

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y URBANISMO
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA



**“CENTRO MATERNO PERINATAL PARA CONTRIBUIR A LA
ASISTENCIA DE SALUD EN LA CIUDAD DE TACNA.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO

PRESENTADO POR:

BACH. ARQ. MARIA XIMENA CHIPOCO YAÑEZ

ASESOR:

ARQ. ROSA ESPERANZA TORRES MIRANDA

TACNA – PERU

2015

DEDICATORIA

A mis padres por el apoyo en mis estudios y la fortaleza necesaria que me dan para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación consiste en generar una propuesta arquitectónica como alternativa a la inexistencia de equipamientos de salud referidos a la Maternidad y el Neonato en la Provincia de Tacna.

La propuesta arquitectónica busca satisfacer la demanda existente, que va incrementándose en los últimos años según las investigaciones realizadas, ayudando a disminuir la tasa actual de mortalidad materna y del recién nacido.

Se concluyó que con la realización de dicha propuesta arquitectónica se busca contribuir en el área de salud del distrito de Tacna, específicamente asistiendo a la población femenina y neonatal.

ABSTRACT

The present research is to generate an architectural proposal as an alternative to the lack of health facilities related to the Maternity and Newborn in the province of Tacna.

The architectural proposal seeks to meet demand, which is increasing in recent years according to research, helping to reduce the current rate of maternal and newborn.

It was concluded that with the completion of this architectural proposal seeks to contribute in the area of health district of Tacna, specifically attending women and newborn population.

INDICE

CAPITULO I	10
1.1 MARCO SITUACIONAL	11
1.2 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO.....	11
1.3 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3.1 Planteamiento del Problema	13
1.3.2 Formulación del Problema	15
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4.1 Justificación.....	16
1.4.2 Importancia.....	16
1.5 OBJETIVOS.....	17
1.5.1 Objetivo General.....	17
1.5.2 Objetivos Específicos	17
1.6 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	18
1.7 VARIABLES E INDICADORES	18
1.7.1 Identificación de la Variable Independiente	18
1.7.1.1 Indicadores de la Variable Independiente	18
1.7.2 Identificación de la Variable Dependiente	18
1.7.2.1 Indicadores de la Variable Dependiente.....	18
1.7.3 Matriz de Operacionalizacion de las Variables.....	19
1.8 METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	20
1.8.1 Tipo de Investigación.....	20
1.8.2 Ámbito de Estudio	20
1.8.3 Población y Muestra	20
1.8.3.1	Población
20	
1.8.3.2	Muestra
21	
Total de habitantes del Área dirigida 18,810.	21
1.8.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación	22
1.8.4.1 Técnicas de Investigación	22

1.8.4.2	Instrumentos de Investigación.....	22
CAPITULO II	23
2.1.	ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	24
2.2.	ANTECEDENTES HISTORICOS	25
2.2.1.	La Evolución de los Hospitales	25
2.2.2.	Evolución del Cuidado Materno Perinatal	37
2.2.3.	Evolución Reciente de la Salud Materno – Infantil (Perinatal) en el Perú... 38	
2.3.	BASES TEORICAS SOBRE CENTRO MATERNO PERINATAL	43
2.4.	BASES TEORICAS SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.....	50
2.5.	DEFINICIONES OPERACIONALES	52
2.5.1.	Precisiones Conceptuales	52
2.5.2.	Otras Definiciones.....	54
CAPITULO III	57
3.1.	ESTUDIO DE CASOS SIMILARES.....	58
3.1.1.	Proyectos de Referencia Internacionales.....	58
3.2.	ANALISIS Y DIAGNOSTICO SITUACIONAL	70
3.2.1.	Aspecto Socio Económico	70
3.3.	ANALISIS Y DIAGNOSTICO DEL LUGAR.....	77
3.3.1.	Aspecto Físico Espacial	77
3.3.1.1.	Ubicación y Localización.....	77
3.3.1.2.	Topografía	79
3.3.1.3.	Estructura Urbana (usos de suelo).....	80
3.3.1.4.	Expediente Urbano	81
3.3.2.	Vialidad	82
3.3.2.1.	Infraestructura vial	82
3.3.2.2.	Transporte	83
3.3.3.	Infraestructura de Servicios.....	84
3.3.3.1.	Agua	84
3.3.3.2.	Desagüe	84
3.3.3.3.	Energía Eléctrica y Telefónica.....	85
3.3.4.	Características Físico Naturales.....	85
3.3.4.1.	Clima	85
3.3.4.2.	Vegetación.....	86

3.3.4.3.	Vientos.....	86
3.3.4.4.	Asoleamiento.....	88
3.4.	ASPECTOS TECNOLOGICOS COSNSTRUCTIVOS EN EL ENTORNO.....	89
3.4.1.	Tecnología Constructiva.....	89
3.4.2.	Materiales Constructivos.....	89
3.5.	ANALISIS FODA.....	90
3.6.	CONCLUSIONES.....	91
	CAPITULO IV	92
4.1.	MARCO NORMATIVO NACIONAL.....	93
4.2.	ARQUITECTURA HOSPITALARIA.....	94
4.3.	REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES.....	95
	CAPITULO V	96
5.1.	CONSIDERACIONES PARA LA PROPUESTA.....	97
5.1.1.	Determinantes.....	97
5.1.2.	Criterios de Diseño.....	98
5.1.2.1.	Aspecto Formal.....	98
5.1.2.2.	Aspecto Funcional.....	100
5.1.2.3.	Premisas de Diseño.....	100
5.2.	Programación.....	104
5.2.1.	Programación Cualitativa.....	104
5.2.2.	Programación Cuantitativa.....	108
5.3.	CONCEPTUALIZACION Y PARTIDO.....	112
5.3.1.	Conceptualización Arquitectónica.....	112
5.4.	ZONIFICACION.....	116
5.4.1.	Zonificación General.....	116
5.5.	ANTEPROYECTO.....	117
5.5.1.	Distribución de Plantas.....	117
5.6.	Proyecto.....	120
5.7.	Perspectivas 3D.....	122
5.8.	Descripción del Proyecto.....	124
5.9.	CONCLUSIONES.....	128
5.10.	BIBLIOGRAFIA.....	129
5.11.	ANEXOS.....	130

INDICE DE IMAGENES

IMAGEN 1. UBICACIÓN DEL AREA DE ESTUDIO.....	12
IMAGEN 2. HOSPITAL DIEU, PARIS.....	27
IMAGEN 3. OSPEDALE MAGGIORE DE MILAN, FILARETE 1456.....	28
IMAGEN 4. HOSPITAL LARIBOISIERE DE PARIS, FRANCIA 1890.....	30
IMAGEN 5. HOSPITAL DE LA QUINTA AVENIDA, NUEVA YORK 1920.....	32
IMAGEN 10. ZONIFICACION DEL HOSITAL MATERNO INFANTIL, 1ER PISO....	60
IMAGEN 11. ZONIFICACION DEL HOSITAL MATERNO INFANTIL, 2DO PISO ...	61
IMAGEN 12. Elevación del Hospital Materno Infantil	62
IMAGEN 13. Elevación del Hospital Materno Infantil	63
IMAGEN 14. HOSPITAL LA BEAUCHE - FRANCIA	64
IMAGEN 15. CONCEPTO DEL HOSPITAL LA BEAUCHE - FRANCIA	64
IMAGEN 16. ZONIFICACION PLANTA BAJA DEL HOSPITAL LA BEAUCHE - FRANCIA.....	65
IMAGEN 17. ZONIFICACION PRIMERA PLANTA DEL HOSPITAL LA BEAUCHE - FRANCIA.....	66
IMAGEN 18. ZONIFICACION PRIMERA PLANTA DEL HOSPITAL LA BEAUCHE - FRANCIA.....	66
IMAGEN 19. UBICACIÓN DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “EL RECREO, CANTON DURAN – ECUADOR”	67
IMAGEN 20. PLANIMETRIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “EL RECREO, CANTON DURAN – ECUADOR”	68
IMAGEN 21. ALTIMETRIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “EL RECREO, CANTON DURAN – ECUADOR”	68
IMAGEN 22. UBICACIÓN DEL TERRENO.....	78
IMAGEN 23. VISTA PANORAMICA DEL TERRENO	78
IMAGEN 24. TOPOGRAFIA	79
IMAGEN 25. USOS DE SUELO	80
IMAGEN 26. PERFIL URBANO.....	81
IMAGEN 27. ALTURA DE EDIFICACION.....	¡Error! Marcador no definido.
IMAGEN 28. INFRAESTRUCTURA VIAL.....	82
IMAGEN 29. FLUJO VEHICULAR.....	83

IMAGEN 30. VEGETACION	86
IMAGEN 31. VEGETACION	87
IMAGEN 32. ASOLAMIENTO.....	88
IMAGEN 33. CRITERIOS DE DISEÑO – ASPECTO FORMAL	98
IMAGEN 34. ESCALA PROPORCIONES.....	99
IMAGEN 35. COLOR.....	99
IMAGEN 36 TECHO VERDE.....	101
IMAGEN 37 CAPAS DE UN TECHO VERDE.....	102

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. MATRIZ DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	19
CUADRO 2. MATRIZ DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.	19
CUADRO 3. EVOLUCION DE LA SALUD MATERNO – INFANTIL 1986-2000.	40
CUADRO 5. EVOLUCION DE LA SALUD MATERNO – INFANTIL 2009 – 2013..	42
CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL SEGÚN SEXO	70
DEPARTAMENTO DE TACNA, 2013	70
CUADRO 7: TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION CENSADA 1981 - 2007.	73
GRAFICO 8: TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION CENSADA 1981 - 2007.	73
CUADRO 9: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION CENSADA POR SEXO 1993 Y 2007.	74
CUADRO 10: NUMERO PROEMDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, 1993 Y 2007.	75
CUADRO 11: NUMERO PROEMDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, 1993 Y 2007.	76
CUADRO 12: NUMERO PROEMDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y FALLECIDOS, 1993 Y 2007.	77
CUADRO 13: CARACTERISTICAS.....	80

CAPITULO I

GENERALIDADES

1.1 MARCO SITUACIONAL

Se sabe que, la madre gestante y el recién nacido requieren de un cuidado especial y es por ello que se debe contar con la infraestructura adecuada para poder brindar una atención óptima así como mejorar la calidad de los espacios donde se desenvuelven los prestadores de atención.

En la actualidad el Perú es el tercer país de América Latina con mayor tasa de mortalidad materno perinatal. Según el ministerio de Salud, por cada 100 mil nacidos vivos se registra 185 muertes maternas.

Se busca proponer una infraestructura de calidad, adecuada y funcional, con la capacidad adecuada para la atención de las madres gestantes y el neonato, quienes con la falta de una infraestructura adecuada para su atención ponen en riesgo su vida.

1.2 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO

El área de estudio se desarrolla en el sector Pago Silpay, Distrito, Provincia y Departamento de Tacna, terreno propiedad de la Región Tacna, con un área de 7,109.56 m², se ubica entre la Avenida Manuel A. Odria (vía principal de acceso al terreno) además limita con la avenida Cristo Rey y Calle s/n.

La zonificación según el nuevo Plan de Desarrollo Urbano Tacna 2014 – 2023 corresponde a Otros Usos (OU).

El terreno tiene como colindantes:

Por el Norte: En línea quebrada en tres tramos de 27.79, 36.71 y 5.40 ml., con la Avenida Manuel A. Odria

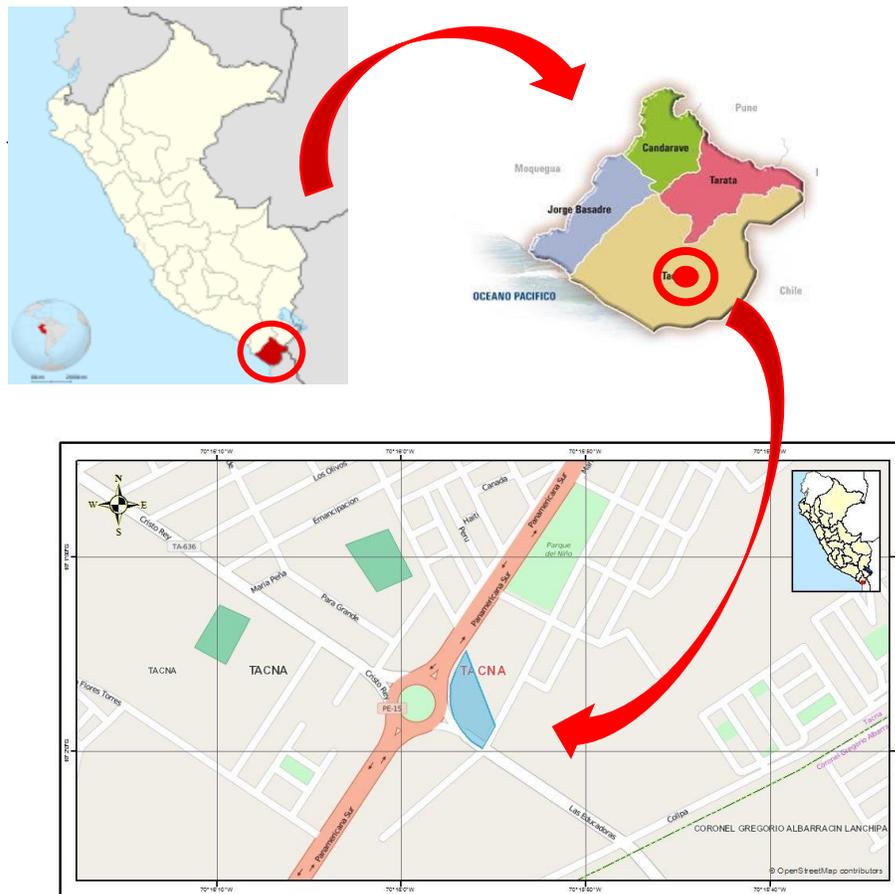
Por el Este: en línea recta de 129.82 ml., con Parque de la Asociación de Vivienda Villa Magisterial

Por el Oeste: en línea quebrada de seis tramos de 30.72, 23.07, 14.75, 14.75, 14.75 y 14.75 ml., con la Avenida y Ovalo Cristo Rey

Por el Sur: en línea quebrada de tres tramos de 10.10, 8.70 y 28.51 ml., con la Calle s/n.

El área de estudio abarca un Marco Distrital, ya que la necesidad de construir una infraestructura especializada el cual responde a cubrir la necesidad y mejorar la calidad de vida de un sector desatendido en este caso la madre gestante y el Neonato.

IMAGEN 1. UBICACIÓN DEL AREA DE ESTUDIO



Fuente: Elaboración propia.

El terreno tiene como colindantes:

Por el Norte: En línea quebrada en tres tramos de 27.79, 36.71 y 5.40 ml., con la Avenida Manuel A. Odria

Por el Este: en línea recta de 129.82 ml., con Parque de la Asociación de Vivienda Villa Magisterial

Por el Oeste: en línea quebrada de seis tramos de 30.72, 23.07, 14.75, 14.75, 14.75 y 14.75 ml., con la Avenida y Ovalo Cristo Rey

Por el Sur: en línea quebrada de tres tramos de 10.10, 8.70 y 28.51 ml., con la Calle s/n.

1.3 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Planteamiento del Problema

La mortalidad neonatal (menor de 28 días) fue de 50 defunciones en el 2013, similar al año 2012, representando el 4,6% y representa una disminución considerable respecto al promedio de muertes de los años anteriores, como base el año 1970, la mortalidad infantil fue alta (96,32por 1000 n.v.) y a partir de ese año, se observa una notoria disminución hasta el año 2000 (12,9 por 1000n.v.) y en adelante el descenso es más lento, que para el año 2011 fue de 9,96 por 1000n.v., que según la OMS, también reporta esta tendencia a escala mundial.¹

A pesar de la tendencia decreciente en la mortalidad infantil, aun es un problema, que indica que el progreso y los cambios o el bienestar de la infancia están pasando por deficiencias en la salud y calidad de vida inadecuada, cuyas determinantes socio-económicas, demográficas, nutricionales, **estilos de vida de la madre, calidad de atención de los**

¹ Organización Mundial de la Salud; Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010, Catalogación por la biblioteca de la OMS; (Clasificación NLM:WA 900.1).Disponible: www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf.

servicios, requieren una urgente atención. *En el Perú, la reducción de la mortalidad en la niñez durante los últimos 25 años ha sido mayor que la observada en el mundo; sin embargo, se mantiene la tendencia de una menor reducción de la mortalidad neonatal.*²

Entre las principales causas de mortalidad para los neonatos, siendo la primera: Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y los Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal.³

Actualmente el departamento de Tacna cuenta con una población de 333,276, siendo el 48.19% del total de habitantes mujeres,⁴ en la distribución proporcional por ciclo de vida, se observa que el mayor volumen está en los adultos de 20 a 59 años con 55.20% del total de habitantes, siendo 59,670 habitantes mujeres en edad reproductiva, luego las adolescentes representan el 18.48%⁵ posibles pacientes que necesiten de este tipo de atención materno perinatal, de acuerdo a las cifras mencionadas la mitad de la población del departamento de Tacna requeriría de atención primaria tal como la mujer gestante, parturientas, así como a los recién nacidos hasta los 28 días después del parto.

De acuerdo con las cifras preliminares de atención de partos hasta el mes de Julio del presente año se han atendido en promedio de 833 partos⁶, indicando que mensualmente se atienden entre 130 a 100 partos con complicaciones, sin complicaciones y cesáreas, respectivamente en cada uno de los principales hospitales de la ciudad de Tacna, el Hospital III

² Ministerio de Salud/Dirección General de Epidemiología; Análisis de Situación de Salud del Perú, 2010

³ Análisis de Situación de Salud Región de Salud Tacna – ASIS 2014.

⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI; Censos Nacionales 2007: XI de Población y Vivienda.

⁵ INEI y Dirección Técnica de Demografía / Ministerio de Salud – oficina general de estadística e informática 2011.

⁶ Estadística de Producción Asistencial de Centro Obstétrico. Essalud en cifras – Preliminar Julio 2015

Daniel Alcides Carrión y el hospital Hipólito Hunanue, los cuales presentan una infraestructura que no cubre con la demanda ya que nos indica que las 2 salas de operaciones con las que cuenta el primer hospital mencionado y las tres que posee el hospital Hipólito Hunanue no son de uso exclusivo para el área de maternidad si no que son utilizadas para las diferentes operaciones que se presenten en dichos hospitales, generando una inadecuada calidad de servicios para la atención de la mujer embarazada y el neonato, por la poca cobertura hospitalaria la cual no cubre con la demanda existente, lo que representa que los principales hospitales de la ciudad no dan una respuesta adecuada e inmediata a la demanda existente demostrando una incapacidad resolutoria, que genera falta de capacitación constante y actualización en los profesionales de la rama por lo que el personal adecuado es limitado, causando la inadecuada atención a la mujer embarazada y al neonato.

Debido a la situación de congestión que sufren los principales hospitales en atención a la salud materno perinatal que exige la ciudad de Tacna, se llega a la propuesta de un proyecto arquitectónico, que ayude a disminuir el problema en salud que se presenta, por lo cual es necesario el equipamiento cumpla con las características fundamentales para prestar servicios satisfactorios de salud materno perinatal, por medio de infraestructura e instalaciones apropiadas y equipadas tecnológicamente, para cumplir de la mejor manera las funciones y poder atender a los pacientes de la ciudad de Tacna.

1.3.2 Formulación del Problema

¿En qué medida el proyecto arquitectónico de un Centro Materno Perinatal contribuirá a la asistencia primaria de salud de la mujer embarazada y el neonato en la ciudad de Tacna?

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Justificación

La ciudad de Tacna cuenta con una población de 85,228.00, siendo el 48.2% del total de habitantes mujeres quienes requieren atención de salud materno infantil, sumado a la actual demanda existente ya que los principales hospitales de la ciudad no dan una respuesta adecuada e inmediata, causando la inadecuada atención a la mujer embarazada y al neonato, y poder disminuir la tasa de mortalidad neonatal la cual se mantiene desde el 2013 en 50 defunciones.⁷

Para dar respuesta a la demanda antes mencionada, se realizara el proyecto arquitectónico de un Centro Materno Infantil, que se identifique por un diseño con las condiciones adecuadas para brindar confort espacial, funcional y formal al paciente, logrando satisfacer la cobertura de atención materno infantil, evitando que los principales hospitales de la ciudad sobrepasen su capacidad.

1.4.2 Importancia

El proyecto ayudara a la mejora en la salud materna y neonatal con una mejor cobertura hospitalaria, la cual no se cubre con la demanda actual lo que presentaría reducir la mortalidad materna y del neonato ocasionado por complicaciones del embarazo o parto.

El proyecto también ayudara a tratar algunas causas subyacentes de la mortalidad materna y neonatal; la cual a nivel mundial constituye un problema de salud pública, pues representa un importante indicador de desarrollo humano para los países.

⁷ Análisis de Situación de salud Tacna (2014), Mortalidad por ciclo de vida.

El proyecto generara una base de datos que podría influir en futuras madres gestantes con vistas a la protección del neonato y su desarrollo. A su vez mejorara la calidad de atención al binomio madre e hijo en la ciudad de Tacna, actualmente la inexistencia de una infraestructura dedicada específicamente a su atención genera la baja calidad en la atención y en algunos casos provocando la mortalidad.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Proponer y diseñar un Centro Materno Perinatal que contribuya a la asistencia primaria de salud de la mujer embarazada y el neonato en la ciudad de Tacna.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Diseñar espacios arquitectonicos que permitan desarrollar actividades vinculadas a la madre gestante y al neonato.
- Desarrollar una propuesta arquitectoica para mejorar y aumentar la calidad de atencion para la madre gestante y el neonato, si no tambien brindar una educacion preventiva en salud sexual y metodos anticonceptivos.
- Proponer un Centro Materno Perinatal para la Salud en la ciudad de Tacna que ayude a cubrir la demanda existente.

1.6 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La consolidación de la Infraestructura arquitectónica de un Centro Materno Perinatal contribuirá directamente a la asistencia primaria de salud de la mujer y el neonato en la ciudad de Tacna.

1.7 VARIABLES E INDICADORES

1.7.1 Identificación de la Variable Independiente

Centro Materno Perinatal

1.7.1.1 Indicadores de la Variable Independiente

- Mujer en edad Fértil
- Recién Nacido
- Madre no gestante
- Madre gestante
- Funcionalidad
- Espacios Organizados

1.7.2 Identificación de la Variable Dependiente

Asistencia de salud.

1.7.2.1 Indicadores de la Variable Dependiente

- Aspecto social
- Equipo Profesional Capacitado
- Diagnostico
- Consultoría
- Hospitalización

1.7.3 Matriz de Operacionalización de las Variables

Para la presente investigación se tomara en consideración la variable independiente y la variable dependiente por las características y función que cumplen y que nos ayudaran a evaluar dentro del cuadro de operacionalización.

- **Matriz de la variable Independiente: Centro Materno Perinatal**

CUADRO 1. MATRIZ DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

TIPO	VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	INDICADORES	SUB INDICADORES	INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE	CENTRO MATERNO PERINATAL	Establecimiento dedicado a la atención de la mujer en salud Sexual y reproductiva y al neonato en sus primeros días de nacido.	Madre Gestante	Educación prenatal	INEI, MINDES
				Psicoprofilaxis	
			Madre no Gestante	Educación Sexual	Ministerio de Salud
			Recién Nacido	-	INEI, MINDES
			Mujer en edad fértil	-	INEI, MINDES
			Función	Articulación de espacios	Programa de áreas
Espacio	Espacio físico requerido	Programa de áreas			

Fuente: Elaboración propia.

- **Matriz de la variable Dependiente: Asistencia de Salud**

CUADRO 2. MATRIZ DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.

TIPO	VARIABLE	DEFINICION NOMINAL	INDICADORES	SUB INDICADORES	INSTRUMENTOS
VARIABLE DEPENDIENTE	ASISTENCIA DE SALUD	Es la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.	Aspecto social		Observación directa
			Equipo profesional	Valoración de la atención	Análisis estadísticos
			Diagnostico	rendimiento	Encuestas
			Consultoría	Estrategias asistenciales	Observación directa
			Hospitalización	Métodos y técnicas	Referentes bibliograficos

Fuente: Elaboración propia.

1.8 METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1.8.1 Tipo de Investigación

DESCRIPTIVA – EXPLICATIVA – PROPOSITIVA

- a. **Descriptiva**, busca “*especificar las propiedades, la características y los perfiles importantes de tema de análisis. Describe situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes*”⁸
- b. **Explicativa**, “*Cuando el investigador se plantea objetivos para estudiar el porqué de las cosas, hechos, fenómenos y situaciones*”⁹.
- c. **Propositiva**, la finalidad de esta investigación es concluir con la formulación y desarrollo del proyecto arquitectónico.

1.8.2 Ámbito de Estudio

El ámbito de estudio está basado a nivel del distrito de Tacna de la provincia de Tacna situado en el extremo sur del país. Su superficie es de 8.066 kilómetros cuadrados y se ubica en los 800 metros sobre el nivel del mar.

1.8.3 Población y Muestra

1.8.3.1 Población

⁸ León, D.M. (2004). GENERALIDADES SOBRE METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. México: Universidad Autónoma del Carmen. Pág. 20

⁹ Angelica, L.F. (2006). METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, UN NUEVO ENFOQUE. Hidalgo: Lases Print Primera Edicion.

“La población de una investigación está constituida por el conjunto de seres en los cuales se va a estudiar la variable o evento, y además comparten como característica común la inclusión.”¹⁰

En el presente caso referente a la propuesta de un Centro Materno Perinatal, la población u objeto de estudio se encuentra constituida por la totalidad de la Población Femenina en edad reproductiva del distrito de Tacna de la provincia de Tacna.

De tal modo se tiene que la población actual como fue referido anteriormente se encuentra compuesta por un total de 88,358 habitantes¹¹, siendo el 48.19% mujeres es decir 40,768 habitantes, de las cuales 18,810 se encuentran en edad reproductiva.

1.8.3.2 Muestra

Total de habitantes del Área dirigida 18,810.

Según las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud), menos de 25.000 habitantes sería necesario contar con 1 camas por cada 1000 habitantes, es decir que la taza recomendada es de 1 camas x 1000 habitantes.

$$\frac{18,810 \text{ Habitantes} \times 1}{1000 \text{ habitantes}} = 18 \text{ Camas para el Área dirigida deseada.}$$

¹⁰ Hurtado 2000.

¹¹ Datos obtenidos censo-2007. Inei.

1.8.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación

1.8.4.1 Técnicas de Investigación

- Revisión de Documentación: Selección de información bibliográfica referente al tema de investigación. Se utilizaron Libros, normativas e información electrónica, para la recolección de datos con respecto a las variables.
- Visitas de Campo: A las diferentes instituciones correspondientes con el tema de investigaciones, siendo el Hospital general de Tacna Hipólito Unanue y el Hospital III Daniel Alcides Carrión.
- Entrevistas: Con las personas en relación directa con el tema de investigación, en este caso médicos, enfermeras, obstetras y madres gestantes.

1.8.4.2 Instrumentos de Investigación

Los instrumentos utilizados durante la investigación fueron:

- Agenda de campo
- Cámara fotográfica
- Cuaderno de apuntes
- Planos

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Dr. Hector Mejia (2008). "Risk factors for neonatal death. Sytematic review of the literatura". (Factores de Riesgo para muerte Neonatal. Revisión Sistemática de la Literatura), brinda información importante acerca de los factores de riesgo para la muerte neonatal tanto en estudios clínicos como poblacionales, generando la siguiente conclusión:

"Los factores de riesgo socioeconómicos y biológicos son predominantes en los estudios poblaciones (educación de la madre, espacio intergenesico, ausencia de control prenatal, etc). Mientras que en los estudios realizados es unidades neonatales son predominantes factores de gravedad del recién nacido como el peso, edad gestacional. Apgar, etc., debido probablemente a que reciben pacientes seleccionados."

Elbio Nestor Suarez Ojeda (2002) "El Enfoque de Riesgo en la Atención Perinatal y Materno Infantil, indica que "La selección de grupos a riesgo significa la concentración de recursos de salud en quienes más los necesitan, y la posibilidad de realizar en ese sector inversiones con mayor capacidad de rendimiento.", generando las siguientes conclusiones:

"La estrategia de atención primaria de salud basada en el concepto de riesgo es especialmente aplicable en la atención maternoinfantil y en el campo de la perinatología. Se señalan los antecedentes de la aplicación del enfoque que culminan en el establecimiento de bases metodológicas para aplicar el enfoque de riesgo a la salud. Se definen los conceptos básicos del enfoque de riesgo: riesgo, factor de riesgo, daño, indicadores de riesgo, así como las relaciones que se

establecen entre estos elementos. A continuación se hace una revisión de estudios internacionales sobre el enfoque de riesgo en perinatología. Se presenta sintéticamente la metodología del enfoque, las etapas que deben cumplirse y las fases que cada etapa implica. Finalmente se informa sobre la aplicación del método en Colombia, Cuba y Perú.”

Teniendo en cuenta los estudios se deduce que la atención a la madre gestante y al neonato en un ambiente idóneo para su adecuado control y desarrollo produce una mejora en la calidad de atención y demanda, que es lo que se busca con el presente proyecto.

2.2. ANTECEDENTES HISTORICOS

2.2.1. La Evolución de los Hospitales

- **Arquitectura Hospitalaria en el Mundo**

- A. El Hospital en Oriente**

- **Egipto**

- En Egipto, las enfermedades eran curadas en los templos, como en el “de Deir El Bari” ubicado en Tebas. Sin embargo, los médicos privados ejercían su labor en los “Aitreia”, lugares amplios que facilitaban esta práctica

- **Árabes**

- En todas las ciudades conquistadas se construyeron centros sociales que sirvieron de lugares de arribo de las caravanas, estos

centros agrupaban alrededor de un espacio central, generalmente regular, a la mezquita, al hospital, a la escuela tecnológica, y a los baños públicos

B. El Hospital en Occidente

- **Grecia y Roma**

En la antigüedad clásica no se conocieron los hospitales. Sin embargo, en la Antigua Grecia los cuidados colectivos tuvieron gran importancia. En una primera etapa, los templos de los dioses atraían a los enfermos. Los templos más conocidos fueron los de “Aesculpa”, el de “Epidaure”, de “Atenea”, el de “Kos” y el de “Pergamino”. Estos templos estaban situados lejos de las ciudades, en bosques sagrados y se caracterizaban por tener tratamientos comunes. En la noche, el enfermo era presa de sueños suscitados, a veces, por apariciones terroríficas, por lo que el tratamiento era prescrito por los sacerdotes médicos a la mañana siguiente. Estos enfermos no podían permanecer más de 24 horas en el templo.¹²

Para los romanos, la atención por parte de un médico era todo un privilegio, por lo cual los enfermos no constituían una preocupación social. Posteriormente, Colunelle enumera las condiciones de higiene y aparecen teniendo gran desarrollo las aguas termales.

¹² Broue, Pierre: “Historia de la Civilización”

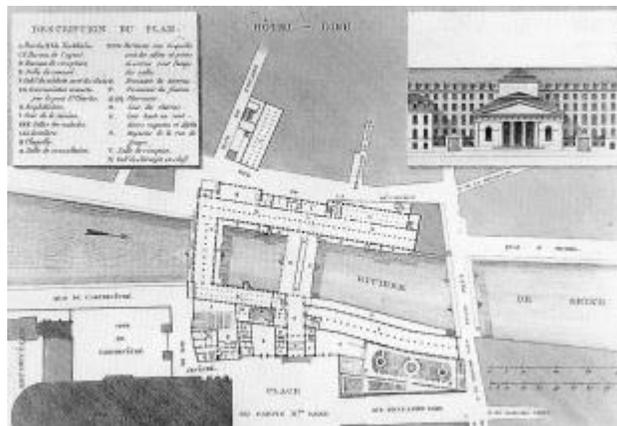
C. La Edad Media

- **Cristianismo**

Con la prosperidad y el auge del Cristianismo se produce un cambio en los conceptos del tratamiento médico, por lo que cambian y adquieren valor las demandas sociales de los grupos menos favorecidos, apareciendo así las primeras muestras de verdaderos hospitales, con mayor auge en el Imperio Romano de Oriente.

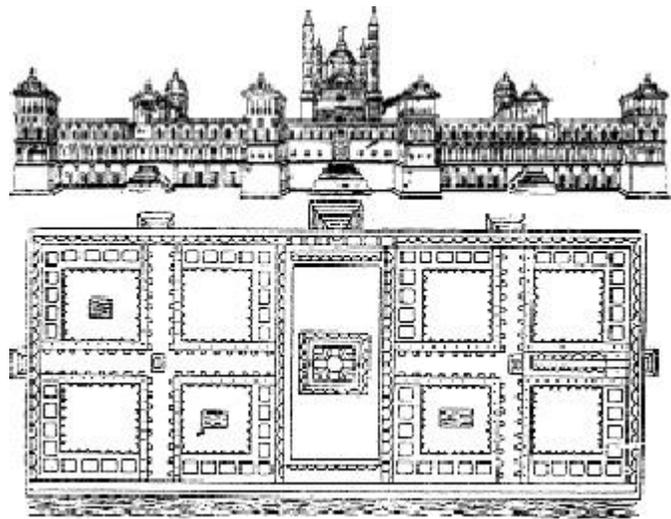
El hospital más importante durante este periodo fue el Hotel Dieu de París, ubicado en la Abadía de Saint Gall. Formado por cuatro pabellones, tres en un eje y el cuarto en uno perpendicular. Existía una zona de cuartos para los peregrinos y los pobres, otra zona estaba destinada para la iglesia. Existía una casa de huéspedes y una enfermería. Fue reconstruido en 1260 d.c y albergaba a 1280 pacientes en 450 camas.

IMAGEN 2. HOSPITAL DIEU, PARIS.



El cambio trascendente se produjo con el Ospedale Maggiore fundado por Francisco Sforza en 1457, bajo el diseño de Florentin Filarete. Consistía en una planta rectangular dividida en tres partes, la parte central era un gran patio con una capilla central, ubicándose a cada lado cuatro pabellones en forma de crucero de limitados por galerías aporricadas cuya función era para la circulación de pacientes, médicos y de abastecimiento. Posteriormente influyó en España, y luego ésta lo transmitió a Latinoamérica.

IMAGEN 3. OSPEDALE MAGGIORE DE MILAN, FILARETE 1456.



- **Renacimiento**

Durante el S. XV, se establecen las primeras normas occidentales para la construcción de hospitales y se fijan las especificaciones

espaciales para la edificación de hogares para leprosos, enfermos mentales y **lugares de maternidad.**

“.....todos los hospitales deben estar ubicados al lado o muy cerca de una Iglesia o catedral, y que todas las salas del hospital deben tener dentro de ellas un altar, disponiendo de camas de forma tal que la misa pueda ser seguida por los pacientes.....”

