

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA Y URBANISMO

CARRERA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA



**“CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL
PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA
DEL ADULTO MAYOR, DISTRITO DE
POCOLLAY – TACNA”**

T O M O I

PRESENTADO POR:

BACH. ARQ. ALEXANDER YONNATAN MAMANI ALARCÓN

ASESOR:

ARQ. JUAN CARLOS SANTOS DUARTE

“TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO”

TACNA - PERÚ

2017



AGRADECIMIENTO

A Dios por permitir lograr mis metas, a mis padres haberme inculcado el valor de hacer las cosas y que todo lo que inicia debe terminar satisfactoriamente, por su apoyo incondicional, por creer en mí. A mi asesor Arquitecto Juan Carlos Santos Duarte que durante este trayecto me proporciono sus conocimientos, fundamentales para el desarrollo de este proyecto.



DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada hoy y siempre a mis padres Hugo Mamani y Mercedes Alarcón por impulsarme a lograr mis sueños, por motivarme y darme fortaleza para seguir adelante.



RESUMEN

El presente trabajo de Tesis se realiza con un método de desarrollo proyectual para dar respuesta a un problema real, plantea como objetivos analizar, determinar y contribuir con una alternativa dirigida al adulto mayor, orientada al servicio de atención integral en salud y recreación, mejorando la calidad de vida, respetando los marcos normativos, teóricos y requerimientos según la necesidad de la población adulto mayor en la Región de Tacna.

La Organización Mundial de la Salud establece que la senectud es el periodo de la vida que sigue a la madurez, el cual cobra cada vez mayor importancia, debido al aumento de la esperanza de vida de la población. El envejecimiento poblacional es un tema que nos concierne a todos ya que de cualquier modo la vejez es un periodo de la vida que tarde o temprano nos tocará vivir. Por ello resulta sustancial la creación de espacios donde se otorguen servicios de atención a las personas adultas mayores.

En la Región de Tacna la población adulta mayor va en crecimiento, por lo cual la demanda del servicio médico y atención complementaria aumenta, esta situación se agrava porque la oferta actual es insuficiente e inadecuado, para ello se presenta el proyecto CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DISTRITO DE POCOLLAY – TACNA, como alternativa arquitectónica con ambientes diseñados especialmente para la atención del usuario (adulto mayor) mejorando las condiciones de habitabilidad, encargado de la atención integral en asistencia, diagnóstico y tratamiento especializado, así como talleres de terapias ocupacionales con la finalidad de brindar un envejecimiento activo, digno y saludable.



ABSTRACT

The present thesis work is performed with a method of development planning in response to a real problem, as objectives to analyze, identify and contribute with an alternative to the older adult, service-oriented comprehensive health care and recreation, improving the quality of life, respecting the theoretical frameworks, and requirements according to the need of the population in the province of Tacna.

The World Health Organization establishes that the senescence is the period of life that continues to maturity, which is becoming increasingly important, due to the increase of the life expectancy of the population. The aging of the population is an issue that concerns all of us, as in any way old age is a period of life that sooner or later we will play live. It is therefore the creation of spaces where you provide care to older persons.

In the Tacna Region the elderly population is growing, the demand for the service medical and complementary care increases, this situation is compounded because the current bid is insufficient and inadequate, for it presents the draft COMPREHENSIVE CARE CENTER TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY, DISTRICT OF POCOLLAY - Tacna, as an alternative architecture with main rooms specially designed for the attention of the user (the elderly) by improving the conditions of habitability, in charge of comprehensive assistance, diagnosis and specialized treatment, as well as occupational therapy workshops with the aim of providing an active aging, dignified and healthy.



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01: Datos demográficos, 2015.....	3
Gráfico N° 02: Personas Adultas Mayores por Provincias, 2015.....	12
Gráfico N° 03: PAM Región de Tacna, 2016.....	14
Gráfico N° 04: Pirámide poblacional de la Región de Tacna, 1993.....	54
Gráfico N° 05: Pirámide poblacional de la Región de Tacna, 2013.....	55
Gráfico N° 06: Total de población cubierta por los CAM.....	61

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen N° 01: Mapa Político del Perú.....	5
Imagen N° 02: Mapa de la Región de Tacna.....	5
Imagen N° 03: Mapa de la Provincia de Tacna.....	6
Imagen N° 04: Mapa del Distrito de Pocollay.....	7
Imagen N° 05: Ubicación del terreno.....	7
Imagen N° 06: Vista satelital del terreno.....	8
Imagen N° 07: Vista Peatonal del Hospital Hipólito Unanue – Tacna.....	65
Imagen N° 08: Vista Peatonal del Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud Tacna.....	65
Imagen N° 09: Vista Peatonal del Centro de Adulto Mayor – Tacna.....	66
Imagen N° 10: Vista Peatonal del Hospital de la Solidaridad – Tacna.....	67
Imagen N° 11: Vista Peatonal del Hogar Geriátrico San Pedro – Tacna.....	67
Imagen N° 12: Vista Peatonal del Hogar de ancianos San José – Tacna.....	68
Imagen N° 13: Vista aérea del centro de salud y viviendas para la tercera edad.....	69
Imagen N° 14: Vista Peatonal de exteriores de la tipología N° 01.....	70
Imagen N° 15: Vista Peatonal de la tipología N° 01.....	71
Imagen N° 16: Vista Peatonal de exterior área consulta y diagnóstico de la tipología N° 01.....	71
Imagen N° 17: Elevación de la tipología N° 01.....	72



Imagen N° 18: Vista Peatonal del ingreso vehicular de la tipología N° 01.....	74
Imagen N° 19: Vista Peatonal del ingreso peatonal de la tipología N° 01	75
Imagen N° 20: Vista Peatonal del exterior de la tipología N° 01.....	77
Imagen N° 21: Vista del pasillo del área de residencia de la tipología N° 01.....	78
Imagen N° 22: Vista aérea de la tipología N° 02.....	80
Imagen N° 23: Vista del emplazamiento de la tipología N° 02	81
Imagen N° 24: Vista del interior de la tipología N° 02.....	81
Imagen N° 25: Vista del exterior de la tipología N° 02.....	81
Imagen N° 26: Vista de las salas de la tipología N° 02	83
Imagen N° 27: Vista lateral de emplazamiento de la tipología N° 02.....	84
Imagen N° 28: Vista lateral de emplazamiento de la tipología N° 02.....	85
Imagen N° 29: Boceto de la fachada de la tipología N° 02.....	87
Imagen N° 30: Boceto del primer nivel de la tipología N° 02	88
Imagen N° 31: Vista del patio de la tipología N° 02.....	88
Imagen N° 32: Vista de la fachada principal de la tipología N° 02.....	89
Imagen N° 33: Perfiles Topográficos	128
Imagen N° 34: Asoleamiento	134
Imagen N° 35: Asoleamiento del predio.....	135
Imagen N° 36: Premisas de ventilación	136
Imagen N° 37: Ventilación	136
Imagen N° 38: Vegetación.....	137
Imagen N° 39: Trama urbana	138
Imagen N° 40: Perfil urbano Calle prolongación Francisco Antonio de Zela.....	138
Imagen N° 41: Perfil urbano Av. Jorge Basadre Grohmann.....	139
Imagen N° 42: Servicios de energía eléctrica	139
Imagen N° 43: Servicios de agua y desagüe	140



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Crecimiento porcentual de la Población Adulta Mayor. Perú	9
Tabla N° 02: Crecimiento porcentual de la Población Adulta Mayor, Tacna.....	10
Tabla N° 03: Esperanza de vida al nacer 2000 – 2025	10
Tabla N° 04: Esperanza de vida al nacer 2005 – 2025 según sexo	10
Tabla N° 05: Servicio de Salud a la Población Adulta Mayor, Tacna	11
Tabla N° 06: Personas adultas mayores por sexo, Región Tacna	51
Tabla N° 07: Población Adulto Mayor en la Región de Tacna.....	52
Tabla N° 08: Población de PAM por grupos quinquenales de edad, según Departamento, Provincia y Distrito, 2015.....	53
Tabla N° 09: Proyecciones y estimaciones de crecimiento poblacional	56
Tabla N°10: Tasa de actividad de la población adulto mayor.....	57
Tabla N°11: Adulto Mayor tasa de Desempleo	58
Tabla N°12: Adulto Mayor que cuenta con Pensión	58
Tabla N° 13: Adulto Mayor con servicio de Salud	58
Tabla N° 14: Adulto Mayor: Entidades Públicas y Privadas	59
Tabla N° 15: Población adulta mayor afiliado al Seguro Integral de Salud.....	61
Tabla N° 16: Población adulta mayor atendida en el Ministerio de Salud.....	61
Tabla N° 17: Parámetros urbanísticos	131



ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE DE GRÁFICOS, IMÁGENES Y TABLAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES	3
1.1. MARCO SITUACIONAL.....	3
1.2. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	5
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.4.1. Problema principal.....	13
1.4.2. Problemas secundarios	13
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.6. OBJETIVOS.....	16
1.6.1. Objetivo general.....	16
1.6.2. Objetivos específicos.....	16
1.7. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	16
1.8. SELECCIÓN DE VARIABLES.....	17
1.8.1. Variable independiente.....	17
1.8.2. Variable dependiente.....	17
1.9. METODOLOGIA	18
1.9.1. Tipo de metodología	18
1.9.2. Esquema metodológico	18
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes históricos	21
2.1.1. Evolución del término Adulto Mayor.....	21
2.1.2. Evolución de la gerontología y la geriatría.....	23
2.1.3. Evolución de la asistencia social del Adulto Mayor	25



2.1.4.	Evolución del habitad para el Adulto Mayor	28
2.1.5.	Acuerdos de la Asamblea Mundial de envejecimiento.....	31
2.1.6.	Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, 2006-2010	33
2.2.	Antecedentes conceptuales.....	37
2.2.1.	Precisiones conceptuales	37
2.2.2.	Definición de enfermedades.....	41
2.3.	Antecedentes contextuales	48
2.3.1.	Características del adulto mayor	48
2.3.2.	Análisis y diagnóstico situacional del Adulto Mayor.....	51
2.3.2.1.	Cantidad de población adulto mayor.....	51
2.3.2.2.	Genero	54
2.3.2.3.	Aspecto socio – cultural	55
2.3.2.4.	Aspecto económico.....	57
2.3.2.5.	Población a servir	60
2.3.3.	Análisis y diagnóstico geográfico	62
2.3.3.1.	Aspecto físico espacial	62
2.3.3.2.	Viabilidad.....	63
2.3.3.3.	Infraestructura de servicios	64
2.3.4.	Condiciones de atención del adulto mayor	65
2.3.5.	Estudio de casos similares.....	69
2.3.6.	Proyectos de tesis relacionados al estudio	92
2.4.	Antecedentes normativos.....	96
2.4.1.	Normativa Nacional	96
2.4.2.	Aspectos Reglamentarios.....	112
3.	CAPÍTULO III: PROYECTO ARQUITECTÓNICO	126
3.1.	Análisis y diagnóstico situacional del sitio	126
3.1.1.	Análisis del Terreno.....	126
3.1.2.	Análisis Físico Ambiental.....	134
3.1.3.	Análisis Paisajístico.....	137
3.1.4.	Análisis Urbano	138
3.1.5.	Análisis Servicios:	139
3.1.6.	Análisis de Accesibilidad.....	141
3.2.	Consideraciones de diseño	142
3.2.1.	Criterios de diseño	142
3.2.1.1.	Criterios Arquitectónicos.....	142



3.2.1.2.	Criterio tecnológico.....	145
3.2.1.3.	Criterio estructural.....	146
3.2.2.	Premisas de diseño	146
3.2.2.1.	Premisas urbanas	146
3.2.2.2.	Premisas funcionales.....	147
3.2.2.3.	Premisas espaciales.....	147
3.2.2.4.	Premisas formales.....	148
3.2.2.5.	Premisas tecnológicas.....	148
3.2.3.	Síntesis programática.....	149
3.3.	Concepción arquitectónica	154
3.3.1.	Idea rectora.....	154
3.3.2.	Toma de partido.....	156
3.4.	Zonificación	157
3.4.1.	Relación funcional.....	157
3.4.2.	Relación espacial.....	158
3.5.	Conclusiones y recomendaciones.....	160
3.6.	BIBLIOGRAFÍA.....	170



INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de una persona se entiende como una serie de cambios estructurales y funcionales. Es un proceso natural, que aparece con el tiempo, no son consecuencia de enfermedades sino del ciclo de vida del ser humano, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú (Artículo 2 de la Ley N° 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores, 2006) considera a una persona adulta mayor con el umbral de 60 años de edad.

El Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI) muestra un incremento de la población adulta mayor acelerado en la Región de Tacna obviamente esto produce un impacto en el área de la salud puesto que la población en los próximos años generará una mayor demanda de servicios médicos enfocada a la etapa de envejecimiento poblacional saludable, es decir, no solo en los aspectos de enfermedades crónicas y mayores discapacidades sino que también en el proceso de envejecimiento.

En nuestro país se tiene poca infraestructura destinada a la atención integral del adulto mayor, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables indica que normalmente la infraestructura es de tipo Municipal, del Seguro Social Nacional, del Ministerio de Salud y de la empresa privada. En la Región de Tacna encontramos establecimientos de salud y hospitales que brindan atención con un enfoque integral a la población adulto mayor siendo este el responsable de liderar y cumplir la demanda del adulto mayor, pero estos no poseen una infraestructura adecuada o el servicio preferencial, ni las condiciones de atención para cubrir la demanda de dicha población.

Es por esto que el tema se sustenta por el déficit de una infraestructura especializada es aquí en donde la arquitectura responde a esta necesidad, es decir comienza a especificar las necesidades y las transforma en espacios arquitectónicos adecuados para un uso pleno del usuario, para el adulto mayor.



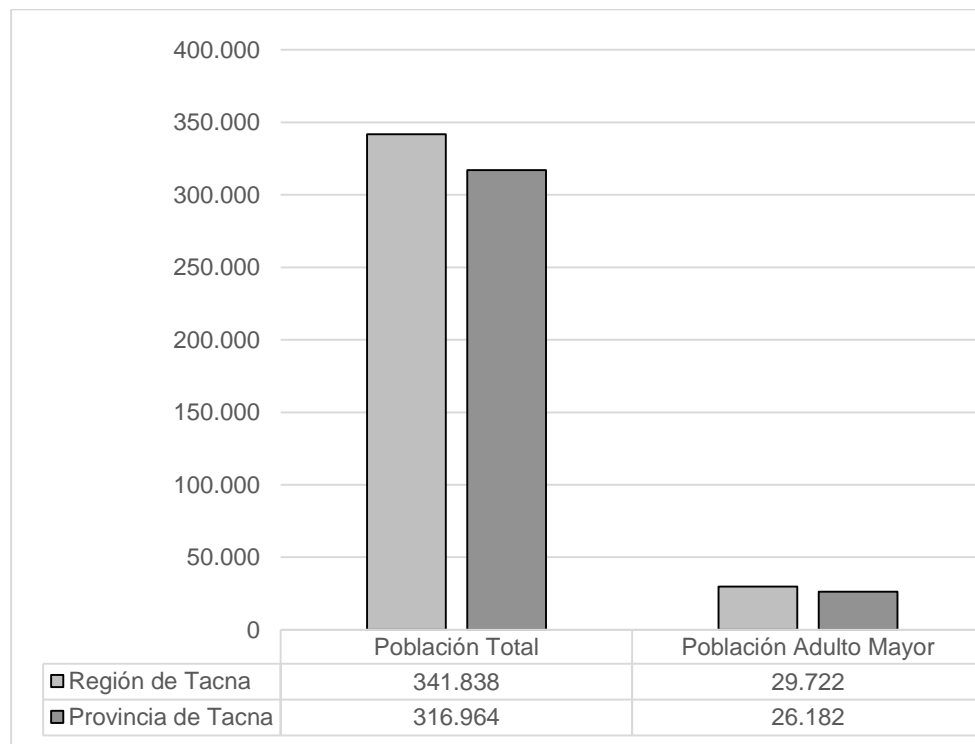
CAPÍTULO I: **GENERALIDADES**

1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. MARCO SITUACIONAL

Actualmente nuestra sociedad está experimentando procesos importantes de transformaciones, especialmente en el área demográfica, lo que significa a nivel de país el tener que adecuarse y sobretodo anticiparse a los nuevos desafíos que conlleva. Es por esto que se genera la presente tesis por la precariedad del servicio de atención integral que aqueja a la población adulta mayor en la Región de Tacna, considerando que pertenecen al 8.7% (29,722 adultos mayores) de la población total (341,838.00 habitantes), como se aprecia en el gráfico N°01.

Gráfico N° 01: Datos demográficos, 2015



Fuente: Elaboración propia en base de la Dirección de personas adultas mayores MIMP (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables), 2015

Asimismo las estadísticas indica que la población se concentra en la Provincia de Tacna (316,964 habitantes) con una población de 26,182 adultos mayores, representando el 7.66% de dicha población total en la Región de Tacna y el 8.26% en la Provincia de Tacna.

En la Provincia de Tacna existen centros con servicios de atención enfocados a la salud y otros servicios para las personas adultas mayores entre los cuales destacan:

- Hospital Hipólito Unanue – Tacna
- Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud Tacna
- Centro del Adulto Mayor (CAM) – EsSalud Tacna
- Hospital de la Solidaridad – Tacna
- Hogar Geriátrico San Pedro – Tacna
- Hogar de Ancianos San José – Tacna

Cabe mencionar que brindan un servicio de atención para mejorar la calidad de vida a la población adulto mayor no obstante, el Hospital Hipólito Unanue, el Hospital III Daniel Alcides Carrión y el Hospital de la Solidaridad son centros que ofrecen un servicio de atención a la población en general, sin embargo el Centro de Adulto Mayor, el Hogar Geriátrico San Pedro y el Hogar de Ancianos San Pedro son centros que ofrecen atención y cuidado preferencial al adulto mayor, sin embargo por motivos económicos o de infraestructura no pueden satisfacer la totalidad de la demanda.

Asimismo la población adulta mayor está en constante crecimiento con un promedio de 2.5% anual esto causa una demanda progresiva del servicio de atención al adulto mayor, en consecuencia un gran porcentaje de dicha población se encuentra vulnerable a los insuficientes servicios de atención especial e integral, es por ello que se requiere de una infraestructura idónea que cubra la totalidad de la demanda, brinde impulsar la salud y el proceso de envejecimiento de los adultos mayores, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de dicha población.

La tendencia al envejecimiento en la población, producto de este fenómeno, afecta la demanda de servicios que son requeridos, sobre todo en los próximos años. “...Para el 2050, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas de edad en el mundo superara a la cantidad de jóvenes...” (ONU, 2002).

1.2. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Ubicación geográfica

Región de Tacna

El área de estudio se encuentra ubicado en la Región de Tacna, el mismo que se encuentra ubicado en el extremo sur de Perú, ribereño del océano Pacífico por el suroeste y limitante con las Regiones de Puno por el norte y Moquegua por el noroeste, como con la Región de La Paz (Bolivia) por el este y la Región de Arica y Parinacota (Chile) por el sureste, como se puede apreciar en la imagen N°01. Asimismo la Región de Tacna está conformada por la Provincia de Candarave, Provincia de Jorge Basadre, Provincia de Tarata y Provincia de Tacna con una superficie total de 16.075,89 km² del territorio peruano (ver imagen N°02).



Imagen N° 02: Mapa Político del Perú

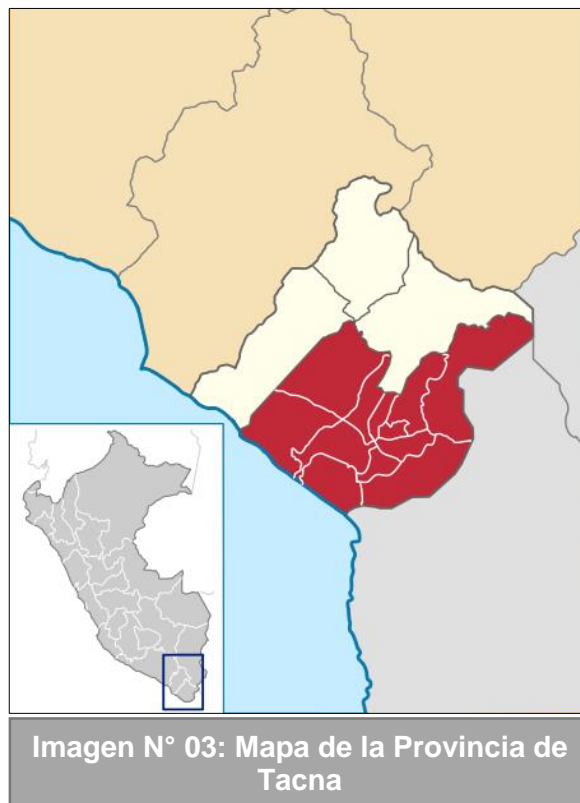


Imagen N° 02: Mapa de la Región de Tacna

Provincia de Tacna

Se eligió la Provincia de Tacna para para la localización del proyecto, se tuvo como criterio la presencia de adultos mayores identificando el 88% de la PAM (Población Adulta Mayor) de la Región de Tacna y así satisfacer la mayor demanda del servicio de atención a la población, dicha Provincia se encuentra ubicado al sur de la Región de Tacna, como se puede apreciar en la imagen N° 03, está conformada por 11 Distritos Políticos con una superficie total de 8170 km² del territorio peruano, los cuales son:

- Distrito de Tacna
- Distrito de Alto de la Alianza
- Distrito de Calana
- Distrito de Ciudad Nueva
- Distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa
- Distrito de Inclán
- Distrito de Palca
- Distrito de Pocollay
- Distrito de Sama
- Distrito de Pachía
- Distrito La Yarada – Los Palos



Distrito de Pocollay

Para la ubicación del proyecto se tomó el Distrito de Pocollay, cuenta con una superficie territorial de 265,65km², limita por el Norte-Noreste y Este con el distrito de Calana; asimismo con el distrito de Ciudad Nueva, por el Sur-Este y Sur-Oeste con los distritos de Tacna y Coronel Gregorio

Albarracín, por el Sur-Este con el distrito de Tacna, por el Sur-Oeste con los distritos de Alto de la Alianza y Ciudad Nueva, como se puede apreciar en la imagen N° 04.



Imagen N° 04: Mapa del Distrito de Pocollay

El terreno propuesto para el CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DISTRITO DE POCOLLAY – TACNA, se encuentra ubicado en el sector B del Distrito de Pocollay como se puede apreciar en la imagen N° 05, en la Provincia y Región de Tacna, entre la Av. Jorge Basadre Grohoman S/N con la Calle Prolongación Francisco Antonio de Zela y con el Pasaje Callejón Pocollay, como se puede apreciar en la imagen N° 05.

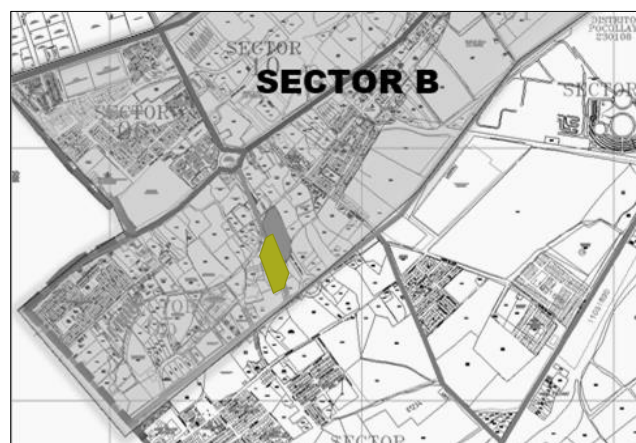


Imagen N° 05: Ubicación del terreno

Los criterios que se tuvo para la elección del terreno son: accesibilidad, entorno, porcentaje de adultos mayores, servicios y demás aspectos para que se brinde la mejor atención física, mental y social para un envejecimiento saludable los adultos mayores.

ÁREA Y PERIMETRO DEL TERRENO:

AREA : 12,617.59 m².
PERIMETRO : 508.27 ml.



Imagen N° 06: Vista satelital del terreno

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de envejecimiento es gradual y adaptativo, se producen una serie de cambios, afectando el aspecto biológico como al psicológico de la persona propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la vida del individuo en un ambiente determinado.

En el Perú la sociedad en general consideran cada vez menos a los adultos mayores, por ello estas personas son menos involucradas en las actividades recreativas, sociales y económicas debido a que creen son personas inactivas y no desenvuelven un rol importante dentro de la sociedad, lo que trae como consecuencia la soledad y depresión afectando la salud de dicha población.

Según el censo de 1970, la población adulta mayor del Perú constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzó el 6.34%; por tanto, en 23 años la población de adulta mayor creció el 0.80%, Cabe mencionar que del censo de 1993 al 2007, es decir, en 14 años creció el 1.86%, asimismo el censo de 2007 indica que dicha población constituía el 8.20% y en el 2016 el 9.90%, por tanto, en 9 años la población de adulta mayor creció el 1.70%, como se puede apreciar en la Tabla N° 01.

Tabla N° 01: Crecimiento porcentual de la Población Adulta Mayor.
Perú

Año	1970	1993	2007	2016
Periodo	-----	23 años	14 años	9 años
Crecimiento	-----	+ 0.80 %	+ 1.86 %	+ 1.70 %
Total	5.54 %	6.34 %	8.20 %	9.90 %

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadísticas E informática

Esto establece que la población incrementa a un ritmo acelerado en un menor periodo generando una mayor demanda de los servicios dirigidos a la población adulta mayor, es decir, al no prever produce un déficit o saturación del servicio de salud.

Asimismo el crecimiento de la población de adulta mayor en la Región de Tacna viene incrementando desde hace más de una década, ya que hacia fines del 2007 esta población representó el 8.31% (20,152 adultos mayores) y en el 2016, el 9.20% (31,179 adultos mayores). Esto significa que en 9 años la población de adulta mayor en la Región de Tacna llegó a incrementarse el 0.89% (11,027 adultos mayores) en términos porcentuales, como se puede apreciar en la Tabla N° 02.

Tabla N° 02: Crecimiento porcentual de la Población Adulta Mayor, Tacna

	2007		2016	
	Nacional	Tacna	Nacional	Tacna
Total	8.20 %	8.31 %	9.90 %	9.20 %

Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadísticas E informática

La expectativa de vida de la población peruana ha cambiado significativamente en los últimos años; en 1970, era de 53 años; en el 2004, fue de 70 años y se estima que alcanzará los 76 años en el 2025, como se puede apreciar en la tabla N°03.

Tabla N° 03: Esperanza de vida al nacer 2000 – 2025

Periodo	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Esperanza de vida	74.0	73.2	75.9	76.1	76.2

Fuente: Elaboración propia en base a la Dirección Regional de Salud Tacna

Actualmente si comparamos el promedio de Esperanza de Vida al Nacer a nivel nacional es de 75 años, similar al promedio departamental, observándose el mismo comportamiento entre hombres y mujeres, como se puede apreciar en la tabla N°04.

Tabla N° 04: Esperanza de vida al nacer 2005 – 2025 según sexo

	2005-2010		2015-2020	
	Nacional	Tacna	Nacional	Tacna
Total	73.1	73.2	75.1	75.1
Hombres	70.5	70.7	72.5	72.3
Mujeres	75.9	75.8	77.8	75.4

Fuente: INEI – Perú: Proyecciones Departamentales de Población

Esto indica que en los últimos años la población está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llegado a un incremento de la población de 60 y más años de edad (adulto mayor) en el Perú, por lo cual se hace necesario desarrollar nuevas infraestructuras destinadas al uso pleno y atención a la población adulto mayor.

El Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) es el Organismo Público Descentralizado que vela en cuanto a la asistencia de salud al pensionario; “Aproximadamente sólo 25% del total de gerontos están amparados por la Seguridad Social, son los jubilados de las empresas públicas o privadas que aportaron durante su vida productiva para lograr ésta protección en su vejez. Los que no aportaron o los que no ejercieron ocupaciones dependientes, si no tuvieron la capacidad o la precaución de ahorrar, a riesgo de devaluaciones monetarias, y si no tienen el apoyo familiar están condenados a una vida de desamparo.”¹.

La Región de Tacna cuenta con una población de 341,838 habitantes, donde el 8.7% representa la población adulta mayor (29,722 habitantes), los afiliados al Seguro Integral de Salud son 11,599 adultos mayores, asimismo los afiliados a un sistema de pensión y al EsSalud son 9,209 adultos mayores, además la población atendida por el Ministerio de Salud es de 16,604 adultos mayores, cabe resaltar que algunas instituciones de inspiración caritativa acogen a los adultos mayores y otros que el gobierno apoya con la Pensión 65, sin embargo un porcentaje significativo no se beneficia del servicio por lo tanto aquellos adultos mayores buscan un servicio de atención para poder subsistir, como se puede apreciar en la tabla N°05.

Tabla N° 05: Servicio de Salud a la Población Adulta Mayor, Tacna

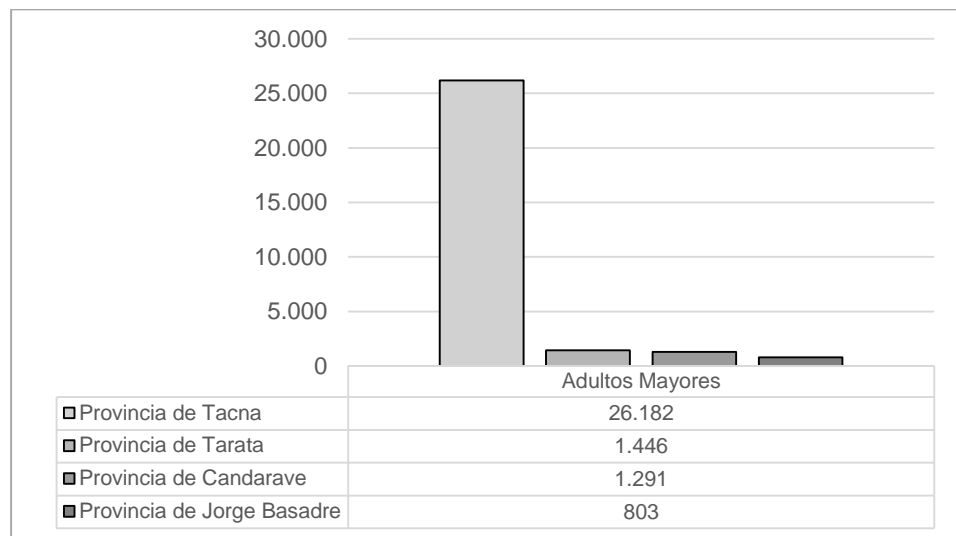
EsSalud	MINSA	Otros	Total
9,209	16,604	1,223	27,036

Fuente: Elaboración propia en base al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

¹ Guillermo Manrique de Lara. (2015). Situación del Adulto Mayor en el Perú / Director del Instituto Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Cabe mencionar que la mayor cantidad de dicha población se sitúa en la Provincia de Tacna, como se puede apreciar en el gráfico N° 02, por consecuencia es donde se genera mayor demanda del servicio de atención al adulto mayor.

Gráfico N° 02: Personas Adultas Mayores por Provincias, 2015



Fuente: MIMP (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables) Comisión Multisectorial del adulto mayor, Región de Tacna estadísticas de la PAM, 2015

La población adulta mayor está sufriendo un incremento acelerado, esto acarrea nuevas oportunidades para poder brindar un bienestar y satisfacer las necesidades del envejecimiento mediante la arquitectura, se deriva otro concepto que contribuye a la aproximación sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores, que es el envejecimiento activo.

El envejecimiento activo detalla el entramado de condicionantes de la misma vejez (culturales, sexuales, sociales, económicos, conductuales, personales, entorno físico, y sanidad y servicios sociales) sobre los cuales deben articularse medidas y actuaciones de cara a favorecer y potenciar una forma positiva de envejecer.²

En otras palabras, envejecer bien es envejecer activamente, no solo físicamente, sino que implica salud, seguridad y teniendo un rol social (que son los tres pilares del envejecimiento activo).

