóricos mínimos de requerimiento.

Entendemos que la combinación de estos múltiples factores permitirá un ajuste significativo en los resultados.

Planta Baja	MEEP 1	UF 1	Servicio 1	Establecimiento
	MEEP 2			
	MEEP 3			
Nivel 1	MEEP 4	UF 2	Servicio 2	
	MEEP 5			
	MEEP 6			
Nivel 2	MEEP 7	UF 3	Servicio 3	
	MEEP 8			
	MEEP 9			
Subsuelo 1	MEEP 10	UF 4	Servicio 4	
	MEEP 11			
	MEEP 12			
Subsuelo 2	MEEP 13	UF 5	Servicio 5	
	MEEP 14			
	MEEP 15			
Subsuelo 1	MEEP 16	UF 6	Servicio 6	
	MEEP 17			
	MEEP 18			
Subsuelo 2	MEEP 19	UF 7	Servicio 7	
	MEEP 20			
	MEEP 21			
Subsuelo 1	MEEP 22	UF 8	Servicio 8	
	MEEP 23			
	MEEP 24			
Subsuelo 2	MEEP 25	UF 9	Servicio 9	
	MEEP 26			
	MEEP 27			
Subsuelo 1	MEEP 28	UF 10	Servicio 10	
	MEEP 29			
	MEEP 30			

Fig. 11: Estructura de integración

Áreas	Servicios	S Il+Eq	S Clim	Area Il+Eq	Area Clim
Internación	Internación Clínica	132,205	-127,691		
	Internación Cuidados Intensivos	827,660	451,402		
				960,064	323,711
Cirugía	Cirugía	89,481	-179,756		
				89,481	-179,756
Atención Ambulatoria	Consultorios Externos	9,258	-214,555		
				9,258	-214,555
Diagnóstico y Tratamiento	Laboratorio	168,813	-38,089		
	Radiología	79,310	-7,086		
	Medicina Nuclear	26,534	-76,274		
				274,658	-121,450
Administración	Administración	51,046	-117,071		
				51,046	-117,071
	Enseñanza	4,903	-91,348		
Servicios Auxiliares y de ap	Áreas Auxiliares	253,917	-184,492		
	Especiales	4,998	-22,120		
	Depósitos	0,910	-1,157		
	Vestuarios	0,279	-46,115		
				265,007	-345,232
Circulaciones y Baños	Circulaciones, baños	0,966	0,193		
				0,966	0,193
Total Establecimiento (Kwh/día)				1650,481	-654,160
Total Establecimiento (Mwh/año)				602,425	-238,798
Total Establecimiento (TEP/año)				51,933	-20,583

Fig.12: Resultados de servicios agrupados por áreas

3. CONCLUSIONES

La implementación de la metodología de la integración de MEEP a un establecimiento de salud de alta complejidad (COE) ha permitido obtener los siguientes resultados preliminares:

- Se ha podido aplicar la metodología de integración de MEEP en todos sus niveles de análisis, a pesar de su significativa complejidad, obteniendo valores detallados y diferenciados para cada una de las variables.
- Se han podido detallar y cuantificar áreas de diferentes intensidades energéticas, advirtiendo en cada caso las causales de las mismas (Factor de ocupación, equipamiento, renovaciones, etc.)
- Se ha avanzado sobre la validación de la metodología de integración, ya que los primeros resultados obtenidos responden a una diferencia teórica-real esperable, dada la complejidad del universo de análisis.
- En función de los resultados obtenidos se continuará trabajando sobre diferentes escenarios a los efectos de ajustar las diferencias (Teórico-Reales).

REFERENCIAS

- Bogedam de Debuchy, A.; Sandoval, A.M. (1993): Fichas técnicas para el recurso físico en salud. Espacio, equipamiento e instalaciones según tecnología. CIRFS, UBA, Buenos Aires.
- Discoli, C.(1998): El diagnóstico de la gestión productiva – energético - ambiental de las redes territoriales del sector salud. Tesis de maestría. Maestría en Ambiente y Patología Ambiental. Universidad Nacional de La Plata y Escuela de los Altos Estudios de Siena.
- Guerrero, J et al. (1986): Plan piloto de evaluación energética de la zona de Capital Federal y Gran Buenos Aires. Tabla 5, pg. 63, IAS/FIPE, CIC. Informe final, La Plata.
- Hernandez, A. (1993): Guías para el desarrollo del recurso físico en salud. OPS/OMS. Washington, USA.
- Isakov, A. (1993): El interés de la OMS en el desarrollo de guías para el planeamiento de los recursos físicos en salud.
- Izasar, P.; Santana, C.: Guías de diseño hospitalario para América Latina. OPS/OMS.
- Martini, I et al. (1999): Metodología de cálculo de las demandas edilicias-energéticas-productivas aplicadas a las redes de salud y educación, utilizando diferentes niveles de integración. V Encuentro Nacional de Conforto no Ambiente Construido e II Encuentro Latino-Americano de Conforto no Ambiente Construido. Brasil.
- Martini, I. (1999): La sistematización de los Módulos Edilicios Energo Productivos (MEEP) en las redes edilicias de salud y educación. Informe Final. CONICET.
- Yañez, E. (1986): Hospitales de seguridad social. 8a. Edición. Limusa, Noriega Ed., México.

ABSTRACT: This work exposes the advances in the Building-Energetic-Productive Module (MEEP) and in the validation of the methodology developed until now. A high complex hospital is analysed, the COE (Oncology Excellence Centre) defining the different MEEP that constitute it with its respective Functional Unity, Services and Areas. The first results are presented, in which the conditioning requirements and lighting and equipment consumption are analysed for the different levels proposed.