Concilio de Agnsgran

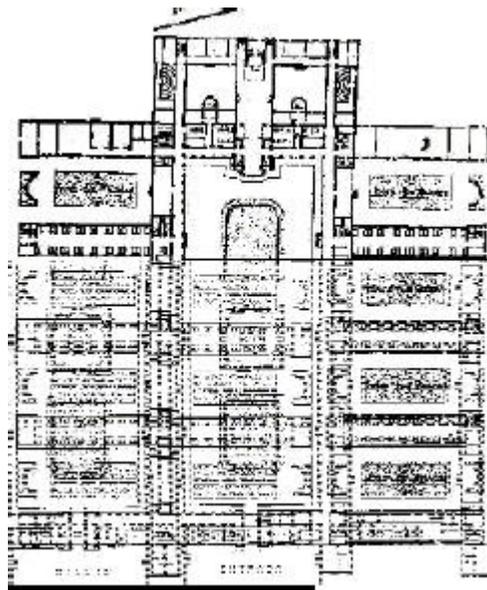
Esto marca el inicio de la Arquitectura Hospitalaria en Occidente, caracterizada por ser de tipo basilical, cruciforme o de tipo palaciega. En el año 1549 se construye en el Perú, el Hospital San Andrés, un hospital para los españoles en la ciudad de Lima, siendo el primer hospital en Sudamérica. En el S. XVII, los gobiernos confieren un carácter político a la asistencia social, debido a la pobreza y escasez de medicamentos. Por ello, se construyen grandes establecimientos hospitalarios como los de Salpetre, Bicetre, Los Inválidos y Chelsea.

D. La Edad Moderna

En el S. XIX, se discutía ante la exclusión de los hospitales fuera de la ciudad, por lo que los médicos adivinaban el rol que estos sitios jugaban en las consultas externas e insistían en

la necesidad de guardar contacto directo con la población. La administración hospitalaria no atendía las recomendaciones de los expertos y otorgó su preferencia a planes de hospitales extra-urbanos y de grandes proporciones.

IMAGEN 4. HOSPITAL LARIBOISIÈRE DE PARIS, FRANCIA 1890.



Es este el periodo en el que se observa el perfeccionamiento de las concepciones hospitalarias, a merced de los descubrimientos en materia de cuidado y atención de la salud y de las ideas sanitarias.¹³

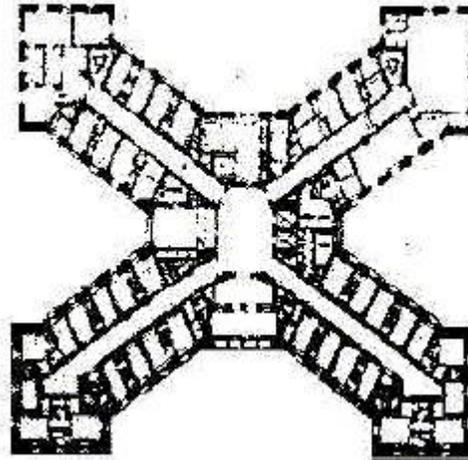
¹³ Sánchez Albornoz, Julio: "Evolución urbana de la Europa Moderna"

E. El Siglo XX

Durante el S. XX, la arquitectura hospitalaria alcanza un gran desarrollo en aspectos de funcionalidad y de adecuación a las necesidades de la práctica médica y la atención de emergencias.

Surgen nuevas concepciones, donde la arquitectura hospitalaria debe conciliar con el equipamiento sanitario apropiado, que comprende todo una serie de funciones y ambientes diferentes, determinadas por el tipo de medicina ya sea privada o pública que se va a ofrecer. Se populariza la arquitectura hospitalaria con pabellones comunicados por circulaciones internas aunque las distancias por recorrer seguían siendo muy largas. Sin embargo, con la aparición de los ascensores, en los años treinta, se comienzan a separar los pabellones por niveles, haciéndoles así más accesibles y comunicados, adoptándose partidos verticales. Se incorporan las técnicas de ventilación y de aire acondicionado.

IMAGEN 5. HOSPITAL DE LA QUINTA AVENIDA, NUEVA YORK 1920.



Su planteamiento giraba en torno a una X. Era un edificio de diez pisos, donde en el núcleo se encontraban la circulación vertical y las dependencias de apoyo, mientras que en las alas se encontraban las unidades de hospitalización.

- **Arquitectura Hospitalaria en el Perú**

En algunas culturas autóctonas la cirugía alcanzó niveles de práctica que hasta el día de hoy sorprenden al mundo científico, como es el caso de la Cultura Paracas con sus ya famosas trepanaciones craneanas.

A pesar de que no hay registros de la existencia en aquella época de establecimientos de salud, todo hace pensar que debió existir algún tipo de albergue para pacientes que por su condición representaban un peligro para la población. Este tipo de construcciones, si bien no pertenecen a la categoría de hospitales,

constituyen los más remotos antecedentes en América de las edificaciones con fines de salud.

En las sociedades andinas pre-hispánicas, rurales y comunales, no se tenía la idea de un hospital, pero sí se dice que los curanderos disponían en sus domicilios de espacios destinados al cuidado y vigilancia de los enfermos.¹⁴

El desarrollo de los hospitales se encuentra muy ligado con la evolución de los servicios de salud de la Ciudad de Lima. Así en el año 1538, se crea el primer Servicio o Casa Enfermería en la Calle de la Rinconada de Santo Domingo (posteriormente se convertiría en el Hospital San Andrés), sobre dos solares asignados por el fundador don Francisco Pizarro, el cual estaba dirigida a la población de bajos recursos y enfermos sin distinción.

En la Colonia, los establecimientos hospitalarios surgen debido a tres fenómenos:

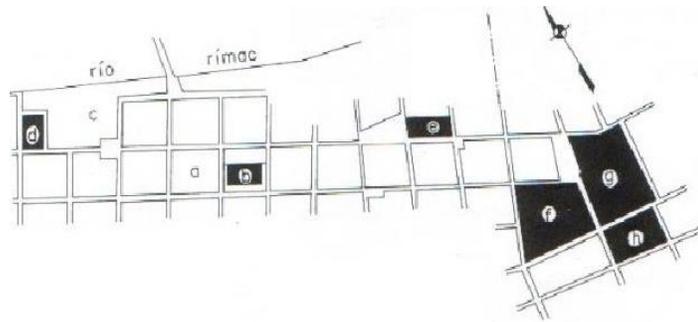
- El rápido desarrollo de los espacios urbanos en la organización socio-económica y política-jurídica del territorio.
- El aumento de la concentración demográfica en naciendes ciudades.
- La aparición de perfiles epidemiológicos que mostraban características de morbi-mortalidad.

¹⁴ Rostworovsky, María: "Historia del Tawantinsuyo"

En 1594, se edifica el Hospital San Pedro para los sacerdotes menesterosos, en 1603 el Hospital de pobres.

Por otro lado hacia 1620 se disponía de 10 hospitales. En 1819 se crea la Real Junta de Beneficencia con la finalidad de establecer servicios de atención a la comunidad. Es esta junta la que inicia la coordinación de los servicios sanitarios respetando la gestión de las Hermandades y de las instituciones religiosas.

IMAGEN 6. HOSPITALES DE 1620.



- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| a. Plaza Mayor | e. Hospital de la Caridad |
| b. Catedral | f. Hospital de San Andrés |
| c. Iglesia de Sto. Domingo | g. Hospital de Santa Ana |
| d. Primer Hospital Real | h. Hospital San Bartolomé |

En 1834 en el Callao, se establece el Hospital Guadalupe y luego el Hospital Británico.

En la zona donde se erigió San Andrés, fueron levantados el Hospital Santa Ana y el Hospital San Bartolomé. Esta zona fue conocida como el triángulo de la salud.

- Hospitales, por grado de complejidad:
 - Tipo I
 - Tipo II
 - Tipo III
 - Tipo IV.
- **Centros de Salud:**
 - **Tipo I**
 - **Tipo II: Centro de Salud con Unidad de internamiento y con Unidad de Centro Obstétrico y Quirúrgico, con énfasis en la atención madre – niño.**
- Puestos de Salud:
 - Unidad de Atención
 - Unidad de Vivienda

El servicio de salud del país es un sistema combinado, compuesto por los sectores público y privado, tales como:

- Ministerio de Salud.
- Essalud.
- Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas y Policiales.
- Clínicas y consultorios médicos privados.

2.2.2. Evolución del Cuidado Materno Perinatal

La atención materno infantil, de una u otra forma, ha tenido la finalidad de asegurar la permanencia de la especie en el planeta, y como consecuencia, la existencia de individuos responsables de esta misión.

- **Conquista española**

Reducción de la asistencia: Trabajo de parto realizada por indígenas con "experiencia" (excluyendo el control prenatal y vigilancia del niño). Las indígenas atendían a población menesterosa y el médico español a los pudientes.

- **Época de la Colonia**

El Cuidado de la salud era ejercido por la iglesia debido a su administración de recursos a los hospitales.

- **Capitalismo**

Se recrudesció la conducta discriminatoria hacia las mujeres curanderas y parteras (denominadas por el vulgo: matronas o comadronas). Por su parte el médico la relegó a la categoría de ayudante, sus funciones se redujeron a las de tipo manual (bañar al recién nacido o cambiarlo de ropa y actividades de tipo doméstico).

- **Siglo XX**

Surgieron las primeras escuelas de enfermería, dirigidas por médicos. (Formación de sus egresados enfocado hacia lo curativo, rehabilitatorio, y de apoyo al quehacer médico.

Atención materno infantil en el campo de batalla a través de las soldaderas.

Paralelamente a la atención de las parteras empíricas surgió la carrera de obstetricia con auge básicamente en la ciudad.

2.2.3. Evolución Reciente de la Salud Materno – Infantil (Perinatal) en el Perú

- **Indicadores de Salud Materno – Infantil en los dos últimos Quinquenios**

La evolución reciente de la salud materno-infantil en el Perú ha podido ser ampliamente analizada a partir de las cuatro rondas de la ENDES entre el periodo 1986-2000.¹⁵ Esta encuesta, con una muestra representativa a nivel departamental y por tipo de locación, incluye un vasto conjunto de indicadores del estado de salud y del acceso a servicios de salud claves para los niños y las mujeres en edad reproductiva, además de un módulo del hogar que incluye información acerca de las características de la vivienda y la tenencia de activos claves. Diversos estudios han utilizado esta información para analizar la evolución de diferentes indicadores en el tiempo y los factores sociales que los determinan.¹⁶ Valdivia y Mesinas (2002), por ejemplo, analizan la evolución de una submuestra de indicadores promedio, y de desigualdad por nivel socioeconómico y área de

¹⁵ La ENDES se aplicó en 1986, 1992, 1996 y el 2000. A partir del 2004 se comenzó a aplicar de manera continua. Cada año se encuesta a una submuestra de los conglomerados entrevistados en el 2000. Para la mayoría de los indicadores de salud, se espera alcanzar representatividad departamental al cabo de cinco años. Para un mayor detalle sobre la ENDES, ver la sección 3.1.

¹⁶ Ver, por ejemplo, Cortez (2002), Valdivia y Mesinas (2002) y Valdivia (2002), entre otros.

residencia, de la salud materno-infantil en el Perú para el periodo 1986-2000. Dicho estudio muestra que muchos de los indicadores promedio han tenido una evolución favorable durante la década de 1990, especialmente los de mortalidad infantil y la tasa global de fecundidad; no tanto así la desnutrición crónica, que se redujo mucho menos en ese periodo. La tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, se redujo de 76 por mil niños nacidos vivos en 1986 a 33 en el 2000. Para el mismo periodo, la tasa de fecundidad se redujo de 4,1 hijos por mujer a 2,8. El acceso a servicios claves también tuvo una mejora sustancial; en particular, el tratamiento de los casos de diarrea en los niños, y el acceso a métodos anticonceptivos modernos y a controles prenatales durante el embarazo. En el caso de esta última variable, la cobertura subió de 43% en 1992 a 65% en el año 2000. Estas mejoras son ciertamente positivas, pero los niveles logrados hacia el final de la década continúan siendo insatisfactorios, y es necesario que las políticas sociales reflejen la urgencia de acelerar las mejoras para alcanzar los objetivos nacionales establecidos en el Acuerdo Nacional y los compromisos asumidos a nivel internacional. Esta urgencia es particularmente importante en el caso de la mortalidad materna, para la cual el Perú tiene el segundo nivel más alto en América Latina, muy por encima de la situación de otros países con similar desarrollo económico.¹⁷

¹⁷ De acuerdo con la ENDES, la tasa de mortalidad materna se ha reducido de 265 muertes por 100.000 nacimientos en 1996 a 165 en el año 2000 (ver Benavides y Valdivia 2004).

CUADRO 3. EVOLUCION DE LA SALUD MATERNO – INFANTIL 1986-2000.

Variables	1986	1992	1996	2000
Salud del niño				
<i>Estado de salud</i>				
Desnutrición crónica		33,2	30,0	28,8
Mortalidad infantil	76,3	55,9	43,0	33,9
Diarrea	32,1	19,5	19,8	16,9
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Vacunación	36,0	56,1	34,0	36,7
Tratamiento de diarrea		35,9	45,0	44,0
Salud de la madre				
<i>Fecundidad</i>				
Tasa global de fecundidad	4,1	3,9	3,5	2,8
<i>Estado de salud</i>				
Sobrepeso de la madre		31,8	34,9	36,3
Obesidad de la madre		8,3	8,9	10,8
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Métodos anticonceptivos modernos	14,1	19,7	26,7	32,7
Información sobre planificación familiar			85,1	77,8
Controles prenatales		43,4	42,5	64,9
Asistencia profesional en el parto	49,5	51,1	49,2	54,2

Fuente: Endes 1986, 1992, 1996 y 2000.

Sin embargo, aunque esta evolución promedio no deja de ser auspiciosa, es muy importante destacar que la desigualdad en el estado de salud y el acceso a servicios de salud se mantiene perniciosamente alta, en perjuicio de los grupos tradicionalmente excluidos en la sociedad peruana. Hacia 1986, por ejemplo, el riesgo de morir antes de cumplir el primer año era 2,7 veces más alto en el decil más pobre que en el decil más rico, y ese ratio se mantiene alrededor de 2,5 hacia el año 2000 (ver los cuadros 2 y 3). Aunque las mejoras se han dado en ambos grupos, es claro que aun ahora los más pobres enfrentan un riesgo de morir bastante más alto. En el caso de la incidencia de desnutrición crónica o de diarrea, incluso se ha dado que los más pobres se han visto menos beneficiados, en tanto los indicadores de desigualdad aumentaron durante la década pasada.

Esta persistencia en las desigualdades en el estado de salud de los niños se ha dado a pesar de que la desigualdad en el acceso a los servicios de vacunación, distribución de métodos anticonceptivos modernos, controles prenatales o asistencia profesional en el parto sí parecen haber beneficiado más a los grupos más pobres y a los residentes en áreas rurales

CUADRO 4. EVOLUCION DE LA DESIGUALDAD POR NIVEL SOCIOECONOMICO EN LA SALUD MATERNO – INFANTIL 1986-2000.

VARIABLES	1986	1992	1996	2000
Salud del niño				
<i>Estado de salud</i>				
Desnutrición crónica		11,2	11,4	15,4
Mortalidad infantil	2,7	2,8	2,7	2,5
Diarrea	1,7	2,5	2,1	2,2
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Vacunación	2,7	1,8	2,2	2,3
Tratamiento de diarrea		1,2	1,4	1,3
Salud de la madre				
<i>Fecundidad</i>				
Tasa global de fecundidad	4,8	4,2	4,5	4
<i>Estado de salud</i>				
Sobrepeso de la madre		1,3	1,6	1,4
Obesidad de la madre		11,7	6,9	4,5
Exposición en talla de la madre		3,1	4,2	3,5
<i>Acceso a los servicios de salud</i>				
Métodos anticonceptivos modernos	8,3	3,9	1,6	1
Información sobre planificación familiar			1,7	1,5
Controles prenatales		10,8	8	2,3
Asistencia profesional en el parto	18,9	10,2	11	6,1

Fuente: Endes 1986, 1992, 1996 y 2000.

CUADRO 5. EVOLUCION DE LA SALUD MATERNO – INFANTIL 2009 – 2013..