² Ciudades Amigables con los Mayores (2007): una guía, Organización Nacional de la Salud

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.4.1. Problema principal

Es necesario entonces formular la interrogante principal que el presente trabajo de tesis debe responder y se define como:

- ¿La Población adulta mayor, dispone de una infraestructura para brindar el servicio de salud en condiciones de confort arquitectónico, respondiendo a las exigencias normativas, teóricos y requerimientos según la necesidad de la población?

1.4.2. Problemas secundarios

Se busca responder a las preguntas de investigación, para un diseño y las áreas que deberán conformar, por lo cual se generan las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las principales condiciones de una infraestructura para la atención adecuada del adulto mayor?
- ¿Con que medios arquitectónicos puede mejorar el proceso de envejecimiento de la población en la Región de Tacna?

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de gran importancia porque nos permitirá conocer esta etapa del envejecimiento poblacional que trae oportunidades y desafíos para intervenir, el rediseño y revisión de la actual situación no sólo acarrea beneficios en las condiciones de vida de los mayores, si no nuevos espacios que ayuden a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, dotándoles una infraestructura con calidad y confort que garanticen un adecuado servicio médico.

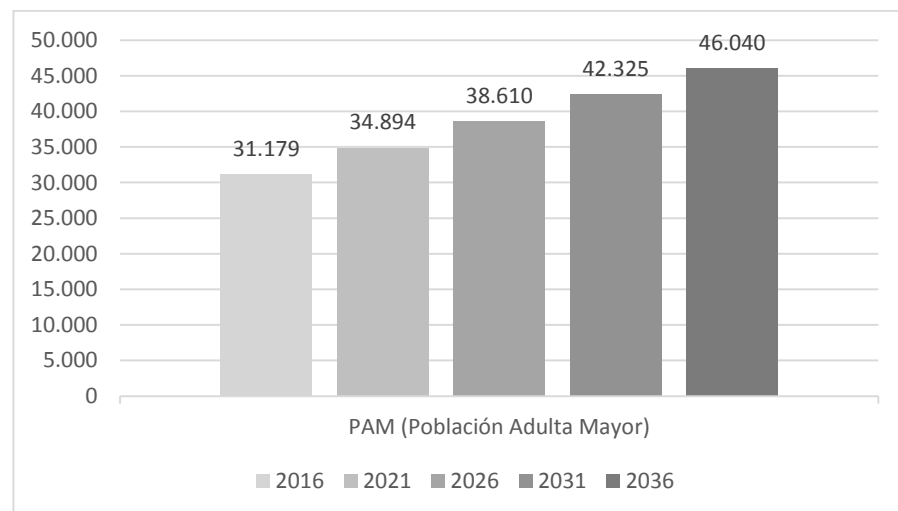
En la Región de Tacna existen varios problemas que merecen la atención de la sociedad y de las autoridades, entre ellas la falta de servicio médico orientada a la población adulta mayor, dicha población es involucrada cada vez menos de las actividades recreativas, sociales y económicas, por ello, la gran importancia porque nos permitirá conocer la situación real que atraviesa el adulto mayor a nivel de salud, social, psicológico, y arquitectónico para dar solidez al proyecto arquitectónico.

Entre las instituciones públicas competentes que deben atender las necesidades de la población adulta mayor tenemos:

- Ministerio de salud del Perú (MINSA)
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables del Perú (MIMP)
- Seguro social del Perú (ESSALUD)
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú (MIDIS)
- Municipalidad Provincial, Distrital y/o Gobierno Regional de Tacna

La población adulta mayor en la Región de Tacna está vulnerable en cuanto al servicio médico, aún más el problema se agrava por el incremento constante de dicha población, como se puede apreciar en el gráfico N°03 generando una demanda del servicio causando el déficit de atención integral teniendo como efecto el abandono del adulto mayor, por lo cual están expuestos al deterioro de su salud.

Gráfico N° 03: PAM Región de Tacna, 2016



Fuente: Elaboración propia en base al Instituto Nacional de Estadística e Informática



La arquitectura juega un rol fundamental en el bienestar y desarrollo del adulto mayor, el diseño puede contribuir a los déficits propios de las personas mayores. Por esto es necesario que en los lugares donde las personas mayores desarrollen las actividades diarias, no existan barreras arquitectónicas

Una buena concepción arquitectónica de una obra, institución o hábitat puede contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas de edad avanzada o con alguna discapacidad parcial o total, mientras que las barreras físicas pueden aumentar su situación de exclusión. Las construcciones deben compensar la reducción de las capacidades por el envejecimiento y disminuir los obstáculos que dificulten el desplazamiento con facilidad de estas personas

En resumen, las palabras determinantes para la arquitectura en la vejez son FACILITACION y PREVENCIÓN.

Facilitadoras de entornos que compensen los cambios físicos y sociales, entornos urbanos que mejoren la movilidad e independencia (como anchos suficientes para sillas de ruedas más acompañantes, disponibilidad de zonas para sentarse, etc.), y que sean seguros (camino señalizados con tiras anti adhesivas, semáforos con cronómetros visuales, iluminaciones necesarias, veredas lisas y libre de obstáculos, entre otros).

Y de prevención, sobre todo a nivel de hogar, en entregar ambientes controlados, que compensen la incomodidad y dificultad que presentan los adultos mayores en su entorno para desenvolverse, así previniendo impactos negativos en las calidades de vida y bienestar, que pueden derivar en deficiencias de autonomía. En este sentido proporcionar una mayor seguridad se relaciona con situaciones antropométricas y funcionales que mejoran la comunicación y la manipulación de objetos.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo general

Formular y desarrollar el proyecto arquitectónico del “CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DISTRITO DE POCOLLAY – TACNA”, como alternativa encargado de brindar ambientes diseñados especialmente para un uso pleno y condiciones atención médica integral.

1.6.2. Objetivos específicos

- Analizar y diagnosticar las condiciones de servicio físico (infraestructura) y atención integral que brindan a las personas adultas mayores.
- Contribuir con una infraestructura con espacios que brinde servicios preferenciales en asistencia, diagnóstico, tratamiento y talleres de terapias ocupacionales, mejorando la calidad de vida en el proceso de envejecimiento.
- Determinar las premisas de diseño de los diferentes aspectos exigidos y necesarios del tema a desarrollar, respetando los marcos normativos, teóricos y requerimientos.

1.7. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La propuesta arquitectónica del “CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DISTRITO DE POCOLLAY – TACNA” contribuirá como alternativa encargado de brindar ambientes diseñados especialmente para un uso pleno y condiciones atención médica integral.

1.8. SELECCIÓN DE VARIABLES

1.8.1. Variable independiente

“Centro de atención integral”

Indicadores:

- Infraestructura gerontológico
- Tipología arquitectónica
- Espacios complementarios a los procesos de envejecimiento del adulto mayor
- Requerimiento y programación de espacios
- Ubicación

1.8.2. Variable dependiente

“Adulto mayor”

“Calidad de Vida”

Indicadores:

- Salud
- Servicio médico moderno y efectivos
- Atención médica
- Cobertura de servicio
- Usuario

1.9. METODOLOGIA

1.9.1. Tipo de metodología

“INVESTIGACIÓN PROYECTUAL”

El método se basa en procedimientos que permiten dar respuesta a la problemática analizada a partir de una población (usuario) que requiere una atención y brinde mejorar la calidad de vida del adulto mayor. De lo antedicho puede inferirse que la técnica no crea nuevo conocimiento, sino que se limita a la aplicación de este siguiendo procedimientos fijos que garantizan la obtención de un resultado deseado.

“Se ha procurado acotar y comprender al proyectar arquitectónico como un método especial de investigación. En ese sentido, se han estudiado desde un enfoque hermenéutico, aspirando a comprender en qué sentido y con referencia a cuáles límites es posible pensar que proyectar es investigar, se ha elaborado una propuesta que comprende metodológicamente a la Investigación Proyectual en Arquitectura”.³

1.9.2. Esquema metodológico

Según las características el presente trabajo de tesis consiste en un conjunto de actividades estructurado y sistemático entrelazados entre sí mediante el siguiente esquema metodológico.

³ Arq. Hernán Zamora (2012) La investigación proyectual en arquitectura
https://www.researchgate.net/publication/265686199_La_investigacion_proyectual_en_arquitectura

Esquema metodológico del desarrollo de la tesis



FUENTE: Elaboración propia



CAPÍTULO II: **MARCO TEÓRICO**

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

La tesis tendrá en cuenta los conocimientos de antecedentes históricos, conceptuales, contextuales y normativos, con información de diferentes fuentes apropiadas con respecto al tema de estudio con el objetivo de construir una base sólida que pueda ser utilizada como instrumento en el proceso de toma de decisiones para el desarrollo del Proyecto Arquitectónico: CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DISTRITO DE POCOLLAY – TACNA.

2.1. Antecedentes históricos

Se tendrán en cuenta diversos acontecimientos históricos correspondientes para el desarrollo del trabajo de investigación. Por tanto esta etapa se inicia identificando temas referidas al proyecto de tesis, tales como:

2.1.1. Evolución del término Adulto Mayor

Anciano

El término anciano se utiliza desde la época antigua, se les llamaba así a las personas que contaban con mucha sabiduría. Ahora se utiliza para referirse a aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de personas mayores, ya no tanto por sus conocimientos.⁴

Tercera Edad

La expresión tercera edad es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que está jubilada y tiene 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el

⁴ Tesis (2015): Viviendas tutelares y servicios complementarios para el adulto mayor autovalente en Lima centro, <http://hdl.handle.net/10757/581994>

término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina).⁵

Adulto Mayor⁶

En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año 1982, se tomó como vejez la edad umbral los 60 años.

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años en adelante y de esa manera evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, geronto, entre otras.

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo población de Personas Adultas Mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por la asamblea general.

Mencionar a las Personas Adultas Mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario.

⁵ Tesis (2015): Viviendas tutelares y servicios complementarios para el adulto mayor autovalente en Lima centro, <http://hdl.handle.net/10757/581994>

⁶ Dirección de Personas Adultas Mayores PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES 2006-2010

2.1.2. Evolución de la gerontología y la geriatría

En la actualidad, la Gerontología es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores.

El término gerontología proviene etimológicamente del griego, geron = viejo y logos = estudio. Parece que el término gerontocracia, con el que se describía en la Grecia antigua al gobierno controlado por los ancianos pudiera haber sido el término precursor. Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos. Los Gerontes era un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado.⁷

En el mundo

En 1903, Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida".

Por su parte, el término geriatría fue acuñado por Ignatius Nascher en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento. Este eminente pediatra norteamericano y fundador del primer departamento de Geriatría en los EE.UU., en el Hospital Mont Sinai de Nueva York, explica en esta publicación, que el término también es derivado del griego Geron = Viejo e Iatrikos = tratamiento médico. Entonces si bien el año 1860 -en que Abraham Jacobi dictó la primera clase de Pediatría- es una fecha importante, también 1909 lo es para la Geriatría.

⁷ Prieto O, Gerontología y Geriatría, Iberoamérica, (1999), acceso: 04/Julio/2011, disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res01299.pdf



La Geriátría es por tanto una rama de la Gerontología y la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas.

En el Perú

Desde la década de los cincuenta se vienen desarrollando programas de formación en atención geriátrica especializada en algunas universidades nacionales, tanto en la carrera de Medicina como en la de Enfermería.

La Geriátría como disciplina se inició en nuestro país a mediados del siglo XX. En 1953, un grupo de médicos, interesados en esta relativamente nueva especialidad, decidieron fundar la Sociedad Peruana de Geriátría. El primer presidente fue el Dr. Eduardo Valdivia Ponce. En 1957 esta sociedad se afilió a la Asociación Internacional de Gerontología. Posteriormente entró en crisis debido a que sus miembros no pudieron ponerse de acuerdo respecto a la finalidad e identidad de la institución.

En la actualidad existe la Sociedad de Gerontología y Geriátría del Perú.⁸ Es una asociación civil sin fines de lucro, representativa de profesionales médicos de la especialidad en geriatría, constituida para lograr los altos fines establecidos en su estatuto. Su fecha de fundación es el 20 de noviembre de 1978, la sede es la ciudad de Lima, pero cuenta con varias filiales dentro del país. La sociedad se rige por sus estatutos sociales, el reglamento de funcionamiento de instituciones médico científicas del Colegio Médico del Perú y supletoriamente por el Código Civil. En el ámbito internacional está afiliada a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Gerontología y Geriátría y a su ente normativo mundial, la International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG).

⁸ Sociedad de Gerontología y Geriátría del Perú <http://www.sggperu.org/>

La evolución del Modelo Gerontológico Social - EsSalud⁹ se encuentra vinculado a la evolución de la institución en materia de prestaciones sociales, a los conocimientos científicos en materia del envejecimiento y vejez, a las leyes y políticas de Estado, así como a la visión de las autoridades competentes y directivas del Seguro Social de Salud - EsSalud, ex Instituto Peruano de Seguridad Social.

2.1.3. Evolución de la asistencia social del Adulto Mayor

En el Mundo

En las culturas primitivas, alcanzar edades avanzadas significaba un privilegio, una hazaña que solo podía lograrse con ayuda divina, por tanto, el anciano tuvo un lugar preponderante en la sociedad.

- En Egipto, el anciano era mirado con buenos ojos, como pilar fundamental en la educación de los más jóvenes y como símbolo de sabiduría. La mujer era quien se ocupaba del cuidado del anciano dentro de la familia o la servidumbre doméstica constituida por mujeres, siempre y cuando el anciano perteneciera a un status social alto.
- En Grecia, por primera vez se crean instituciones de caridad preocupadas del cuidado de los ancianos necesitados. El régimen espartano tenía un senado (Gerusía) compuesto por veintiocho miembros, todos de más de sesenta años. En Atenas, el poder se concentraba en el Areópago, la cual era una institución aristocrática de ancianos arcontes. Tenían amplios poderes parecidos a los de la Gerusía espartana.
- En el mundo romano, el anciano fue un personaje muy considerado en los textos de esta época, de hecho se plantearon los problemas de la vejez desde casi todos los aspectos: políticos, sociales, psicológicos, demográficos y

⁹ Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social La Experiencia de EsSalud

médicos. El Derecho romano concedía autoridad al anciano en la figura del Pater Familia (Padre de Familia), que ostentaba un poder tan grande sobre la familia y esclavos, que hizo que llegaran a ser odiados y temidos.

Al igual que otros pueblos o tribus, el hebreo, en sus inicios, los ancianos ocuparon un lugar predilecto. En su período de nomadismo cumplieron una función importante en la conducción de su pueblo. Existía el Consejo de Ancianos, el cual tenía amplio poder que sobrepasaba los límites. En el período de los jueces se mantiene la autoridad de los ancianos. Al institucionalizarse el poder político de la monarquía, el Consejo de Ancianos, es relegado a una función de consejeros, pero continúan teniendo un gran poder. Durante el reinado de Roboam, la imagen del anciano comienza a deteriorarse y ya no se toman en cuenta sus opiniones.

En el siglo VI (501 – 600), los ancianos comienzan a retirarse a los monasterios con el fin de prepararse para la vida eterna, evitando así la bochornosa decadencia que significaba la vejez. Así surge el precursor del asilo de ancianos. Con la llegada de enfermedades como la peste negra y la viruela, la población se vio disminuida, afectando principalmente niños y adultos jóvenes. Las familias se desintegraron parcialmente, creándose familias extendidas, las cuales brindaron protección al adulto mayor, ganando así posición social, política y económica.

- En la época Moderna (1453 – 1789), con la llegada de la Revolución Industrial, al ser humano se le valora por el trabajo que ha realizado al servicio de una institución pública, privada, de forma autónoma, entonces el Estado se siente obligado a compensarle ante el resto de la sociedad.

Se crean los sistemas de seguros sociales, con lo cual se aumentaron las expectativas de vida, se mantiene el procedimiento de jubilación, aunque se posterga la edad del retiro.

En esta época el anciano continúa recibiendo los cuidados dentro de la familia, principalmente atendido por la mujer, la cual en empieza a integrarse al ámbito laboral.

Es ya a finales del siglo XIX cuando se comienza a separar a la vejez de la enfermedad del anciano y nace por un lado la Gerontología y por el otro la Geriatria.

- En la época contemporánea (1789 – actualidad), el adulto ha perdido toda clase de privilegios en la sociedad, ahora ya no se toma en cuenta la sabiduría como resultado de la experiencia, sino que el adulto mayor se queda rezagado de la sociedad así como de la tecnología. Con los programas de jubilación, la situación económica se ve empobrecida, ya que con la edad avanzada se requiere de los servicios médicos con mayor frecuencia y la seguridad social no es muy eficiente. Además con el ritmo acelerado de vida, en las familias no se toma el tiempo ni los cuidados debidos para con el adulto mayor.

En el Perú

Al adulto mayor se le mantuvo ignorado y marginado y a los otros los pudientes se les menciona por su condición socio-económica o su capacidad intelectual, individualizándolos, en ningún caso figura como un grupo importante dentro del contexto social; en las distintas épocas históricas la situación del adulto mayor ha sido reflejo de la importancia que a este grupo social le diera el estado. Un estudio realizado por el Dr. Miguel Llado sobre la situación del adulto mayor durante los distintos periodos de nuestra historia señalaba lo siguiente:

En el Incanato, la base de la organización social y económica fue el ayllu, la economía inca se basaba en el trabajo colectivo, cada persona trabajaba según sus aptitudes desde la niñez hasta la ancianidad extrema, no existía el retiro definitivo pero si una adaptación progresiva según se envejecía.

El adulto mayor en el Imperio Inca mantenía su status laboral de manera permanente, desempeñando labores adecuadas a su condición biológica, y restringiéndose, hasta cuando más ancianos eran, se trataba de la jubilación progresiva, al llegar edades muy avanzadas el ayllu encargaba de su manutención.

En los inicios de la época Republicana (1821 – 1842) persistió la situación de marginación de la población de la tercera edad, se les continuó considerando una fuerza de trabajo devaluada, con muy poca aceptación para mantenerse en el mercado laboral.

Posteriormente, surgieron leyes de protección social que en muchos casos no se cumplieron hasta muy avanzada la República, mediante las cajas de pensiones y los seguros de obreros y empleados, que abarcan aspectos como el cuidado, en materia de salud, de la población asegurada y la seguridad de un ingreso económico permanente para la población jubilada o cesante.

Actualmente cumplen estas funciones de manera descentralizada, en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), en el aspecto de salud, y la Oficina de Normalización Provisional (ONP) en lo que a pensiones se refiere.

2.1.4. Evolución del hábitat para el Adulto Mayor

En el mundo

- **Edad Media**

Primero se dio un mecanismo de protección hacia personas que tenían el mismo oficio, a esto se le denominó gremios; estas formaban una especie de asociación que hacía valer sus derechos, a la par se dio la acción caritativa por parte de la iglesia la cual ofrecía albergues a las personas necesitadas aquí sólo se tenían en cuenta espacios adaptados para que los necesitados pudiesen descansar o “escondersse”, no contaban con ningún espacio diseñado para ellos; era una gran habitación, que incluso a veces, no poseía camas sino sólo colchones y un baño general para todos los que la iglesia albergaba.

- Edad Moderna

Aquí, la idea sigue siendo la misma sólo que en vez de que la iglesia velara por estas personas el estado paso a ser el benefactor.

En esta etapa, los espacios eran los mismos ya un poco más trabajados pero mantenían la misma idea una habitación amplia que acogiera a la mayor cantidad de personas posibles, todo esto se daba a través de la compasión o caridad, mas no por obligación, aunque ya existe un mayor conocimiento de la realidad

- Edad Contemporánea

Se da lo que llamaríamos asistencia social asumida por el municipio y ya no como caridad sino como un compromiso con la sociedad tras el producto de la revolución francesa: igualdad, es por esto que aquí ya se conciben espacios sólo para los adultos pobres, estos espacios eran una especie de hospedaje en el cual contaban con habitaciones, recreación, esparcimiento, cuidados y asistencia médica. Arquitectónicamente se fueron generando mayor cantidad de espacios con diversas funciones, se generaron espacios abiertos y cerrados buscando brindarle adulto mayor sensación de acogida y preocupación por ellos. Finalmente surge el bienestar social que considera los mismos espacios que el asilo (asistencia social) es decir, buscan que estas personas tengan todo a la mano y no sólo que cubran sus necesidades básicas. Para ello siguen fomentando el uso de habitaciones simples o dobles con baños privados, esto se da a raíz que ahora no sólo se alberga sólo a pobres sino a cualquier persona que requiera de estos servicios; es decir, a todas las clases sociales sin distinción; surge como acción macro social con alto compromiso social que busca fomentar la participación. Actúa como un centro de desarrollo con espacios pensados para actividades recreativas como talleres, comedores, zonas comunes, vestíbulos, y espacios complementarios destinados a biblioteca, cine, anfiteatro, salas de computación, entre otros aspectos adicionales.

En el Perú

Al llegar a edades muy avanzadas, el ayllu se encargaba de su manutención. No se dispone de información respecto a la situación del adulto mayor en otros pueblos Preincas.

Durante la colonia nacen las primeras instituciones hospitalarias; se fundan hospitales y hospicios bajo el amparo de la religión Católica. Después se estableció la enseñanza de una medicina medieval; el ejercicio y control de la profesión se dio a través del protomedicato. Las relaciones entre el Perú y los países vecinos fueron difíciles desde el inicio de la vida republicana. Los problemas con Chile llevaron a la Guerra del Pacífico en 1879. Tras cinco años de guerra, el Perú perdió parte de sus territorios en el sur. El periodo de postguerra se caracterizó por una economía destruida y, en lo político, por una pugna por el poder entre los caudillos militares derrotados por el ejército chileno. Durante 30 años el Perú estuvo gobernado por sucesivos dictadores, para luego dar paso a un sistema democrático que fue interrumpido por intermitentes golpes de Estado, lo cual ha determinado que una constante de nuestra vida republicana sea la alternancia entre gobiernos elegidos y dictaduras civiles o militares.

En estos periodos de la república persistió la situación de marginación de la población de la tercera edad, se les continuó considerando una fuerza de trabajo devaluada, con muy poca aceptación para mantenerse en el mercado laboral

El primer Club de Jubilados se creó el 26 de agosto de 1982 en el distrito del Rímac, ubicado en un local de propiedad de la institución y, paralelamente, se organizaron y crearon clubes de jubilados a nivel nacional, en las ciudades de Arequipa, Lambayeque, La Libertad, Cusco e Ica, así como la elaboración de un Manual de Organización y Funcionamiento que definió los fines, objetivos y actividades tales como:

- Promoción de la Recreación y Organización del Tiempo Libre.
- Promoción de la Cultura.
- Promoción del Hogar, el Civismo y los Servicios a la Comunidad.
- Defensa y Promoción de la Salud.

2.1.5. Acuerdos de la Asamblea Mundial de envejecimiento

Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento – ONU, Viena, 1982

La primera Asamblea Mundial de Envejecimiento data de 1982 en Viena, tuvo el lema “Envejecer en casa” aquí se manifiesta una grave preocupación ante las persistentes violaciones de los Derechos Humanos en todas las regiones del mundo y la falta de recursos eficaces para las víctimas. También se expresaba preocupación por las violaciones en los conflictos armados, que afectan a la población civil, en particular a las mujeres, niños, ancianos y discapacitados. Sin embargo recién en 1991 las Naciones Unidas aceptó la Declaración de Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad, elaborado por la Federación Internacional de la Vejez.

Los principales puntos que se dieron fueron:

- Independencia
- Participación
- Cuidados
- Auto realización
- Dignidad

Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento, ONU - Madrid 2002 (envejecimiento, 2002)

La II asamblea Mundial de envejecimiento se llevó a cabo el 12 de Abril del 2002 en la ciudad de Madrid, con el lema de “Una Sociedad para todas las edades”

Vivienda y el Entorno de Vida

En este espacio se resaltan puntos donde se mencionan específicamente aspectos del hábitat y el entorno inmediato para el adulto mayor. Estas son formulaciones y propuestas que en su debido momento sirvieron y pueden seguir sirviendo para poder

convertir en realidad el lema de dicha asamblea: **“UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES”**.

Objetivos y Acciones Objetivo 1 (Artículo 90):

Promover el “envejecer in situ” en la comunidad, con la atención que merecen las preferencias individuales y las **opciones de vivienda** a la medida de los recursos de la gente mayor.

Acciones:

- Promover el desarrollo de comunidades que integran las diferentes edades.
- Coordinar esfuerzos multi-sectoriales para apoyar la integración continuada de las personas mayores con sus familias y comunidades.
- Alentar **el diseño de vivienda sensible a la edad y accesible** y asegurar acceso a edificios y espacios públicos.
- Proveer a personas mayores, sus familias y cuidadores, información y asesoramiento sobre **opciones de vivienda a su disposición**, de manera efectiva y a tiempo.
- Asegurar que la vivienda que se da a la gente mayor tome en consideración sus necesidades en cuanto a cuidado y cultura.
- Promover un crecimiento continuo de opciones de vivienda para las personas mayores.
- Conectar **“vivienda económica”** con **“servicios de apoyo”** para asegurar la integración de fórmulas de vivienda, atención de larga duración y oportunidades para la interacción social.

Objetivo 2 (Artículo 91):

Mejorar el **diseño de la vivienda** y su entorno para **promover modelos de vida independiente** teniendo en cuenta las necesidades de la gente mayor, en particular aquella con incapacidades.

Acciones:

- Asegurar que los nuevos espacios urbanos no presenten barreras a la movilidad y acceso.
- Promover el uso de la **tecnología** y servicios de **rehabilitación** diseñados como apoyo a modelos de vida independiente.
- Cubrir la necesidad de co-residencia compartida y **multigeneracional** a través del diseño de la vivienda y el espacio público.

2.1.6. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, 2006-2010¹⁰

La visión tradicional del envejecimiento conceptualizado como un proceso degenerativo de las capacidades físicas y mentales del ser humano, es inexacta e incompleta, en tanto se centra en la disminución natural de las capacidades del ser humano. La visión actual se orienta hacia un enfoque integral del envejecimiento como un proceso saludable, con actitud positiva y que permite a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente. En el campo médico, el tratamiento a las personas adultas mayores no se realiza integralmente con un enfoque geriátrico y gerontológico, y las prestaciones de salud son fundamentalmente de tipo curativo.

Dentro de la nueva visión positiva del envejecimiento, resulta importante establecer estrategias adecuadas que promuevan el autocuidado de la persona adulta mayor.

¹⁰ Dirección de Personas Adultas Mayores PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES 2006-2010

A fin de orientar adecuadamente los servicios socio sanitario destinados a las personas adultas mayores, es funcional clasificarlas en tres grupos:

- **Persona Adulta Mayor Independiente o Autovalente:** Es aquella capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Persona Adulta Mayor Frágil:** Es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.
- **Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada (No Autovalente):** Es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tienen problemas severos de salud funcional y mental.

Finalmente, es importante promover una “Sociedad Inclusiva para todas las Edades”, que permita mantener relaciones equitativas, recíprocas y de respeto entre niños, jóvenes, adultos y personas adultas mayores, es decir una sociedad solidaria y humanista.

Resumen de antecedentes históricos

LUGAR	PERIODO	ANTECEDENTE
Grecia	Siglo VI	Por primera vez se crean instituciones de caridad preocupadas del cuidado de los ancianos necesitados
Europa	Edad media	Se dio una mecanismo de protección hacia personas que tenían el mismo oficio, a esto se le denominó gremios.
Reino Unido	Época moderna	Se crean los sistemas de seguros sociales para los trabajadores de instituciones privadas y públicas.
Perú	Época republicana	Surgieron leyes de protección social que en muchos casos no se cumplieron hasta muy avanzada la Republica, Mediante las cajas de pensiones y los seguros de obreros y empleados
Rusia	1903	Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, proviene etimológicamente del griego, geron = viejo y logos = estudio
New York	1907	Ignatriusl Nascher explica el término geriatría también es derivado del griego Geron = Viejo e Iatrikos = tratamiento médico.
Perú	1953	Se fundó la Sociedad Peruana de Geriatría. En 1957 esta sociedad se afilió a la Asociación Internacional de Gerontología.
Perú	1978	Se constituye la Sociedad de Gerontología y Geriatría del Perú
En el mundo	Época contemporánea	Se da lo que llamaríamos asistencia social asumida por el municipio y ya no como caridad sino como un compromiso con la sociedad

LUGAR	PERIODO	ANTECEDENTE
Organización de las Naciones Unidas -Austria, Viena	1982	La primera Asamblea mundial sobre envejecimiento toma como vejez la edad umbral de 60 años, Los principales puntos que se dieron fueron, Independencia, Participación, Cuidados, Auto realización y Dignidad.
Organización Mundial de la Salud	1984	Se establece el uso del término “Adulto Mayor” a las personas de 60 años en adelante para evitar múltiples denominaciones.
Organización de las Naciones Unidas	1996	Se denomina Población Adulta Mayor (PAM) a las personas con el umbral de 60 años de edad.
Organización de las Naciones Unidas – España, Madrid	2002	Con el lema de “Una Sociedad para todas las edades” donde se tomó los objetivos de Promover el “envejecer in situ” en la comunidad y Mejorar el diseño de la vivienda y su entorno para promover modelos de vida independiente
Perú	2010	<p>La visión actual se orienta hacia un enfoque integral del envejecimiento como un proceso saludable, con actitud positiva y que permite a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente.</p> <p>A fin de orientar adecuadamente los servicios socio sanitario destinados a las personas adultas mayores, es funcional clasificarlas en tres grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persona Adulta Mayor Independiente o Autovalente • Persona Adulta Mayor Frágil • Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada (No Autovalente)

2.2. Antecedentes conceptuales

Se detallara las definiciones y bases teóricas, relacionadas directamente al tema de tesis; registradas por autores, médicos especialistas y/o estudiosos especialistas en el tema, con la finalidad de puntualizar nuestra óptica de investigación, tomando estos antecedentes como fundamentos existentes y registrados; dando validez a la tesis. Por tanto esta etapa se inicia definiendo las palabras claves referidas al tema, tales como:

2.2.1. Precisiones conceptuales

- **Atención integral.-** Es la atención multidimensional a través de un equipo interdisciplinario. Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud a través de la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las PAMs considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.¹¹
- **Centro del Adulto Mayor.-** Unidad Operativa del Sistema de Prestaciones Sociales del Seguro Social de Salud-EsSalud, concebida como espacio de encuentro generacional de personas adultas mayores, orientada a mejorar el proceso de envejecimiento mediante el desarrollo de programas de soporte familiar, intergeneracionales, socioculturales, recreativos, productivos y programas de estilos de vida para un envejecimiento activo, sin discriminación por creencia ideológica, política, religiosa, de raza, género o condición social, ni de ninguna otra índole.¹²
- **Envejecimiento activo.-** Es el proceso de optimización de oportunidades de participación con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que la persona envejece. El envejecimiento activo propicia la creación de una imagen

¹¹ Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores (2006).

¹² Reglamento del MINSA.

nueva más positiva de la población mayor, con una actitud de participación en los campos político, social y económico, reconociendo sus derechos humanos.¹³

De acuerdo con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento activo es *“el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Esto es cierto tanto para individuos como para grupos poblacionales”* (OMS).

- **Gerontología.-** La Gerontología es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores.¹⁴
- **Geriatría.-** La Geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de atender a las personas mayores de 60 años. Debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas. De forma especial y particular los aspectos sociales que pueden influir en la salud del anciano como son la soledad, el aislamiento, la dependencia, deben formar parte del trabajo y actuación del médico geriatra.¹⁵
- **El envejecimiento saludable.-** Es, a su vez, el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que le permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal. Los estilos de vida que han demostrado tener un impacto significativo en la salud, bienestar y calidad de vida en la vejez

¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS)

¹⁴ Portal en Plenitud

¹⁵ Portal Salud y Bienestar

son: una alimentación adecuada, ejercicio físico, periódico y seguro; higiene personal adecuada, sueño suficiente y reparador, recreación y alta autoestima (Mendoza-Núñez y Martínez Maldonado, 2013).