INDICADOR/ÁREA DE RESIDENCIA	2009	2010	2011	2012	2013
Duración media de la amenorrea postparto (en meses)	10,9	10,8	9,3	9,5	8,9
Duración media de la abstinencia postparto (en meses)	5,8	5,5	4,2	4,4	4,4
PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS					
Porcentaje de mujeres actualmente unidas:					
Que no desea tener más hijas e hijos (incluyendo mujeres esterilizadas)	63,3	64,0	62,6	62,0	60,5
Que desea postergar el nacimiento siguiente dos años o más	22,3	21,7	22,4	22,8	23,1
Número medio ideal de hijas e hijos para las mujeres de 15 a 49 años de edad	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4
Área urbana	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Área rural	2,5	2,4	2,4	2,4	2,5
Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil (MEF)					
Porcentaje de mujeres que conoce algún método de planificación familiar					
	99,3	99,6	99,5	99,9	99,9
Porcentaje de mujeres actualmente unidas:					
Que conoce algún método moderno					
Área urbana	99,9	nd	nd	100,0	nd
Área rural	98,6	nd	nd	99,4	nd
Que actualmente usa algún método					
Área urbana	73,2	74,4	75,4	75,5	74,0
Área rural	74,6	75,2	75,9	75,8	73,9
Que actualmente usa un método moderno					
Área urbana	50,0	50,5	51,1	51,8	51,3
Área rural	53,3	53,6	54,2	54,8	53,3
Que actualmente usa un método tradicional					
Área urbana	42,3	43,4	44,1	44,7	46,2
Área rural	23,2	23,9	24,3	23,7	22,7
Proporción de mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar					
Área urbana	8,6	8,2	7,2	9,7	10,8
Área rural	7,8	7,2	6,6	9,1	10,3
Área rural	10,4	10,6	8,7	11,2	11,8
MORTALIDAD INFANTIL, EN LA NIÑEZ Y MATERNA					
Tasa de mortalidad neonatal 4/	11,0	9,0	8,0	9,0	12,0
Tasa de mortalidad infantil 4/	20,0	17,0	16,0	17,0	19,0
Tasa de mortalidad de menores de cinco años de edad 4/	26,0	23,0	21,0	21,0	24,0
Tasa de mortalidad perinatal 5/	16,0	13,0	14,0	16,0	17,0
ATENCIÓN MATERNA					
Porcentaje de últimos nacimientos cuyas madres recibieron: 6/					
Atención prenatal de un profesional de salud calificado (médico, obstetrix y enfermera) durante el embarazo					
Área urbana	94,3	94,7	95,4	96,0	95,9
Área rural	97,9	98,1	98,9	98,9	98,9
Área rural	87,1	87,9	88,1	90,0	88,9
Atención del parto en un establecimiento de salud					
Área urbana	82,0	84,4	85,1	86,8	88,6
Área rural	93,4	95,1	95,2	95,7	96,8
Área rural	59,0	63,7	64,2	68,6	69,8
Atención de parto por un profesional de salud calificado (médico, obstetrix y enfermera)					
Área urbana	82,5	83,8	85,0	86,7	89,1
Área rural	94,4	95,0	96,0	95,7	97,3
Área rural	61,0	63,7	64,4	69,6	71,3
Nacimientos por cesárea					
Área urbana	21,4	20,4	22,9	25,3	26,5
Área rural	29,1	27,1	30,7	32,9	33,5
Área rural	7,5	8,4	8,2	10,8	11,5
Control postnatal en los primeros dos días					
Área urbana	88,1	89,7	91,5	93,1	93,4
Área rural	94,8	95,6	96,8	97,4	97,6
Área rural	74,6	78,5	80,8	84,4	83,8

Fuente: INEI Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2013

2.3. BASES TEORICAS SOBRE CENTRO MATERNO PERINATAL

2.3.1. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del proyecto 2000 (Seclen-Palacín, Juan A; Jacoby M, Enrique; Benavides C, Bruno; Novara V, Joaquín; Velásquez V, Anibal; Watanabe V, Enrique; Arroyo V, César)

- **Objetivos**

Comparar la calidad de los servicios de salud materno perinatales (SMP) de los establecimientos participantes en un programa de mejora de calidad y compararlos con un grupo control; evaluar comparativamente los conocimientos y actitudes de usuarias de servicios de salud materna; y determinar la contribución del PMC en los niveles de calidad.

- **Métodos**

Fue implementado un PMC en 74 establecimientos de salud seleccionados para mejorar la calidad. Se desarrolló un cuasiexperimento controlado en 74 hospitales, centros de salud y establecimientos periféricos. El análisis de la calidad de los SMP se realizó mediante comparación de promedios de escalas centesimales; los conocimientos y actitudes de las usuarias mediante análisis bivariado; y la predicción del nivel de calidad a través de análisis multivariado.

- **Resultados**

Al final de la intervención, la puntuación de los establecimientos con PMC tuvo un promedio de 61,8 puntos y de 37,5 en el grupo de comparación, ($p < 0,001$). El promedio de conocimientos de signos de alarma obstétricos fue mayor en las usuarias PMC (3,6 signos/entrevistada) versus 2,5 en usuarias sin PMC, ($p < 0,05$). La intención de parto institucional fue dos veces mayor en las usuarias de los servicios con PMC, ($p = 0,038$). Los predictores significativos de calidad fueron la mejora continua de la calidad y la disponibilidad de profesionales de salud.

- **Conclusiones**

El nivel de calidad es mayor en los servicios que desarrollaron PMC. Las usuarias de tales servicios tienen más conocimientos de los signos de alarma obstétricos y mejor actitud hacia el parto institucional. El PMC ha contribuido para tales logros. (AU)

2.3.2. La Fidelización como estrategia para mejorar la calidad de atención de los pacientes en el control prenatal en un Centro Materno (Lauro Marcoantonio Rivera Felix)

- **Objetivos**

Analizar la Fidelización de los pacientes como estrategia de prestación para mejorar la calidad de atención de los pacientes en el Control Pre Natal del Servicio de Obstetricia en el Centro Materno Infantil "Tahuantisuyo Bajo"

- **Métodos**

Es un Estudio de Caso; Retro-prospectivo, transversal, analítico, polietápico y cualicuantitativo. Donde se estudia las características del factor Fidelización de los pacientes a un Centro Materno Infantil, específicamente al Servicio de Obstetricia durante el Control Pre Natal. El análisis de la Fidelización de los pacientes se ha realizado a través de cuatro componentes: Habitualidad, Personalización, Percepción Interna y Percepción Externa. Cada uno de estos componentes fue operacionalizado en: alto, medio y bajo; asimismo, la sumatoria final de esta ponderación nos ha permitido la calificación de la Fidelización en alto, medio y bajo. Es conveniente, mencionar que la Operacionalización de cada uno de los componentes tienen como base troncal un indicador cuantitativo complementado con técnicas cualitativas y cualicuantitativas (Ilustración N° 1). En la primera etapa, se realizó una entrevista a profundidad a madres que asistieron a la Consulta Pediátrica durante el puerperio y hasta antes del primer año de su recién nacido; paralelamente se realizó una encuesta al Personal Profesional y no Profesional comprometidos con la atención obstétrica directa e indirecta del paciente en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo. En la segunda etapa se analizó los dos primeros componentes cuantitativos de la Fidelización: Habitualidad y Personalización a través de las Historias Clínicas y el Carné Perinatal. En la tercera etapa se analizó los otros dos componentes cualitativos de la Fidelización: Percepción Interna (tiempo de duración efectiva de la Consulta Pre Natal) y la Percepción Externa (tiempo efectivo de la Espera).

- **Resultados**

El análisis estadístico muestra: “Alta” Habitualidad (Puntaje 3); “Mediana” Personalización (Puntaje 2); “Mediana” Percepción Interna (puntaje 2) y “Baja” Percepción Externa (Puntaje 1). El promedio ponderado nos muestra que la Fidelización de los pacientes es “Mediana” (puntaje 8) en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo (Ilustración N° 2). El tiempo de duración efectiva de la Consulta Pre-natal fue de 12 ± 5 minutos, consideramos que la percepción interna es “mediana” si sopesamos los aspectos cualitativos en la que encuentra involucrada:

- Desde la perspectiva del personal de salud en relación a la percepción interna y su participación en la construcción de la imagen institucional, el 65% refiere en mejorar el Rol del Profesional durante la Consulta Pre Natal; en relación al incremento de cobertura solo el 44% se encuentran interesados en el incremento; y solamente el 39% les interesa tener más incentivos por la atención de los paciente.
- Desde la perspectiva del paciente el 33% de las gestantes refirieron que la atención es excelente y un 43% que es buena; además, el 72% percibió que el profesional resolvió todas sus inquietudes o dudas. Existe un 30% que deseaban estar solos con el profesional. En síntesis podemos concluir que el 57% de las pacientes estudiadas se encuentran satisfechas con la actitud directa del profesional en la consulta Prenatal. El tiempo de espera fue de 56 ± 36 minutos; determina una percepción externa “baja” pues, el 53% de los pacientes sostienen que se dediquen solamente a atender pacientes y lo hagan rápido; en relación a la infraestructura de espera el 37% solicitaron mayor confort (televisor); en relación al aprovechamiento tiempo de espera, solamente el 10%

sugirieron Charlas y/o Consejería. Por otro lado lo que más exaspera a las pacientes (87%) es la presencia y desplazamiento de personas ajenas a la atención en el consultorio; así como el 57% de los pacientes sostiene que existe una atención privilegiada de los parientes y amigos del personal de salud que laboran en la Institución.

- **Conclusiones**

1. La Fidelización es una estrategia de Gerenciar Servicios de Salud para una Institución Prestadora de Salud cual sea el nivel de resolución que tenga; la cual, es proyectada por el equipo de gestión acercándose a su realidad y respondiendo a las necesidades de salud la población de la jurisdicción.
2. La Habitualidad es el componente principal e insustituible por el Centro Materno Infantil; es el más usado por las diferentes Instituciones de Salud no solo del Perú sino del extranjero, el cual nos resultó Alta reflejando así la productividad y eficacia del Servicio.
3. La Personalización resultó Media como indicador cuantitativo base para la Fidelización; pero este componente evidencio un ostensible incremento al ser comparado con la encuesta de opinión a las usuarias gestantes.
4. Si bien es cierto la Percepción Interna obtuvo un resultado de 43% (Media) como componente de la Fidelización, con respecto a su indicador Tiempo de Atención de la Consulta Pre Natal; pero en la encuesta a las gestantes a la salida del consultorio reflejó un 57% de satisfacción del paciente.
5. La Percepción Externa evidencio un resultado de Baja básicamente en relación a la infraestructura

física (la sala de espera, cumplimientos de los horarios, flujo de personal en el consultorio y sobre todo privacidad durante el acto profesional).

6. La Fidelización de pacientes se da por las relaciones humanas, es decir la interacción del personal de salud y el paciente.
7. La Fidelización como estrategia administrativo gerencial aplicado a Salud Materna, busca a través de la mejora de la Calidad en el Control Pre Natal; una respuesta oportuna y positiva hacia la Institución por parte de la gestante y su entorno; y así contribuir a la disminución de los Indicadores Negativos de la Salud Materna en nuestro país.

2.3.3. Mejora la atención del neonato con el Método Madre Canguro en los Centros Maternos. (Gobierno de Canarias)

Se trata de una técnica de atención al neonato que se basa en una contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre la madre, el padre y su bebe.

El Hospital Universitario Materno Infantil, centro adscrito al Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, dependiente de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias; mejora la atención del neonato con el Método Madre Canguro.

Esta técnica de atención al neonato que se basa en un contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado ofrece a los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso las mejores condiciones para mejorar su desarrollo, proporcionar bienestar físico y emocional a los padres y a los neonatos.

Los beneficios de este método son los siguientes:

- Favorece la estabilidad de los signos vitales (estabilidad fisiológica del neonato), la estabilidad del sistema nervioso autónomo y memoria prenatal: el recuerdo prenatal lo tranquiliza, y disminuye su estado de hipersensibilidad con el medio.
- Mejora el ciclo del sueño, siendo más profundo y estable, incluso la maduración de los patrones del mismo favoreciendo el desarrollo del Sistema Nervioso Central.
- Favorece, también, la ganancia de peso, la lactancia materna y la producción láctea de las madres.
- Ayuda a mejorar el sistema inmunológico del recién nacido prematuro, reduce el dolor ante estímulos y el estrés.
- Favorece el apego, la relación entre madre/padre – hijo – familia, se hace más fuerte y estable.
- Reduce los niveles de ansiedad de los padres y aumenta la confianza en el cuidado de su hijo para que puedan seguir realizándolos en casa.
- El centro hospitalario cuenta con enfermeras formadas en esta técnica para ayudar a los padres en la realización y guía de este procedimiento.
- Este contacto piel con piel se puede hacer mientras el niño está en el hospital y se puede mantener tras el alta precoz al menos hasta las cuarenta semanas de edad gestacional corregida.
- El Método Madre Canguro, de mejora de la calidad asistencial, se debe realizar sólo bajo la supervisión e indicación de los profesionales sanitarios del Servicio de Neonatología.

2.4. BASES TEORICAS SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

2.4.1. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. (Organización Mundial de la Salud)

Hace 30 años, la atención primaria de salud se presentó como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas. En todos los países, ofrecía una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usaban los recursos. La atención primaria de salud adoptó una visión holística de la salud que iba mucho más allá del limitado modelo médico. Reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud.

La atención primaria de salud se interpretó erróneamente como la prestación de una mala atención a los pobres. También se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención. Algunos la calificaron de utópica, y otros pensaron que era una amenaza para el cuerpo médico.

En el Informe sobre la salud en el mundo, la OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud.

2.4.2. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España (Ministerio de Sanidad y Consumo – España)

El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud, definió y sentó las bases de la actual red de Atención Primaria, un nuevo concepto de Atención Primaria inspirado en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia de la OMS-Unicef de 1978). Este decreto estableció la delimitación territorial de las zonas de salud, el trabajo en equipo multidisciplinar, la integración de las actividades de curación con las de promoción y prevención, el aumento del tiempo de atención, etc. Los cambios y las mejoras introducidas por el nuevo modelo de Atención Primaria han sido espectaculares y han supuesto un salto cualitativo sin precedentes para los cuidados de salud de la población española con resultados beneficiosos en la evolución de numerosos indicadores de salud. Se señalan entre otros, los siguientes cambios:

- La incorporación de Médicos de Familia (creados como especialidad médica en 1978), Pediatras y Enfermeras a los Equipos de Atención Primaria, con la consiguiente renovación profesional y mejora del nivel de formación.
- La jornada de trabajo de dedicación completa. Se pasa de una dedicación de 2 horas diarias a 7 horas, lo que ha permitido, entre otras cosas, triplicar el tiempo medio de dedicación por paciente.
- El trabajo en equipo. Se pasa de un trabajo individual y sin ninguna conexión entre los profesionales, a una actuación coordinada médico-enfermera y la incorporación de las sesiones clínicas, la discusión de casos, etc. en el trabajo diario de los centros.
- La incorporación de los programas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, como parte consustancial y

fundamental del quehacer diario de los Equipos de Atención Primaria.

- La implantación de una Cartera de servicios de Atención Primaria que ha supuesto la prestación de unos servicios comunes a todos los ciudadanos, la incorporación de nuevos servicios a este nivel de atención y ha facilitado la introducción de una cultura de evaluación de la calidad de los mismos.
- La incorporación de una visión comunitaria de la atención sanitaria, de manera que las actuaciones del Equipo de Atención Primaria no han quedado limitadas a los individuos, sino que se han imbricado en las estructuras sociales de la zona básica de salud.

2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.5.1. Precisiones Conceptuales

Centro Materno Perinatal

Dar atención especializada y altamente especializada a la mujer en salud Sexual y reproductiva y al neonato de alto riesgo.¹⁸

Atención Integral

Referido a la atención de mujeres en tanto etapas de la gestación, parto y post parto, así como también al neonato en sus primeros 28 días de nacido.¹⁹

“La provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención y rehabilitación para las personas, en el contexto de su familia y comunidad.”²⁰

¹⁸ www.inmp.gob.pe

¹⁹ Diccionario Medico, 2013.

²⁰ MINSA. (s.f.). Modelo de Atención Integral De Salud basado en la Maternidad.

Atención Primaria

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.²¹

Asistencia a la Madre

Es conseguir que toda mujer en periodo de embarazo o de lactancia goce de buena salud, aprenda a cuidar a su hijo, tenga un parto normal y dé a luz una descendencia sana. En sentido estricto, la asistencia a la madre comprende los cuidados a la mujer embarazada antes del parto, la asistencia obstétrica necesaria para tener un parto normal, el reconcomiendo y la asistencia después del parto, los cuidados al recién nacido y las medidas necesarias para mantener la lactación.

Salud Materna y Perinatal

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de desarrollo porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano, es condición esencial del desarrollo de las familias y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.

²¹ Organización de Mundial de la Salud (OMS).

Lactancia Materna

Lactancia materna es un término usado en forma genérica para señalar alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a su práctica. Estas tienen repercusión en la salud del niño.

Puerperio

Corresponde al tiempo inmediato al parto.²²

2.5.2. Otras Definiciones

Enfermedad y Mortalidad

Debido a la falta de interés del cuidado de la salud o por alteraciones existentes en el ambiente el ser humano se encuentra propenso a procesos que se desarrollan en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud que es conocido como enfermedad. Existen varios tipos de enfermedades los cuales pueden ser infecciosos o virales pueden producirse internamente o externamente causando daño en el cuerpo del ser humano. Al contraer enfermedades las cuales no tienen el tratamiento correcto para ser intervenidas en el momento adecuado o bien si son enfermedades que no tienen cura medicinal, las personas puede llegar a ser víctimas de las mismas perdiendo la vida; éste fenómeno puede ser cuantitativo en un espacio y tiempo determinado, mediante un término de uso médico que es **morbilidad**, ya que puede ser representado como dato estadístico para poder comprender la evolución o retroceso de una enfermedad y su intervención, cuando se refiere a las pérdidas de vidas que son causadas por enfermedades o cualquier otro factor en relación del ámbito demográfico durante

²² Organización de Mundial de la Salud (OMS).

un tiempo y lugar determinado se representa como **mortalidad**, expresándose por medio de índices y se define como el número de muertos por cada mil habitantes en relación con la población total a lo largo de un período establecido. La mortalidad puede ser clasificada diversamente, una de ellas, es la denominada **mortalidad infantil**, la cual, indica el número de individuos menores de nueve años fallecidos a lo largo de un periodo de tiempo determinado. Otra clasificación de la mortalidad es la **mortalidad Neonatal**, que indica el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina, en el mismo período de tiempo y expresada por cada 1000 nacimientos. A la par de la mortalidad neonatal se encuentra la **mortalidad Materna** que es el índice de defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada pero no por causas accidentales.²³

Salud

Todo ser humano viviente debe de tener un estado de salubridad adecuado o completo de bienestar físico, mental y social, es decir, debe de estar ausente de cualquier tipo de enfermedades o infecciones.²⁴ Es de vital importancia mencionar la existencia de la salud pública debido a que es una especialidad de la medicina que se orienta a la prevención de las enfermedades y promueve la salud, mediante acciones organizadas entre las autoridades responsables estatales, por lo cual, es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que contribuyen a la salud de la

²³ Organización de Mundial de la Salud (OMS).

²⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS).

población²⁵. Otra especialidad de la medicina que es relevante estudiar es la **salud Materno Infantil** la cual, se dedica al bienestar de las personas durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, para logro de la supervivencia, mediante el desarrollo de niños sanos, **atención prenatal y atención de partos** con bajo riesgo la atención prenatal es dirigida a mujeres embarazadas con el fin de obtener el mejor estado de salud de la madre y el hijo, vigilando la evolución del embarazo para brindar una adecuada preparación hacia el parto y la maternidad; por consiguiente, la atención de partos tiene como fin dar atención necesaria a la mujer y al feto durante el trabajo de parto, esto permite, detectar alteraciones anormales y actuar oportunamente para evitar riesgos mayores.²⁶

Partera

Es la persona capacitada para el ejercicio de la partería. Su información la permite dar a la madre el cuidado y las orientaciones necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo puerperal, asistir bajo su propia responsabilidad un alumbramiento normal y ocuparse del recién nacido. Ha de ser capaz de reconocer en todo momento los indicios de una anomalía o posible anomalía que exija la intervención del médico, así como de adoptar las medidas de urgencia indispensables si no puede obtener el concurso de un facultativo.

²⁵ Roberto Tapia Conyer y Ma. De Lourdes Motta Murguía, "El Derecho a la Protección de Salud Pública" UNAM, México, 2005, página 149.

²⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS).

CAPITULO III

MARCO CONTEXTUAL

3.1. ESTUDIO DE CASOS SIMILARES

3.1.1. Proyectos de Referencia Internacionales

3.1.1.1. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón – España

IMAGEN 8. HOSPITAL MATERNO INFANTIL GREGORIO MARANON.



Fuente: Elaboración Propia.

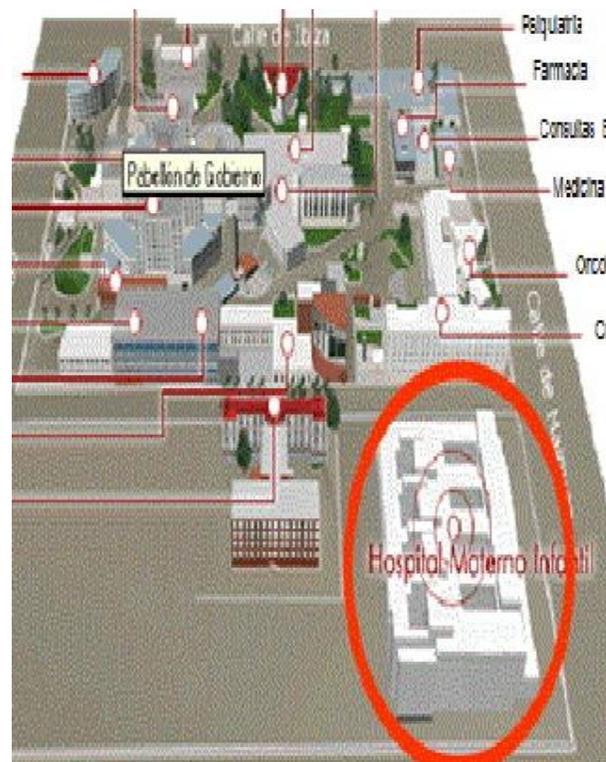
- **Concepto**

“Un nuevo hospital que debe ser centro de referencia dentro y fuera de nuestra comunidad en las especialidades de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, servicios asistenciales que tendrán mayor auge en este siglo.” ... Arq. Rafael Moneo.

- **Ubicación**

El Hospital Materno Infantil forma parte del Complejo Hospitalario Gregorio Marañón, uno de los mayores de Europa y está ubicado en el distrito de Retiro de Madrid.

IMAGEN 9. UBICACIÓN DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DENTRO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO GREGORIO MARANON.



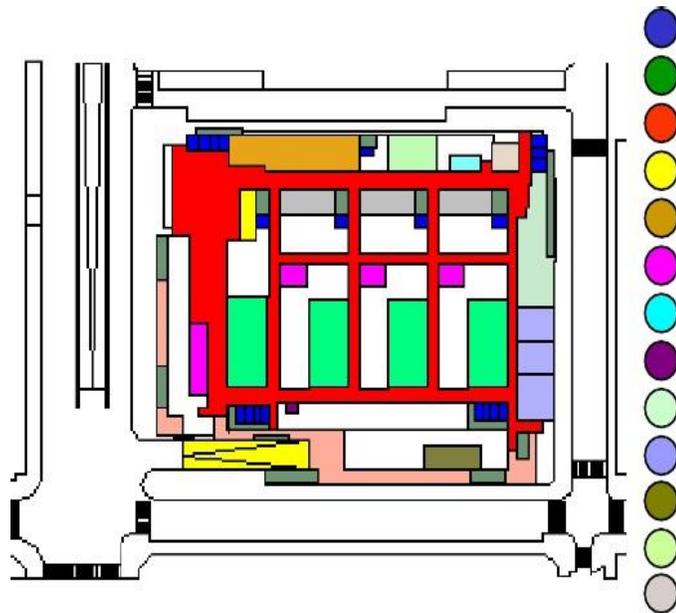
Fuente: Elaboración Propia.

- **Análisis de Planos**

Zonificación Primer Nivel:

En la planta baja se encuentran los servicios generales de acceso público que sirve como enlace entre el área de consultas y el de hospitalización.

IMAGEN 10. ZONIFICACION DEL HOSITAL MATERNO INFANTIL, 1ER PISO



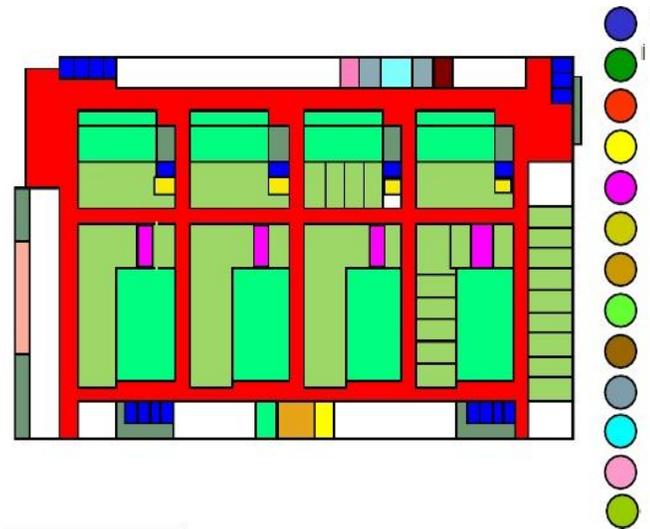
Fuente: Elaboración Propia.

- Ascensores
- Escaleras
- Circulación
- Admisión
- Adm/Dirección
- Oficina de Médicos
- Cirugía Externa
- Reproducción Humana
- Sala de Conferencias
- Aulas
- Cafetería Publica
- Cafetería Personal
- Capilla

Zonificación Planta Típica

La agrupación de las habitaciones junto con los puestos de enfermería, constituyen las unidades de hospitalización volcadas a los patios, proporcionando el aislamiento y tranquilidad buscados.

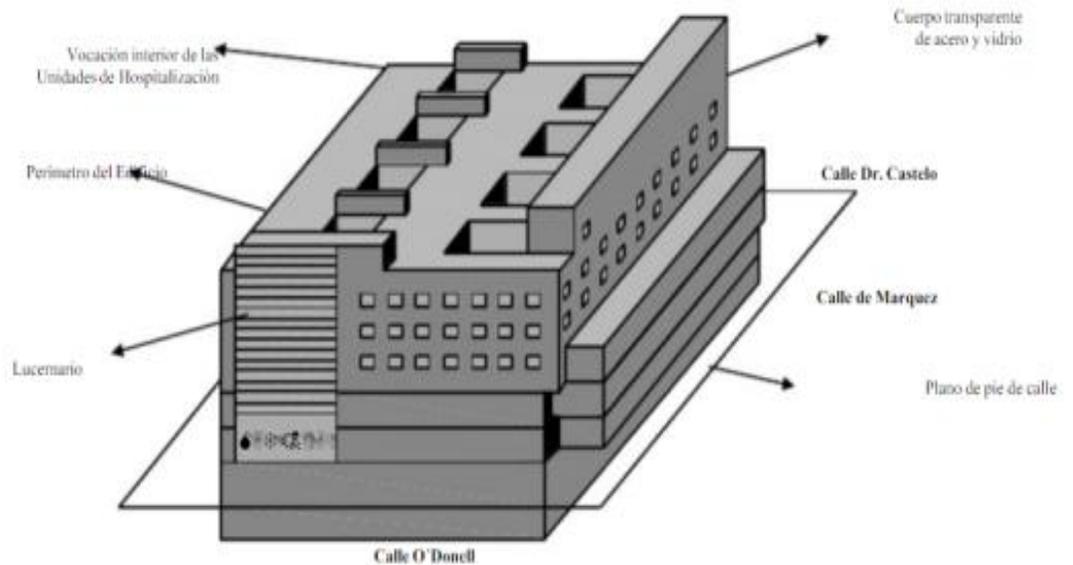
IMAGEN 11. ZONIFICACION DEL HOSITAL MATERNO INFANTIL, 2DO PISO



Fuente: Elaboración Propia.

- Ascensores
- Escaleras
- Circulación
- Admisión
- Enfermería
- Sala de Espera
- Supervisor
- Sala de Tratamientos
- Estas para Visitas
- Estudios Médicos
- Secretaria
- Sala de Reuniones
- Hospitalización

IMAGEN 12. Elevación del Hospital Materno Infantil



Fuente: Elaboración Propia.

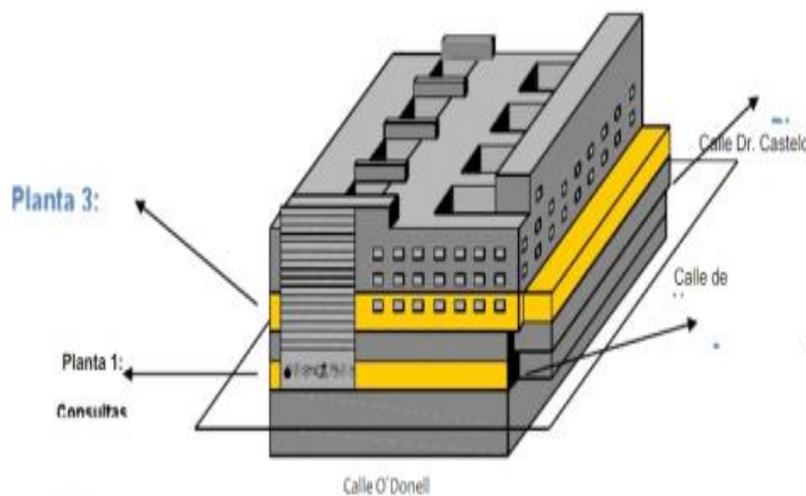
Vocación Interior de las Unidades de Hospitalización: Tranquilidad de los pacientes. La luz entra a través de los amplios patios de luz.

Perímetro del Edificio: Locales de apoyo a la actividad médica y asistencia, que actúan como aislantes de la tranquilidad interior.

Lucernario: Zona acristalada donde se ubican amplias de sala espera.

Cuerpo transparente de acero y vidrio: Material vítreo capaz de disolver el reflejo de la imagen, manteniéndose intacto el de la luz.

IMAGEN 13. Elevación del Hospital Materno Infantil



Fuente: Elaboración Propia.

Planta 1- Consulta Infantil: Admisión, Consultas Externas, Pruebas Funcionales, Hospital de Día (Cirugía, Pediatría, Nefrología y Oncohematología).

Planta 3 – Hospitalización Pediátrica: Cirugía y Traumatología Pediátrica.

3.1.1.2. Pabellón de la Mujer y el Niño del hospital de La Beauche – Francia

IMAGEN 14. HOSPITAL LA BEAUCHE - FRANCIA

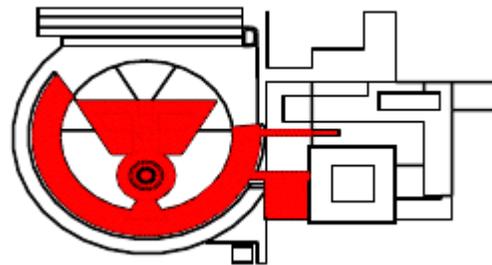


Fuente: Elaboración Propia.

Este pabellón forma parte de la extensión del Hospital La Beauche, al sur de Saint-Brieuc, Francia. Refleja de una manera figurativa el concepto de la maternidad y alberga al Servicio de Pediatría del hospital, los Servicios de Gineco-Obstetricia, Cirugía Pediátrica y al CAMSP (Centro de Atención Médica-Social Precoz)

- **Concepto**

IMAGEN 15. CONCEPTO DEL HOSPITAL LA BEAUCHE - FRANCIA



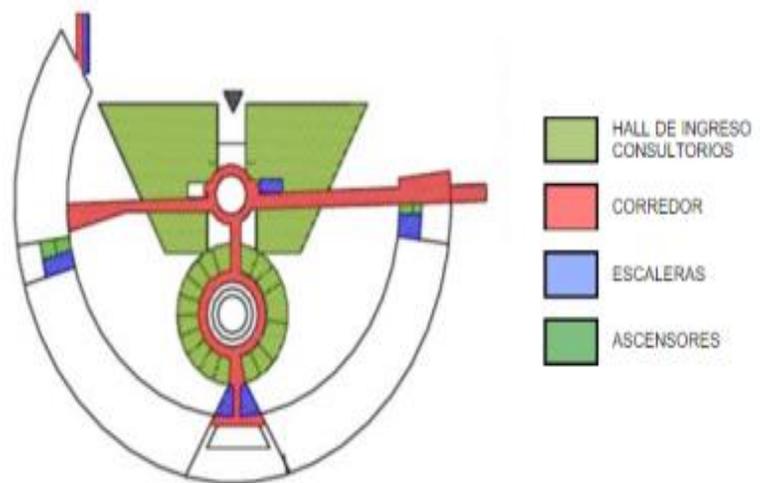
Fuente: Elaboración Propia.

La concepción del proyecto estuvo a cargo del Atelier Peneau, encabezado por el arquitecto Dominique Peneau. Se caracteriza por un partido general que simula la “forma figurativa del embarazo”, expresión simbólica del programa que está formado por un cuerpo principal en forma de semi – arco, que recibe el nombre de “corona” que se apunta en un triángulo cuya punta esta intersectada por una rotonda o “corazón”.

- **Análisis de planos**

Zonificación Planta Baja

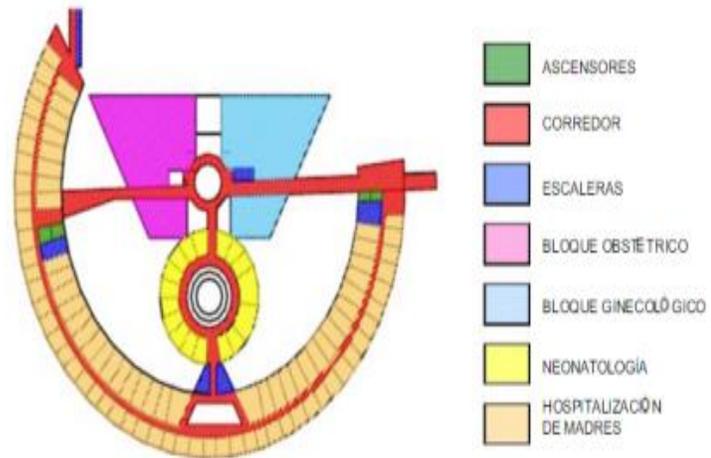
IMAGEN 16. ZONIFICACION PLANTA BAJA DEL HOSPITAL LA BEUCHE - FRANCIA



Fuente: Elaboración Propia.

Zonificación Primera Planta

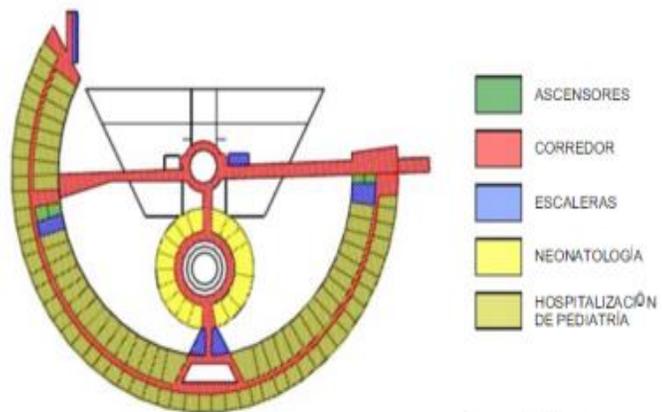
IMAGEN 17. ZONIFICACION PRIMERA PLANTA DEL HOSPITAL LA BEAUICHE - FRANCIA



Fuente: Elaboración Propia.

Zonificación Segunda Planta

IMAGEN 18. ZONIFICACION PRIMERA PLANTA DEL HOSPITAL LA BEAUICHE - FRANCIA



Fuente: Elaboración Propia.

3.1.1.3. Hospital Materno Infantil “El Recreo, Cantón Duran” – Ecuador

3.1.1.3.1. Análisis físico – ambiental

- **Terreno**

El proyecto se ubica en sector Residencial (ZR), en la Ciudadela el Recreo Etapa 5, limitado por vía Duran – Yaguachi (al este) y dos vías locales, Duran, Guayaquil - Ecuador.

IMAGEN 19. UBICACIÓN DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “EL RECREO, CANTON DURAN – ECUADOR”



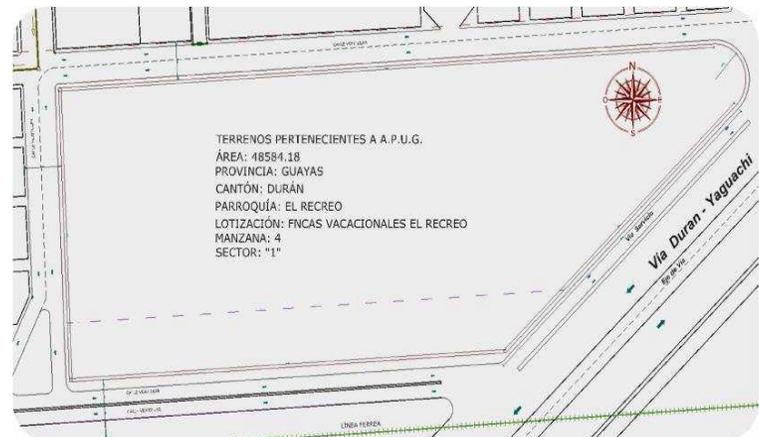
Fuente: Elaboración Propia.

- **Topografía**

El terreno presenta una disposición regular horizontal y está constituido por arcilla expansivas. El nivel freático se aproxima a 1 metro bajo nivel de la acera norte, en época de lluvia el terreno presenta sectores anegados. Esto determina

necesidad de excavación, y el uso de material de relleno y compactado con mejores propiedades portantes.

IMAGEN 20. PLANIMETRIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "EL RECREO, CANTON DURAN – ECUADOR"



Fuente: Elaboración Propia.

IMAGEN 21. ALTIMETRIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "EL RECREO, CANTON DURAN – ECUADOR"



Fuente: Elaboración Propia.

- **Ventilación**

Las plantas disponen de un eje longitudinal de circulación que comunica diferentes bloques de manera que permite la ventilación fluida entre diversas áreas, sin dejar de lado la independencia de cada sector.

- **Asoleamiento**

La disposición multibloque beneficia la iluminación natural, reduce el ingreso no deseado de calor solar radiante y el exceso de luminosidad, disminuye el consumo de energía de climatización (con vidrio reflectivo).

3.1.1.3.2. Análisis funcional – espacial

- **Flujo de Circulación**

Se separa actividades con empleo de niveles. Divide en dos bloques comunicados por pasarelas. Los pasillos establecidos comunican y a la vez delimita las unidades de atención y servicio, esto genera circulaciones bien definidas para pacientes, personal médico, mantenimiento, investigación y docencia.

- **Ingresos independientes**

Por la disposición de la ubicación de dicho Hospital son varios los ambientes que cuentan con ingresos independientes sin interferir con las actividades que se desarrollan, como laboratorio,

emergencias, cafetería, administración, consulta externa, mortuorio.

3.2. ANALISIS Y DIAGNOSTICO SITUACIONAL

3.2.1. Aspecto Socio Económico

3.2.1.1. Evolución y Crecimiento Poblacional a Nivel Regional

La población estimada para el año 2013 fue de 333,276 habitantes, sin diferencia proporcional significativa entre la población masculina (51,81%) y femenina (48.19%).²⁷ La Razón Hombre/Mujer es 1.07, significando que por cada hombre hay una mujer y este valor no ha variado en los últimos años.

CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL SEGÚN SEXO
DEPARTAMENTO DE TACNA, 2013

SEXO	POBLACIÓN	PORCENTAJE	RAZON H/M
HOMBRE	172,655	51.81	1.07
MUJER	160,621	48.19	
TOTAL	333,276	100.00	

Fuente: INEI – Proyección de los Censos Nacionales 2007, XI de Población y VI de Vivienda.

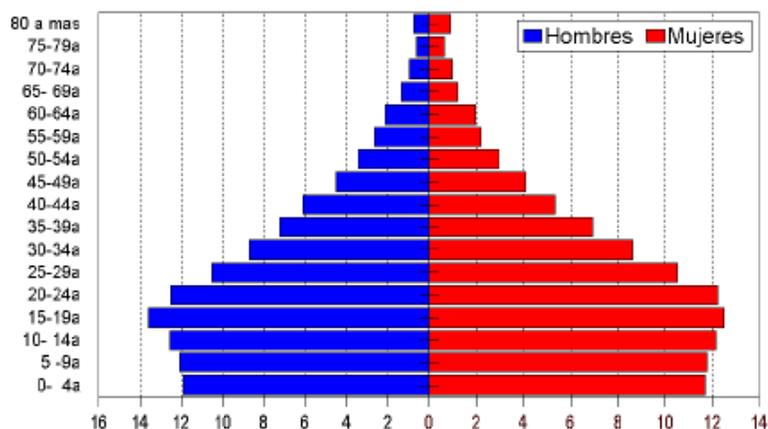
- **Población por Quinquenio – Pirámide Poblacional**

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,

²⁷ Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI; Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda y estimaciones 2012.

típico de una pirámide progresiva de países en desarrollo.²⁸ Esta estructura poblacional determina prioridades de salud a temprana edad, ocurrencia de mortalidad y morbilidad en la niñez generando años de vida potencialmente perdidos.

GRAFICO 1: PIRAMIDE POBLACIONAL, Departamento de Tacna, 1993.



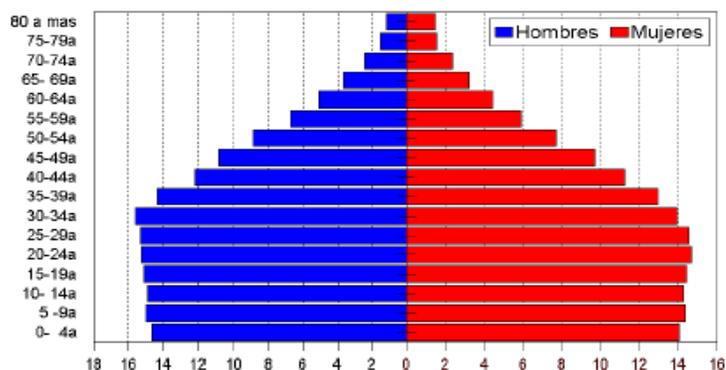
Fuente: EPP/DEPS/DEEPI

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

²⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI; IX Censo poblacional del año 1993.

por el incremento de la población adulto mayor que es coherente con una mayor esperanza de vida al nacer.²⁹

GRAFICO 2: PIRAMIDE POBLACIONAL, DEPARTAMENTO DE TACNA, 2013.



Fuente: EPP/DEPS/DEEPI

3.2.1.2. Proyecciones y Estimaciones de Crecimiento Poblacional

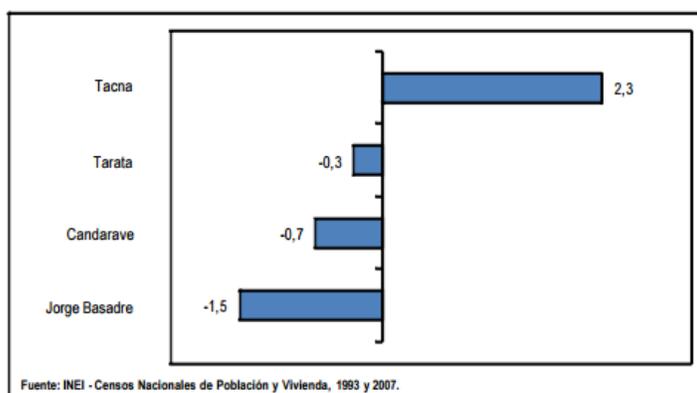
La tasa de crecimiento promedio anual, es el indicador que evalúa la velocidad del incremento anual de la población en términos relativos. Al observar el comportamiento de la población censada a nivel provincial de los Censos 1993 y 2007, el mayor incremento se presenta en la provincia de Tacna, con un aumento en el volumen de su población de 39,2%, creciendo a un ritmo promedio anual de 2,3%, que equivale a 5 mil 284 habitantes por año.

²⁹ INEI y Dirección Técnica de Demografía / Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática 2013.

CUADRO 7: TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION CENSADA 1981 - 2007.

Provincia	1981-1993	1993-2007
Total	3,6	2,0
Tacna	4,6	2,3
Candarave	0,3	-0,7
Jorge Basadre	-2,0	-1,5
Tarata	0,1	-0,3

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1981, 1993 y 2007.

GRAFICO 8: TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION CENSADA 1981 - 2007.

3.2.1.3. Composición según Género y Edad

Según Género

La composición de la población por sexo a nivel provincial presenta diferencias, así la población masculina es mayor que la femenina en tres provincias del departamento: Jorge Basadre (60,0%), Candarave (52,3%) y Tarata (51,5%). Sólo en la provincia de Tacna se presenta mayor proporción de mujeres respecto a los hombres, con 50,4%.

CUADRO 9: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION CENSADA POR SEXO 1993 Y 2007.

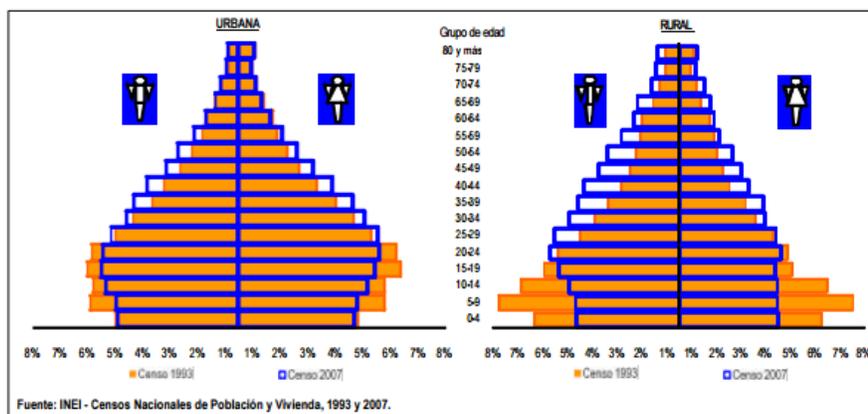
Provincia	Total	1993		Total	2007	
		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer
Total	100,0	51,2	48,8	100,0	50,0	50,0
Tacna	100,0	50,6	49,4	100,0	49,6	50,4
Candarave	100,0	50,8	49,2	100,0	52,3	47,7
Jorge Basadre	100,0	58,7	41,3	100,0	60,0	40,0
Tarata	100,0	53,6	46,4	100,0	51,5	48,5

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993 y 2007.

Según Edad

La pirámide de población urbana y rural presenta información sobre varias generaciones y los cambios en la estructura de la población por sexo y edad debido a los patrones históricos de fecundidad y mortalidad diferenciada por área de residencia, así lo muestran las pirámides de población para los años 1993 y 2007. Para el área urbana del departamento de Tacna, el Censo 2007, muestra una población en proceso de envejecimiento, la base de la pirámide continúa reduciéndose, y se incrementa en mayor proporción la población femenina que la población masculina a partir de los 75 años hasta los 80 y más años de edad.

GRAFICO 4: PIRAMIDE DE POBLACION CENSADA URBANA Y RURAL 1981 - 2007.



3.2.1.4. Fecundidad y Natalidad

La fecundidad es el componente positivo del crecimiento de una población. En este acápite, se incluye información de las características demográficas de las mujeres de 12 y más años de edad, relacionados con el número promedio de hijos nacidos vivos por mujer, el número de madres, madres solteras y madres adolescentes, elementos, entre otros, que permiten explicar y analizar el comportamiento reproductivo de la población, de gran utilidad para el diseño, formulación y ejecución de políticas públicas.

Promedio de hijos nacidos vivos por mujer según grupos de edad

De acuerdo con los resultados del Censo 2007, la población de mujeres en edad fértil (MEF), asciende a 85 mil 166 mujeres, que representa el 59,0% del total de mujeres del departamento.

CUADRO 10: NUMERO PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, 1993 Y 2007.

Grupos de Edad	1993			2007		
	Mujeres en edad fértil	Hijos nacidos vivos 1/	Promedio hijos por mujer	Mujeres en edad fértil	Hijos nacidos vivos 1/	Promedio hijos por mujer
Total	80 112	108 105	1,8	85 166	117 002	1,4
15 - 19	12 492	1 532	0,1	14 065	1 322	0,1
20 - 24	12 195	8 520	0,7	14 597	7 165	0,5
25 - 29	10 517	16 220	1,5	14 426	14 851	1,0
30 - 34	8 605	20 510	2,4	12 928	20 928	1,6
35 - 39	6 900	21 939	3,2	11 805	24 987	2,1
40 - 44	5 325	20 923	3,9	9 687	24 824	2,6
45 - 49	4 078	18 461	4,5	7 658	22 925	3,0

1/ Excluye NEP.

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993 y 2007.

En el departamento de Tacna, el promedio de hijos por mujer era de 1,8 hijos en 1993 y bajó a 1,4 hijos por mujer en el 2007, presentando una disminución de 0,4 hijos por mujer.

Promedio de hijos nacidos vivos por mujer según provincia

La paridez media o el número promedio de hijos por mujer está disminuyendo en relación a 1993, en todas las provincias del departamento del Tacna. Para un mejor análisis, se han agrupado las provincias según la paridez media de las mujeres, un primer grupo formado por las provincias que tienen mayor número promedio de hijos por mujer y coincidentemente son provincias ubicadas en la Sierra: Candarave (1,9 hijos), Tarata (1,8 hijos), y el segundo grupo compuesto por las provincias que tiene menor número promedio de hijos por mujer: Jorge Basadre con 1,6 hijos por mujer y Tacna con 1,3 hijo cada una; estas provincias son de la costa.

CUADRO 11: NUMERO PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS, 1993 Y 2007.

Provincia	Mujeres en edad fértil		Hijos nacidos vivos 1/		Promedio hijos por mujer	
	1993	2007	1993	2007	1993	2007
Total	60 112	85 166	108 105	117 002	1,8	1,4
Tacna	53 629	79 013	92 947	106 191	1,7	1,3
Candarave	2 095	2 040	5 626	3 867	2,7	1,9
Jorge Basadre	2 787	2 273	5 427	3 627	1,9	1,6
Tarata	1 601	1 840	4 105	3 317	2,6	1,8

1/ Excluye NEP.

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993 y 2007.

Porcentaje de hijos fallecidos por provincia

En las provincias del departamento de Tacna, según el Censo del 2007, se observa que Tacna presenta el mayor número de hijos fallecidos (10 864)

CUADRO 12: NUMERO PROEMDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y FALLECIDOS, 1993 Y 2007.

Provincia	Hijos nacidos vivos 1/		Hijos fallecidos 1/			
	1993	2007	1993	2007	%	
					1993	2007
Total	162 453	206 164	18 788	13 194	11,6	6,4
Tacna	134 922	182 637	14 378	10 864	10,7	5,9
Candarave	10 425	8 546	1 901	886	18,2	10,4
Jorge Basadre	8 014	6 512	622	409	7,8	6,3
Tarata	9 092	8 469	1 887	1 035	20,8	12,2

1/ Excluye a las mujeres que no declararon el total de hijos nacidos vivos o hijos fallecidos.
Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993 y 2007.

3.3. ANALISIS Y DIAGNOSTICO DEL LUGAR

3.3.1. Aspecto Físico Espacial

3.3.1.1. Ubicación y Localización

El terreno se encuentra ubicado en el Distrito de Tacna que pertenece a la provincia de Tacna, tiene un área de 7,109.56 m², se ubica en la Av. Manuel A. Odria (vía principal de acceso al terreno) además limita con la avenida Cristo Rey y Calle s/n.

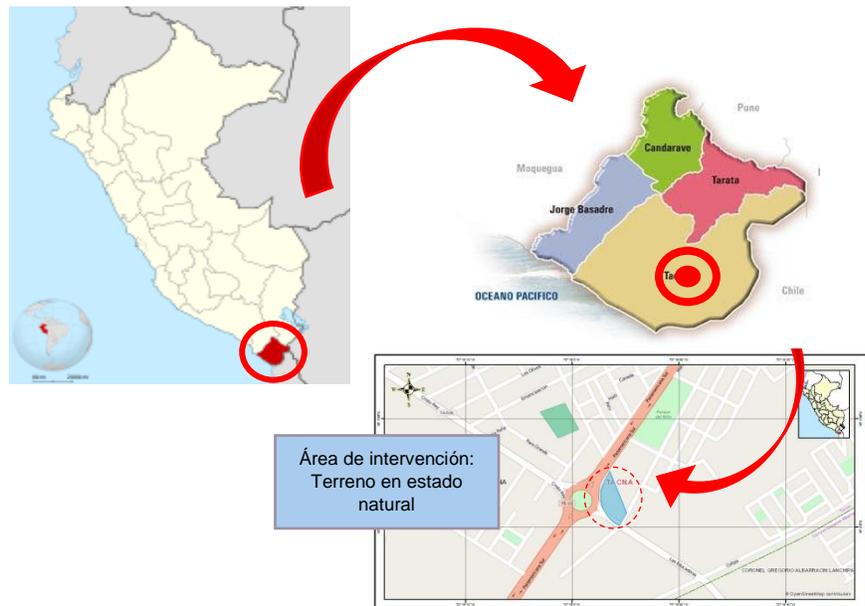
La zonificación según el nuevo plan de Desarrollo Urbano Tacna 2014 – 2023 corresponde a Otros Usos (OU), en una zona residencial media rodeado por algunas casas, equipamientos de recreación.