- **Calidad de Vida.-** La calidad de vida es un concepto amplio, que incluye la percepción personal de satisfacción y felicidad, la relación de la persona con su entorno social y su capacidad y posición económica para adquirir los satisfactores que permiten realizar sus necesidades. El concepto de estilo de vida saludable, es más restringido, pero se puede incorporar al de calidad de vida.
- **Salud.-** En el 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶ conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".
- **Infraestructura Especializada.-** Una infraestructura es el conjunto organizado de espacios, servicios y estructuras físicas básicas que permiten se lleve a cabo una actividad humana en un espacio geográfico determinado.

Estos elementos están interconectados formando un sistema que apoya el desarrollo de una sociedad proveyendo materias primas y servicios que aumentan la calidad de vida de un grupo de personas e incluyen tantos activos fijos, sistemas de control y software, así como los procesos ejecutados por las personas que los operan.

Desde el Punto de Vista Médico

Encontrando otra fuente de información, llegamos a la definición Médico-Geriátrica del denominado "Paciente geriátrico". Esta definición incluye conceptos tales como la presencia de múltiples enfermedades crónicas que llevan a la

¹⁶ Organismo Mundial de la Salud (OMS)

incapacidad, consumo de múltiples medicamentos y riesgo social, entre otros. Es claro que si bien puede cumplirse una contextualización y orientación médica de enfermedad, de ninguna manera define al anciano en su verdadera dimensión.

Desde el Punto de Vista Social

Desde el punto de vista social y cultural, se puede ver una marcada variabilidad en su definición. En la cultura occidental, encontramos un claro temor al envejecimiento y a la vejez y priman los patrones de “juventud y belleza”, en tanto, en la oriental el viejo es respetado y considerado una fuente de sabiduría. Por otro lado, no es raro encontrar avisos en la prensa donde se restringe la actividad laboral de mayores de 35 ó 40 años, e incluso los propios medios de comunicación han referido a personas ancianas como mayores de 50 años, cuando la verdad es que estos individuos aún no son viejos.

Desde el Punto de Vista Psicológico

Otro aspecto es el psicológico, que puede ser es el del ambiente individual, ya que, está comprobado, que el ánimo de la persona produce caídas que se ven reflejadas en las capacidades del anciano para mantener un buen estado de salud y una buena actividad cerebral.

- **Bienestar Social de las Personas de la Tercera Edad.-** Se refiere en materia previsional, alimentación, salud, educación, etc.; realizar toda clase de actividades a favor de los ancianos; atención para los más vulnerables, en condiciones de indigencia o abandonados, promover su agrupación, así como facilitarles sus trámites administrativos y el acceso al crédito.

2.2.2. Definición de enfermedades

La intensidad de las enfermedades, dependen del grado de envejecimiento de cada persona, es difícil establecer el comienzo de esta etapa de la vida en función exclusiva de la edad, debido a la creciente longevidad que podemos observar en las sociedades. No obstante, a partir de los 65 años una persona es considerada como adulto mayor, reservándose el término de muy anciano a aquellos que superan los 80 años, a continuación se detallan las afecciones que aquejan a la población adulta clasificándolos en:

Permanentes

- **Arterioesclerosis de las Extremidades.-** Se trata de un síndrome que deposita e infiltra sustancias lipídicas (grasa), en las paredes de las arterias de mediano y grueso tamaño. Esto provoca una disminución en el flujo sanguíneo que puede causar daño a los nervios y otros tejidos. Sucede cuando el adulto mayor afectado comienza a notar dolores en las piernas, hormigueos, úlceras e incluso gangrena en los pies.
- **Artrosis.-** Afecta a partir de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación. No obstante, es una enfermedad que afecta más a las mujeres que a los hombres, y los factores que predisponen a sufrirla pueden ser la edad, la obesidad, y la falta de ejercicio. Así, la artrosis consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se refleja en dificultades motoras y dolor articular con los movimientos.
- **Artritis.-** se trata de la presencia de inflamación o hinchazón de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos, tumefacción y calor local. Puede estar causada por numerosas enfermedades y síndromes. Se suele detectar pasados los 40 años, en radiografías, sin que antes se haya presentado ningún síntoma.

- **Alzheimer.-** Es una enfermedad debido al envejecimiento del cerebro, se produce una pérdida progresiva de la memoria y de habilidades mentales en general. A medida que las células nerviosas mueren, diferentes zonas del cerebro se van atrofiando.

Por esta razón, esta enfermedad se clasifica como neurodegenerativa del sistema nervioso central, llevando incluso a la demencia a las personas mayores de 60 años.

- **Parkinson.-** Esta dolencia neurodegenerativa se produce por la pérdida de neuronas en la sustancia negra cerebral.

Por lo general, el párkinson se clasifica como un trastorno del movimiento, pero hay que considerar que también desencadena alteraciones en la función cognitiva, en la expresión de las emociones y en la función autónoma. El principal factor de riesgo del Parkinson es la edad.

- **Hipertrofia de Próstata.-** Es una enfermedad muy común entre los hombres mayores de 60 años. En este caso, la próstata crece de manera excesiva y, como consecuencia, se presenta una mayor frecuencia para orinar, irritación y obstrucción. Todo esto puede complicarse y derivar en infecciones urinarias y cálculos renales.
- **Presión arterial alta.-** La hipertensión arterial no suele tener síntomas, pero puede causar problemas serios como insuficiencia cardíaca, un derrame cerebral, infarto e insuficiencia renal.
- **Demencia senil.-** Los primeros síntomas suelen ser dificultades de comprensión, problemas con las habilidades motoras, cambios de personalidad y conducta, e incluso llegando a rasgos depresivos o psicóticos.

De esta forma, se pierden progresivamente las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas.

- **Osteoporosis.-** Es una enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza la parte de hueso trabecular y volviéndose quebradizos y susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales, de calcio y vitaminas por malnutrición, por lo que un aporte extra de calcio y la práctica de ejercicio antes de la menopausia favorecerán en su prevención.
- **Accidente Cerebro Vascular (Ictus).-** Es una enfermedad cerebrovascular que ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que el órgano se deteriore y no funcione. Por esto, los adultos mayores pueden quedar paralizados total o parcialmente, perder facultades motoras y del habla, o incluso fallecer transcurridos unos minutos.
- **Problemas Visuales.-** Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Los problemas de visión más frecuentes en las personas mayores son la miopía, presbicia, cataratas, degeneración macular del ojo, glaucoma, tensión ocular.

Temporales

- **Gripe.-** Se trata de una enfermedad “común” que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios.
- **Depresión:** La depresión no es tristeza únicamente. La depresión es una enfermedad que debe ser tratada, aunque sus signos con frecuencia pasan desapercibidos. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas.

En realidad, la depresión de las personas de edad es frecuente. Hay que saber reconocerla y tratarla, pues los resultados terapéuticos pueden ser excelentes. El médico debe dejar a un lado algunas ideas preconcebidas: *no hay tristeza legítima por el hecho de ser viejo.*¹⁷

- **Malnutrición.-** A menudo, se pasan por alto los problemas de nutrición de la tercera edad, lo que puede traer complicaciones muy serias tales como deshidratación, anemia, déficit de vitaminas, anorexia y gastritis.
- **Estreñimiento.-** El estreñimiento crónico afecta a cerca del 30% de adultos de 60 años de edad o más, y más comúnmente a las mujeres. Aunque ocurre con frecuencia como un efecto colateral de medicamentos, puede también ser una manifestación de enfermedad metabólica o neurológica. Independientemente, siempre debe ser excluida la obstrucción colónica.¹⁸

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud – Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS – OMS) Washington, D.C. 20037 (Junio 2004). Guía Clínica para atención primaria a las personas adultas mayores.

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud – Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud – Guía Clínica para atención primaria a las personas adulta mayores, Junio 2004



- **Insomnio.-** El insomnio, es una *alteración en el patrón del sueño que puede involucrar problemas para conciliar el sueño y sueño excesivo o comportamientos anormales relacionados con el mismo.*

El sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor para mantener una vida activa y saludable. Sin embargo, se ha encontrado que más de una tercera parte de las personas mayores de 60 años tienen algún tipo de problema al dormir e incluso una cuarta parte tiene serias dificultades.

Recordemos que no se debe descuidar al adulto mayor. Lo importante es asegurarse de que tengan la mejor calidad de vida posible y que se sientan queridos y valorados porque, como hemos visto, muchas dolencias se relacionan con el cerebro y los estados de ánimo que rodean a la persona adulta mayor.

Resumen de antecedentes conceptuales

TERMINO	CONCEPTO	APORTES
Atención integral	Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud a través de la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales	Se establece las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud
Envejecimiento activo	el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen	El proceso de aprovechar al máximo un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida.
Gerontología	Definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas	Conocimiento científico de los cambios físicos, psicológicos y demás propios de la vejez.
Geriatría	Debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas.	Conocimiento de enfermedades permanentes y temporales, inherentes de la vejez.
Calidad de vida	Es un concepto amplio, que incluye la percepción personal de satisfacción y felicidad, la relación de la persona con su entorno social y su capacidad y posición económica	Estilo de vida saludable

TERMINO	CONCEPTO	APORTES
Infraestructura especializada	Es el conjunto organizado de espacios, servicios y estructuras físicas básicas que permiten se lleve a cabo una actividad humana en un espacio geográfico determinado.	Infraestructura adecuada para el uso pleno del usuario sin barreras arquitectónicas.
Enfermedades permanentes	<ul style="list-style-type: none"> • Arterioesclerosis de las extremidades • Artritis • Alzheimer • Parkinson • Hipertrofia de próstata • Presión arterial alta • Demencia senil • Osteoporosis • Problemas visuales 	Conocimiento de enfermedades para proponer arquitectónicamente espacios para su atención
Enfermedades temporales	<ul style="list-style-type: none"> • Gripe • Depresión • Malnutrición • Estreñimiento • Insomnio 	Conocimiento de enfermedades para proponer arquitectónicamente espacios para su tratamiento

2.3. Antecedentes contextuales

Se tendrán en cuenta diversos factores contextuales correspondientes para el desarrollo del trabajo de investigación. Por tanto esta etapa se inicia identificando temas referidas al proyecto de tesis, tales como:

2.3.1. Características del adulto mayor¹⁹

Cambios cognoscitivos:

Estrechamente relacionada con los sentidos y la capacidad de atender, percibir, procesar y retener de las personas; en el caso de los adultos mayores, es importante saber que funciones cognoscitivas se mantienen y cuales cambian.

Es obvio que en la etapa de la vejez se presenta una disminución y menor eficiencia de los sentidos por captar y procesar la información; esto se observa en la demora de ejecutar respuestas ya sean complejas o incluso simples, en recordar nombres, números o direcciones, olvidarse de que es lo que estaban haciendo o hicieron con anterioridad.

Las funciones cognoscitivas o intelectuales se expresan a través de la inteligencia, entendiéndose por ello a la capacidad de adaptación al medio y la capacidad de resolver problemas; es por ello que el ajedrez o resolver crucigramas mantiene en actividad el intelecto y reducen la posibilidad de demencia. Los adultos mayores no presentan disminución en el aprendizaje, lo que puede ocurrir es que se presente miedo al fracaso que puede evitar una buena adquisición de conocimientos.

¹⁹ Rocío Fernández-Ballesteros. Psicología de la Vejez. En Enciclopedia Plazola (Catedrática de Personalidad) Evaluación y Tratamiento Psicológico Universidad Autónoma de Madrid: <http://www.adultomayor.df.gob.mx/documentos/quienes.html>
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/C2-3.htm>

Cambios psico-sociales

Según el Dr. Franz Baro, Director del Centro Psiquiátrico Universitario de la Universidad de Lovaina que colabora con la OMS, los factores que afectan el desenvolvimiento de los adultos mayores están relacionados directamente a la productividad y utilidad en la sociedad; es decir al no poseer un trabajo o el no poder realizar alguna actividad hace que los adultos mayores entren en estado depresivo; es por ello que la Asamblea Mundial de la Naciones Unidas sobre el Envejecimiento (Viena, 1982) en una de sus resoluciones trata de promover la productividad de los ancianos. Otro factor que juega un rol importante en el adulto mayor es la pobreza a causa de la falta de empleo y por la jubilación, ya que la pensión que se recibe no alcanza ni para los gastos mínimos necesarios para vivir causando stress en el adulto mayor. Por otro lado se encuentra el aislamiento y la soledad, debido al rechazo en algunos casos de familiares, de la sociedad e incluso del mismo estado; los adultos mayores se sienten perdidos, no saben si forman o no parte del entorno ya que poco a poco la sociedad tiende a separarlos pudiendo ocasionarles trastornos y sensación de ser seres indeseables. Finalmente, ubicamos el analfabetismo, la educación que tuvo el adulto mayor juega un rol importante, puede darle seguridad e incluso capacidad de adaptación o generarle miedo e inseguridad; impidiendo incluso que pueda tener un buen aprendizaje.

Cambios sociales y económicos

Si bien la medicina a permitido prolongar la vida del ser humano, también ha provocado cambios en la sociedad de manera indirecta, los medicamentos son caros y sobre todo, los adultos mayores no pueden costearlos debido a la falta de trabajo y en consecuencia pobreza, sin embargo, los gerontólogos recomiendan que los adultos mayores sean capaces de formar una pequeña empresa o tener bajo su supervisión algo que les permita sentirse útiles y generarse ingresos.

Cambios nutricionales

Es muy frecuente la mala alimentación en adultos mayores en estado de pobreza e ignorancia. La comida en los adultos mayores debe contener básicamente proteínas y vitaminas de tal manera que se eviten enfermedades y resistencia ante infecciones o debilitamiento. La presentación, sabor y preparación influye mucho en el adulto mayor, mientras mejor lo vean y la comida sea de casa y del día; es decir no recalentada mayor acogida va a presentar.

Cambios físicos

Los adultos mayores presentan grandes cambios físicos a lo largo de su vida ya sean respiratorios, cardiovasculares, urinarios entre otros; los más importantes a considerar para la arquitectura de este centro son cambios en el sistema nervioso a través de la disminución en el equilibrio y coordinación, además de lentitud en los reflejos; también está la disminución perceptivo-sensorial donde se presentan cambios en la visión, disminución en la percepción de colores, visión nocturna y periférica, aumento en la sensibilidad del resplandor y mayor riesgo a sufrir caídas. Finalmente se presentan cambios en la audición y disminución de papilas gustativas, sentido del olfato.

2.3.2. Análisis y diagnóstico situacional del Adulto Mayor

Para realizar el proyecto Centro de Atención Integral para Mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor ubicado en el Distrito de Pocollay en beneficio de la población adulta mayor de la Región de Tacna, se tomó los siguientes aspectos importantes para el desarrollo de la propuesta

2.3.2.1. Cantidad de población adulto mayor

En los últimos 35 años la población de 60 y más años (Adultos Mayores), del departamento de Tacna, se ha incrementado 2.6 veces. La población ha crecido con una tasa anual de 8.1%, pero los adultos mayores, presentan una mayor velocidad de crecimiento (11.4% anual), siendo más dinámicos en los más longevos.

Actualmente el departamento de Tacna cuenta con una población de 341,838 habitantes, donde el 8.7% representa la población adulta mayor (29,722).

- **Población adulta mayor en la Región de Tacna**

La población Adulta Mayor en el departamento de Tacna incremento en un 0.4% en el año 2010 al 2011, según la proyección poblacional del INEI. La población masculina es mayor que la femenina.

Tabla N° 06: Personas adultas mayores por sexo, Región Tacna

AÑOS	2010	%	2011	%	2015	%
Hombres	12,056	51,75	12,659	51,74	15,333	52
Mujeres	11,242	48,25	11,808	48,26	14,389	48
Total	2,3298	100	24,467	100	29,722	100

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

Desde el año 2010 donde la población urbana no era muy diferenciada con la rural, progresivamente se ha venido dando una despoblación en el área rural, representando solo el 8,2% para el año 2009, a diferencia en el área urbana la cual se ha ido incrementando año a año (91,8%). Esto conlleva a que la mayor proporción de la morbilidad y mortalidad se concentre en la ciudad capital del departamento.

- **Distribución Poblacional de Adultos Mayores**

La Provincia de Tacna es una de las cuatro Provincias que conforman la Región de Tacna; ubicado al Sur del Perú.

La población Adulta Mayor en esta provincia está representada por 26,182 habitantes, representando el 88.09% de Adultos Mayores.

Por lo cual donde se genera la mayor demanda del servicio de salud hacia el adulto mayor es en la Provincia de Tacna siendo esta la ubicación de la propuesta arquitectónica para lograr servir la mayor cantidad de población con el servicio de salud.

Tabla N° 07: Población Adulto Mayor en la Región de Tacna

Provincias de la Región de Tacna	Nro. Adultos Mayores	Porcentaje (%)
Tacna	26,182	88
Tarata	1,446	5
Candarave	1,291	4
Jorge Basadre	803	3
TOTAL	29,722	100

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

Tabla N° 08: Población de PAM por grupos quinquenales de edad, según Departamento, Provincia y Distrito, 2015

DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO	Total	GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD															Personas Adultas Mayores	
		0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74		75 - 79
PERÚ	31,151,643	2,861,874	2,922,744	2,914,162	2,887,529	2,828,337	2,411,781	2,258,372	1,977,630	1,725,353	1,486,312	1,205,103	967,702	736,059	545,659	394,230	367,400	3,011,050
TACNA	341,838	28,258	29,427	29,354	28,888	30,016	29,796	29,314	28,525	24,171	21,609	18,032	10,488	7,883	5,259	3,403	2,979	29,722
TACNA	316,964	26,402	27,600	27,574	28,148	28,170	27,842	27,273	26,602	22,349	19,831	16,442	12,549	9,421	6,741	4,559	2,914	26,182
ALTO DE LA ALIANZA	85,228	5,930	6,123	6,182	6,598	6,611	7,055	7,207	7,035	5,914	5,712	5,411	4,481	3,616	2,714	2,092	1,347	10,969
CALANA	3,189	210	205	223	3,144	3,903	3,884	3,412	3,164	2,440	2,273	2,028	1,798	1,390	933	573	303	3,464
CIUDAD NUEVA	37,671	3,226	3,547	3,976	4,292	4,127	3,370	3,045	2,756	2,393	2,230	1,856	1,141	675	410	264	177	1,710
INCLAN	7,684	678	762	635	689	621	671	521	602	504	441	370	371	294	204	127	99	809
PACHA	1,964	125	121	151	167	175	132	144	120	135	136	116	98	100	79	74	48	344
PALCA	1,689	149	142	128	140	133	139	116	129	110	111	81	73	61	51	43	31	218
POCOILAY	21,278	1,621	1,658	1,551	1,642	1,709	1,897	1,969	1,849	1,535	1,394	1,120	980	835	637	398	263	2,353
SAMA	2,604	194	179	192	162	216	208	175	188	160	173	206	151	133	107	70	47	410
CORONEL GREGORIO ALBARRACIN LANGHIPA	116,497	11,204	11,719	11,415	10,742	10,410	10,265	10,450	10,503	8,953	7,134	5,063	3,239	2,177	1,477	823	503	5,410
CANDARAVE	8,095	628	617	649	547	541	599	637	602	588	557	472	367	382	325	244	183	1,291
CANDARAVE	3,001	235	246	268	209	164	206	228	229	228	220	166	141	134	130	87	56	461
CAIRANI	1,301	118	99	107	92	101	97	117	77	91	71	87	52	56	44	36	28	192
CAMILACA	1,514	103	91	88	87	127	134	120	122	107	118	92	80	75	57	53	33	245
CURIBAYA	180	8	8	7	9	15	9	14	12	17	17	5	9	12	5	10	8	44
HUANUARA	898	58	57	76	57	61	55	63	66	71	68	49	46	52	37	33	31	171
QUILLAHUANI	1,201	106	116	103	93	73	92	100	94	79	63	61	43	56	45	30	25	178
JORGE BASADRE	9,034	656	642	541	640	784	839	870	799	702	715	635	408	314	203	122	99	803
LOCUMBA	2,601	191	170	165	150	207	236	236	218	190	227	188	177	93	69	27	38	246
ILABAYA	3,008	191	225	173	122	153	258	300	272	274	285	256	150	144	76	58	41	349
ITE	3,425	274	247	203	368	424	345	334	309	238	203	191	81	77	58	37	20	208
TARATA	7,745	572	568	590	553	521	516	534	522	532	506	483	402	381	314	334	207	1,446
TARATA	3,262	292	315	305	296	238	208	227	196	230	207	158	133	120	100	89	71	447
CHUCATAMANI	655	41	37	35	26	43	36	44	45	45	49	47	36	49	31	44	24	167
ESTIQUE	710	48	48	33	42	48	64	51	52	44	43	54	44	42	27	25	11	139
ESTIQUE-PAMPA	666	34	27	47	38	53	51	36	52	40	53	62	41	31	33	32	18	132
SITAJARA	697	41	26	46	41	45	43	49	64	42	45	39	49	31	40	30	19	169
SUSAPAYA	768	46	54	54	38	39	51	67	49	52	41	58	52	39	45	41	23	167
TARUJACHI	410	28	22	24	22	25	31	25	23	29	33	33	33	18	16	22	11	82
TICACO	587	42	39	46	50	30	32	35	37	50	35	24	24	33	29	41	19	143

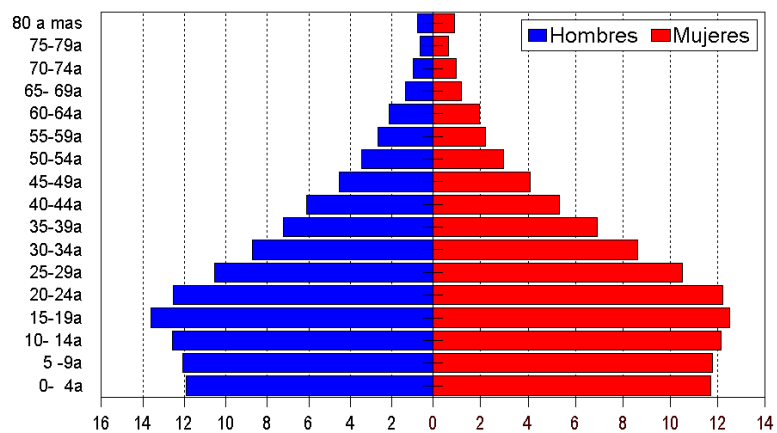
Fuente: INEI - Estimaciones y Proyecciones

2.3.2.2. Genero

Árbol de edades

En la estructura de la población según edad y sexo del año 1993, se observa una base ancha que indica una alta tasa de natalidad, elevada proporción de población adulto joven y una rápida tasa de crecimiento natural, típico de una pirámide progresiva de países en desarrollo.²⁰ Esta estructura poblacional determina prioridades de salud a temprana edad, ocurrencia de mortalidad y morbilidad en la niñez generando años de vida potencialmente perdidos.

Gráfico N° 04: Pirámide poblacional de la Región de Tacna, 1993



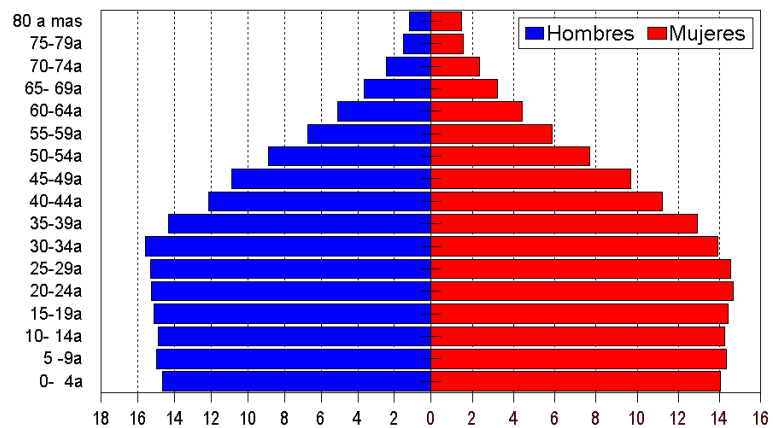
Fuente: EPP/DEPE/DEEPI

La pirámide poblacional del año 2013, en comparación con la presentada el año 1993, tiene la forma de campana, propio de los países en vías de desarrollo y que demuestra una variación que explica el inicio de la transición demográfica, donde es evidente el ensanchamiento en las edades mayores (aumento progresivo a partir de los 30 años de edad) e indica un crecimiento lento de la población tacneña. Por otro lado, el vértice de la pirámide inicia un ensanchamiento por el incremento de la población adulto

²⁰ Instituto Nacional de Estadística e Informática / IX Censo poblacional del año 1993

mayor que es coherente con una mayor esperanza de vida al nacer²¹

Gráfico N° 05: Pirámide poblacional de la Región de Tacna, 2013



Fuente: EPP/DEPE/DEEPI

2.3.2.3. Aspecto socio – cultural

Considera el análisis de la población en el ámbito de estudio: características, ubicación, comportamiento colectivo, interrelaciones en el territorio, sus principales manifestaciones materiales y espirituales en el tiempo.

- **Evolución y Crecimiento Poblacional Adulto Mayor**

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizó el Boletín Especial N° 22 titulado, “Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples, 1995 – 2025” con el fin dar a conocer las necesidades y capacidades básicas de los gobiernos regionales en el futuro. Constituye un aporte al conocimiento cuantitativo de grupos especiales de población, como los de menores de un año, población en edad escolar, juvenil, tercera edad, entre otros.

²¹ INEI y Dirección Técnica de Demografía (2013) / Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática.

Tabla N° 09: Proyecciones y estimaciones de crecimiento poblacional

ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE CRECIMIENTO POBLACIONAL DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD		2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
EDADES																				
	60 - 64	10 347	15 736	15 014	14 308	13 635	13 009	12 443	11 923	11 438	10 968	10 488	10 026	9 562	9 110	8 678	8 269	7 886	7 525	7 184
	65 - 69	7 640	11 539	11 045	10 578	10 129	9 682	9 235	8 787	8 373	7 967	7 583	7 224	6 887	6 567	6 264	5 970	5 687	5 417	5 160
	70 - 74	5 298	8 237	7 837	7 446	7 074	6 724	6 397	6 090	5 801	5 525	5 259	5 003	4 758	4 527	4 309	4 105	3 920	3 754	3 600
	75 - 79	3 153	5 416	5 152	4 890	4 637	4 398	4 177	3 966	3 767	3 578	3 403	3 244	3 099	2 966	2 835	2 703	2 565	2 426	2 291
	80 a más	2 725	4 778	4 526	4 294	4 078	3 868	3 667	3 483	3 309	3 141	2 979	2 820	2 667	2 519	2 381	2 251	2 131	2 020	1 917
	Total	29 163	45 706	43 574	41 516	39 553	37 681	35 919	34 259	32 688	31 179	29 722	30 984	26 973	25 689	24 467	23 298	22 189	21 142	20 152

Fuente: Boletín Especial N° 22 (2015), "Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples, 1995 – 2025"

2.3.2.4. Aspecto económico

La Región de Tacna por su Ubicación estratégica en el corazón de América del Sur, ofrece grandes ventajas comparativas y competitivas por su integración al circuito económico, comercial y turístico a nivel internacional, estando a 54 Km. de la frontera con Chile y 386 Km. Con La Paz – Bolivia. En Tacna se desarrolla un interesante turismo de salud, gastronómico y de compras de productos peruanos, que no está siendo lo suficientemente aprovechado, estamos ofreciendo productos de baja calidad, no certificables, ni controlados por las instituciones correspondientes, lo cual crea una mala imagen que luego es difícil revertir.

- **Actividad economía del adulto mayor**

Se observa la tasa de la actividad económica de la población adulta mayor desde el 2008 es de 56%, en el año 2009 es de 55.45% y en el año 2010 es de 48.78%, como se observa la actividad económica está disminuyendo debido a factores como la edad.

Tabla N°10: Tasa de actividad de la población adulto mayor

TASA	2008	2009	2010
ACTIVIDAD	56.79	55.45%	48.78%
INACTIVIDAD	43.21	44.55	51.22

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

Se observa en el siguiente cuadro la tasa de desempleo de la población adulta mayor desde el 2008 es de 2.8%, en el año 2009 es de 8.52% y en el año 2010 es de 2.05%, como se observa la tasa de desempleo aumento en un 2.055 para el año 2010 y en el año 2009 tuvo un incremento lato de 8.52 % debido a la falta de nuevas

oportunidades de trabajo por ya pertenecer a la edad del Adulto Mayor.

Tabla N°11: Adulto Mayor tasa de Desempleo

AÑOS	2008	2009	2010
TASA (%)	2.8	8.52	2.05

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

- **Población adulta mayor que cuenta con pensión**

Se puede observar que las personas Adultas Mayores que cuentan con pensión en la ONP es de un total de 2784 personas Adultas Mayores y no cuentan con ninguna pensión es de 19237 personas adultas mayores, de un total de 24467 personas adultas Mayores.

Tabla N°12: Adulto Mayor que cuenta con Pensión

ONP	OTROS	NINGUNO	TOTAL
2784	2446	19237	24467

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

- **Población adulta mayor con acceso a servicio de salud**

Se puede observar en el cuadro, que es mayor la cantidad de adultos mayores que no cuentan con ningún servicio de salud, con un subtotal de 17264 y los que tienen atención de salud en ESSALUD es de 539 adultos mayores en menor cantidad.

Tabla N° 13: Adulto Mayor con servicio de Salud

ESSALUD	SIS	OTROS	NINGUNO	TOTAL
539	5441	1223	17264	24467

Fuente: EsSalud

- **Entidades con servicio de atención para las personas adultas mayores**

Se puede observar que en la Región de Tacna solo existen 2 Centros de atención especial para las personas adultas mayores sirviendo solo a 45 adultos mayores en abandono, siendo estos muchos más en la Región de Tacna.

Tabla N° 14: Adulto Mayor: Entidades Públicas y Privadas

INSTITUCION	NRO DE MUJERES	NRO DE VARONES	TOTAL ADULTOS MAYORES
Hogar Geriátrico San Pedro de Tacna	12	22	34
Hogar de Ancianos San José	03	08	11

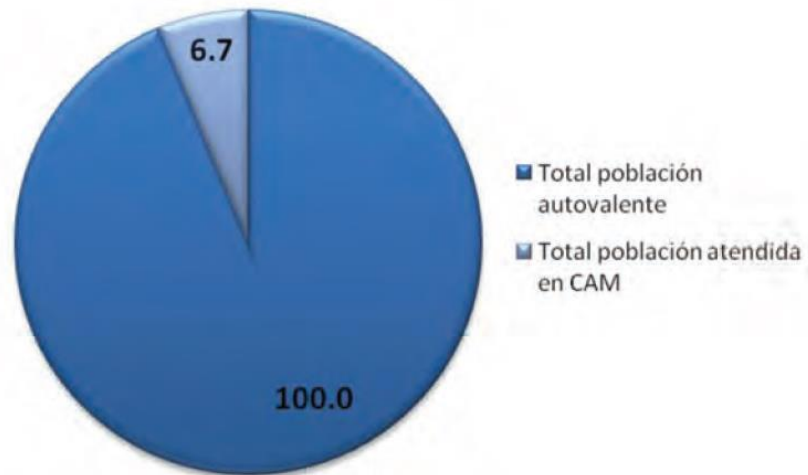
2.3.2.5. Población a servir

Los usuarios a servir son las personas mayores de 60 años a más denominados adultos mayores. Dentro de las cuales se dividen en 3 etapas según el **Ministerio de Salud**:

- **Persona adulta mayor Autovalente:** Aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son actividades funcionales esenciales para el autocuidado. Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición.
- **Persona adulta mayor frágil:** Aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado fisiológico y/o discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.
- **Persona adulta mayor dependiente o postrada:** Aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado fisiológico, asociada a una restricción o a una ausencia física o funcional que lo limita o le impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3-5% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.
- **Demanda potencial**

A nivel nacional la población asegurada total para el año 2011 es de 8'147,268 personas y los pensionistas (mayores de 65 años) alcanzan 1'229,960 personas. Sin embargo, las personas adultas mayores en condición de autovalente aseguradas y que constituye la población objetivo suman 799,474 personas. De esta población, la cobertura de los CAM alcanza a 53,704 personas, lo que representa el 6.7 % aproximadamente de dicha población.

Gráfico N° 06: Total de población cubierta por los CAM



Fuente: Centro de Adulto Mayor (CAM)

En la actualidad la población adulta mayor de la Región de Tacna es atendida por instituciones públicas y privadas, pero estos no satisfacen la demanda del servicio médico y los beneficiados no poseen un centro de atención integral diseñado especialmente para el uso del adulto mayor.

Tabla N° 15: Población adulta mayor afiliado al Seguro Integral de Salud

Población adulta mayor (PAM)	Total de atenciones a PAM	Total de PAM afiliados
Hombres	21,880	5,458
mujeres	28,538	6,141
Total	50,418	11,599

Tabla N° 16: Población adulta mayor atendida en el Ministerio de Salud

Población adulta mayor (PAM)	Total de PAM atendidos	Total de atenciones a PAM
Total	16,604	106,254

2.3.3. Análisis y diagnóstico geográfico

2.3.3.1. Aspecto físico espacial

Evolución Urbana:

El distrito de Pocollay fue creado por Ley 13069 de 23 de Diciembre de 1958, promulgada por el presidente Manuel Prado, antiguamente fue un lugar pintoresco, se constituyó en la residencia de las importantes y visibles familias de la ciudad de Tacna en la época del Virreynato y en los primeros años de la República. La primera expansión urbana de Pocollay es la denominada Bolognesi y Alto Bolognesi.

Usos de Suelo:

En el distrito de Pocollay según el expediente urbano 2007, se ha determinado una diversidad de usos de suelo, entre los que se distingue el residencial, comercial, industrial, institucional, de educación, salud, recreación, y otros equipamientos de gran importancia para el desarrollo del distrito.

Tendencia de expansión urbana:

Actualmente existen 2 tendencias de expansión del suelo urbano las cuales se diferencia por las necesidades de la población:

Expansión urbana en zonas agrícolas:

El cambio de usos de zonas agrícolas la cual se viene dando en mayor grado en los último años, producto de la expectativa de la inversión inmobiliaria y los dueños de estos terrenos por el valor del suelo como zona paisajística y tradicional de campiña, en Zonas como Capanique, peañas y otros los cuales conforman el área urbana agrícola entre productores y Collpa.

Expansión urbana en terrenos eriazos del estado:

La cual se viene dando en la zona norte en terrenos eriazos del estado donde actualmente son ocupadas por asoc. de crianza pecuaria, en la zona denominada Caramolle, estos son posesionarios de los terrenos por denuncia. A su vez existe una ocupación en terrenos colindantes a AAPITAC, donde de igual manera están ocupados por denuncia. Esta ocupación ha determinado la ocupación total de terrenos de reserva urbana dentro del distrito en la zona norte, debiéndose aperturar futuras opciones reglamentadas que eviten esta ocupación no planificada ocupación total

Usos de Suelo por sectores:

El área de estudio en términos de planeamiento territorial se ha dividido en 4 sectores, en términos de ámbitos urbanos, actividades económicas y grado de ocupación, los cuales permiten determinar el nivel de desarrollo urbano, referente a las necesidades de programas y proyectos de infraestructura básica, equipamiento, etc.

2.3.3.2. Viabilidad

La mayoría de las vías existentes en el distrito de Pocollay se encuentran consolidadas y otras en proceso de consolidación el eje principal es la av, Jorge Basadre Grohoman y la av. Celestino Vargas.

La Propuesta del Sistema Vial Urbano y de Transporte del Distrito de Pocollay, tiene como antecedente la propuesta de Sistema Vial del Plan Director de la Ciudad de Tacna,

El Sistema Vial Urbano de la ciudad de Tacna al año 2010 está estructurado de acuerdo a sus funciones y jerarquía; por lo que se diferencia: las vías existentes de las proyectadas, con el fin de determinar las obras que se

requieren para que el sistema vial urbano esté funcionando en el año 2010. Para efecto del presente estudio, a continuación, sólo se mencionan las vías que están en la jurisdicción distrital, así como aquellas vías que son parte de redes viales, anillos viales y corredores viales de la Ciudad de Tacna y que tienen relación con el sistema vial urbano del distrito de Pocollay.

2.3.3.3. Infraestructura de servicios

Agua

Cuenta con dos fuentes hídricas: las aguas de temporal o avenidas, producto de las lluvias en la cordillera por los meses de Diciembre a Marzo, dando origen a flujos de lodo formando pequeñas quebradillas y espacios aterrizados.

Desagüe

Pachía cuenta con un total de 118 conexiones de red pública de alcantarillado; de las cuales 103 son de uso doméstico, 03 de uso comercial, 10 de uso estatal y 02 de uso social.

Energía eléctrica

En el distrito de Pocollay, se cuenta con una potencia instalada total de 130 kw. La alimentación de energía a los clientes finales se produce en dos niveles de tensión de acuerdo al tipo de suministro: tensión alta y media

Telefonía

Telefónica S.A. ha propuesto como meta recomendable que por cada 6 habitantes debe existir 01 línea telefónica. Cabe mencionar la falta de centros telefónicos comunitarios, cabinas telefónicas y teléfonos monederos; mientras que por otro lado los teléfonos celulares están ayudando a disminuir el déficit de líneas telefónicas.

2.3.4. Condiciones de atención del adulto mayor

- **Hospital Hipólito Unanue – Tacna**

El Hospital Hipólito Unanue está a cargo de brindar atención médica de calidad, para la recuperación y rehabilitación, está ubicado entre las avenidas dos de Mayo, Prolongación Blondell y la Calle Federico Barreto, cabe mencionar que la atención que brinda es para la población en general de la Región de Tacna.

Imagen N° 07: Vista Peatonal del Hospital Hipólito Unanue – Tacna



- **Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud Tacna**

El hospital de EsSalud está a cargo de la atención a la población asegurada y jubilada de la Ciudad de Tacna brinda una atención medica al adulto mayor, pero la demanda genera la saturación el servicio, está ubicado en la carretera a Calana km 6 s/n Santa Rita – Calana.

Imagen N° 08: Vista Peatonal del Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud Tacna



- **Centro del Adulto Mayor (CAM) – EsSalud Tacna**

En el Centro de Adulto Mayor (CAM) – EsSalud Tacna se desarrolla un trabajo binacional de intercambio de experiencias socioculturales, con la Asociación de Adultos Mayores del Cantón de Huaquillas, así como Centros de la “Caja de Compensación de Chile” situados en Arica e Iquique, respectivamente, brinda los servicios de atención preferencial al adulto mayor en talleres ocupacionales tales como pintura, danza, computación, bordados, etc. , pero no cuenta con la infraestructura adecuada ni las condiciones adecuadas para el desarrollo de sus actividades, está ubicado en la Calle Alto Lima.

Imagen N° 09: Vista Peatonal del Centro de Adulto Mayor – Tacna



- **Hospital de la Solidaridad – Tacna**

En el hospital de la solidaridad se brinda los servicios de salud a la población en general de la Región de Tacna dirigida principalmente a los usuarios al Seguro Integral de Salud (SIS), está ubicado entre las avenidas Manuel Odria, Cuneo Vidal, calle Diego Caqui y la Albarracín

Imagen N° 10: Vista Peatonal del Hospital de la Solidaridad – Tacna



- **Hogar Geriátrico San Pedro – Tacna**

El Hogar Geriátrico es una institución de la Sociedad de Beneficencia Pública que atiende a 28 adultos mayores con una atención preferencial en los servicios de residencia, chequeos médicos y talleres, esta infraestructura tiene la capacidad de 70 usuarios pero por el bajo presupuesto solo pueden atender a un máximo de 35 adultos mayores, está ubicada en la Calle Tarapacá S/N en la Urbanización Tarapacá.

Imagen N° 11: Vista Peatonal del Hogar Geriátrico San Pedro – Tacna



- **Hogar de ancianos San José – Tacna**

El hogar de ancianos San José es una institución de la Congregación hermanitas de los pobres que atiende a 17 adultos mayores con una atención preferencial en los servicios de residencia y talleres, esta infraestructura posee una arquitectura sin barreras para un desplazamiento fluido del

adulto mayor una capacidad de 65 adultos mayores, pero por falta de recursos solo pueden atender a un máximo de 17 adultos mayores, está ubicado en la avenida Santa Cruz S/N del sector de Ciudad Perdida

Imagen N° 12: Vista Peatonal del Hogar de ancianos San José – Tacna



2.3.5. Estudio de casos similares

Tipología N°01: Centro de Salud y Viviendas para la Tercera Edad

A. DATOS GENERALES:

Arquitectos	: IPOSTUDIO Architects
Ubicación	: 59013 Montemurlo Prato, Italia
Área	: 3660.00 m ²
Año Proyecto	: 2010
Fotografías	: Pietro Savorelli, Jacopo Carli

Imagen N° 13: Vista aérea del centro de salud y viviendas para la tercera edad



B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

El proyecto está ubicado en una zona con un paisaje de gran importancia por su tradición agrícola intrínseca, que se caracteriza por la presencia de terrazas construidas con muros de piedra seca de tamaño considerable.

Un compromiso entre la filosofía de diseño y la complejidad morfológica del terreno tenía que ser alcanzado, debido a la peculiaridad del tipo de asentamiento. Desde ese concepto, surge la idea de generar una sola fachada hacia el valle y que su perfil de flexión simule las curvas de nivel del suelo.

**Imagen N° 14: Vista Peatonal de exteriores de la tipología
N° 01**



El propósito ha sido, pues, la fusión de la nueva presencia con la existente a través de la reutilización y la integración funcional de los edificios rurales existentes a las nuevas estructuras. El elemento de unión se deriva del concepto de la granja, un aspecto típico de las casas de campo de las colinas toscanas.

Imagen N° 15: Vista Peatonal de la tipología N° 01



En consecuencia, las unidades residenciales se encuentran en el volumen que se forma entre el muro de cierre y la pendiente de la colina. La organización del complejo incluye las unidades dispuestas en una cuadrícula radial, con vistas al valle de acuerdo a un sistema repetitivo en dos niveles. El sótano ofrece una mirada libre hacia el valle a través de un juego de llenos y vacíos que se logró por un "muro" de dos niveles.

Imagen N° 16: Vista Peatonal de exterior área consulta y diagnóstico de la tipología N° 01



C. ANÁLISIS FUNCIONAL:

El terreno posee una topografía con una pendiente pronunciada, es así que la infraestructura está compuesta por dos niveles que se integra con el terreno siendo la primera planta al nivel alto y la planta de baja al nivel bajo.

Imagen N° 17: Elevación de la tipología N° 01



Posee tres zonas y a su vez estas están conformadas por distintas áreas que componen la infraestructura:

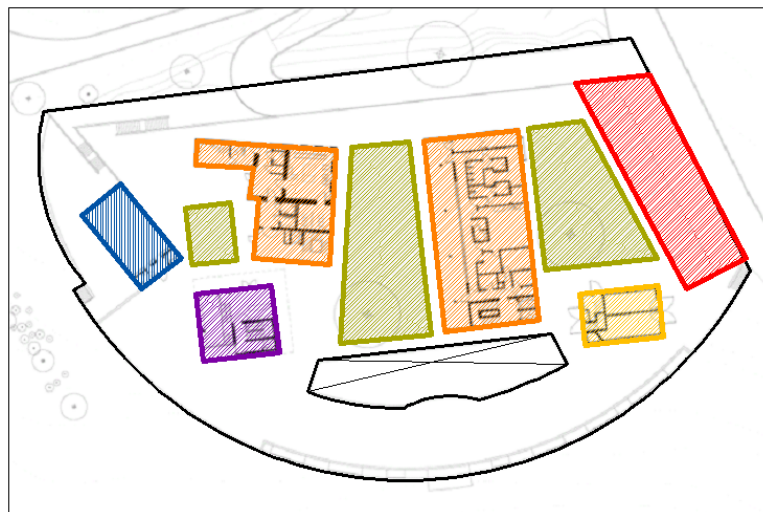
- Zona médica
 - Área de consulta y diagnóstico

- Zona Residencial
 - Área de habitaciones
 - Comedores y estares

- Zona complementaria
 - Salón de usos múltiples
 - Área de servicios
 - Área de estacionamiento
 - Área de administración

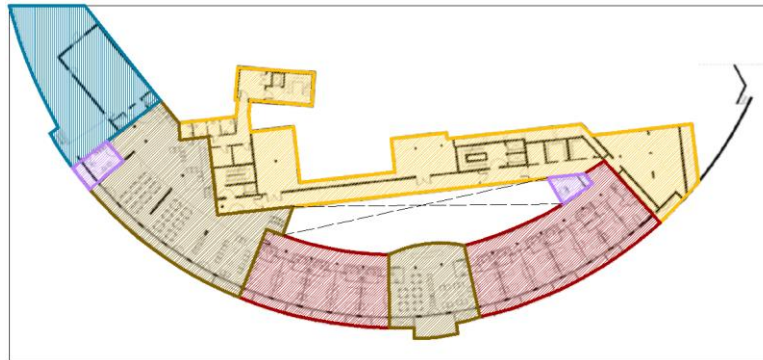
Estas áreas se conectan entre si directa e indirectamente sea por circulaciones horizontales o verticales como son las rampas, escaleras, veredas, entre otros, logrando un tránsito fluido para los usuarios que son principalmente adultos mayores, cabe mencionar que cuenta con una amplia área verde para que el adulto mayor pueda tener contacto con la naturaleza y de esta manera influencias en el estado de animo de dicho usuario.

Plano N° 01: Zonificación de áreas del primer nivel de la tipología N° 01



LEYENDA	
	ÁREA DE CONSULTA Y DIAGNOSTICO (GERIATRÍA)
	ÁREA DE RECEPCIÓN E INGRESO A LA ZONA DE ALBERGUE
	ÁREA DE USOS MÚLTIPLES
	ÁREA DE SERVICIO
	ÁREA DE ESTACIONAMIENTO
	ÁREAS VERDES
	ÁREA DE ESPACIOS ABIERTOS

Plano N° 02: Zonificación de áreas de la planta baja de la tipología N° 01



LEYENDA	
	ÁREA DE HABITACIONES (RESIDENCIA)
	ÁREA DE COMEDORES Y ESTARES
	ÁREA DE USOS MÚLTIPLES
	ÁREA DE SERVICIO
	ÁREA DE ADMINISTRACIÓN
	ÁREA DE ESPACIOS ABIERTOS

D. ANÁLISIS SISTEMA DE CIRCULACIÓN:

El Centro de Salud y Viviendas para la Tercera Edad posee un ingreso vehicular y dos peatonales, asimismo de circulaciones horizontales amplias que trasladan al usuario por las distintas áreas del hecho arquitectónico, además de circulaciones verticales por donde el usuario transita para desplazarse entre los dos niveles que posee la infraestructura.

Imagen N° 18: Vista Peatonal del ingreso vehicular de la tipología N° 01



Imagen N° 19: Vista Peatonal del ingreso peatonal de la tipología N° 01





Plano N° 03: Circulación peatonal del primer nivel de la tipología N° 01



LEYENDA	
	Circulación peatonal flujo medio
	Circulación peatonal flujo bajo
	Circulación vehicular

Plano N° 04: Circulación peatonal en la planta baja de la tipología N° 01



LEYENDA	
	Circulación peatonal flujo medio
	Circulación peatonal flujo bajo

E. ANÁLISIS FORMAL

El Centro de Salud y Viviendas para la Tercera Edad está compuesta por dos niveles adaptándose al terreno, asimismo de ambientes de doble altura, El hecho arquitectónico esta enterrarlo posee dos plantas y hace que desde el exterior el edificio tenga una altura similar a la de los edificios que lo rodean.

Plano N° 05: Corte transversal de la tipología N° 01

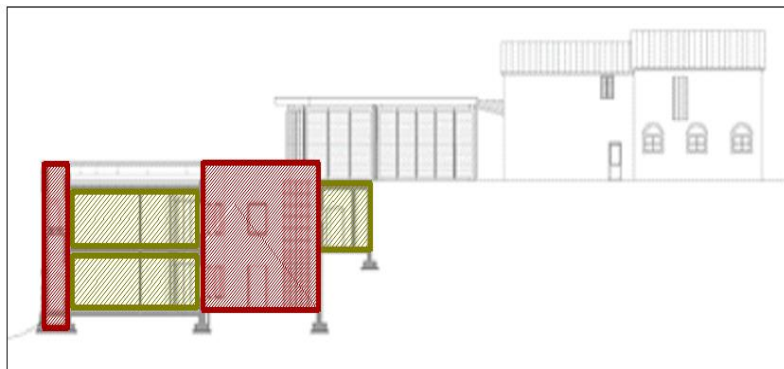


Imagen N° 20: Vista Peatonal del exterior de la tipología N° 01



Plano N° 06: Elevación de la tipología N° 01



F. ANÁLISIS ESPACIAL :

Se puede observar la circulación horizontal a doble altura la cual conecta con las áreas de la planta baja, también se logra conectar e interior con el exterior mediante orificios en el muro las cuales brindan al usuario un recorrido con sensaciones al contacto con el exterior siendo esta la mayor parte vegetación.

Plano N° 07: Corte transversal de la tipología N° 01

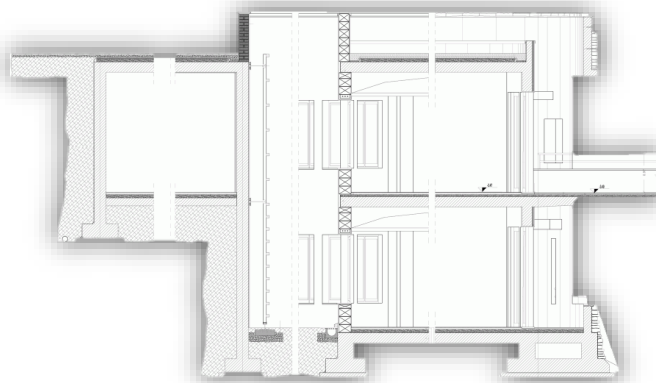


Imagen N° 21: Vista del pasillo del área de residencia de la tipología N° 01



G. ANÁLISIS ESTRUCTURAL:

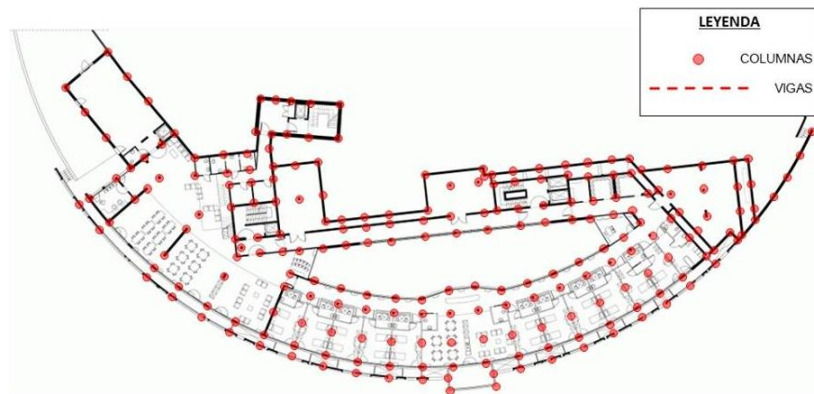
Podemos observar en el 1er piso un sistema aporricado, y está separado por bloques independientes.

Plano N° 08: Estructuración del primer nivel de la tipología N° 01



En la planta baja observamos un sistema aporricado pero al ser un bloque entero, podemos ver algunos espacios irregulares en estructuración, así como un eje curvo.

Plano N° 09: Estructuración en la planta baja de la tipología N° 01



Tipología N°02: Centro de Atención personal de 3ra edad

A. DATOS GENERALES:

Arquitectos	: Francisco Gómez Díaz / Baum Lab.
Ubicación	: Calle Demetrio de los Ríos, Baena, Córdoba, España
Área	: 1,540.00 m ²
Año Proyecto	: 2013
Fotografías	: Jesús Granada
Cálculo Estructural	: Francisco Duarte y Asociados
Ingeniería	: Rafael Espejo & Ass.
Presupuesto	: 1.350.004,63 € --- S/.4 813,144.37

Imagen N° 22: Vista aérea de la tipología N° 02



B. DATOS DEL PROYECTO:

Este Centro de Día de Mayores en Baena se plantea desde el cumplimiento exhaustivo del programa funcional planteado, resolviendo la ubicación de las dependencias en base a dos criterios fundamentales: la accesibilidad y la sensibilidad con el paisaje urbano de la ciudad.

Imagen N° 23: Vista del emplazamiento de la tipología N° 02



Imagen N° 24: Vista del interior de la tipología N° 02



Imagen N° 25: Vista del exterior de la tipología N° 02



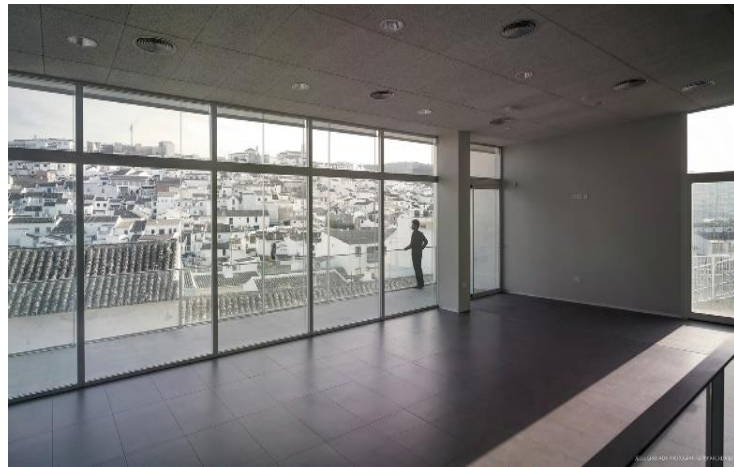
La galería de acceso a todas las dependencias tiene amplitud suficiente como para ser transitada por un número considerable de usuarios, incluidos los discapacitados o aquellos que presenten algún problema de movilidad. Los lugares más transitados se disponen en una ubicación más próxima al acceso, mientras que aquellos otros que requieren una cierta especialización funcional, se conectan a la galería, disponiéndose perpendicularmente a la calle como hemos comentado.

Plano N° 10: Primera planta de la tipología N° 02



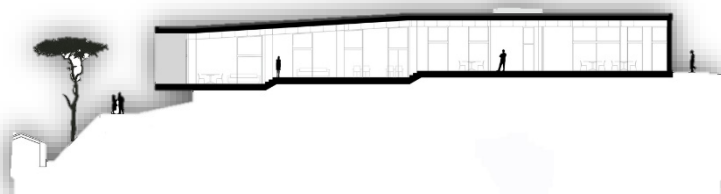
Las salas de estar se especializan, disponiendo cada una de ellas de una manera continua, pero articulada, lo que nos permite incorporar el espacio exterior como una sala más dentro de la serie, al resolver la accesibilidad también al espacio exterior. En él se dispone un porche cubierto para ser usado por los usuarios que fumen, que no encuentran un lugar protegido exterior en la mayor parte de los centros.

Imagen N° 26: Vista de las salas de la tipología N° 02

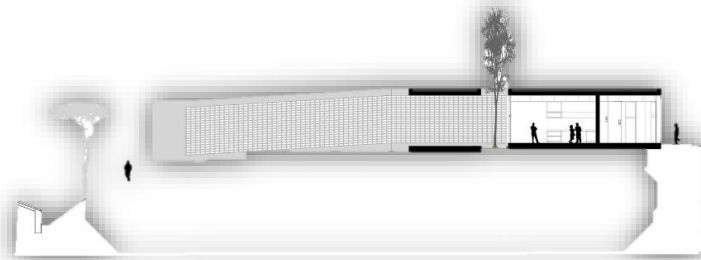


Los aseos se han sobredimensionado respecto a la propuesta del concurso debido a que la experiencia nos demuestra que estos usos acaban siendo insuficientes frente a la demanda de los usuarios, muchas veces aquejados de patologías que exigen una mayor frecuencia de uso. Formalmente el edificio trata de insertarse en el entorno residencial afirmando su carácter de Equipamiento, de edificio singular que a la par que se expresa como edificio público capaz de ser identificado como tal por la población, trata de acaparar el paisaje urbano de Baena, de hacerlo suyo, a través de esos “Ojos Que Miran” bien a través de las propias dependencias que se vuelcan al centro histórico, bien a través de las terrazas que, como articulaciones del programa, se asoman al espacio libre y, desde él, a la ladera norte de la ciudad.

Plano N° 11: Corte transversal de la tipología N° 02



Plano N° 12: Corte – elevación transversal de la tipología N° 02

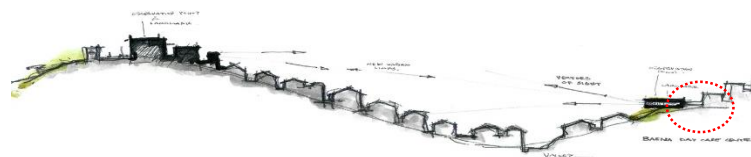


Paralelamente, el sistema de espacios libres de la parcela, tanto entre los tres volúmenes divergentes como en el lado sur, se resuelven adaptando la topografía para garantizar en todo momento la accesibilidad. Además, este espacio libre estaría conectado tanto con la calle peatonal que se sitúa en el lado oeste del solar, como con la calle peatonal anexa que lo conecta a su vez con los jardines existentes en la calle Demetrio de los Ríos, tratando así de enlazar todo el sistema de espacios libres, pensando en un sector de la población que es tal vez su principal usuario: las personas mayores.

C. ANALISIS FUNCIONAL:

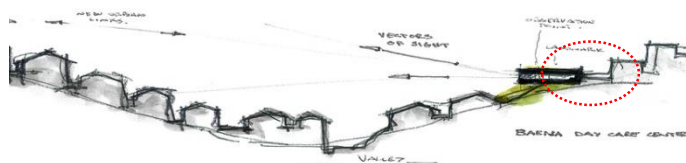
Relación con el entorno: El paisaje urbano próximo lo configura una edificación residencial de dos y tres plantas de altura, con un predominio de viviendas unifamiliares adosadas.

Imagen N° 27: Vista lateral de emplazamiento de la tipología N° 02



Sin embargo, la cota a la que se sitúa el solar, sobre una plataforma elevada respecto a su borde sur lo convierten en un lugar privilegiado por las vistas que presenta hacia el casco histórico de Baena, que se desarrolla en la colina en la zona sur.

Imagen N° 28: Vista lateral de emplazamiento de la tipología N° 02



Esto hace que entendamos precisamente en la propuesta que presentamos una doble escala de relación del edificio: la escala próxima y la escala lejana.

Se desarrolla en tres bloques en los cuales podemos encontrar áreas de trabajo:

- 1er Bloque:
 - Área de Administración
 - Área de Terapia y atención al adulto mayor
 - Área de Reposo y charlas entre familiares
- 2do Bloque:
 - Área de Comedor
 - Área de Diversión - Música
 - Área de SS.HH.
- 3er Bloque:
 - Salón de Usos Múltiples
 - Área de SS.HH.

*También encontrados áreas exteriores como: jardines y terrazas.

Plano N° 13: Zonificación del primer nivel de la tipología N° 02



D. ANALISIS DEL SISTEMA DE CIRCULACION:

El acceso a la edificación es por el centro, dando un ingreso lateral que nos lleva al área en que se desarrolla la atención al adulto mayor en problemas comunes, en caso de que se requiera una especialización se deberá pasar al interior del edificio.

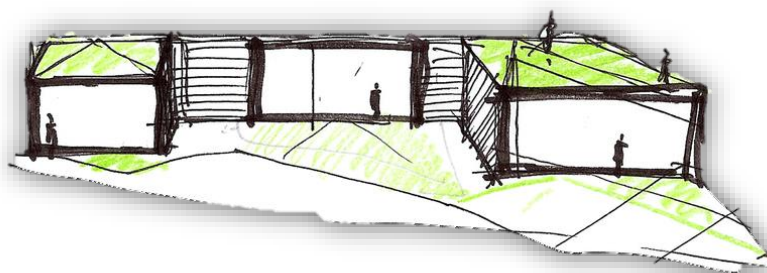
Plano N° 14: Circulación peatonal del primer nivel de la tipología N° 02



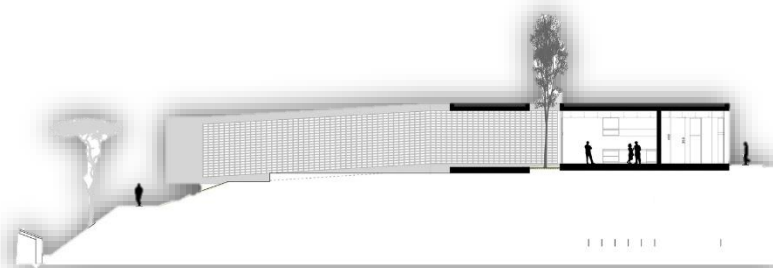
E. ANALISIS FORMAL:

El proyecto está definido en un solo nivel, en la propuesta estuvo contemplado para ser un edificio de 4 niveles, al momento de la construcción solo se mantuvo en un piso, no cabe descartar una expansión en altura a futuro.

Imagen N° 29: Boceto de la fachada de la tipología N° 02



Plano N° 15: Corte – elevación de la tipología N° 02

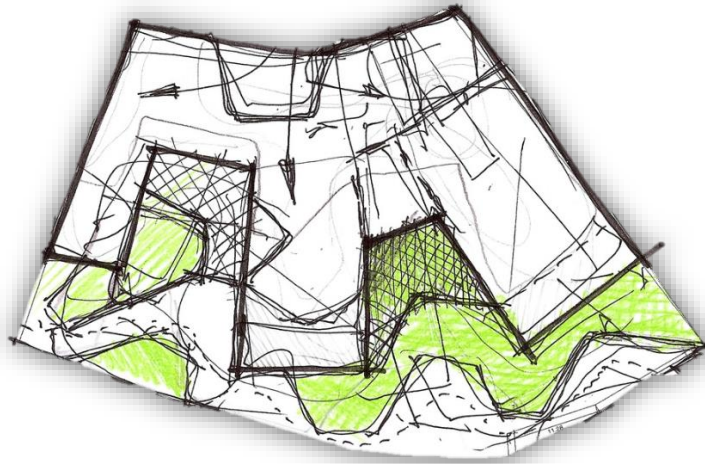


Tiene forma rectangular, un poco irregular por la forma de la planta.

F. ANALISIS ESPACIAL:

Referente al espacio, resaltando el acceso por el centro al edificio y una entrada lateral en donde se encuentran los espacios de atención al adulto mayor. También se encuentran espacios exteriores que separan los bloques internamente los cuales están acompañados de algunas terrazas.

Imagen N° 30: Boceto del primer nivel de la tipología N° 02



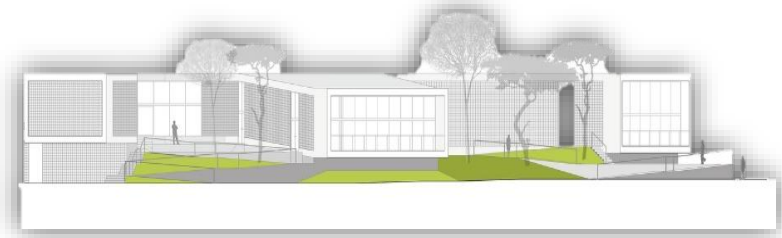
Estos espacios sirven en muchos casos para la espera de los familiares que vienen por el tratamiento o durante el tratamiento del adulto mayor.

Imagen N° 31: Vista del patio de la tipología N° 02



Al dejar estos espacios entre los bloques, generan ventilación como iluminación natural lo cual ayuda en el desarrollo del edificio.