El perímetro del terreno es el siguiente; por el norte en línea quebrada en tres tramos de 27.79, 36.71 y 5.40 ml., con la Avenida Manuel A. Odria, por el Este en

línea recta de 129.82 ml., con Parque de la Asociación de Vivienda Villa Magisterial, por el Oeste en línea quebrada de seis tramos de 30.72, 23.07, 14.75, 14.75, 14.75 y 14.75 ml., con la Avenida y Ovalo Cristo Rey y por el Sur en línea quebrada de tres tramos de 10.10, 8.70 y 28.51 ml., con la Calle s/n.

El terreno se encuentra con inscripción en SUNARP (Súper Intendencia Nacional de Registros Públicos) a favor de la Dirección Regional de Agricultura Tacna.

IMAGEN 22. UBICACIÓN DEL TERRENO



Fuente: Elaboración propia.

IMAGEN 23. VISTA PANORAMICA DEL TERRENO

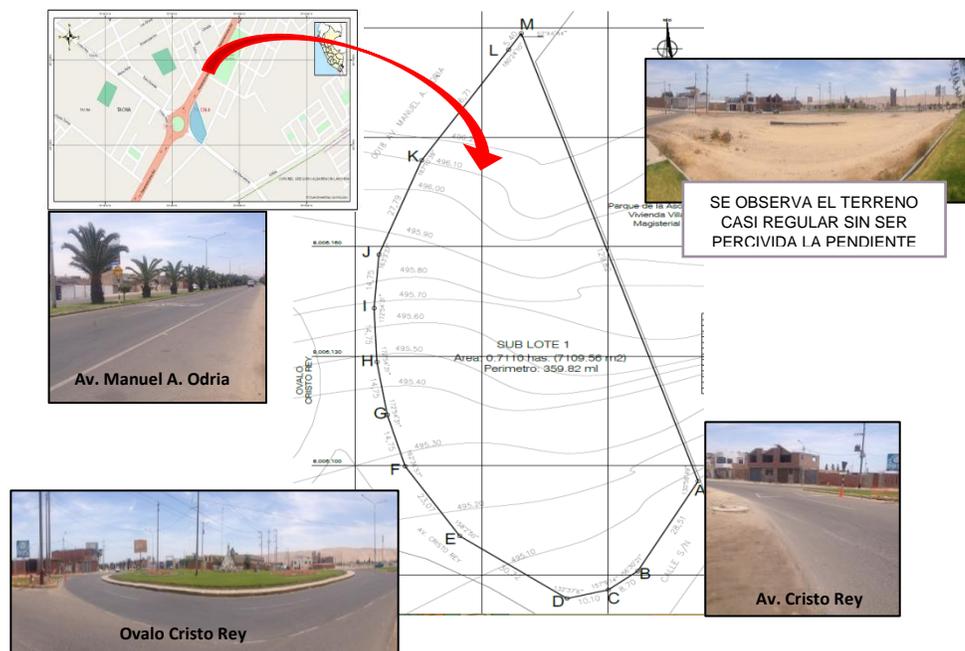


3.3.1.2. Topografía

El terreno tiene una topografía plana y regular con una pendiente suave de un 5% promedio con dirección norte – sur, se observa un terreno casi regular, con una superficie del terreno semi – llano y pedregoso.

La zonificación es de R3 por lo que se puede establecer edificaciones de densidad media.

IMAGEN 24. TOPOGRAFIA



Fuente: Elaboración propia.

3.3.1.3. Estructura Urbana (usos de suelo)

- **Usos de Suelos**

En la investigación de suelos mediante la apertura de calicatas tomadas como muestra. No se detectó la presencia de nivel freático.

IMAGEN 25. USOS DE SUELO



Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 13: CARACTERISTICAS

CARACTERISTICAS DEL SUELO	
Permeabilidad	Moderada
Fertilidad y productividad	Media
Salinidad	Baja
Susceptibilidad a la erosion	Nula
Aprovechamiento actual	Cultivo de áreas verdes
Capacidad portante de suelo	2.5kg/cm2

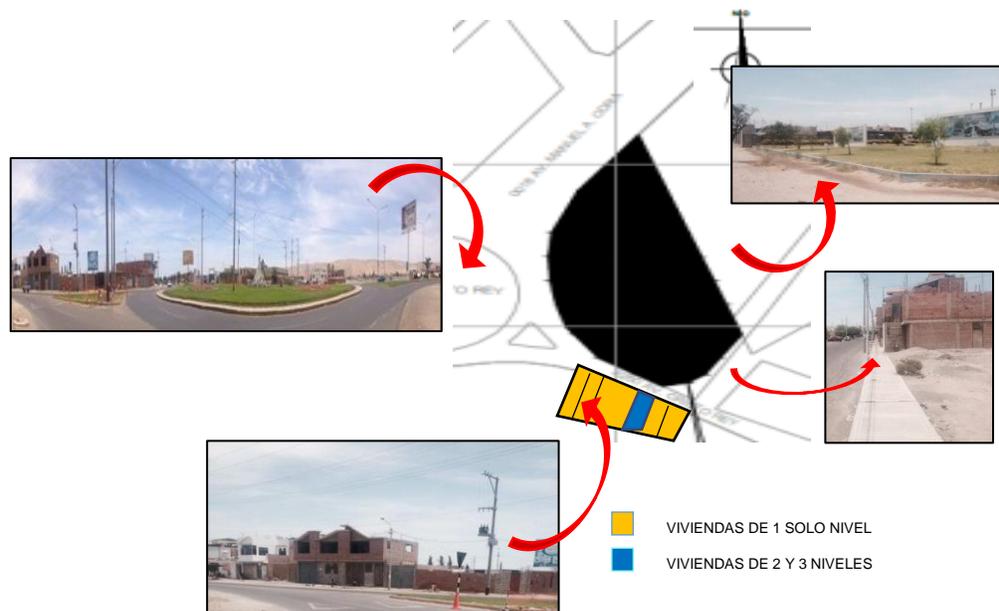
3.3.1.4. Expediente Urbano

3.3.1.4.1. Perfil Urbano

Dentro del área de estudio encontramos zonas consolidadas por equipamientos de vivienda y recreativos.

En el entorno del terreno se puede apreciar edificaciones de uno y dos niveles.

IMAGEN 26. PERFIL URBANO



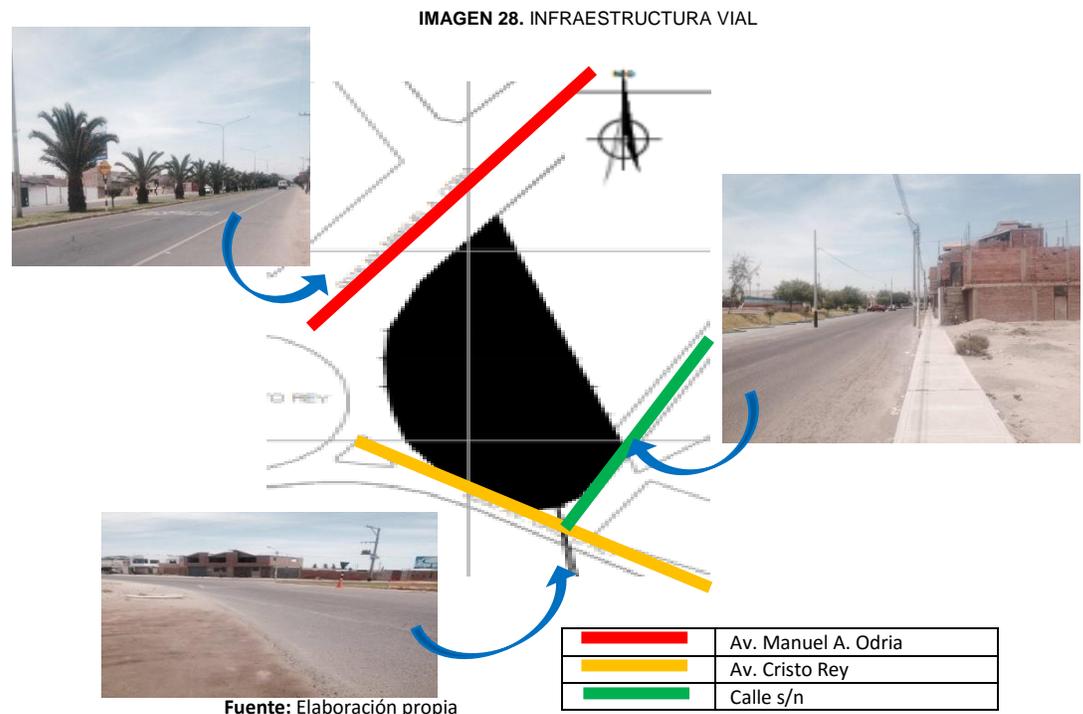
Fuente: Elaboración propia.

3.3.2. Vialidad

3.3.2.1. Infraestructura vial

El área de estudio se encuentra totalmente consolidada teniendo dos puntos de accesos al terreno siendo el principal por la Av. Manuel A. Odria por ser la más transitada y de doble vía. La misma que tiene acceso directo a la Calle s/n, también está al presencia del Ovalo Cristo Rey.

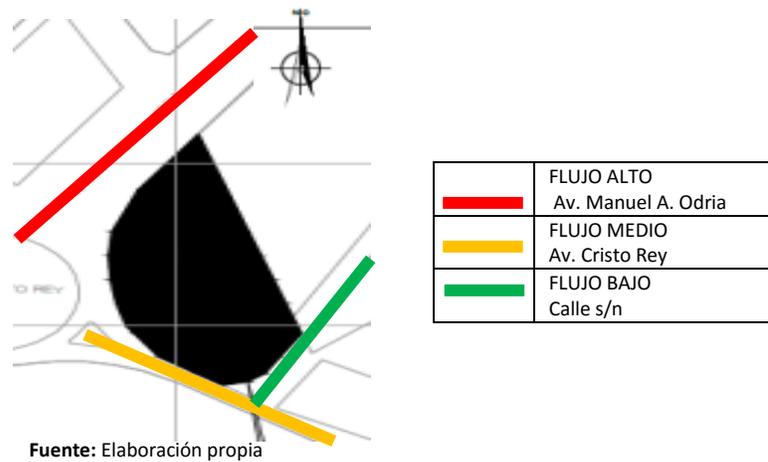
- Acceso Vehicular: La vía principal de acceso al terreno es la Av. Manuel A. Odria.
- Acceso Peatonal: El área de estudio se interconecta peatonalmente por la via principal Av. Manuel A. Odria y por la Av. Cristo Rey.



3.3.2.2. Transporte

La intensidad de flujo vehicular representa una variable importante en la zona de estudio la misma que se clasifica en tres tipos por su consideración e importancia las que conectaran con el sector de estudio donde se desarrollara el proyecto.

IMAGEN 29. FLUJO VEHICULAR



3.3.3. Infraestructura de Servicios

3.3.3.1. Agua

En el Distrito la Entidad Prestadora de Servicios (EPS) tiene a su cargo la prestación del servicio de agua potable.

Cabe resaltar que la ciudad de Tacna, se encuentra en zona desértica, por lo tanto el recurso hídrico para consumo humano es insuficiente.

CUADRO 12. ABASTECIMIENTO DE AGUA

Categorías	Casos	%
Red pública Dentro (Agua potable)	12,086	54.99%
Red Pública Fuera	767	3.49%
Pilón de uso público	8,439	38.40%
Camión, cisterna	182	0.83%
Pozo	92	0.42%
Río, acequia	9	0.04%
Vecino	262	1.19%
Otro	141	0.64%
Total	21,978	100.00%

Fuente: Censo XI de Población y VI de Vivienda - 2007

3.3.3.2. Desagüe

En el Distrito se está manejando el sistema de tratamiento de aguas servidas y su reversión al uso agrícola, tiene dos plantas de tratamiento de aguas servidas desde hace 25 años, con una capacidad de

100l/s en 4 lagunas de aireación, el inconveniente es que está actualmente en una zona poblacional, que ocasiona trastornos al medio ambiente y a la salud.

CUADRO 12. ABASTECIMIENTO DE AGUA

Categorías	Casos	%
Red pública dentro de la Viv.	11,752	53.47%
Red pública fuera de la Viv.	534	2.43%
Pozo séptico	2,225	10.12%
Pozo ciego	3,878	17.64%
Río, acequia	484	2.20%
No tiene	3,105	14.13%
Total	21,978	100.00%

Fuente: Censo XI de Población y VI de Vivienda - 2007

3.3.3.3. Energía Eléctrica y Telefónica

El Distrito, recibe energía de las Centrales hidroeléctricas Aricota I y II y de las termoeléctricas de Calana y Para. Se tiene que el 70.67% posee alumbrado, y una gran parte de la población 29.33% no posee alumbrado en sus viviendas por lo que el tipo de alumbrado que utilizan son velas, kerosene que se utiliza como combustible de mecheros y lamparines, petróleo/gas (lámpara) y otros.

3.3.4. Características Físico Naturales

3.3.4.1. Clima

El distrito de Tacna, por su ubicación geográfica dentro de la zona climática subtropical presenta características propias de un clima templado cálido; donde las

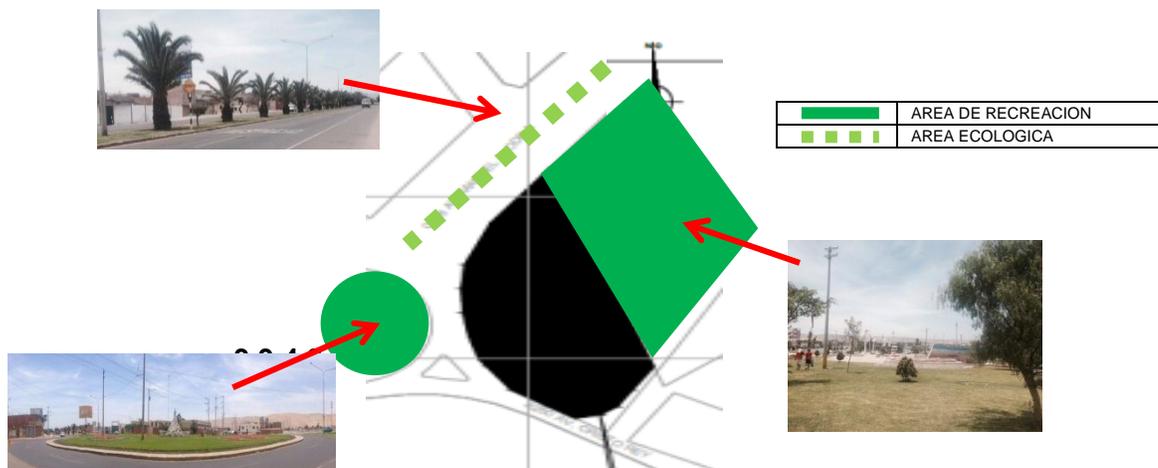
temperaturas oscilan regularmente entre el día y la noche; las lluvias son insignificantes e irregulares en años normales; existe alta nubosidad; y se perciben dos estaciones bien contrastantes: el verano (Diciembre – Marzo) y el invierno (Julio – Setiembre), mientras que el otoño y la primavera son estaciones intermedias.

3.3.4.2. Vegetación

En sector analizado posee áreas verdes, tales como el Parque de la Asociación de Vivienda Villa Municipal que es colindante directo con el terreno del estudio y el Parque del Niño, también se observa vegetación en la Av. Manuel A. Odria.

- Vegetación Vertical: son los diversos árboles presentes en los parques colindantes y en la Av. Manuel A. Odria.

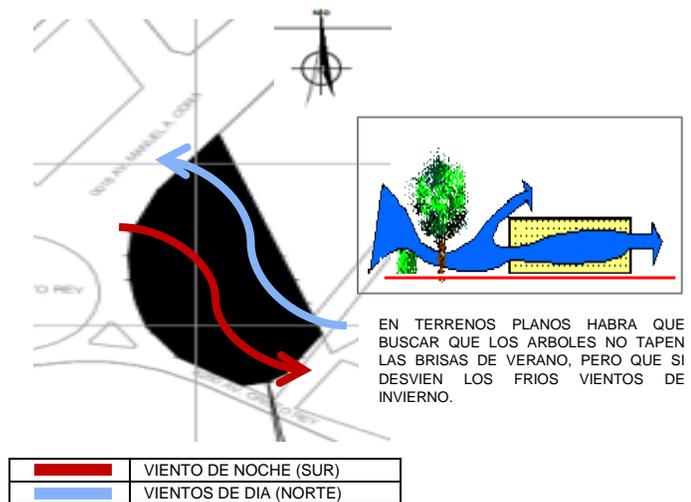
IMAGEN 30. VEGETACION



Las velocidades medias de los vientos en el área de estudio son:

- En el mes de marzo, abril y mayo, el rumbo dominante del viento es el sur-este con una velocidad media de 5.2km/hora conociéndose con el nombre de ventisca.
- El viento presenta mayor velocidad en época seca que en la lluviosa.
- En la zona sur del terreno, las brisas del sur de cierta manera son obstaculizadas por las viviendas circundantes, ayudando a que estas no incidan de forma directa con el lugar, lo que provoca que la velocidad sea moderada y dispersa, convirtiéndola en un factor climatológico importante y característico del lugar en relación a su entorno.