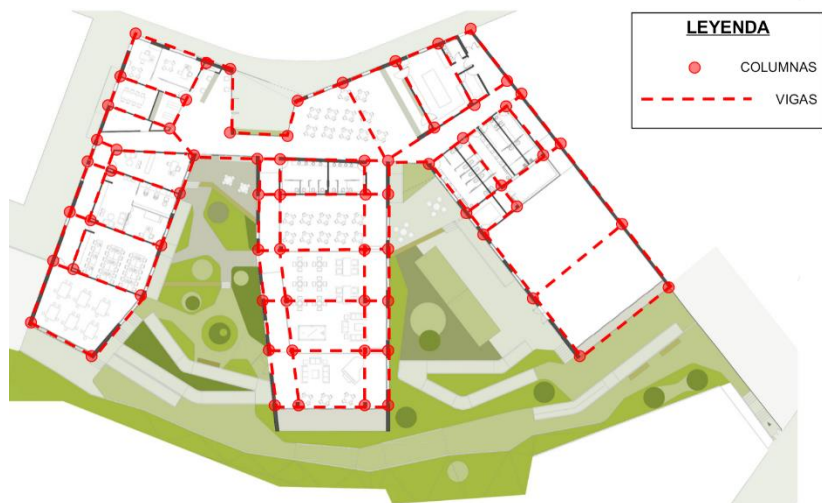
Imagen N° 32: Vista de la fachada principal de la tipología N° 02



G. ANALISIS ESTRUCTURAL:


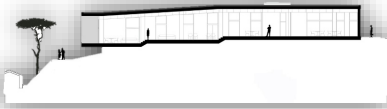

Tiene una base irregular en el diseño, en lo que es estructuración es un sistema aporticado, en algunos espacios se dispone en forma diagonal respetando al final el aporticado inicial.

Plano N° 16: Estructuración de la tipología N° 02



Criterios de diseño:

TIPOLOGÍA N°01		
Funcional	La propuesta muestra una organización radial con el objetivo de reducir la circulación del usuario (adulto mayor)	
	La tipología emplea una zonificación marcada entre el uso público (visitantes) semi público (adulto mayor) y privado (personal – empleados)	
Formal	El proyecto respeta el terreno natural por lo cual se adhiere a los desniveles presentados al momento de emplazar la arquitectura	
Espacial	Los ambientes están en contacto visual con el exterior y áreas con vegetación para que el usuario contemple un área acogedor	
	El proyecto contempla la utilización de materiales iguales o semejantes del entorno teniendo como prioridad para que el usuario reconozca su hábitat natural	
Estructura	La tipología presenta un sistema de marco rígido de hormigón armado	

TIPOLOGÍA N°02		
Funcional	La propuesta muestra una organización radial con el objetivo de reducir la circulación del usuario (adulto mayor)	
	La tipología emplea una zonificación marcada en la organización los ambientes que ofrece la arquitectura para brindar un servicio óptimo.	
Formal	El proyecto respeta el terreno natural por lo cual se adhiere a los desniveles presentados al momento de emplazar la arquitectura.	
Espacial	El proyecto establece áreas de recreación o esparcimiento con la finalidad de que los usuarios tengan un lugar de encuentro y relacionarse	
	El proyecto contempla la utilización de materiales iguales o semejantes del entorno teniendo como prioridad para que el usuario reconozca su hábitat natural.	
Estructura	La tipología presenta es un sistema de marco rígido de hormigón armado.	

2.3.6. Proyectos de tesis relacionados al estudio

Sobre temas relacionados a la tesis, se han desarrollado trabajos similares el cual se ha podido identificar el trabajo de tesis del 2015 denominado “INFRAESTRUCTURA INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA PROVINCIA DE TACNA” presentado Bach. Arq. María Alejandra Vargas Galdós en donde precisa las siguientes conclusiones:

- La población adulta mayor recibe atención de medicina general; requiere atención geriátrica y de especialidades para enfermedades crónico-degenerativas, así como atención preventivo-promocional y educativa.
- La mayoría de los usuarios adultos mayores no tiene capacidad adquisitiva para pruebas diagnósticas, medicinas y para procedimientos especializados.
- La familia desempeña un rol importante en la satisfacción de necesidades básicas y de atención de salud de la persona adulta mayor, encontrándose esta acción limitada por la escasez de recursos económicos.
- Se requiere una atención de salud diferenciada, integral y especializada para las personas adultas mayores.

Los usuarios se sienten insatisfechos con la atención de salud por:

- Marginación, maltrato, mayormente de parte del personal administrativo, de enfermería y técnico.
- Personal de salud y administrativo no capacitado en la atención geronto-geriátrica.

Difícil acceso al Seguro Integral de Salud (SIS).

- El personal de salud manifiesta un alto grado de insatisfacción y frustración por las carencias del Centro de Salud, inadecuada infraestructura y falta de personal, logística y de apoyo del personal jerárquico superior.

La justificación del proyecto tratara de satisfacer las necesidades requeridas por el adulto mayor, Afiliándolo a una Residencia, con espacios confortables donde se puedan desarrollar actividades motoras, generando el aprendizaje, recreación, atención y un mejor termino de vida.

Asimismo se ha podido identificar el trabajo de tesis del 2014 denominado “COMPLEJO DE SALUD-RECREACIÓN Y RESIDENCIA PARA EL ADULTO MAYOR EN ANCÓN” presentado Ítalo Junnior Arriaran Juscamaita en donde precisa las siguientes conclusiones:

- Coordinar con las entidades locales como es la municipalidad y centros de carácter social en el sector para ampliar las posibilidades de conseguir información que será útil para el proceso de diseño.
- Reflexionar que el diseño de un equipamiento urbano al tener una gran escala generara un cambio en la zona. Esto generara nuevos usos de suelo como es la aparición de locales de esparcimiento y otros equipamientos urbanos de menor escala.
- Se concluye que el proyecto de diseño arquitectónico propuesto responde a las necesidades de la localidad y da un mejor uso del terreno, ya que está ubicado entre un contexto natural y otro arqueológico en abandono,

siendo un objeto de transición entre ambos contextos y mejorando la identidad con el lugar. Además, al ser parte de un master plan general contribuirá a mejorar la situación económica, social y espacial del distrito de Ancón.

- Con la implementación del Complejo de Salud-Recreación y Residencia para el Adulto Mayor, la zona cercana se repotenciara no solo por el nuevo tratamiento de vías y espacio público por el Master Plan, sino que se generara nuevos centros de esparcimiento en la zona al presentarse un área con temática y mayor sensación de permanencia
- El usar abstracción de elementos propios del lugar genera identidad con el lugar a pesar de ser un proyecto nuevo en la zona. Por ese motivo se plantea el uso de columnas continuas a modo de pórtico tal como se usa en las casonas antiguas de ancón, de esta manera el proyecto busca ser parte del lugar.

El presente trabajo de investigación se desarrolla en la ciudad de Lima en el Distrito de Ancón, este proyecto tiene como finalidad la propuesta de Complejo Recreacional-salud y Residencia para el adulto mayor, para cubrir la demanda y la necesidad de este servicio en base de un master plan.

Además se ha podido identificar el trabajo de tesis del 2015 denominado "VIVIENDAS TUTELARES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA EL ADULTO MAYOR AUTOVALENTE EN LIMA CENTRO" presentado por Giovana Patricia Gómez Santillán en donde precisa las siguientes conclusiones:



- Con esta investigación se puede demostrar que un proyecto de este tipo es completamente viable en nuestro país, teniendo como usuario al Adulto Mayor joven, el cual en nuestro contexto va incrementando cada año. Esto ayudaría a innovar la Arquitectura para la tercera edad en el Perú y crear nuevas leyes y normas para este tipo de construcciones ya que actualmente no contamos con ello.
- La mezcla de tipos de personas, la interrelación y cooperación de diferentes generaciones sumadas a eliminar las barreras arquitectónicas para personas mayores y/o discapacitadas podrán concluir en un proyecto de suma importancia para nuestro país a nivel mundial, y a generar una nueva cultura y forma de ver al Adulto Mayor.

2.4. Antecedentes normativos

Se tendrán en cuenta diversas normas correspondientes para el desarrollo de la tesis, las cuales son:

2.4.1. Normativa Nacional

Derechos

Las personas adultas mayores, (definidas por la Organización Panamericana de la Salud como personas de 60 años o más), son poseedoras de derechos inalienables en tanto que persona humana, como el derecho a la vida, a tener un nombre, etc.; las personas adultas mayores son poseedores a deberes y derechos. Pero por constituir un grupo social en aumento y que en contextos como pueden verse vulnerados sus derechos, nuestras leyes han contemplado derechos especialmente dirigidos a este grupo poblacional que van de acuerdo a sus necesidades como persona adulta mayor.

Aquí les brindamos los derechos específicos para personas adultas mayores contemplados en las leyes peruanas.

Las personas adultas mayores tienen derecho a:

- La atención preferente en los establecimientos públicos y privados que prestan servicios al público. (Ley 27408)
- A contar con asientos reservados en los vehículos de transporte público de pasajeros Resolución. (D.M 081-2001/MMLDMTU)
- A la igualdad ante la ley y a no ser discriminados. (Constitución política del Perú, Art. 2)
- A partir en forma individual o asociada en la vida política, económica, social y cultural de la Nación (Constitución Política del Perú, Art. 2, inciso 17).
- A ser protegido por el estado. (Constitución Política del Perú, plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006)

El Ministerio de Salud presenta los “**Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores**”, con el objeto de brindar un marco referencial así como un conjunto de orientaciones que puedan constituirse en la base de las acciones para la atención integral de salud de las personas adultas mayores, que conlleve a la configuración de un sistema moderno, eficaz y eficiente de los servicios de salud, con nuevas propuestas de provisión de servicios, capaces de satisfacer las necesidades de salud de nuestros adultos mayores y que favorezcan un envejecimiento activo y saludable. Se busca atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable a través del abordaje eficiente de las necesidades de salud de esta población.

El Plan Nacional para Personas Adultas Mayores, propone como principal objetivo promover una “Sociedad Inclusiva para todas las edades”, que permita mantener relaciones equitativas, recíprocas y de respeto entre niños, jóvenes, adultos y personas mayores, donde se puedan integrar y sociabilizar sin distinción de edades.

Las **Pautas y recomendaciones para el buen funcionamiento de los centros de atenciónal adulto mayor (CIAM)**, nos brindan una estructura interna de cómo debe desarrollarse el centro, la organización interna y algunos objetivos que se deben lograr para una buena convivencia entre los usuarios.

De acuerdo con el artículo 8° de la Ley 28803, es finalidad de los CIAM realizar actividades recreativas, organizar talleres de autoestima para mantener las funciones mentales y prevenir enfermedades crónicas, además de talleres de alfabetización y de manufactura y habilidades laborales. Sabiendo la finalidad de los centros de integración del adulto mayor podemos tomar en cuenta los servicios sociales donde se ubicarían talleres de actividad física

y deportes, actividades recreativas, talleres de manualidades, paseos, entre otros; además de hace uso de servicios de salud donde lo primordial sería la prevención de la salud y deterioro mental.

Por otro lado, teniendo en cuenta a los usuarios pertenecientes al grupo de personal administrativo y de servicio, el CIAM nos dice que deben de ser profesionales o técnicos con formación en distintas especialidades, tales como psicólogo/a, profesor/a en cultura física, enfermero/a, fisioterapeuta, abogado/a, médico, terapeuta ocupacional con experiencia gerontológica, entre otros.

Reglamento Nacional de Edificaciones

Norma A.050 Salud

Capítulo I. Aspectos Generales

Artículo 2.- Centro de Salud.- Establecimiento del Primer – nivel de Atención de Salud y de complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud, en sus componentes de: Promoción, Prevención y Recuperación. Brinda consulta médica ambulatoria diferenciada en los Consultorios de Medicina, Cirugía, Gineceo-Obstetricia, Pediatría y Odontología, además, cuenta con internamiento, prioritariamente en las zonas rurales y urbano-marginales.

Norma A.120 Accesibilidad para personas con discapacidad.

Capítulo I Generalidades

Artículo 1.- La presente Norma establece las condiciones y especificaciones técnicas de diseño para la elaboración de proyectos y ejecución de obras de edificación, y para la adecuación de las existentes donde sea posible, con el fin de hacerlas accesibles a las personas con discapacidad.

Artículo 3.- Para los efectos de la presente Norma se entiende por:

- **Persona con discapacidad:** Aquella que, temporal o permanentemente, tiene una o más deficiencias de alguna de sus funciones físicas, mentales ó sensoriales que implique la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales.
- **Accesibilidad:** La condición de acceso que presta la infraestructura urbanística y edificatoria para facilitar la movilidad y el desplazamiento autónomo de las personas, en condiciones de seguridad.
- **Ruta accesible:** Ruta libre de barreras arquitectónicas que conecta los elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación.
- **Barreras arquitectónicas:** Son aquellos impedimentos, trabas u obstáculos físicos que limitan o impiden la libertad de movimiento de personas con discapacidad.
- **Señalización:** Sistema de avisos que permite identificar los elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación, para orientación de los usuarios.
- **Señales de acceso:** Símbolos convencionales utilizados para señalar la accesibilidad a edificaciones y ambientes.
- **Servicios de atención al público:** Actividades en las que se brinde un servicio que pueda ser solicitado libremente por cualquier persona. Son servicios de atención al público, los servicios de salud, educativos, recreacionales, judiciales, de los gobiernos central, regional y local, de seguridad ciudadana, financieros, y de transporte.

Decreto Legislativo N° 1098, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Artículo 3, señala que es competencia de dicho Sector el diseñar, establecer, promover, ejecutar y supervisar políticas públicas a favor de las personas adultas mayores.

Reglamento que regula los centros de atención para personas adultas mayores

Título I Disposiciones generales

Artículo 3.- Definiciones Para la aplicación del presente Decreto Supremo, se entiende por:

- a) Centro de Atención: Son espacios públicos o privados acreditados por el Estado, donde se prestan servicios de atención integral e integrada o básica especializada dirigidos a las personas adultas mayores, de acuerdo a sus necesidades de cuidado.
- b) Centro de Atención Residencial: Son espacios públicos o privados acreditados por el Estado que ofrecen servicios de atención integral a las personas adultas mayores autovalentes o dependientes, pueden ser gerontológicos, geriátricos o mixtos.
- c) Centro de Atención Residencial Gerontológico: Son aquellos centros de atención residenciales dirigidos a personas adultas mayores autovalentes, que realizan las actividades básicas de la vida diaria, tales como alimentarse, vestirse, asearse, trasladarse, entre otros, por sí mismas.
- d) Centro de Atención Residencial Geriátrico: Son aquellos centros de atención residenciales dirigidos a personas adultas mayores dependientes, parcial o totalmente, que requieren del apoyo parcial o permanente de terceras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- e) Centro de Atención Residencial Mixto: Son aquellos centros de atención residenciales que ofrecen los servicios gerontológicos y geriátricos, a personas adultas mayores autovalentes y dependientes respectivamente.

- f) Centro de Atención de Día: Son espacios públicos o privados acreditados por el Estado que ofrecen servicios dirigidos a personas adultas mayores en situación de autovalencia, fragilidad o dependencia (leve y moderado) en el transcurso del día, manteniendo un horario establecido por el Centro.
- g) Centro de Atención de Noche: Son espacios públicos o privados acreditados por el Estado que ofrecen servicios básicos de alojamiento nocturno, alimentación y vestido, dirigidos a personas adultas mayores autovalentes.
- h) Atención integral e integrada: Los diversos servicios orientados a satisfacer y garantizar las necesidades de alojamiento, alimentación, nutrición, atención básica de salud, terapias físicas y psicológicas, recreación y vestimenta a favor de las personas adultas mayores.
- i) Atención básica especializada: Servicios orientados a brindar cuidados a las personas adultas mayores para promover su independencia y autonomía.
- j) Atención básica de salud: Servicios orientados a promover y preservar la salud de las personas adultas mayores; los cuales consisten en el seguimiento de control de signos vitales y cuidados básicos en su salud.
- k) Persona adulta mayor: Persona de sesenta o más años de edad.
- l) Plan de trabajo: Instrumento de gestión que contiene la programación de actividades dirigidas a las personas adultas mayores usuarias, con un enfoque de atención integral y de desarrollo humano.
- m) Plan de trabajo gerontológico: Instrumento de gestión que contiene la programación de actividades dirigidas a la persona adulta mayor autovalente, que comprende actividades relacionadas con la promoción de estilos de vida saludable, la salud física y mental, prevención de enfermedades, autocuidado, recreación, participación, y/o reinserción según corresponda u otras similares.
- n) Plan de trabajo geriátrico: Instrumento de gestión que contiene la programación de actividades dirigidas a la persona adulta

mayor en situación de dependencia, que comprende actividades de evaluación médica, control de signos vitales, cuidados necesarios en su salud.

- o) Cuidadoras o cuidadores formales: Personas con conocimientos especializados para la atención de las personas adultas mayores.
- p) Registro de atenciones médicas: Ficha que contiene la información de las atenciones médicas que recibe la persona adulta mayor.

Capítulo II DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN

Artículo 5.- De los servicios de los Centros de Atención Residencial Gerontológicos Los Centros de Atención Residencial Gerontológicos deben ofrecer los siguientes servicios:

- a) Alojamiento las veinticuatro horas del día.
- b) Servicio de alimentación acorde con los requerimientos nutricionales de las personas adultas mayores residentes el cual comprende desayuno, almuerzo y cena como mínimo.
- c) Servicio de alimentación especial conforme a la indicación de la médica o el médico tratante de las personas adultas mayores residentes que así lo requieran.
- d) Atención básica de salud.
- e) Evaluación social.
- f) Evaluación médica (física y mental) semestral.
- g) Lavandería.
- h) Terapias de prevención del deterioro cognitivo y estimulación física, cognitiva entre otros.
- i) Actividades socio recreativas y de participación en la comunidad.
- i) Servicio de cuidadoras y cuidadores formales las veinticuatro horas del día.
- j) Servicio de técnicas o técnicos de enfermería las veinticuatro horas del día.

Artículo 6.- De los servicios de los Centros de Atención Residencial Geriátricos y Mixtos Además de lo dispuesto en el artículo 5 del presente reglamento, los Centros de Atención Residencial Geriátricos y Mixtos brindan los siguientes servicios de atención.

- a) Evaluación médica (física y mental) de las personas adultas mayores usuarias, por lo menos una vez al mes, la cual deberá ser registrada en la ficha de seguimiento de la persona usuaria.
- b) Servicio de atención médica a disposición las veinticuatro horas del día, el cual se realiza por turnos de acuerdo al requerimiento del Centro de Atención.
- c) Terapias de mantenimiento de funciones físicas y cognitivas de las personas adultas mayores usuarias.

Artículo 7.- De los Servicios de los Centros de Atención de Día Los Centros de Atención de Día ofrecen los siguientes servicios:

- a) Atención o cuidado en horario diurno, con permanencia mínima de ocho horas.
- b) Alimentación acorde con los requerimientos nutricionales de las personas adultas mayores usuarias, que comprende desayuno y almuerzo.
- c) Campañas preventivas y de promoción de la salud.
- d) Terapias de prevención y estimulación física, cognitiva y otros.
- e) Atención básica de salud de las personas adultas mayores usuarias por lo menos una vez al mes.
- f) Servicios de cuidadoras o cuidadores formales durante el horario de atención.
- g) El personal de apoyo debe permanecer durante el horario en el que el Centro de Atención brinde sus servicios.

Artículo 8.- De los Servicios de los Centros de Atención de Noche
Los Centros de Atención de Noche ofrecen los siguientes servicios:

- a) Alojamiento en horario nocturno.
- b) Alimentación acorde con los requerimientos nutricionales de las personas adultas mayores usuarias, que comprende la cena y desayuno.
- c) Atención básica de salud.
- d) Servicios de cuidadoras y cuidadores formales durante el horario de atención.
- e) El personal de apoyo debe permanecer durante el horario en el que el Centro de Atención brinde sus servicios.
- f) Lavandería.

Artículo 9.- De la tercerización de los servicios Los Centros de Atención pueden tercerizar los servicios de lavandería y de limpieza en función a las necesidades de las personas adultas mayores; así como los servicios de alimentación cumpliendo con los valores nutricionales y horarios adecuados para las personas adultas mayores usuarias. Dichos servicios deben ser acreditados en forma documentaria durante las visitas de constatación que se efectúen durante el proceso de acreditación y las visitas de supervisión.

Artículo 10.- Medicación con prescripción médica Los Centros de Atención solo podrán administrar medicamentos que hayan sido previamente prescritos por una médica o un médico, a las personas adultas mayores.

Artículo 11.- Expediente personal de la persona adulta mayor usuaria Los Centros de Atención deben contar con los siguientes documentos por cada persona adulta mayor usuaria:

- a) Ficha de ingreso de la persona usuaria.
- b) Ficha de permanencia de la persona usuaria.
- c) Registro de atenciones médicas de la persona usuaria.
- d) Ficha de Valoración Clínica para personas adultas mayores.

- e) Registro de participación de la persona usuaria en talleres, campañas u otras actividades que realiza el Centro de Atención.
- f) Ficha de ocurrencia de las personas usuarias.
- g) Ficha de egreso de la persona usuaria. Para el caso de los Centros de Atención de Noche estos deben contar además con la Ficha de asistencia. Todos estos documentos conforman el expediente personal de la persona adulta mayor usuaria.

Capítulo III DEL PERSONAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES

Artículo 12.- Personal del Centro de Atención Residencial Gerontológico Los Centros de Atención Residencial Gerontológicos cuentan mínimamente con el siguiente personal:

- a) Directora o Director.
- b) Administradora o Administrador.
- c) Cuidadoras o cuidadores formales, una o uno por cada diez personas usuarias.
- d) Nutricionista.
- e) Trabajadora o trabajador social.
- f) Psicóloga o psicólogo.
- g) Técnicas o técnicos de enfermería una o uno por cada diez personas usuarias.
- h) Personal de apoyo.

Artículo 13.- Personal del Centro de Atención Residencial Geriátrico y Mixto. Los Centros de Atención Residencial Geriátrico y Mixto cuentan mínimamente con el siguiente personal:

- a) Directora o Director.
- b) Administradora o Administrador.
- c) Médica cirujana o médico cirujano a disposición las veinticuatro horas al día
- d) Técnicas o técnicos de enfermería, uno o una por cada cinco personas usuarias.

- e) Cuidadoras o cuidadores formales, uno o una por cada cinco personas usuarias.
- f) Nutricionista.
- g) Trabajadora o trabajador social.
- h) Psicóloga o psicólogo.
- i) Personal de apoyo.

Artículo 14.- Perfil Requerido del personal del Centro de Atención Residencial Gerontológicos, Geriátrico y Mixto

En relación al personal del Centro de Atención Residencial Gerontológico, Geriátrico y Mixto, este debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) La Dirección de los centros de atención recae en persona profesional con especialidad en gerontología y con experiencia comprobada en el trabajo con personas adultas mayores de un año como mínimo.
- b) En el Centro de Atención Residencial Geriátrico y Mixto, la médica cirujana o médico cirujano responsable del servicio de salud, debe ser colegiado y estar habilitado, con experiencia comprobada en la atención de personas adultas mayores y conocimientos en geriatría y gerontología.
- c) Los demás profesionales y personal del Centro de Atención deben tener experiencia en la atención de personas adultas mayores de un año como mínimo.
- d) La Directora o Director, las personas profesionales y el personal del Centro de Atención deben contar con certificados de salud física y mental, y carecer de antecedentes penales y judiciales.
- e) Actualizar sus conocimientos anualmente en temas de atención a las personas adultas mayores, priorizando temas gerontológicos, geriátricos, de buen trato a las personas adultas mayores usuarias y de derechos.

Artículo 15.- Personal de los Centros de Atención de Día y Centros de Atención de Noche. Los Centros de Atención de Día y Centros de Atención de Noche, cuentan mínimamente con el siguiente personal:

- a) Directora o Director.
- b) Administradora o Administrador.
- c) Trabajadora o trabajador social.
- d) Psicóloga o psicólogo.
- e) Cuidadoras o cuidadores formales, uno o una por cada diez personas usuarias
- f) Una técnica o un técnico de enfermería.
- g) Personal de apoyo.
- h) Nutricionista.

Artículo 16.- Perfil Requerido del Personal de los Centros de Atención de Día y Centros de Atención de noche

En relación al personal del Centro de Atención, este debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- a) La Dirección recae en una persona profesional con especialidad en gerontología y con experiencia comprobada en el trabajo con personas adultas mayores de un año como mínimo.
- b) Los profesionales y personal deben tener experiencia en atención de Personas Adultas Mayores de un año como mínimo.
- c) La Directora o Director, las personas profesionales y el personal del Centro de Atención deben contar con certificados de salud física y mental, y carecer de antecedentes penales y judiciales.
- d) Las personas profesionales y personal del Centro de Atención deben actualizar sus conocimientos anualmente en temas de atención a las personas adultas mayores, priorizando temas gerontológicos.

Capítulo IV DE LOS AMBIENTES E INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN

Artículo 17.- De los ambientes del Centro de Atención

Los ambientes de los Centros de Atención deben cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a) Presentar condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren un adecuado servicio.
- b) Ser amplios y ventilados de modo que puedan ser utilizados para las actividades programadas, con la finalidad de optimizar los espacios.

Artículo 18.- De la infraestructura básica del Centro de Atención Residencial Gerontológico, Geriátrico o Mixto

18.1 La infraestructura básica de los Centros de Atención Residencial Gerontológico, Geriátrico o Mixto debe cumplir con lo siguiente:

- a) Cartel o placa que identifique al Centro de Atención, ubicado en el exterior, el cual incluirá la denominación y el tipo de Centro de Atención.
- b) La construcción es de preferencia de un solo piso, caso contrario, debe contar con ascensor, rampa, elevador mecánico, camilla transportadora u otros similares que aseguren una adecuada accesibilidad a los niveles superiores. De preferencia, se debe ubicar a los residentes dependientes en el primer piso.
- c) Los ambientes del Centro de Atención deben permitir el paso de la iluminación y ventilación natural;
- d) Salas de visita; con un ambiente especial para actividades de uso de tiempo libre, actividades físicas, socio recreativas y otros de las personas adultas mayores usuarias.
- e) Comedor.

- f) Dormitorios con intercomunicador, timbre o campana, sin barreras arquitectónicas con adaptaciones para facilitar el uso y libre desplazamiento de las personas adultas mayores usuarias.
- g) Los dormitorios deben contar con muebles para guardar sus prendas de vestir, tales como roperos o armarios.
- h) Deben contar con un área de almacenamiento de pertenencias personales.
- i) En dormitorios de uso múltiple, se permitirá un máximo de cuatro camas, la separación entre las mismas debe permitir el paso de una silla de ruedas, como mínimo.
- j) Los servicios higiénicos deben ser diferenciados entre mujeres y varones, y contar con barandas, rampas y agua caliente en las duchas.
- k) Pisos de material antideslizante, o excepcionalmente pueden contar con láminas antideslizantes en los pisos de los pasadizos.
- l) Contar con rampas fijas o móviles si hubieran desniveles.
- m) Botiquín de primeros auxilios para la atención básica de emergencias.
- n) Contar con área de almacenamiento para útiles de aseo.
- o) Contar con área de almacenamiento de alimentos perecibles y no perecibles.
- p) Contar con área de almacenamiento de medicinas.
- q) Contar con área de servicios de lavandería y cocina, en caso no sea brindado por terceros.

18.2 Adicionalmente, para el caso de los Centros de Atención Residenciales Geriátricos y Mixtos, deben contar con:

- a) Tópico equipado con insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como: camilla, tensiómetro, estetoscopio, termómetro, medicamentos, insumos básicos de primeros auxilios, archivo de Ficha de Seguimiento de la persona adulta mayor usuaria. En este ambiente se puede dar la atención médica y de rehabilitación.

- b) Barandas o similares, en escaleras y pasadizos para facilitar el desplazamiento de las personas residentes.
- c) Un lavadero exclusivo para chatas y papagayos.

Artículo 19.- De la infraestructura de los Centros de Atención de Noche

La infraestructura de los Centros de Atención de Noche debe cumplir con lo siguiente:

- a) Cartel o placa que identifique al Centro de Atención, ubicado en el exterior, el cual incluirá la denominación y el tipo de Centro de Atención.
- b) La construcción debe ser de preferencia de un solo piso sin barreras arquitectónicas.
- c) Los ambientes del Centro de Atención deben permitir el paso de la iluminación y ventilación natural.
- d) Comedor.
- e) En dormitorios de uso múltiple, se permite un máximo de cuatro camas, la separación entre las mismas debe permitir el paso de una silla de ruedas, como mínimo.
- f) Los dormitorios deben contar con muebles para guardar sus prendas de vestir, tales como roperos o armario.
- g) Los servicios higiénicos deben ser diferenciados entre mujeres y varones, y contar con barandas, rampas y agua caliente en las duchas.
- h) Pisos de material antideslizante, o excepcionalmente pueden contar con láminas antideslizantes en los pasadizos.
- i) Contar con rampas fijas o móviles si hubieran desniveles.
- j) Botiquín de primeros auxilios para la atención básica de salud.
- k) Contar con área de almacenamiento de alimentos perecibles y no perecibles.
- l) Contar con área de almacenamiento de medicinas.
- m) Contar con área de almacenamiento para útiles de aseo.
- n) Contar con área de servicios de lavandería y cocina, en caso no sea brindado por terceros

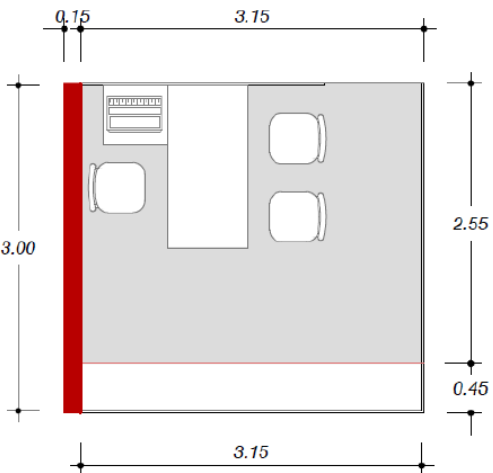
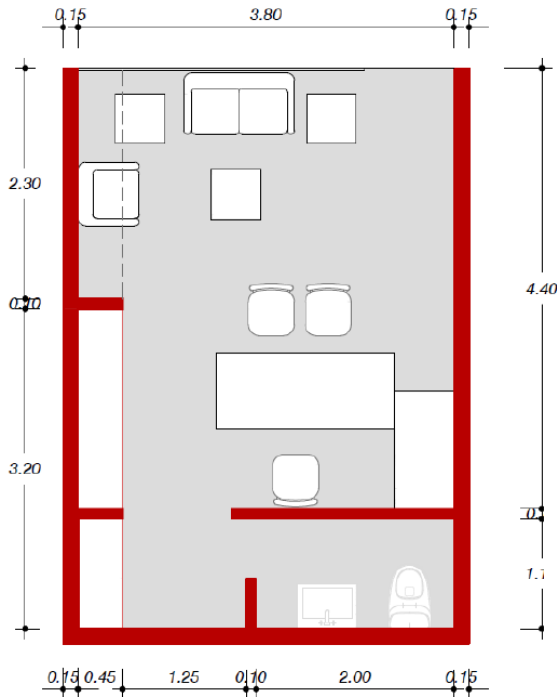
Artículo 20.- De la infraestructura de los Centros de atención de Día. La infraestructura de los Centros de atención de Día debe cumplir con lo siguiente:

- a) Cartel o placa que identifique al Centro de Atención, ubicado en el exterior, el cual incluirá la denominación y tipo de Centro de Atención.
- b) La construcción debe ser de preferencia de un solo piso sin barreras arquitectónicas.
- c) Los ambientes deben permitir el paso de la iluminación y ventilación natural.
- d) Comedor.
- e) Un ambiente especial para actividades de uso de tiempo libre, actividades físicas, socio recreativas y otras de las personas adultas mayores usuarias.
- f) Los servicios higiénicos deben ser diferenciados entre mujeres y varones, y contar con barandas, rampas y agua caliente en las duchas.
- g) Pisos de material antideslizante, o excepcionalmente pueden contar con láminas antideslizantes en los pasadizos.
- h) Contar con rampas fijas o móviles si hubieran desniveles.
- i) Botiquín de primeros auxilios para la atención básica de salud.
- j) Contar con área de almacenamiento de alimentos perecibles y no perecibles.
- k) Contar con área de almacenamiento de medicinas.
- l) Contar con área de almacenamiento para útiles de aseo.
- m) Contar con área de servicios de lavandería y cocina, en caso no sea brindado por terceros.

2.4.2. Aspectos Reglamentarios


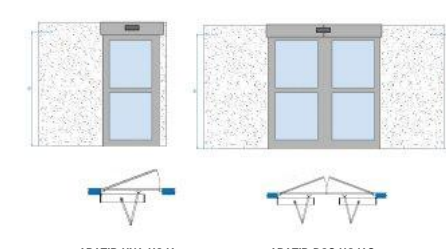
Cuadro N° 01: Estudio de aspectos especiales y circulación	
Ambiente	Norma
Pasillos, corredores, etc.	Maniobras para personas en silla de ruedas
	<p>The diagrams illustrate the required clearances for wheelchair maneuvers:</p> <ul style="list-style-type: none"> GIRO 180°: Requires a 0.80m width for the wheelchair and a 0.50m clearance on the side. GIRO 360°: Requires a 1.80m width. Clearances are 0.07m on the left, 0.43m on the right, 0.80m in the center, 0.41m on the right, and 0.07m on the left. GIRO 45°: Requires a 1.30m width and a 0.07m clearance on the left. EN PARALELO: Requires a 2.45m width. Clearances are 0.30m on the left, 0.90m for the wheelchair, 0.05m for the person, 0.90m for the wheelchair, and 0.30m on the right.
Pasillos, corredores, etc.	Esquema de dimensiones mínimas con relación al uso del pasillo
	<p>The diagram shows the minimum dimensions for different users in a hallway:</p> <ul style="list-style-type: none"> Person with cane: 0.75m width Person with crutches: 1.00m width Person in wheelchair: 0.80m width Person in wheelchair: 1.50m width Person in wheelchair: 1.90m width <p>Clearance dimensions for wheelchair users:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0.45m clearance for a person in a wheelchair. 0.90-0.95m clearance for a person in a wheelchair.

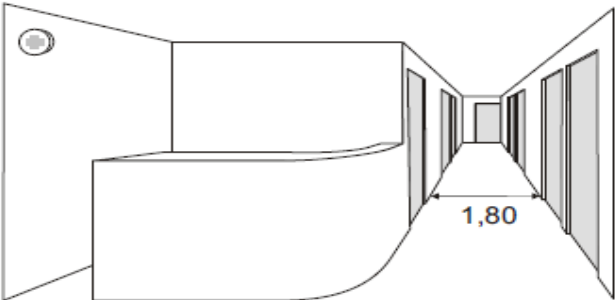
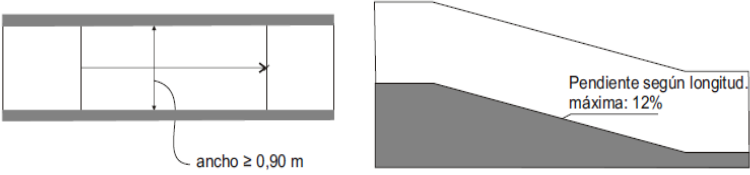
Cuadro N° 02: Estudio de aspectos especiales y circulación

Ambiente	Norma
Oficinas	Según RNE-Oficinas-Norma A.080-Cap. II, Art. 06/El número de ocupantes de una edificación de oficinas se calculara a razón de una persona cada 9.5m ² Oficinas
	<p style="text-align: center;">OFICINA COMUN AREA: 9.5M²</p>  <p style="text-align: center;">OFICINA DE DIRECTOR + S.H. AREA: 21.60M²</p> 

Cuadro N° 03: Estudio de áreas modulo consulta externa

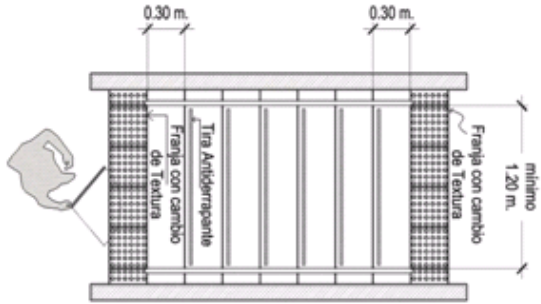
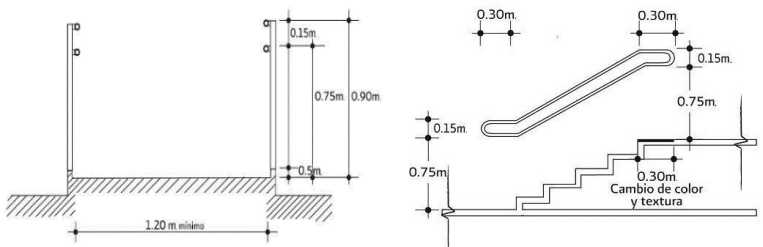
Ambiente	Norma
Consultorios	<p>Según Norma Técnicas para la Elaboración de Proyectos Arquitectónicos Centro de Salud (MINISTERIO DE SALUD): Esquema de acabados para Ambientes de Centro de Salud en construcciones de concreto y ladrillo</p>
	<p>Enchape de mayólica 0.15 m. x 0.15 m. de piso a techo, de color, piso a techo.</p> <p>Contrazócalo. Sanitario de terrazo, h = 15 cm.</p> <p>Piso terrazo conductivo.</p> <p>Para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SALA DE OPERACIONES MENORES • CORREDOR ASÉPTICO (Piso: loseta)
	<p>MURO DE BLOCK</p> <p>MEZCLA DE MORTERO SIMPLE</p> <p>PARA MURO DE BLOCK: PARETE LISO Y PINTURA BASE PARA MURO DE YESO O SIMILAR: MASILLADO</p> <p>CAMBIO DE PINTURA</p> <p>FALSO TECHO O FALSO CIELO DE 81 cm X 61 cm</p> <p>SUSPENSION FERRETRAL</p> <p>PARA MURO DE BLOCK: PARETE LISO, PINTURA BASE Y PINTURA ESMALTE O MANTENIMIENTO MATE O PINTURA LATEX PARA MURO DE YESO O SIMILAR: MASILLADO Y PINTURA ESMALTE O MANTENIMIENTO MATE O PINTURA LATEX</p> <p>PROY. EMPALME CON ZOCALO</p> <p>MURO DE BLOCK</p> <p>PARA MURO DE BLOCK: PARETE LISO, PINTURA BASE Y PINTURA ESMALTE O MANTENIMIENTO MATE O PINTURA LATEX</p> <p>ZOCALO SANITARIO DE CERAMICO H=0.15m</p> <p>PISO DE CERES CERAMICO (0.30x0.30m), APLICAR SEME LA SUPERFICIE CON LA RESINIFICANTE</p> <p>CONTRAPISO, MEZCLA 1:4, GUAJARDO 1:2</p>

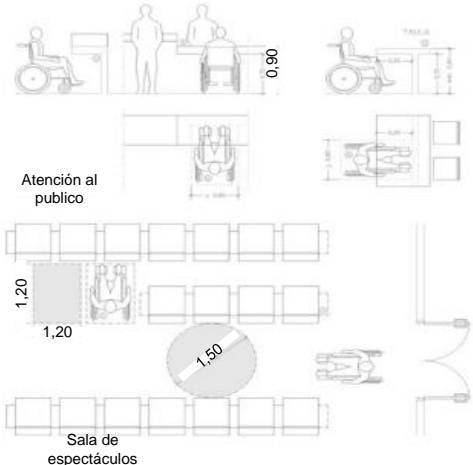
Cuadro N° 04: Estudio de vanos																			
Ambiente	Norma																		
Consultorios	Según Ley 27657 – Ley del Ministerio de Salud (MINISTERIO DE SALUD): de los vanos																		
	<p>DE LAS VENTANAS: Todos los ambientes para uso de pacientes, personal y público en general de los establecimientos de salud deberán tener ventanas que abran hacia el exterior. No debe considerarse abrir ventanas hacia los corredores, pasajes cubiertos de circulación interna.</p> <p>El área mínima de iluminación será de 20% del área del ambiente. El área mínima de ventilación de las ventanas será el 50% del área de la ventana</p>																		
	<p>DE LAS PUERTAS: Las dimensiones de las puertas serán las siguientes:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Puerta de Admisión – archivo de historias Clínicas</td> <td style="text-align: right;">1,00 m.</td> </tr> <tr> <td>Puerta de tópico</td> <td style="text-align: right;">1,20 m.</td> </tr> <tr> <td>Puerta de Consultorios</td> <td style="text-align: right;">1,00 m.</td> </tr> <tr> <td>Puerta de farmacia</td> <td style="text-align: right;">1,00 m.</td> </tr> <tr> <td>Puerta Caja</td> <td style="text-align: right;">0,90 m.</td> </tr> <tr> <td>Puertas de Oficinas</td> <td style="text-align: right;">1,00 m.</td> </tr> <tr> <td>Puerta de Laboratorio</td> <td style="text-align: right;">1,00 m.</td> </tr> <tr> <td>Puerta de Sala de Operaciones (2 hojas)</td> <td style="text-align: right;">1,80 m.</td> </tr> <tr> <td>Puerta de Almacén General</td> <td style="text-align: right;">1,20 m.</td> </tr> </table>	Puerta de Admisión – archivo de historias Clínicas	1,00 m.	Puerta de tópico	1,20 m.	Puerta de Consultorios	1,00 m.	Puerta de farmacia	1,00 m.	Puerta Caja	0,90 m.	Puertas de Oficinas	1,00 m.	Puerta de Laboratorio	1,00 m.	Puerta de Sala de Operaciones (2 hojas)	1,80 m.	Puerta de Almacén General	1,20 m.
Puerta de Admisión – archivo de historias Clínicas	1,00 m.																		
Puerta de tópico	1,20 m.																		
Puerta de Consultorios	1,00 m.																		
Puerta de farmacia	1,00 m.																		
Puerta Caja	0,90 m.																		
Puertas de Oficinas	1,00 m.																		
Puerta de Laboratorio	1,00 m.																		
Puerta de Sala de Operaciones (2 hojas)	1,80 m.																		
Puerta de Almacén General	1,20 m.																		
	<p>CORREDERAS</p>  <p>BATIENTES</p> 																		

Cuadro N° 05: Estudio de accesibilidad	
Ambiente	Norma
Consultorios	<p>Según la Norma a.050 Salud. Capítulo i.art.13, el ancho mínimo de pasajes de circulación es:</p> <p>A) para pacientes ambulatorios: 2,20m. B) corredores externos y auxiliares exclusivos para el personal de servicio o de cargas: 1,20m C) corredores dentro de una unidad :1,80m</p>
	 <p>Locales de salud $\geq 1,80$ m *</p>
Rampa	<p>Según Reglamento Nacional de Edificación A.120 Accesibilidad para Personas con Discapacidad art.3 : ancho mínimo de rampa será 0,90 m con las pendientes máximas</p> <p>Diferencias de nivel de hasta 0.25 m. 12% de pendiente Diferencias de nivel de 0.26 hasta 0.75 m. 10% de pendiente Diferencias de nivel de 0.76 hasta 1.20 m. 8% de pendiente Diferencias de nivel de 1.21 hasta 1.80 m. 6% de pendiente Diferencias de nivel de 1.81 hasta 2.00 m. 4% de pendiente Diferencias de nivel mayores 2% de pendiente</p>
	 <p>ancho $\geq 0,90$ m</p> <p>Pendiente según longitud. máxima: 12%</p>

Cuadro N° 06: Estudio de condiciones Generales de diseño	
Ambiente	Norma
	Según Norma Arquitectura .A10 Condiciones Generales de Diseño. Capítulo VI. Servicios Sanitarios
Servicios higiénicos	<p>Los servicios sanitarios de las edificaciones deberán cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> La distancia máxima de recorrido para acceder un servicio sanitario será de 50 m. Los materiales de acabados de los ambientes para servicios sanitarios serán antideslizantes en pisos e impermeables en paredes, y superficies lavables. Debe evitarse el registro visual del interior de los ambientes con servicio sanitario de uso público. Las puertas de los ambientes con servicios sanitarios de usos publico deberán contar con un sistema de cierre automático
	<p style="text-align: center;">distancia máxima = 50 m</p>
	<p>ductos de ventilación</p> <ol style="list-style-type: none"> los ambientes destinados a servicios sanitarios podrán ventilarse mediante ductos de ventilación. los ductos de ventilación deberán cumplir los siguientes requisitos: las dimensiones de los ductos se calcularán a razón de 0,036 m por inodoro de cada servicio sanitario que 2 ventilan, con un mínimo de 0,24 m. cuando los ductos de ventilación alojen montantes de agua, desagüe o electricidad, deberá incrementarse la sección del ducto en función del diámetro de las montantes <div style="text-align: center;"> <p>área: 0,036 m² por inodoro de cada servicio. mínimo: 0,24 m²</p> <p>incrementar sección cuando alojen montantes</p> </div>

Cuadro N° 07: Estudio de condiciones de diseño																													
Ambiente	Norma																												
SERVICIOS HIGIENICOS	Según Norma Arquitectura .A10 Condiciones Generales de Diseño. Capítulo VI. Servicios Sanitarios																												
	<p>Servicios Higiénicos para uso de Pacientes:</p> <p>Hombres</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Número de Consultorios</th> <th>Inodoro</th> <th>Lavatorio</th> <th>Urinario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasta 4 Consultorios</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>De 4 a 14 Consultorios</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Por cede 10 adicionales</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mujeres</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Número de Consultorios</th> <th>Inodoro</th> <th>Lavatorio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hasta 4 Consultorios</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>De 4 a 14 Consultorios</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Por cede 10 adicionales</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Para pacientes discapacitados se considera:</p> <p>Inodoro 1.95 m² (discapacitado 4.70 m²) Lavatorio 1.35 m² Urinario 2.16 m²</p>	Número de Consultorios	Inodoro	Lavatorio	Urinario	Hasta 4 Consultorios	1	1	1	De 4 a 14 Consultorios	2	2	2	Por cede 10 adicionales	1	1	1	Número de Consultorios	Inodoro	Lavatorio	Hasta 4 Consultorios	1	1	De 4 a 14 Consultorios	2	2	Por cede 10 adicionales	1	1
Número de Consultorios	Inodoro	Lavatorio	Urinario																										
Hasta 4 Consultorios	1	1	1																										
De 4 a 14 Consultorios	2	2	2																										
Por cede 10 adicionales	1	1	1																										
Número de Consultorios	Inodoro	Lavatorio																											
Hasta 4 Consultorios	1	1																											
De 4 a 14 Consultorios	2	2																											
Por cede 10 adicionales	1	1																											
	<p>Cierre automático o de válvula fluxométrica en servicios sanitarios de uso público</p> <p>Paredes impermeables y lavables</p> <p>Piso antideslizante y lavable</p> <p>Sumidero</p> <p>Puerta con sistema de cierre automático</p> <p>Evitar el registro visual de servicios sanitarios de servicio público</p> <p>aparatos sanitarios de bajo consumo de agua</p>																												

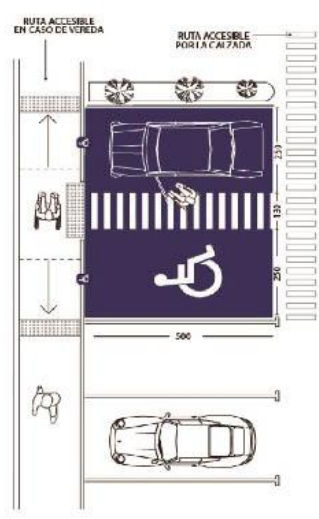
Cuadro N° 08: Estudio de Condiciones Especiales para Personas con discapacidad	
Ambiente	Norma
circulaciones	Según Norma Arquitectura .A50 Salud, Capítulo III. Condiciones Especiales para Personas con discapacidad.
	<p>Art. 24 condiciones especiales de las edificaciones de salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> En la unidad de hospitalización se contará con señalización braille. El color de las puertas deberá ser contrastante con los muros contiguos. Las puertas tendrán cerraduras con manija tipo palanca. Para indicar la proximidad a las rampas y otros cambios de nivel, el piso tendrá una textura diferente con respecto al predominante, en una distancia no menor de 1,20 m el mismo que será del ancho de la escalera o rampa. 
	<p>Art.25. las rampas deberán tener las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ancho mínimo de 1,20 m. Deberán existir dos pasamanos a diferente altura el primer pasamano se colocara a 90 cm y el segundo pasamanos a 75 cm. del nivel de piso terminado. La longitud no será mayor de 6,00 m, ya las pendiente máxima 8%. 

Cuadro N° 09: Estudio de Condiciones Especiales para Personas con discapacidad	
Ambiente	Norma
Sala de espera	Según Norma Arquitectura .A50 Salud, Capítulo III. Condiciones Especiales para Personas con discapacidad.
	<p>Art. 29 las áreas de atención al público contara con un mueble de control con una altura de 90 cm, el área de atención tendrá un ancho de 1,50m como mínimo para permitir el acceso de sillas de ruedas.</p> <p>Art.31 se destinara un área para personas con discapacidad en sillas de ruedas por cada 16 lugares de espera con las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> Área de 1,20x1.20 m. Áreas de circulación de 1,50 m como mínimo. Señalización de área reservada. En salas de esperas de Consultas externas se dispondrá de un asiento por cada dos consultorios
	 <p style="text-align: center;">Atención al público</p> <p style="text-align: center;">Sala de espectáculos</p>
	<p>Art. 32 se deberá contar con vestuarios para pacientes con discapacidad en las Unidades de Diagnóstico y Tratamiento con las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> Las dimensiones mínimas serán 1,80mx 1,80m. Las puertas serán de 1,00m de ancho como mínimo, una de las cuales deberá abatir hacia afuera. Contaran con barras de apoyo combinadas horizontales verticales, adyacentes a la banca, colocada a 1,50 m de altura en su parte superior.

Cuadro N° 10: Estudio de condiciones Generales de diseño	
Ambiente	Norma
	Según Norma Arquitectura .A50 Salud, Capítulo III. Condiciones Especiales para Personas con discapacidad
servicios higiénicos	<p>Art. 33 en las edificaciones de salud los servicios higiénicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pisos antideslizantes. b) Muros de ladrillo en cubículos para personas con discapacidad. c) Las circulaciones internas deberán tener 1,50 m de ancho. d) Las puertas de los cubículos deberá abrir hacia afuera. e) Deberá existir barras de apoyo de tubos de 1 ½" de diámetro.
Auditorios y Salas de Usos Múltiples	<p>Art. 35 en Auditorios y Salas de Usos Múltiples se destinara como mínimo un área para personas con discapacidad en sillas de ruedas por cada 100 personas o fracciones a partir de 60 asientos, con las siguientes características</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El área será de 1,00m por 1,20m. b) Contará con señalización con el símbolo internacional de acceso a discapacitados pintado el piso. c) Se destinara en la primera fila un espacio para personas con alteración visual.

Cuadro N° 11: CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y FUNCIONALIDAD

Ambiente	Norma																		
Funcionalidad	Según Norma Arquitectura .A090 SERVICIOS COMUNALES.																		
	<p>Artículo 11 El cálculo de las salidas de emergencia pasajes de circulación de personas ascensores, ancho y número de escaleras se hará según la siguiente tabla de ocupación:</p> <table data-bbox="577 660 1359 1467"> <tbody> <tr> <td>Ambientes para oficinas administrativas</td> <td>----10.00 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Asilo y orfanatos</td> <td>---- 6.00 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Ambientes de reunión</td> <td>----1.00 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Área de espectadores de pie</td> <td>---- 0.25 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Recintos para culto</td> <td>---- 1.00 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Salas de exposición</td> <td>---- 3.00 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Bibliotecas: áreas de libros</td> <td>---- 10.00 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Bibliotecas: Salas de lectura</td> <td>---- 4.50 m2 por persona</td> </tr> <tr> <td>Estacionamiento de uso general</td> <td>---- 16.00 m2 por persona</td> </tr> </tbody> </table> <p>Los casos no expresamente mencionados se considerarán el uso más parecido</p>	Ambientes para oficinas administrativas	----10.00 m2 por persona	Asilo y orfanatos	---- 6.00 m2 por persona	Ambientes de reunión	----1.00 m2 por persona	Área de espectadores de pie	---- 0.25 m2 por persona	Recintos para culto	---- 1.00 m2 por persona	Salas de exposición	---- 3.00 m2 por persona	Bibliotecas: áreas de libros	---- 10.00 m2 por persona	Bibliotecas: Salas de lectura	---- 4.50 m2 por persona	Estacionamiento de uso general	---- 16.00 m2 por persona
Ambientes para oficinas administrativas	----10.00 m2 por persona																		
Asilo y orfanatos	---- 6.00 m2 por persona																		
Ambientes de reunión	----1.00 m2 por persona																		
Área de espectadores de pie	---- 0.25 m2 por persona																		
Recintos para culto	---- 1.00 m2 por persona																		
Salas de exposición	---- 3.00 m2 por persona																		
Bibliotecas: áreas de libros	---- 10.00 m2 por persona																		
Bibliotecas: Salas de lectura	---- 4.50 m2 por persona																		
Estacionamiento de uso general	---- 16.00 m2 por persona																		

Cuadro N° 12: CONDICIONES DE HABITABILIDAD Y FUNCIONALIDAD										
Ambiente	Norma									
Funcionalidad	Según Norma Arquitectura .A090 SERVICIOS COMUNALES.									
estacionamiento	<p>Artículo 17 Las edificaciones de servicios comunales deberá proveer estacionamientos de vehículos dentro del predio donde se edifica</p> <p>El número mínimo de estacionamientos será el siguiente:</p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Para personal</td> <td style="text-align: center;">Para público</td> </tr> <tr> <td>Uso general</td> <td style="text-align: center;">1 est. Cada 6 pers</td> <td style="text-align: center;">1 est. Cada 10 pers</td> </tr> <tr> <td>Locales de asientos fijos</td> <td style="text-align: center;">1 est. Cada 15 asientos</td> <td></td> </tr> </table>		Para personal	Para público	Uso general	1 est. Cada 6 pers	1 est. Cada 10 pers	Locales de asientos fijos	1 est. Cada 15 asientos	
	Para personal	Para público								
Uso general	1 est. Cada 6 pers	1 est. Cada 10 pers								
Locales de asientos fijos	1 est. Cada 15 asientos									
										



ÓPTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación impone un trabajo constante de análisis y de mejoramiento, se trata de un proceso desde la normatividad hasta los mecanismos de intervención; desde la propia concepción de la gerontología hasta la proyección arquitectónica.

Por lo tanto, se busca eliminar las barreras que limitan el desarrollo de un envejecimiento digno; mediante el proyecto centro médico de atención integral del adulto mayor en el Distrito de Pocollay que brindara un adecuado servicio que permita desarrollar una mejor calidad de vida de dicha población.



CAPITULO III:

PROPUESTA

ARQUITECTÓNICA

3. CAPÍTULO III: PROYECTO ARQUITECTÓNICO

Las ideas arquitectónicas y espaciales que adopta el Centro nacen de la nueva concepción del tratamiento asistencial para el adulto mayor, basados en el envejecimiento activo, por ello se confiere importancia a los espacio donde se recupera la movilidad, ya sean estacionarios o móviles y así el poder mantener al máximo su autonomía y funcionalidad.

El proyecto contempla que el adulto mayor conciba el dominio del lugar en una sola mirada, antes de recorérrlo físicamente que resulta más dificultoso. Así potencia su autonomía de elección e independencia. Por ende el diseño de los espacios y programas se basa en la flexibilidad del movimiento, es decir, que conduce el movimiento de los adultos mayores y visitantes, y a su vez que sea de fácil percepción.

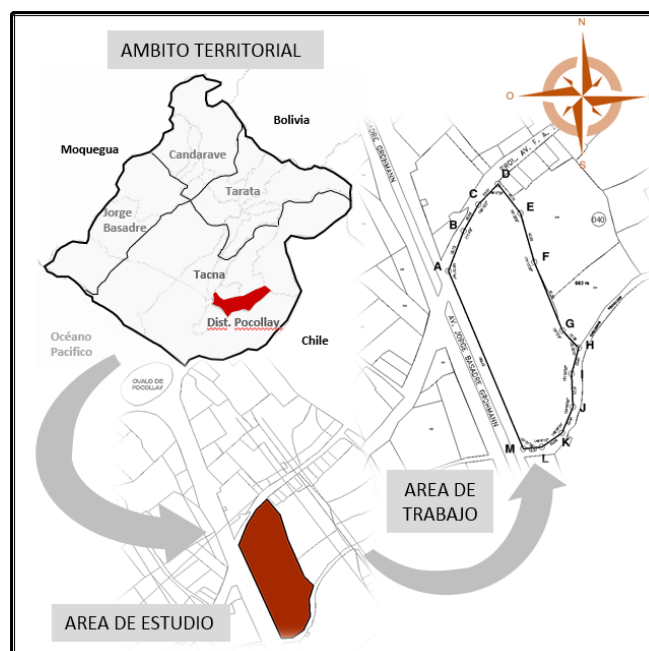
3.1. Análisis y diagnóstico situacional del sitio

3.1.1. Análisis del Terreno

Ubicación y Localización:

La zona de estudio se localiza en la zona urbana del sector B, distrito de Pocollay, provincia y departamento de Tacna.

Plano N° 17: Zona de estudio



Fuente: Elaboración Propia

- Polígono encierra un área de 12 502.65 m².
- Los linderos suman un perímetro de 504.80 ml.

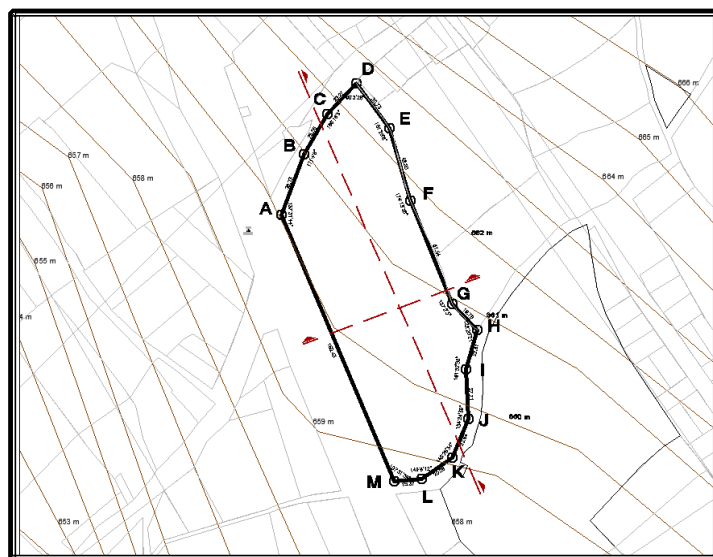
Linderos y colindantes:

- Por el Frente : En línea recta de 160.43 ml., con la Av. Jorge Basadre Grohoman S/N.
- Por la Derecha : En línea quebrada con cinco tramos del vértice H-I de 22.51m, del I-J de 27.71m, del J-K de 23.64m, de K-L de 20.06m y del L-M de 15.37m, con el Pasaje Callejón Pocollay.
- Por la Izquierda : En línea quebrada con tres tramos del vértice A-B de 35.73m, del B-C de 25.56m y del C-D de 23.27m, con la Calle Prolongación Francisco Antonio de Zela.
- Por el Fondo : En línea quebrada con cuatro tramos del vértice D-E de 30.73m, del E-F de 42.20m, del F-G de 61.54m y del G-H de 19.78m, con Propiedad Privada.

Topografía:

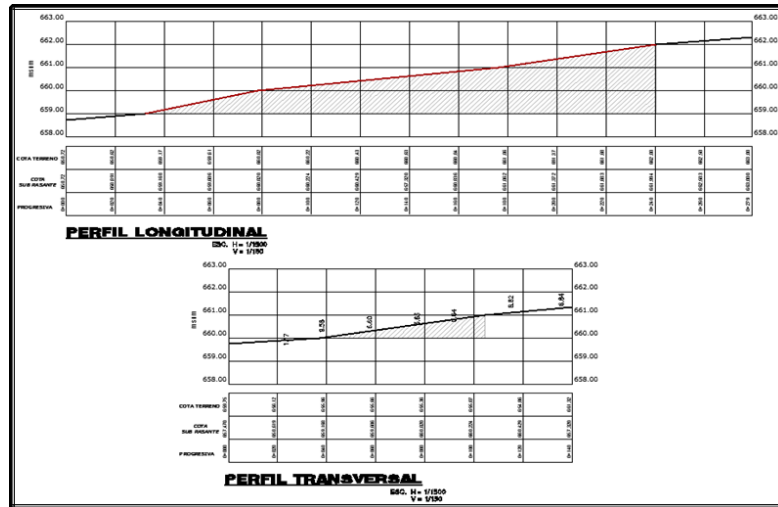
La zona de estudio presenta una topografía con pendiente variable ascendente con un promedio de 1 % a 1.5%.

Plano N° 18: Topografía



Fuente: Elaboración Propia

Imagen N° 33: Perfiles Topográficos

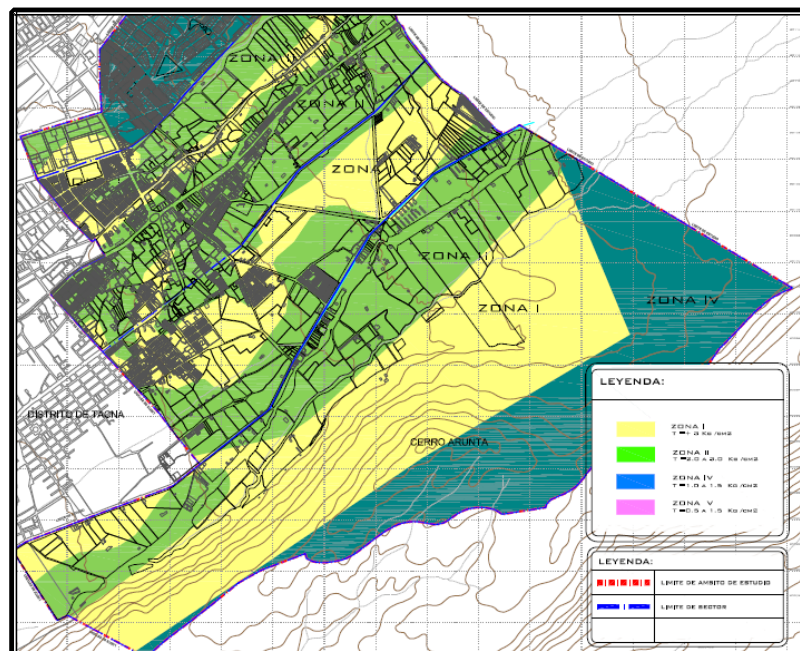


Fuente: Elaboración Propia

Calidad de Suelos:

El tipo de suelo en el área de estudio posee una capacidad portante de 2.0 a 3.0 kg/cm². Se ubica en la Zona II de características con suelos formados por depósitos fluviales son buenas para las cimentaciones

Plano N° 19: Zonificación Geotécnica



Fuente: PUD Pocollay 2009-2017

Zonificación y Vías:

- **Zonificación:**

Según el plano de Zonificación del vigente plan urbano distrital, especifica que el terreno se encuentra con doble uso, la primera con de **Residencial** con una clasificación de Densidad Media de código (**R3**), la segunda con clasificación **Comercial** - Sectorial código (**C3**). Que consta en el siguiente gráfico.

Plano N° 20: Zonificación



Fuente: PUD Pocollay 2009-2017

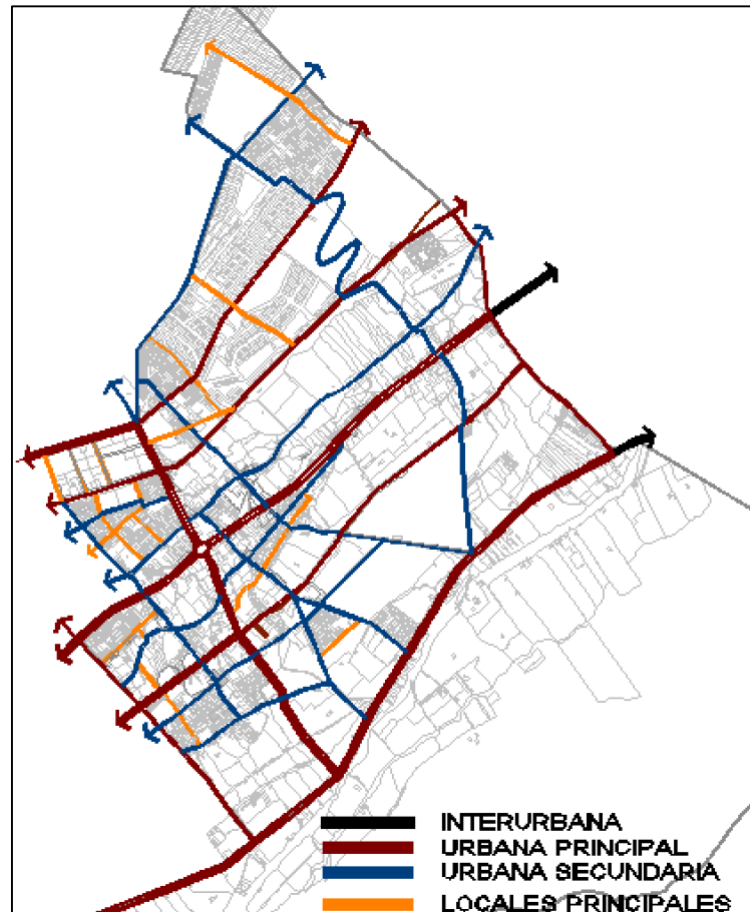
ZONIFICACION URBANA		
DESCRIPCION	CLASIFICACION	CODIGO
RESIDENCIAL	DENSIDAD BAJA	R1-R2
	DENSIDAD MEDIA	R3-R4
	DENSIDAD ALTA	R5-R6
INDUSTRIAL	MIXTO DENSIDAD BAJA	I1-R1
	GRAN INDUSTRIA	I3
	INDUSTRIA LIGERA	I2
	ELEMENTAR COMPLEMENTARIA	I1
	CENTRAL	C7
COMERCIAL	SECTORIAL	C5
	VECINAL	C3
	LOCAL	C1
	ESPECIALIZADO	C6
	INTENSIVO	C4
	INDUSTRIA	I4

En el plano de Zonificación se deberá realizar el cambio de zonificación por el de OTROS USOS (OU).

- **Vías:**

El terreno de estudio se encuentra rodeado por 3 vías las cuales se detalla en el siguiente cuadro:

Plano N° 21: Troncales viales



Fuente: PUD Pocollay 2009-2017

Vía	Nombre	Clasificación
Frente	Av. Jorge Basadre Grohoman	Urbana Principal
Lado Derecho	Pasaje Callejón Pocollay	Local Principal
Lado Izquierdo	Calle Prolongación Francisco Antonio de Zela	Urbana Secundaria

Actual:

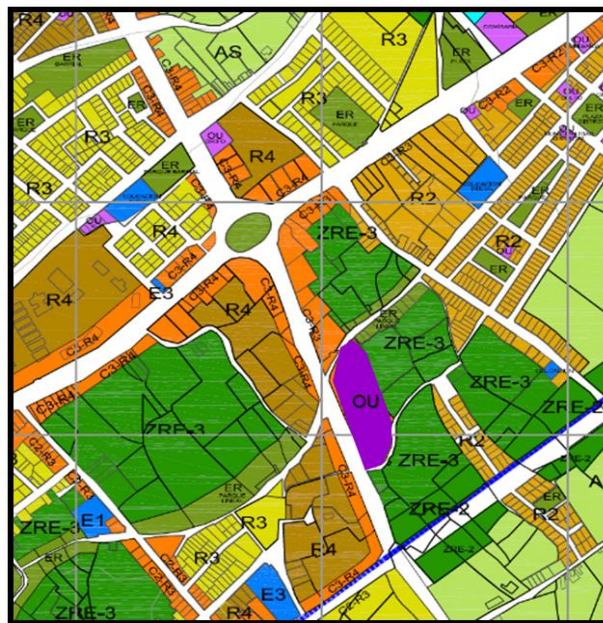
Plano N° 23: Zonificación y uso de suelo actual



Fuente: PUD Pocollay 2009-2017

Proyectado:

Plano N° 24: Zonificación y uso de suelo proyectado



Fuente: Elaboración propia

• **Normas Generales de Ubicación:**

Nivel Expansión	Zonificación	Compatibilidad	Densidad	
Zona Urbana	R3 – C3	I – E – H	Neta	Bruta
			-----	-----

• **Normas Generales de Habilitación:**

Frente de lote	RETIRO	Alineamiento de fachada	Uso permitido
---	R3 – C3	Mantener alineamiento indicado	Residencia densidad media Comercio Sectorial

Área de lote Recomendable	Coef. De Edif.	Área Libre	Altura de Piso	Estacionamiento
Según el RNE	---	---	En relación al contexto urbano circundante	Según el RNE.

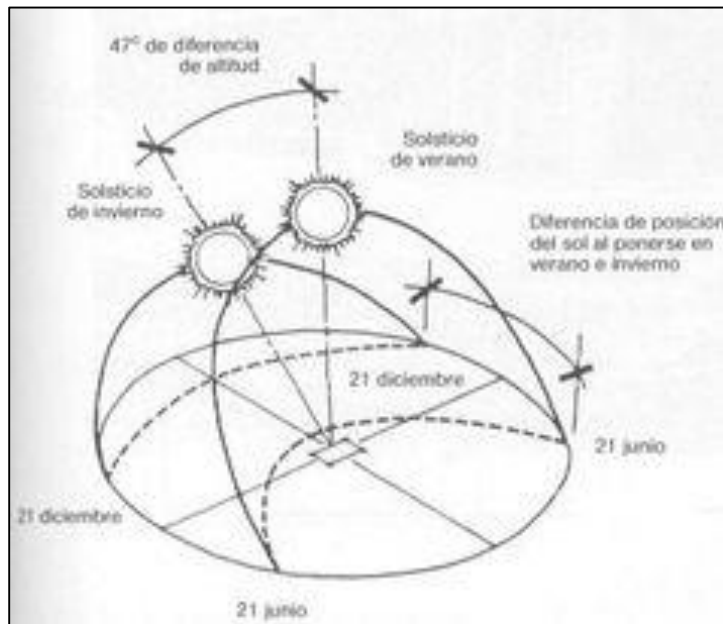
Denominación	Sección	Código
○ Calle prolongación Francisco Antonio de Zela	15.00 m	Existente
○ Av. Jorge Basadre Grohmann	30.00 m	Existente
○ Calle callejón Pocollay	15.00 m	Existente

3.1.2. Análisis Físico Ambiental

Asoleamiento:

El Asoleamiento en el hemisferio sur inicia en el Este con dirección al Oeste.

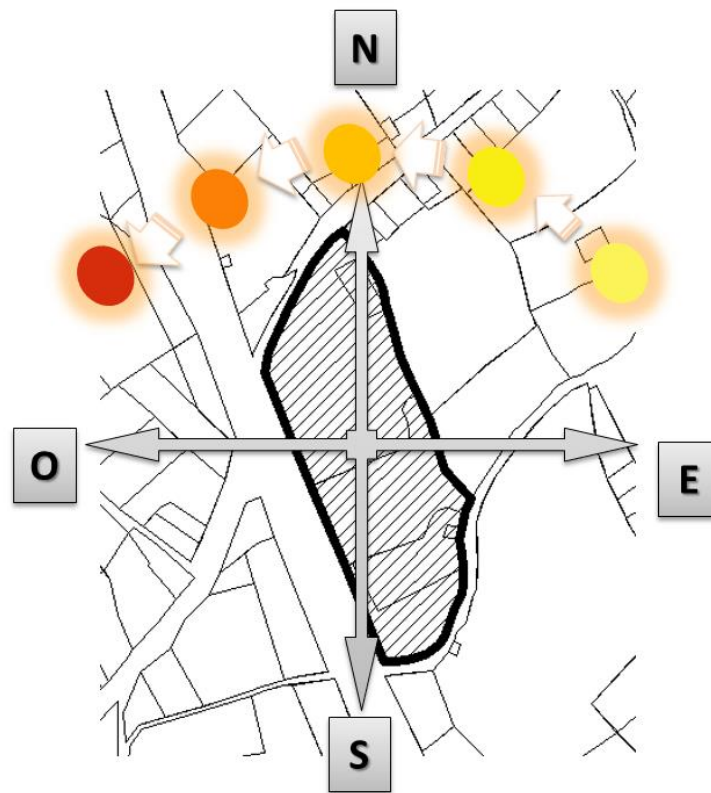
Imagen N° 34: Asoleamiento



La incidencia solar cambia de acuerdo a las estaciones:

VERANO	8-9 horas sol por día
OTOÑO	7 horas sol por día
INVIERNO	6 horas sol por día
PRIMAVERA	7 horas sol por día

Imagen N° 35: Asoleamiento del predio



Fuente: Elaboración propia

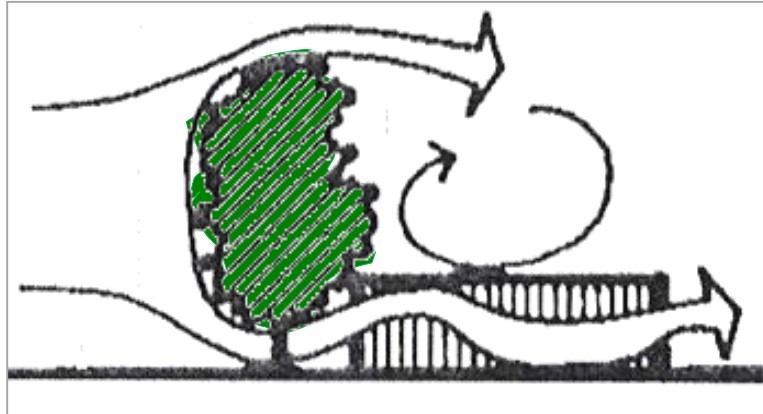
Este diagrama nos indica la trayectoria solar en el terreno, la dirección que abarca es de este a oeste.

Ventilación:

Los vientos se desarrollan en dirección sur en el verano y de suroeste en el resto del año, persistiendo esta direccionalidad del viento hasta la fecha, con una fuerza máxima de 10 m/seg.

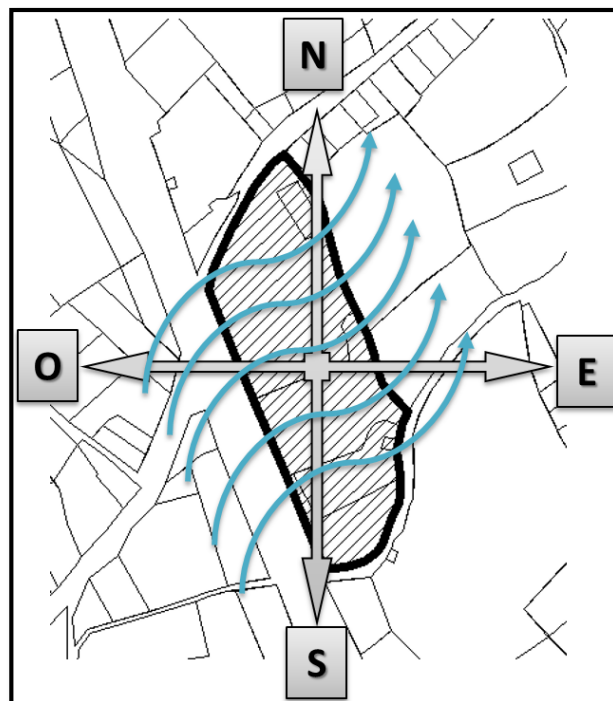
Teniendo como velocidad promedio el último año de 3 m/seg.

Imagen N° 36: Premisas de ventilación



Se cuenta con brisas agradables que ayudan a estabilizar las temperaturas promedio, para limitar la acción de los vientos en áreas determinadas zonas sería una alternativa el uso de vegetación a través de una zona forestal.

Imagen N° 37: Ventilación



Fuente: Elaboración propia

3.1.3. Análisis Paisajístico

En el entorno y la avenida principal Jorge Basadre, se observa una proyección paisajística, que se identificó según el plan urbano distrital, y lo caracteriza como avenida paisajista como se detalla en el siguiente esquema

En la vía se encuentran plantados arboles de vilca y en el entorno otras especies como:

Plano N° 25: Vías paisajísticas



Fuente: PUD Pocollay 2009-2017

Imagen N° 38: Vegetación



VILCA

FORMA: Horizontal
ALTURA: 4m



SAUCE

FORMA: Ovoidal
ALTURA: 3m



Chañal

FORMA: Columnar
ALTURA: 4m

Fuente: Elaboración propia

3.1.4. Análisis Urbano

En la trama urbana se organiza en como resultado de la proyección de vías y a la intersección de la avenida principal, teniendo como resultado una trama irregular.

Imagen N° 39: Trama urbana



Fuente: Elaboración propia

El lote se inserta en un área de consolidación urbana adaptada, la cual toma forma por las antiguas parcelas y sus límites, que actualmente algunas cultivan.

- Perfil Urbano: Calle prolongación Francisco Antonio de Zela

Imagen N° 40: Perfil urbano Calle prolongación Francisco Antonio de Zela



Fuente: Elaboración propia

En el entorno se observa un perfil variable con una altura aproximada de 6 metros, un muro sin tartajeo, falto de diseño y acabados que no aporta una agradable vista.

- Perfil Urbano: Av. Jorge Basadre Grohmann

Imagen N° 41: Perfil urbano Av. Jorge Basadre Grohmann



Fuente: Elaboración propia

En el entorno se observa un con una altura máxima de 3 metros, un cerco de adobe con pintas, y viviendas de 1 a 2 niveles. Esta vía posee una vista panorámica de parte baja de Pocollay por la topografía.

3.1.5. Análisis Servicios:

Energía Eléctrica:

En el lote se encuentra en un área urbana, el cual el tendido eléctrico público se prolonga por la calle Francisco Antonio de Zela.

Imagen N° 42: Servicios de energía eléctrica



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Agua y Desagüe:

En el lote también se desarrolla la troncal de Agua y Desagüe por la calle Francisco Antonio de Zela.

Imagen N° 43: Servicios de agua y desagüe



Fuente: Elaboración propia



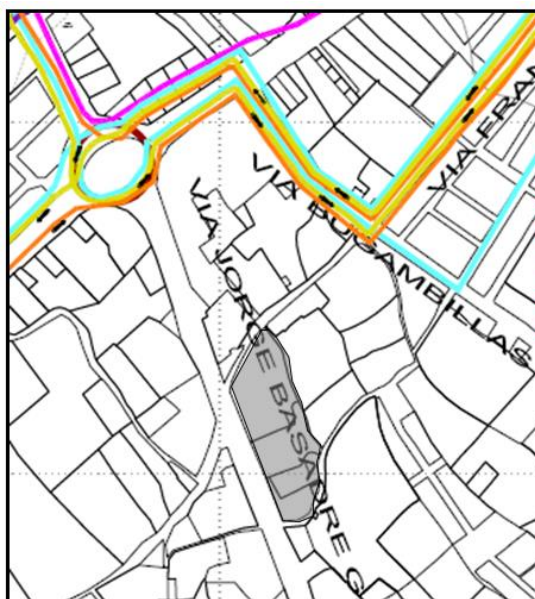
Fuente: Elaboración propia

Se deberá solicitar a la entidad prestadora de servicios correspondiente efectuar la extensión de los servicios por la avenida Jorge Basadre para lograr proyectar adecuadamente en toda la infraestructura.














3.1.6. Análisis de Accesibilidad

Transporte Urbano:

El transporte urbano se desarrolla en vías cercanas a las del lote como indica en el siguiente esquema:



Fuente: Elaboración propia

LEYENDA			
LINEAS DE TRASPORTE PUBLICO			
	RUTA 200		RUTA 12
	RUTA 30B		RUTA 55
	RUTA 30A		RUTA B
	RUTA 7		RUTA 16
	RUTA 22		RUTA 4
	RUTA 33		RUTA 102
	RUTA 32		

Se deberá realizar un desvío de por lo menos una de las rutas que circulan muy cerca al lote, como son las rutas 200, 30B Y 30A

3.2. Consideraciones de diseño

A partir del estudio al adulto mayor que asistirá a la atención médica, así como las actividades que se desarrollaran se tomaran criterios a considerar. Dentro de estos criterios se encuentran los siguientes puntos a considerar:

3.2.1. Criterios de diseño

3.2.1.1. Criterios Arquitectónicos

- **Aspecto formal**

Se plantea un diseño minimalista, donde se desea que la luz natural sea la protagonista, no deberá contemplar formas complejas; las cuales también dificultarían una circulación clara, sencilla y limpia que requiere un proyecto como el propuesto para el adulto mayor de brindar paz y tranquilidad.

Escala y proporciones

En los espacios donde desarrollan sus actividades las personas adultas mayores es necesario contar con amplitud para el buen desempeño. Además, como se desea generar un ambiente cálido, las alturas y proporciones deben ser similares a la de una vivienda, sin embargo para ambientes comunes como salas de espera, talleres ocupacionales, cafetería, sum, entre otros se incrementará la escala. Por lo tanto, será primordial manejar una escala media, con presencia de ventanales y muro cortina que permitan buena iluminación y ventilación.

Superficie y color

La función práctica ligada al color en el proyecto derivará de una serie de factores. Como ejemplo; Para enfriar o calentar los espacios, según el mayor o menor grado de absorción de los rayos solares mediante los matices e iluminación de espacios, la cual influye espiritual, sensitivo e incluso en lo psicológico al usuario. En definitiva, el optar por un color u otro determinará en parte el carácter de nuestra edificación.

La arquitectura y color deben armonizar para poder conformar un espectáculo visual. Los diferentes colores que podemos encontrar nos producen sensaciones, muchas de estas de manera natural. Así mismo se tendrá en consideración aquellos colores que sean los más óptimos para el proyecto como:

- El color blanco que simboliza la pureza, la inocencia, en limpieza. Aunque no se le asocia ningún concepto negativo en la cultura occidental, en las culturas orientales, significa la muerte.

- El color azul, color del cielo, del mar, del agua, de la lejanía. Culturalmente, se asocia con el frío. Tiene un efecto relajante. Se dice que el color más frío es el azul verdoso.
- El color amarillo, rojo, anaranjado, son gamas en el color del sol. Es un color muy luminoso y cálido, por un lado, nos produce alegría y diversión.
- El color verde, el color de la naturaleza. Se asocia con el equilibrio, con la naturaleza y con la esperanza. Es un color que nos calma, relaja y hace bajar la tensión arterial.

Materialidad

Se utilizara el hormigón cara vista, sin embargo para hacer más fácil la orientación del usuario, se propone la utilización de revestimientos de madera en lugares puntuales, así generar contrastes de planos, la utilización de este material otorga una mayor calidez al lugar

Además se propone la utilización de colores para direccionar las zonas, cálidos como el anaranjado y rojo ya que son más distinguibles por los adultos mayores ya que el lente del ojo se vuelve más opaco, y por qué promueve la actividad. También se utilizaran colores verdes y azules por la sensación que provoca en la persona (reduce el estrés y tensión) en los lugares más tranquilos.

En el piso se utilizara un pavimento de tipo neumático (suelo de caucho) ya que este es mucho más amable al caminar ya que amortigua al caminar y es antideslizante, lo que ayuda a evitar caídas.

- **Aspecto funcional**

Para la tipología del proyecto, y en relación estricta con el usuario (adultos mayores) existe la necesidad de brindarle un cierto nivel de resguardo, sin barreras arquitectónicas y seguridad, sin tenerlo “prisionero” creando ambientes que se encuentren conectados visualmente con el exterior, con la naturaleza.

Ciertas escenas naturales atrapan el interés y atención, sirviendo como distracciones agradables que disminuir pensamientos agotadores. La visión de la naturaleza eleva los niveles de las sensaciones positivas, agrado, calma y mejora el humor; también reduce las emociones negativas tales como miedo, ira y tristeza.

Mobiliario y equipamiento

Existen áreas y ambientes que necesitarán cierto equipamiento específico, como la unidad de emergencia y ayuda al diagnóstico y tratamiento, que necesitará camillas para el desarrollo de las actividades de urgencia y asistencia médica así mismo la unidad de internamiento contara con camas especiales para el buen descanso de las personas adultas mayores. Los talleres ocupacionales necesitaran mesas de trabajo y maquinarias específicas para el óptimo desarrollo de sus actividades. Por ello es importante que en el programa se hayan definido los mobiliarios necesarios para el correcto funcionamiento del espacio.

3.2.1.2. Criterio tecnológico

- Los materiales utilizados deben ser similares a los utilizados en la comunidad, en este caso, predomina el ladrillo y concreto como material básico.

- Uso de materiales probados y de buena calidad, fácil limpieza y mantenimiento.
- Se utilizarán materiales que por sus características no destruyan el medio ambiente.
- Prever el uso de materiales adecuados en concordancia con el clima y entorno.
- Implementar sistemas subterráneos de cableado y ductos para las instalaciones.

3.2.1.3. Criterio estructural

El proyecto posee un sistema estructural de marco rígido de hormigón armado, cuya trama es a través de módulos de 6 metros por 6 metros, los cuales en algunos casos se desfasan generando módulos de 3x6 metros.

Las estructuras tendrán una resistencia tal que, con un eventual sismo según lo requerido en el Reglamento Nacional de Edificaciones. Se propone la utilización de muros portantes, coberturas ligeras y tijerales de madera

3.2.2. Premisas de diseño

Una vez analizadas las características del lugar, la problemática de los equipamientos y las necesidades del usuario, es necesario considerar algunos puntos que se describen a continuación.

3.2.2.1. Premisas urbanas

- El proyecto se insertará en el entorno para evitar la estigmatización de los usuarios, por ello, las alturas se manejarán de acuerdo al entorno. Lo mismo debe suceder con la arquitectura que si bien no debe imitar, ni ser exactamente igual, debería respetar formas, lenguaje, proporciones y materiales.

- El equipamiento contara con tres accesos, el ingreso principal que se da por la Av. Jorge Basadre Grohmann, el ingreso secundario 01 por la Prolongación de la Calle Francisco Antonio de Zela y el ingreso secundario 02 por el Callejón Pocollay s/n.
- El ingreso principal se dará el acceso peatonal hacia la unidad de administración, el acceso secundario 01 será el ingreso peatonal y vehicular hacia los talleres ocupacionales asimismo para el personal de servicio además de mantenimiento y el ingreso 02 será ingreso vehicular y peatonal hacia la unidad de emergencia y personal administrativo y médico.

3.2.2.2. Premisas funcionales

- Los accesos deben ser ubicados estratégicamente de acuerdo con las características funcionales y las calles circundantes.
- Las circulaciones será lineal, que articule todos los espacios y además se proyectara un tratamiento con arbustos, árboles y flores.
- Contará con mobiliarios urbanos, tanto en jardines como en plazas.

3.2.2.3. Premisas espaciales

- La proporción será el factor determinante del proyecto, ya que el módulo usado para llevarlo a cabo se deduce en lograr espacios que causen sensaciones a los usuarios, siendo el factor determinante de la proporción y dimensiones en general de todo el proyecto.

- Contemplar un proyecto libre de barreras arquitectónicas, con accesibilidad para discapacitados, grandes áreas verdes y espacio libre.
- Se aplicara un tratamiento de arborización y arbustos en todos el conjunto para genera el concepto de Naturaleza.

3.2.2.4. Premisas formales

- Cada módulo será únicamente de dos niveles debido a las características y tipo de proyecto.
- Se utilizaran formas tradicionales arquitecturizados.

3.2.2.5. Premisas tecnológicas

- Considerar el uso del concreto armado y una arquitectura modular para su desarrollo permite la facilidad en la construcción. Asimismo, conceptuar formas puras facilita la producción y el abaratamiento de los costos de construcción.
- Los acabados se utilizaran colores claros, materiales rústicos de fácil limpieza y la madera.

3.2.3. Síntesis programática

PROGRAMA ARQUITECTONICO										
1. Zona : ADMINISTRACION										
Codigo	Espacio y/o Amb.	Función y/o actividad	N° Usuarios		Calculo de Aforo según el RNE	Equipamiento y Mobiliario	N° Amb.	Area Unit.	Area Parc. M2	
			fijo	temporal						
1.1	Necesidad : espacio indispensable para llevar el control de la institución									
1.1.1	Hall principal - Recepción	Recepcionar, Atencion	1	9	1Silla/pers.	Estante	1	9.00	9.00	
1.1.2	Sala de espera	Esperar	0	84	0.8 m2 por persona	sillas	1	124.00	124.00	
1.1.3	Admisión	Admitir	2	4		sillas	1	9.00	9.00	
1.1.4	Informes	Informar	2	4		sillas	1	9.00	9.00	
1.1.5	Caja	Pagos	2	4		sillas	1	9.00	9.00	
1.1.6	Sala de voluntariado	Trabajo social y afiliaciones	1	14		Escritorios, sillas	1	20.00	20.00	
1.1.7	Archivos	Administrar	0	2	1.5 m2 por persona	Escritorios, sillas	1	10.00	10.00	
1.1.8	Centro de monitoreo y seguridad	Videoseguridad	2	2	1.5 m2 por persona	Escritorios, sillas	1	12.00	12.00	
1.1.9	Oficina de Administración	Administrar	1	2	1.5 m2 por persona	Equipamiento de oficina	1	12.00	12.00	
1.1.10	Oficina de Contabilidad	Administrar	1	2	1.5 m2 por persona	Equipamiento de oficina	1	12.00	12.00	
1.1.11	Oficina de Tesorería	Administrar	1	2	1.5 m2 por persona	Equipamiento de oficina	1	12.00	12.00	
1.1.12	Oficina de Logística	Administrar	1	2	1.5 m2 por persona	Equipamiento de oficina	1	12.00	12.00	
1.1.13	Oficina de Control de Personal	Administrar	1	2	1.5 m2 por persona	Equipamiento de oficina	1	9.00	9.00	
1.1.14	Oficina de Dirección	Administrar	1	2	9.5 m2 por persona	Equipamiento de oficina	1	25.00	25.00	
1.1.15	Cocina	Cocinar, preparar alimentos	0	1		Equipamiento de cocina	1	8.00	8.00	
1.1.16	SS.HH. personal	Necesidades fisiologicas	0	1		Sanitarios	1	2.50	2.50	
1.1.17	Sala de juntas	Reunión	0	40	1.0 m2 por persona	Mesas sillas	1	80.00	80.00	
1.1.18	SS.HH. damas	Necesidades fisiologicas	0	3		Sanitarios	1	15.00	15.00	
1.1.19	SS.HH. varones	Necesidades fisiologicas	0	3		Sanitarios	1	15.00	15.00	
							sub total		404.50	

PROGRAMA ARQUITECTONICO									
2 Zona: SALUD									
Codigo	Espacio y/o Amb.	Función y/o actividad	N° Usuarios		Calculo de Aforo según normas y el RNE	Equipamiento y Mobiliario	N° Amb	Area Unit.	Area Parc. M2
			fijo	temporal					
2.1 Necesidad: Espacios asistencia médica									
2.1.1	Archivos historias clínicas	Archivar	0	1		Estantes	1	20.00	20.00
2.1.2	Sala de espera	Espera	0	30	1.80 m2 / persona	Sillas	3	54.00	162.00
2.1.3	Farmacia	Venta de productos	2	4		Estantes	1	29.00	29.00
2.1.4	Estación de enfermeras	Estancia	1	2		Sillas, mesas	1	7.35	7.35
2.1.5	Estar médico	Descanso médico	0	5		Juego de sala	3	20.20	60.60
2.2.1 Unidad de consulta externa									
2.2.2	Tópico	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	2	16.00	32.00
2.2.3	Triaje	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	2	16.00	32.00
2.2.4	Consultorio de geriatría	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	3	16.00	48.00
2.2.5	Consultorio de oftalmología	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	2	17.00	34.00
2.2.6	Consultorio de odontología	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	2	17.00	34.00
2.2.7	Consultorio de fisiatría	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	3	17.00	51.00
2.2.8	Consultorio de nutrición	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	2	17.00	34.00
2.2.9	Consultorio de Psicología	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	1	16.00	16.00
2.2.10	Consultorio de Neurología	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	2	17.00	34.00
2.2.11	Sala de espera interno	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	16	12.00	192.00
2.2.12	Consultorio de dermatología	Atencion médica	1	2		Escritorio, sillas	1	17.00	17.00
2.3.1 Unidad de ayuda al diagnóstico y tratamiento									
2.3.2	Imagenología								
2.3.3	Rayos X	Atencion médica	0	2		Maquinas	1	18.00	18.00
2.3.4	Ecografía	Atencion médica	0	2		Maquinas	1	20.00	20.00
2.3.5	Laboratorios clínicos								
2.3.6	Toma de muestras de sangre	Atencion médica	1	1		Sillas, mesas	1	17.00	17.00
2.3.7	Laboratorio de bioquímica clínica	Muestras médicas	1	1		Equipos	1	16.50	16.50
2.3.8	Laboratorio de hematología	Atencion médica	1	1		Equipos	1	16.00	16.00
2.3.9	Laboratorio de microbiología	Atencion médica	1	1		Equipos	1	16.00	16.00
2.3.10	Vestidores Damas	Vestirse	0	2	4.0 m2 por persona	Silla	2	12.00	24.00
2.3.11	Vestidores Varones	Vestirse	0	2	4.0 m2 por persona	Silla	2	12.00	24.00
2.3.12	Almacén	Almacenar, depositar	0	1		Estantes	1	40.00	40.00
2.3.13	CEYE	Esterilización	1	2		Sillas, mesas	1	16.00	16.00
2.3.14	SS.HH. Damas	Necesidades fisiológicas	0	3		Sanitarios	1	18.00	18.00
2.3.15	SS.HH. Varones	Necesidades fisiológicas	0	3		Sanitarios	1	18.00	18.00

PROGRAMA ARQUITECTONICO									
3 Zona: TALLER OCUPACIONAL									
Código	Espacio y/o Amb.	Función y/o actividad	N° Usuarios		Calculo de Aforo según el RNE	Equipamiento y Mobiliario	N° Amb.	Area Unit.	Area Parc. M2
			fijo	temporal					
3.1	Espacios para la enseñanza del arte, recreación								
3.1.1	Hall de Acceso	Espera, recepción	0	10			1	6.00	6.00
3.1.2	Salón de usos múltiples	Actividades múltiples	1	70			2	125.00	250.00
3.1.3	Taller de bordados/manualidades	Enseñanza, trabajo	1	22	4.0 m2 por persona	Mesas de costura, Estantería, sillas	1	75.00	75.00
3.1.4	Taller de Pintura	Enseñanza	1	22	4.0 m2 por persona	Tableros, Mesas, Sillas, Muebles	1	72.00	72.00
3.1.5	Salón de Música	Enseñanza, trabajo	1	22	4.0 m2 por persona	Sillas, Estantería, escritorio, sillas	1	72.00	72.00
3.1.6	Salón de Danza	Enseñanza, trabajo	1	20		Mesa, equipo de sonido	1	97.00	97.00
3.1.7	Vestidores	cambiarse	0	3			2	12.00	24.00
3.1.8	Taller de música	Recreacional	1	15		Juego de sala, mesas, sillas	1	75.00	75.00
3.1.9	Taller	Enseñanza	1	25		Escritorio, Mesas, sillas	2	35.00	70.00
3.1.10	Deposito	guardar	1	10		Jardinerías	1	40.00	40.00
3.1.11	SS.HH. Damas	Necesidades fisiologicas	0	3		Sanitarios	1	18.00	18.00
3.1.12	SS.HH. Varones	Necesidades fisiologicas	0	3		Sanitarios	1	18.00	18.00
							sub total		817.00

PROGRAMA ARQUITECTONICO									
5 Zona : COMPLEMENTARIA									
Codigo	Espacio y/o Amb.	Función y/o actividad	N° Usuarios		Calculo de Aforo según el RNE	Equipamiento y Mobiliario	N° Amb	Area Unit.	Area Parc. M2
			fijo	temporal					
5.1	Espacio de dialogo e interrelación								
5.1.1	Hall de Acceso	Dialogo	0	15		Mesas, Sillas, Muebles	1	6.00	6.00
5.1.2	Cafeteria	Alimentación	0	35	1.00 m2 por persona	mesas, sillas	1	70.00	70.00
5.1.3	Estacionamiento	Estacionar	0	120			40	15.00	600.00
5.1.4	Almacén temporal de residuos	Depositar	0	2		Estantes	2	40.00	80.00
5.1.5	Cuarto grupo electrogeno		0	2		Estantes	1	20.00	20.00
5.1.6	SS.HH. Damas	Necesidades fisiologicas	0	3		Sanitarios	1	18.00	18.00
5.1.7	SS.HH. Varones	Necesidades fisiologicas	0	3		Sanitarios	1	18.00	18.00
							sub total		812.00

3.3. Concepción arquitectónica

3.3.1. Idea rectora

La idea se genera desde el punto de las 3 etapas que vive el adulto mayor las cuales son

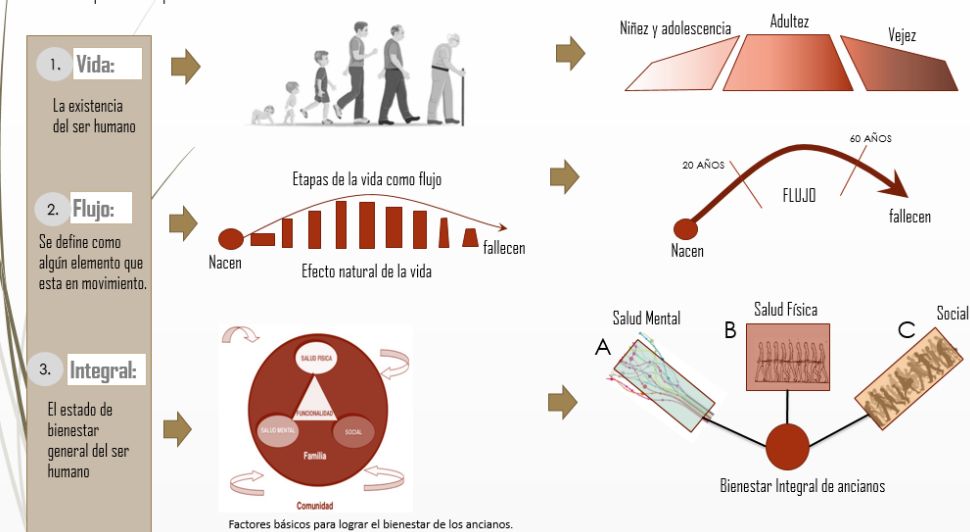
- **Persona adulta mayor Autovalente:** Aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son actividades funcionales esenciales para el autocuidado. Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición.
- **Persona adulta mayor frágil:** Aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado fisiológico y/o discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores viven en la comunidad tienen esta condición.
- **Persona adulta mayor dependiente o postrada:** Aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado fisiológico, asociada a una restricción o a una ausencia física o funcional que lo limita o le impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3-5% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL ADULTO MAYOR “ FLUJO DE VIDA INTEGRAL ”

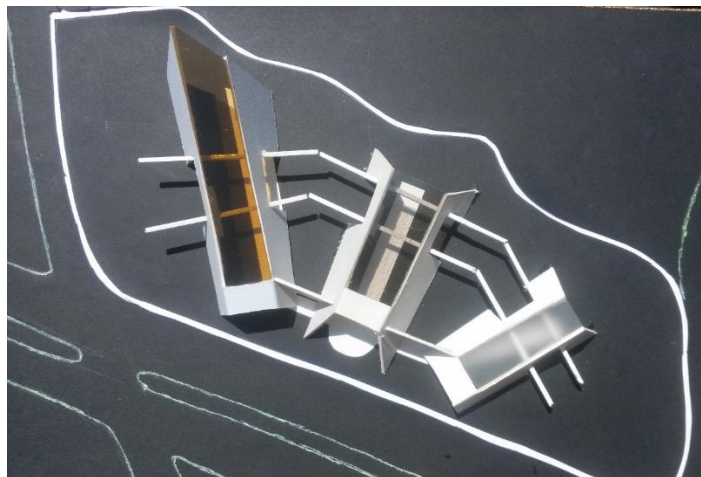
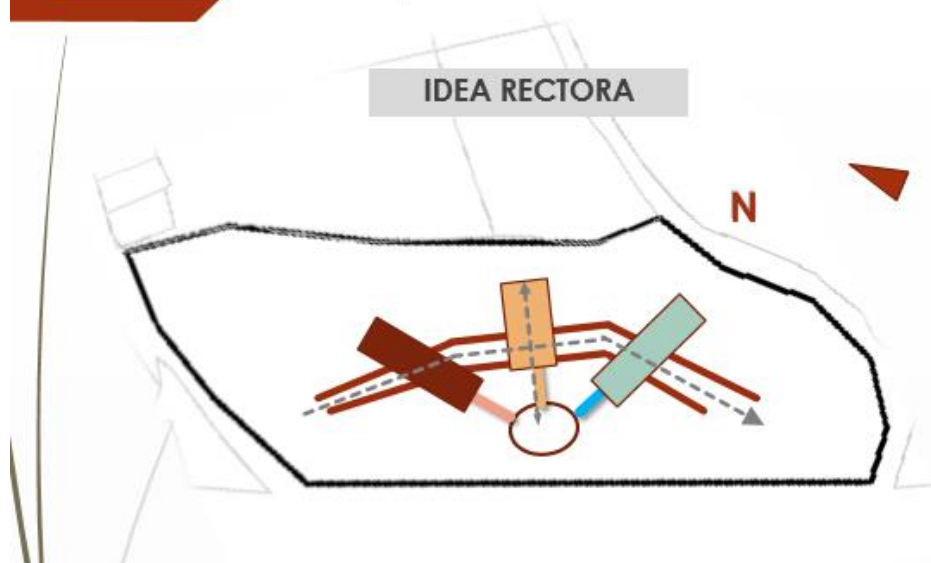
CONCEPTUALIZACIÓN

El enfoque conceptual para el Centro de Atención Integral es: prolongar y aliviar la salud, a través de una atención integral mejorando la vida del adulto mayor.

La idea conceptual se compone:

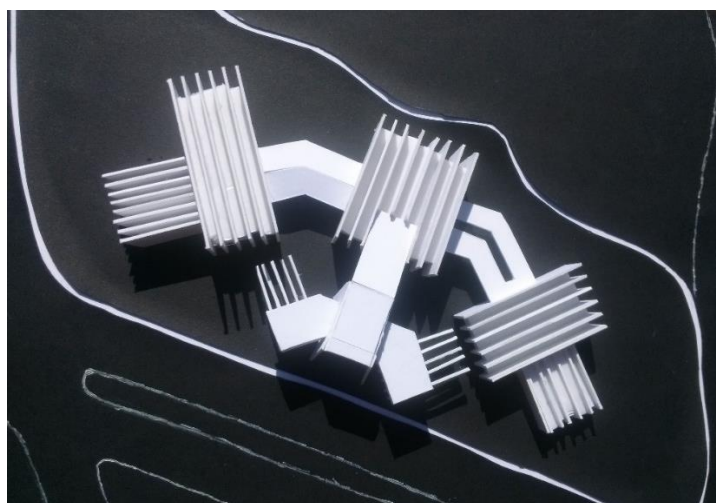
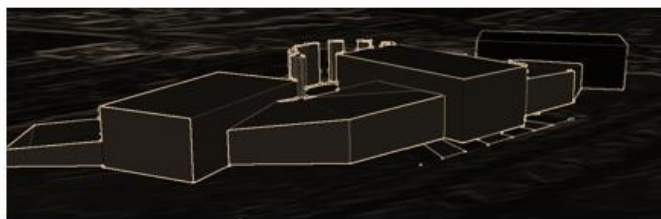
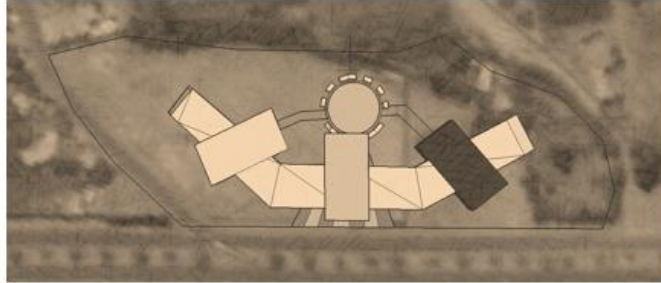


CONCEPTUALIZACION



3.3.2. Toma de partido

TOMA DE PARTIDO

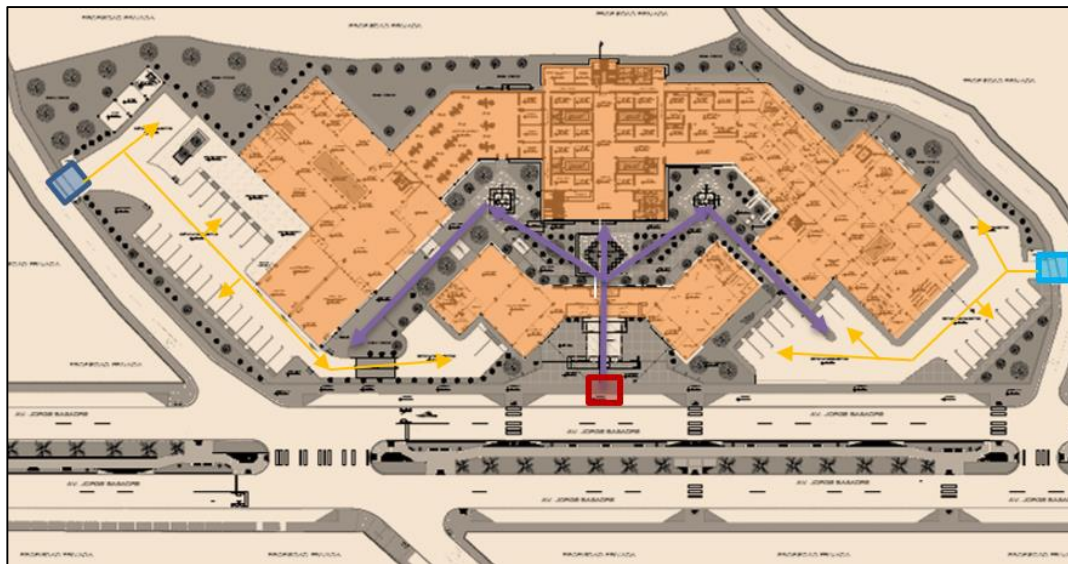


3.4. Zonificación

3.4.1. Relación funcional



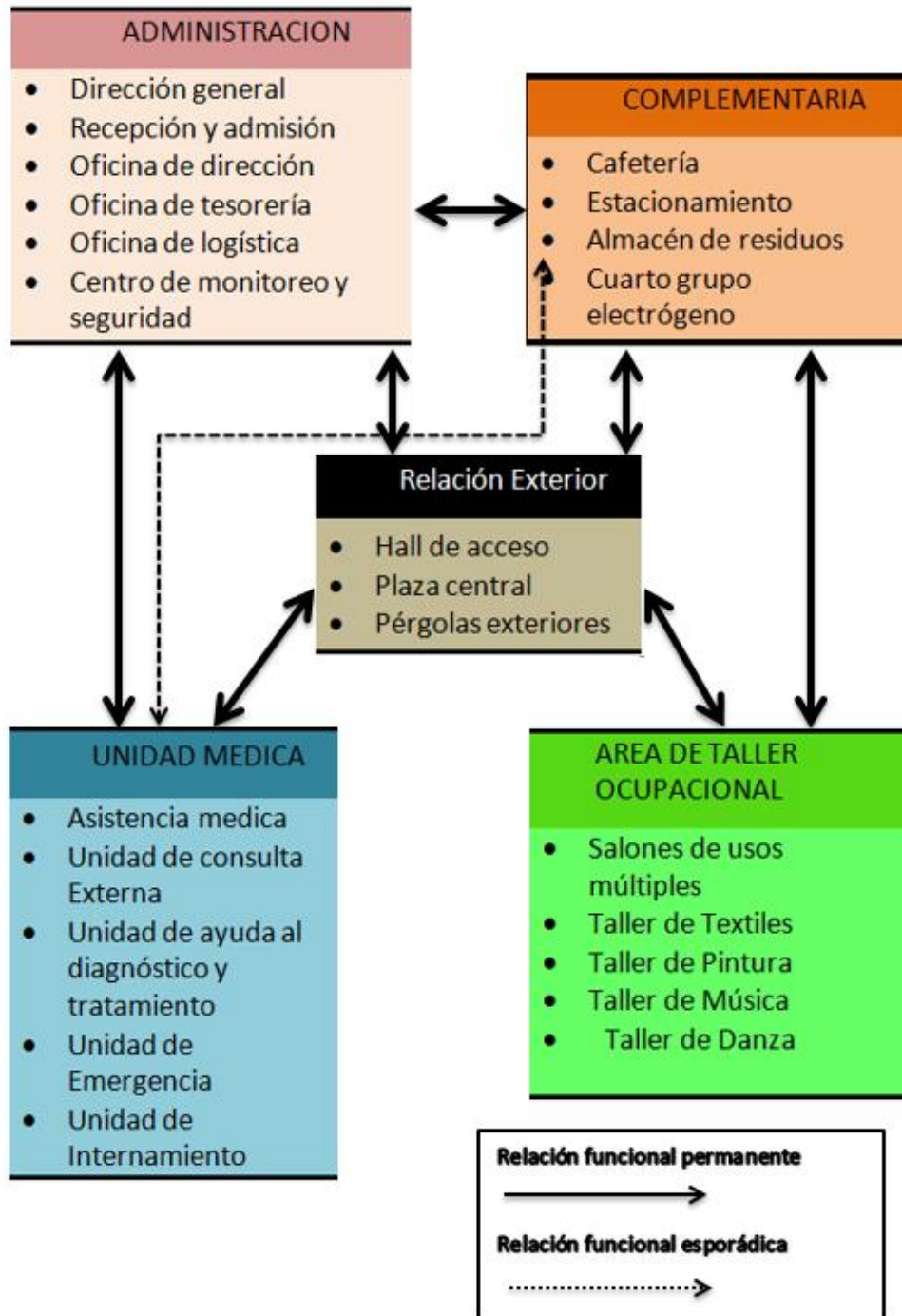
ZONIFICACION	
AREA ADMINISTRACION	
AREA MEDICA	
AREA DE TALLER OCUPACIONAL	
AREA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	
ESPACIOS ABIERTOS	
AREA VERDE	
INGRESO	



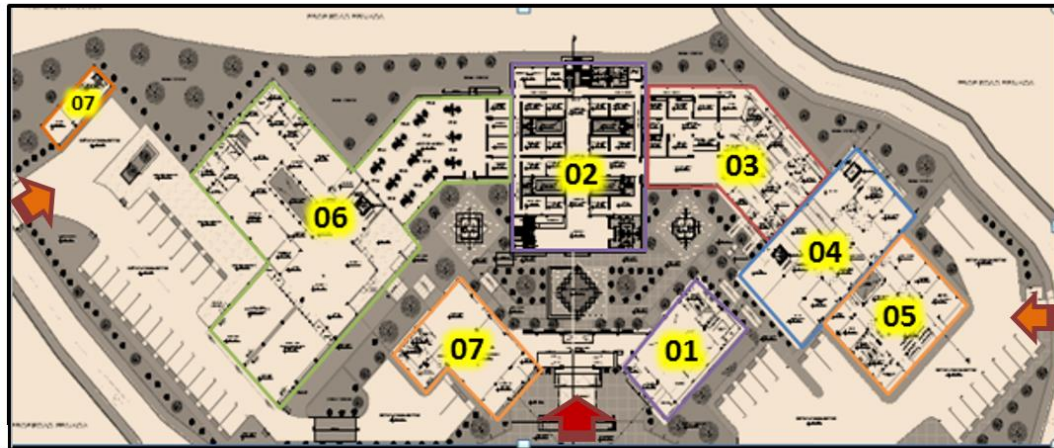
ACCESOS	
ACCESO PRINCIPAL	
ACCESO SECUNDARIO N°01	
ACCESO SECUNDARIO N°02	

CIRCULACION	
CIR. PEATONAL 1ER ORDEN	
CIR. PEATONAL 2DO ORDEN	

3.4.2. Relación espacial



Zonificación por tipo de servicio



ZONIFICACION	
AREA ADMINISTRATIVA	01
AREA DE CONSULTA EXTERNA	02
AREA DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	03
AREA DE INTERNAMIENTO	04
AREA DE EMERGENCIA	05
AREA DE TALLERES OCUPACIONALES	06
AREA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	07

3.5. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

- La meta principal es garantizar un envejecimiento activo, mejorando las formas de vivir en cuanto a su relación con el entorno, con su cuerpo y consigo mismo, mediante una arquitectura con las condiciones de confort.
- El estudio de los Antecedentes Históricos del desarrollo e influencia que tuvo el adulto mayor, nos muestra la evolución política, económica, cultural y en los aspectos de atención médica, para lograr una infraestructura con las condiciones de atención dicha población.
- Los estudios de los Antecedentes contextuales mostro el inadecuado servicio para la población adulta mayor, asimismo los estudios de casos similares ayuda a lograr una alternativa que satisfaga las necesidades del adulto mayor.
- El mayor porcentaje de personas adultas mayores es atendida en instituciones que brindan un servicios a la población en general, por lo que se requiere una infraestructura destinada al servicio de atención integral para el adulto mayor
- La concepción arquitectónica debe contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas adultas mayores, mientras que las barreras físicas pueden aumentar su exclusión, deben compensar y disminuir las barreras para facilitar el desplazamiento de los adultos mayores y prolongar su independencia.
- La población adulta mayor requiere la atención en sus 3 clasificaciones según el plan nacional para las personas adultas mayores, para adultos mayores independientes (talleres ocupacionales), adultos mayores frágiles (consulta, diagnóstico y tratamiento) y adultos mayores dependientes (emergencia e internamiento temporal).

Recomendaciones:

El cese de una actividad productiva implica el bienestar del adulto mayor, es decir, muchas enfermedades se relacionan al cerebro y estados de ánimo el fortalecimiento de vínculos e integración social, la cual empieza a declinar en este periodo, son fundamentales para la adaptación propia del envejecimiento y para que entreguen apoyo en situaciones de crisis económicas y personales, por esto es importante que los medios institucionales promuevan iniciativas que favorezcan las redes de asociación, a través de espacios que proporcionen estos enlaces y que a la vez entreguen herramientas para la construcción de su nuevo rol social después de la jubilación, minimizando y aprovechando útilmente el impacto del gran tiempo libre que conlleva esto.

La participación de los adultos mayores permite que se sientan activos, útiles y escuchados, consientes de un rol dentro de la sociedad. Además que si no se desarrollan modelos para la inclusión intergeneracional de los mayores en los entornos urbanos, en un futuro próximo una creciente población de mayores quedará económica, social y espacialmente segregada de los beneficios, es decir, traerá una mala calidad de vida a todos, ya que todos estamos en proceso de envejecimiento



MEMORIA DESCRIPTIVA

PROYECTO	:	CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DISTRITO DE POCOLLAY – TACNA
UBICACIÓN	:	AV. JORGE BASADRE GROHOMAN, DISTRITO DE POCOLLAY, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE TACNA
FECHA	:	TACNA, MARZO DE 2017

1. GENERALIDADES:

La presente Memoria descriptiva tiene la finalidad de describir las características principales del proyecto CENTRO DE ATENCION INETGRAL DEL ADULTO MAYOR, el cual adjunta los planos de correspondientes del proyecto.

2. UBICACIÓN:

El terreno en mención se encuentra ubicado en la AVENIDA JORGE BASADRE GROHOMAN DEL DISTRITO DE POCOLLAY, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE TACNA.

3. CARACTERISTICAS DEL TERRENO

TOPOGRAFIA

La extensión del terreno donde se ubica el proyecto, presenta una topografía plana En algunas zonas presenta pendientes uniforme con un promedio de 1%, no presenta vegetación.

SERVICIOS BASICOS

La zona cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe y electricidad, lo que hará factible la conexión de redes al terreno.



4. LINDEROS, COLINDANTES DEL LOTE:

a. LOTE:

Tiene las siguientes medidas y colindancias:

- Por el Frente** : En línea recta de 160.43 ml., con la Av. Jorge Basadre Grohoman S/N
- Por la Derecha** : En línea quebrada con cinco tramos del vértice H-I de 22.51m, del I-J de 27.71m, del J-K de 23.64m, de K-L de 20.06m y del L-M de 15.37m, con el Pasaje Callejón Pocollay.
- Por la Izquierda** : En línea quebrada con tres tramos del vértice A-B de 35.73m, del B-C de 25.56m y del C-D de 23.27m, con la Calle Prolongación Francisco Antonio de Zela.
- Por el Fondo** : En línea quebrada con cuatro tramos del vértice D-E de 30.73m, del E-F de 42.20m, del F-G de 66.11m y del G-H de 14.95m, con eriazo Propiedad Privada.

b. AREA Y PERIMETRO:

- AREA : 12,617.59 m2.
- PERIMETRO : 508.27 ml.

c. AREA TECHADA:

- PRIMER PISO : 4,763.21 m2.
- SEGUNDO PISO : 2,726.62 m2.
- TOTAL : 7,489.83 m2.**

5. DESCRIPCION DEL PROYECTO:

El proyecto arquitectónico de Centro de Atención Integral de Adulto Mayor se desarrolla de dos niveles más azotea, acorde a las necesidades del usuario

a. PRIMER PISO:

Cuenta con los siguientes ambientes:

- Unidad de administración
 - Hall principal
 - Sala de espera
 - Caja
 - Admisión
 - Informes
 - Archivos
 - Sala de voluntariado
 - Oficina de control de personal

- Unidad de consulta externa
 - Recepción
 - Salas de espera
 - Consultorios con ss.hh.
 - Archivos clínicos
 - SS:HH: con vestidores para personal
 - Baterías de SS:HH: diferenciados
 - Cuarto de limpieza
 - Almacén de equipos y materiales
 - Cuarto de control de sistemas

- Unidad de ayuda al diagnóstico y tratamiento
 - Rayos X
 - Ecografía
 - Toma de muestras
 - Laboratorio de bioquímica clínica
 - Laboratorio de hematología
 - Laboratorio de microbiología
 - Vestidores diferenciados
 - SS:HH: diferenciados
 - CEYE

- Unidad de emergencia
 - Sala de espera
 - Recepción
 - Consultorios
 - Sala de trauma shock
 - Sala de cirugía
 - Deposito
 - Área de camillas y sillas de ruedas
 - Sala de observación
 - Esterilización
 - Almacén de medicamentos
 - Sala de estar medico
 - Baterías de SS.HH. diferenciados

- Unidad de internamiento
 - Sala de espera
 - Recepción

- Unidad de talleres ocupacionales
 - Talleres
 - Sala de usos múltiples



- Baterías de SS.HH. diferenciados
- Cuarto de limpieza
- Cuarto de control de sistemas
- Invernadero

- Unidad de servicios generales
 - Cafetería
 - Sala de exhibición
 - Cuarto de grupo electrógeno
 - Cuarto de cisterna
 - Almacén general

b. SEGUNDO PISO

Cuenta con los siguientes ambientes:

- Unidad de administración
 - Oficina de morito neo y seguridad
 - Oficina de administración
 - Oficina de tesorería
 - Oficina de logística
 - Oficina de dirección
 - Sala de juntas
 - Cocineta
 - SS.HH. para personal

- Unidad de consulta externa
 - Recepción
 - Salas de espera
 - Consultorios con ss.hh.
 - Estar medico
 - Jefatura
 - Baterías de SS:HH: diferenciados

- Cuarto de limpieza
- Sala de juntas

- Unidad de talleres ocupacionales
 - Talleres

- Unidad de internamiento
 - Internamiento
 - Recepción
 - Estación de enfermeras
 - Cocina
 - Lavado y planchado
 - SS:HH

c. AZOTEA

Cuenta con los siguientes ambientes:

- Escalera
- Cuarto de ascensor
- Azotea

d. DEL CONJUNTO

El proyecto está distribuido de la siguiente manera:

El proyecto cuenta con tres accesos; el ingreso principal que se da por la Av. Jorge Basadre Grohoman, ingresamos desde la vía pública a través de un pórtico el cual remarca el ingreso principal, este ingreso está resguardado por una caseta de seguridad el cual controla el ingreso peatonal. Seguidamente encontramos la unidad de administración y unidad de servicios complementarios, continuando con el recorrido accedemos a un patio este espacio cuenta con bancas de madera y está cubierta

por una pérgola del mismo material. Del Hall a mano de derecha se ubica la unidad de administración el cual esta encarga de la logística y la administración de la edificación. Este ambiente cuenta con un área de espera. Secretaria. SS.HH. para el público, archivos, cubículo de admisión, caja e informes, en el segundo nivel encontramos la oficina del director, oficina de contabilidad, oficina de moritoneo y seguridad, oficina de tesorería, ss.hh. para el personal y una sala de juntas. Del Hall a mano izquierda se encuentra los ambientes de farmacia y sala de exhibición. Seguidamente del hall pasando por el patio encontramos la unidad de consulta externa el cual se encarga del control y atención integral del adulto mayor. Esta área cuenta con un área de espera, recepción, ss.hh. para el público, escalera, ascensor. 07 consultorios (1 triaje, 2 Geriátría, 2 cardiología y 2 fisiatría y neurología), archivos médicos, depósito de materiales y equipos cuarto de limpieza y ss.hh. + vestidores para los médicos en el segundo nivel encontramos 8 consultorios (1 dermatología, 1 psicología, 2 nutriología, 2 odontología y 2 oftalmología). Del patio continuando con la circulación hacia el lado derecho se ubican dos tres bloques para la unidad de ayuda al diagnóstico y tratamiento, esta zona está cuenta con sala de espera, recepción, ambiente para toma de muestras, sala de espera interna, 4 laboratorios (microbiología, bioclínica química y hematología), almacén de insumos, estar médico, cuarto oscuro, resonancia magnética con vestidor y sala de disparo, rayos X con vestidor y sala de disparo, ecografía, tomografía con vestidor y sala de disparo, C.E.Y.E. . De la circulación hacia el lado izquierdo se encuentra la unidad de internamiento encontrando una sala de espera con recepción, escalera y ascensor, en el segundo nivel los ambientes de internamente con ss.hh., estación de enfermeras, cocina y lavandería. Seguidamente la circulación remata con la unidad de emergencia con su ingreso vehicular y peatonal por el callejón Pocollay. De la circulación principal hacia el lado izquierdo mediante una circulación secundaria nos conduce a la unidad de servicios complementarios (cafetería) seguidamente con la unidad de talleres ocupacionales la cual cuenta con 02 talleres (artesanía

y bordados y danza), 2 S.U.M. este ambiente está destinado para los eventos artísticos y sociales del adulto mayor., ss.hh., 2 escaleras, ascensor y un jardín interno en el primer nivel, en el segundo nivel con 4 talleres (danza y música), ss.hh. y depósitos.

Hacia el fondo seguidamente de la unidad de talleres complementarios se ubica de servicios generales el cual cuenta con un área de grupo electrógeno, cuarto cisterna y almacén general. Con su ingreso vehicular y peatonal por la calle prolongación Francisco Antonio de Zela.

El ingreso secundario del callejón Pocollay nos conduce hacia la unidad de emergencia la cual comprende los ambientes de sala de espera con recepción, ss.hh. para pacientes, seguidamente con un corredor conduce hacia un estar médico, 4 consultorios (medicina general, triaje, tóxico, curaciones y yesos), sala de observación, de la sala de espera hacia la derecha por medio de un corredor conduce al usuario a la sala de trauma shock, sala de cirugía menor y hacia un ambiente de circulación para médicos.

3.6. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía física:

- MINISTERIO DE SALUD (2006) Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores
- MINISTERIO DE SALUD (2006) Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores
- MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL (2009) Pautas y Recomendaciones para el Funcionamiento de los Centros Integrales Centros Integrales de Atención (CIAM)
- ES UNA PUBLICACIÓN DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD, ESSALUD, ELABORADA POR LA SUBGERENCIA DE PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR (2012) Los Centros del Adulto Mayor como Modelo Gerontológico Social La Experiencia de EsSalud
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998) Programa de Envejecimiento y Salud. Envejecimiento Saludable Ginebra
- VIVIENDAS TUTELARES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA EL ADULTO MAYOR AUTOVALENTE EN LIMA CENTRO (2015) Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Giovanna Patricia Gómez Santillán
- PLAN URBANO DISTRITAL DE POCOLLAY 2009 – 2016
- Reglamento Nacional de Edificaciones (2016), Perú.
- HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ Y BAPTISTA (2003), “Metodología de la Investigación”, 1ª. Edición, Editorial Pascal.



- ASOCIACIÓN NACIONAL DEL ADULTO MAYOR Y RED NACIONAL DEL ADULTO MAYOR (ANAMH-RENAMH), Capitulo III de Derechos y Obligaciones.
- PROYECTO OBSERVATORIO DE LA SALUD, La Salud En El Perú de Doctor Carlos Bardales Del Águila.
- SISTEMA INTEGRAL DE SALUD, Programa Regional De Poblaciones, en la Provincia de Tacna por el Gobierno Regional Tacna.(2013)
- DECRETO DE LEGISLATIVO NO.199-2006 DE LA LEY INTEGRAL DE PROTECCIÓN AL ADULTO MAYOR Y JUBILADOS, capítulo I de Disposiciones Generales.
- ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD PARA EL ADULTO MAYOR, de la Doc. Sandra Marcela Mahecha Matsudo publicado en el año 2010.
- ANALISIS SITUACIONAL DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO, del año 2010 por Diresa Tacna.
- DIAGNÓSTICO DEL ADULTO MAYOR DE LA REGIÓN DE TACNA, publicado en el 2011, por el Gobierno Regional de Tacna.
- DIRECCION REGIONAL DE SALUD TACNA
- FACULTAD DE ARQUITECTURA, —Reglamento de Grados y TítulosII, UPT- TACNA- PERU.
- IV TALLER DE TESIS FAU-UPT, — Esquema de Proyecto de Tesis, UPT. (2016)

Bibliografía Virtual:

- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ
http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Adulto_Mayor_1S08.pdf
http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/ANALISIS_%20ADULTO_2010.pdf
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA
<http://www.rae.es/>
<http://www.RAE.com/significado/residencia/desp/RAE>.
[http://www.RAE.com/significados/cientifico/patologia medica/desp/RAE](http://www.RAE.com/significados/cientifico/patologia_medica/desp/RAE).
- 3era edad. SALUD, CULTURA Y OCIO
<http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp>
- COMISIÓN MULTISECTORIAL TACNA Estadísticas de la población adulta mayor 2015 Sitio web:
<http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Tacna1.html>
- SOCIEDAD DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA DEL PERÚ
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento.html>
- SEGURO SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ ESSALUD Centro de Adulto Mayor sitio web <http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>
- SOCIEDAD DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA DEL PERÚ
<http://www.saludactual.cl/geriatria/enfermedades-mas-comunes-tercera-edad.php>
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ
http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/Normas%20Cirugia%20C3%ADa%204%20MINSAs.pdf