IMAGEN 31. VEGETACION



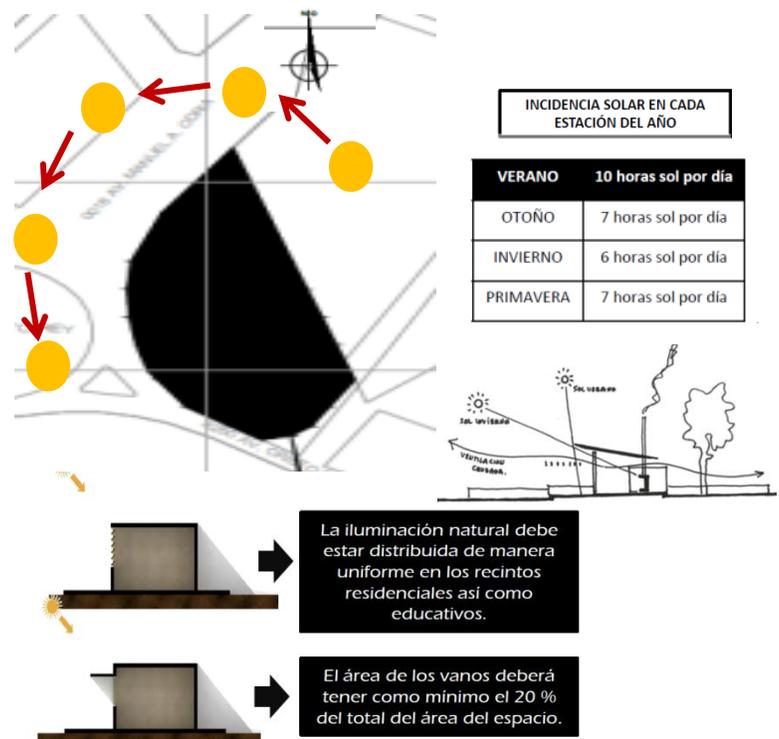
Fuente: Elaboración propia

3.3.4.4. Asoleamiento

En la realización de un proyecto es necesario conocer la incidencia de los rayos solares y cómo influyen en este para alcanzar el confort térmico adecuado de la propuesta.

- La zona de estudio recibe una incidencia solar de 10 horas de sol por día y en invierno 6 horas de sol por día.
- Dentro de la zona existe control solar por la vegetación arbórea presente que interceptan y bloquean el asoleamiento.

IMAGEN 32. ASOLAMIENTO



Fuente: Elaboración propia

3.4. ASPECTOS TECNOLOGICOS COSNSTRUCTIVOS EN EL ENTORNO

3.4.1. Tecnología Constructiva

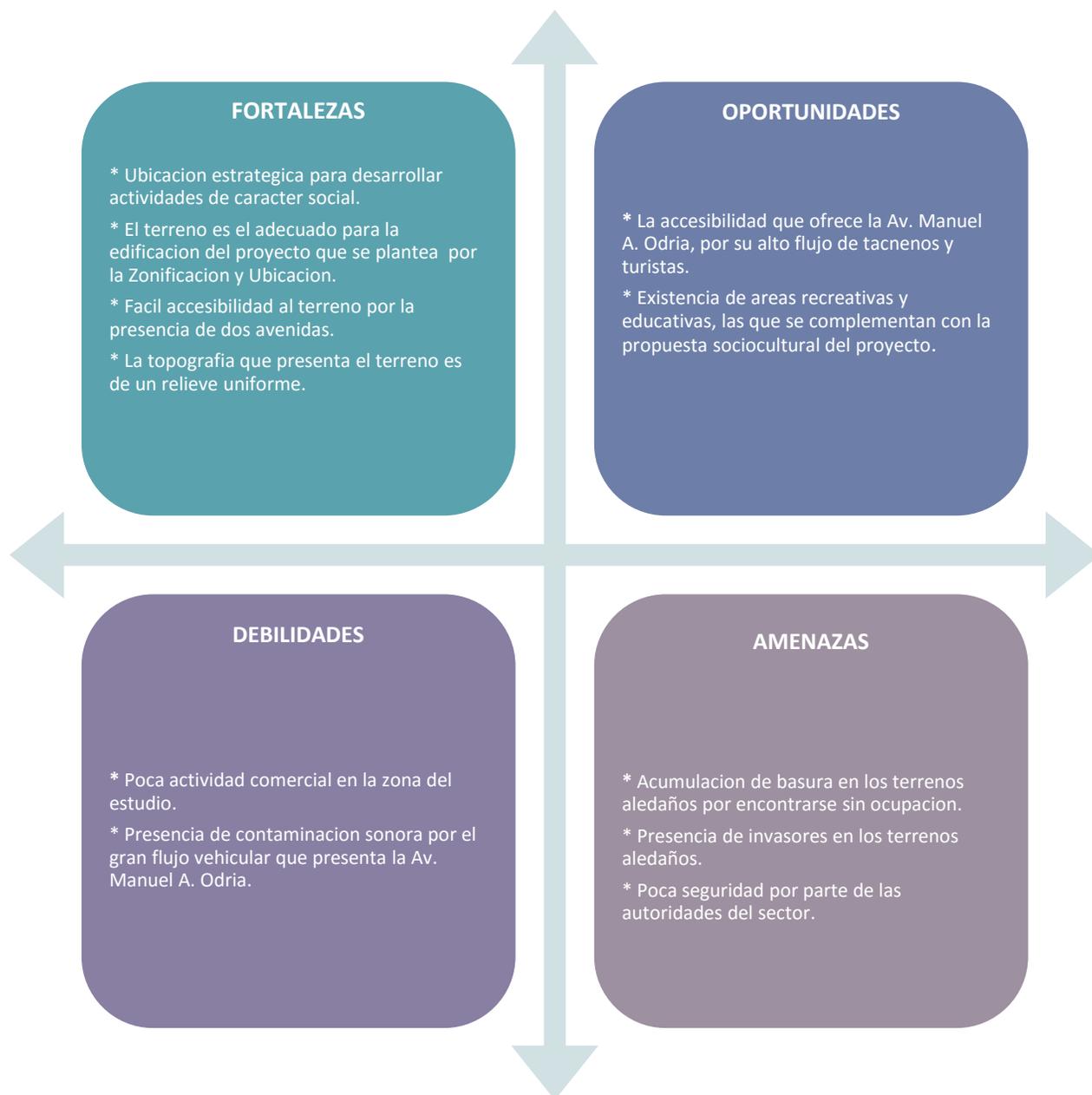
La tecnología constructiva utilizada y predominante en las viviendas son de material noble, también adobe y en las zonas más alejadas aún se utilizan esteras, en cuanto al estado de conservación y la altura de edificación el distrito presenta en su mayoría edificaciones de 3 niveles, 2 niveles y 1 nivel.

3.4.2. Materiales Constructivos

Los materiales de construcción utilizados en el distrito se caracterizan por ser de un sistema constructivo en concreto armado con albañilería en ladrillo y edificaciones con sistema constructivo en concreto armado con albañilería en bloqueta.

En relación a este tipo de clasificación se ha determinado que se encuentran entre vulnerabilidad media a baja, pero su vulnerabilidad finalmente será determinada por el estado de conservación de estas viviendas ya sea regular a malo podrían determinar una Vulnerabilidad Alta.

3.5. ANALISIS FODA



3.6. CONCLUSIONES

- La zona de estudio se encuentra alejada de la zona donde se realizan actividades comerciales, convirtiéndose en una zona de paso lo que contribuye a la comodidad del usuario.
- El sector de estudio cuenta con todos los servicios básicos consolidados permitiendo las condiciones necesarias para la población.
- Los equipamientos más cercanos son de tipo recreativo, lo que beneficia a la población proporcionando actividades recreativas y pasivas.
- La trama urbana del sector es ordenada y en su mayoría homogénea, permitiendo generar vías de fácil acceso al terreno.
- la consolidación urbana que presenta el sector de estudio ayuda al entorno y el desarrollo comunitario.

CAPITULO IV

MARCO NORMATIVO

4.1. MARCO NORMATIVO NACIONAL

4.1.1. Constitución Política del Perú. Particularmente en los artículos 2.1º, que consagra el derecho a la vida, identidad, integridad moral, psíquica y física y al libre desarrollo y bienestar; el 2.2º que hace referencia a la igualdad.

4.1.2. LEY N° 27591 del 12 DIC2001 – “LEY QUE EQUIPARA LA DURACIÓN DEL PERMISO POR LACTANCIA DE LA MADRE TRABAJADORA DEL RÉGIMEN PRIVADO CON EL PÚBLICO”. Art. 1º.- “... Modificase el párrafo 1.1 del Artículo 1º de la Ley N° 27240, por el siguiente texto:” 1.1.- “La madre trabajadora al término del período post natal tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que su hijo tenga un año de edad. Este permiso podrá ser fraccionado en dos tiempos iguales y será otorgado dentro de su jornada laboral.”

4.1.3. Ley N 28048, Ley de Protección a favor de la Mujer Gestante. Art 1.- “... derecho a no realizar labores que pongan en riesgo la salud de la mujer y/o e desarrollo normal del embrión y el feto es de aplicación a toda trabajadora durante el periodo de gestación.”

4.1.4. Decreto Supremo N 009-2004-TR. Art. 2.- “... 1. Riesgos generados por las condiciones de trabajo durante el periodo de gestación, 2 Riesgos adicionales derivados de cambios fisiológicos en la mujer gestante.”

4.2. ARQUITECTURA HOSPITALARIA

- 4.2.1. **Norma Técnica N 708-94-SA/DM. 94**, para la elaboración de Proyectos Arquitectónicos de Centros de salud.
- 4.2.2. **Norma Técnica N 861-95-SA/DM. 95**, Norma de Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.
- 4.2.3. **Norma Técnica N 072-99-SA/DM**, para el diseño de Elementos de Apoyo para personas con Discapacidad en los establecimientos de Salud.
- 4.2.4. **Norma Técnica N 069-2001-SA/DM**, para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de la Unidad de Emergencia de los establecimientos de salud.
- 4.2.5. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud en el año 1998, elaboro el Diagnostico del Sistema de Mantenimiento Hospitalario.
- 4.2.6. Estándares de Infraestructura y Equipamiento del Primer Nivel de Atención, se dan los lineamientos y requisitos mínimos que deben contar todos los establecimientos de salud en cuanto a organización, niveles de complejidad, procedimientos, equipos, materiales e insumos por servicios.
- 4.2.7. Norma Técnica para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, Ministerio de Salud – Dirección Ejecutiva de Normas Técnicas para Infraestructura en Salud.
- 4.2.8. Decreto Supremo No 002-92 SA Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

4.2.9. Decreto Supremo No 005-90 SA Aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.

4.2.10. Decreto Supremo No 039-70-VI y Decreto Supremo No 063-70-VI Aprueban el Reglamento Nacional de Construcciones.

4.3. REGLAMENTO NACIONAL DE EDIFICACIONES

Según el Reglamento Nacional de Edificaciones (R.N.E.), menciona lo siguiente:

4.3.1. Norma A.050 Salud. Art. 2. "... están comprendidas dentro de los alcances de la presente norma los siguientes tipos de edificaciones, Centro de Salud.- Establecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud y de complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud." Art. 4 "... Condiciones de habitabilidad y funcionalidad."

Art. 17 "...Tipo de Centro de Salud"

Tipo I: Centro de Salud sin Unidad de Internamiento y con Unidad de Ayuda al Diagnóstico.

Tipo II: Centro de Salud con Unidad de Internamiento y con Unidad del Centro Obstétrico y Quirúrgico, con énfasis en la atención madre – niño.

CAPITULO V

PROPUESTA

5.1. CONSIDERACIONES PARA LA PROPUESTA

5.1.1. Determinantes

El Terreno:

- La capacidad portante del terreno permite ejecutar edificaciones de regular capacidad.
- Los parámetros urbanísticos indican una zonificación OU, siendo compatible con el proyecto tipo Salud.
- La accesibilidad tanto peatonal y vehicular sea pacientes y público es fluida y efectiva.
- Como indica el RNE no se encuentra cerca a zonas industrial, establos, crematorios, basurales, depósitos de combustible e insecticidas, fertilizantes, morgues, cementerios, mercados o tiendas de comestibles y en general evitar la proximidad a focos de insalubridad e inseguridad.
- Teniendo en cuenta los factores climáticos como vientos dominantes, temperatura, el clima predominante, las precipitaciones pluviales, etc, el terreno cuenta con buen clima no presenta los factores climáticos mencionados.
- Existen todos los servicios con los que debe contar los terrenos destinados a Salud como indica el RNE, tales como abastecimiento de agua potable, disponibilidad de desagüe y drenaje, energía eléctrica y red telefónica y comunicaciones.
- Finalmente, cuenta con las características básicas para desarrollar un equipamiento de salud mencionada en el RNE, topografía mínima predominantemente plano, alejada de las zonas sujetas a aludes, huaycos, etc.

5.1.2. Criterios de Diseño

De acuerdo a la propuesta planteada se mencionan los criterios tomados para el desarrollo del diseño:

5.1.2.1. Aspecto Formal

Formas puras permiten optimizar el ingreso de luz, optándose por utilizar texturas y tramas, también muros cortinas permitiendo un ingreso de luz más lúdico para contribuir a una circulación clara y sencilla donde la luz natural sea protagonista.

IMAGEN 33. CRITERIOS DE DISEÑO – ASPECTO FORMAL



IMAGEN 32. ILUMINACION NATURAL



Escala y proporciones:

El ambiente que se requiere para las madres es importante para su recuperación, por lo que es necesario que los espacios resulten ser acogedores, cómodos, se desea generar un ambiente relajante, se puede jugar con alturas para dar sensaciones de tranquilidad, en ambientes de consultas se puede utilizar dobles alturas para no abrumar a la paciente por el estado en que se encuentra.

IMAGEN 34. ESCALA PROPORCIONES**Color:**

Para que una habitación esté bien iluminada los colores deben ser claros, un matiz intenso podrá ser efectivo para darle más vida al espacio, pero reduce notablemente la claridad de la habitación.

IMAGEN 35. COLOR

5.1.2.2. Aspecto Funcional

Mobiliario y Equipamiento:

Existen espacios que necesitaran equipamiento específico para realizar las funciones correspondientes, como la sala de operaciones y los consultorios que necesitan equipamiento especializado, o el comedor que necesitan mesas sillas específicas.

5.1.2.3. Premisas de Diseño

Relación con el entorno:

El equipamiento debe tener relación con el entorno, por lo que las alturas se manejan de acuerdo a él. La arquitectura debe respetar formas y lenguaje, proporciones y materiales. La escala que se debe manejar debe ser relativa a la villa residencial que colinda con el terreno, las áreas verdes presentes para contribuir con el entorno en el cual están presentes.

Recubrimiento del equipamiento (Techos Verdes)

De acuerdo al entorno en el cual se observa la presencia de áreas recreativas como parques y plazas se ha tomado como premisa de diseño utilizar Techos Verdes.

Techos Verdes.- Es el techo de un edificio que está parcial o totalmente cubierto de vegetación, ya sea en suelo o en un medio de cultivo apropiado. Son tecnologías usadas en los techos para mejorar el hábitat o ahorrar consumo de energía, es decir tecnologías que cumplen una función ecológica. Se

pueden instalar techos verdes casi en cualquier superficie de entrepiso o azotea ya sea plana o inclinada

IMAGEN 36 TECHO VERDE

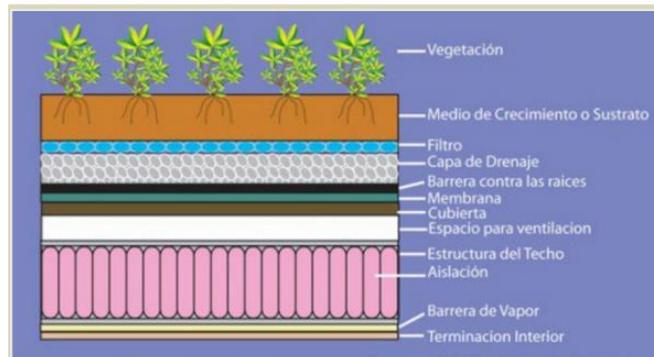


Funcionamiento de un Techo Verde: Un techo verde funciona como un micro habitat en las azoteas y techos de edificios. Funcionan también técnicamente para evitar daños al edificio que los soporta. En la estructura de un techo verde, existen principalmente 6 capas que lo componen:

- Capa vegetal (compuesta por las plantas, pastos y flores que se sembrarán en la superficie).
- Material para crecimiento de las plantas
- Capa o tela de filtración (contiene a la tierra y a las raíces, pero permite el paso del agua para drenar.)
- Capa de drenado y captación de agua pluvial (compuesta por arenas u otros materiales de grano grande que permiten el paso del agua pero no otros compuestos sólidos, y la almacenan o canalizan para su uso posterior)
- Barrera de raíces

- Membrana impermeable (detiene el paso de agua y humedades a la parte estructural de la azotea).

IMAGEN 37 CAPAS DE UN TECHO VERDE



Debido a la concentración de edificios y tránsito vehicular, la vida en nuestras ciudades se ha vuelto insana. Los autos y la calefacción consumen el escaso oxígeno de hoy día y producen sustancias nocivas en abundancia. Enormes superficies de hormigón y asfalto llevan a un sobrecalentamiento de la atmósfera de las zonas urbanas y dan lugar a que la suciedad y partículas de sustancias nocivas que se depositan en el suelo, suban en remolino por el calor generado y se desparramen sobre la ciudad entera.

Iluminación

La luz natural puede ingresar a los distintos espacios de diferentes maneras, lo que se desea en este tema es que la luz ingrese de manera moderada y en cantidades aprovechables para el usuario.

Existen distintas formas de aprovechar la luz natural como persianas, celosías, teatinas, entre otra; puede

ingresar directa o indirectamente, de manera lateral o cenital. Hay distintas formas de atenuar la cantidad de luz para que no entre de manera abrupta y desproporcionada.

Ventilación

Así como es importante la iluminación natural en los principales espacios de internamiento, sala de operaciones, consultorios, etc. Lo es también la ventilación, si es posible natural.

Además, el cuadernillo de normas técnicas de MINSA37 indica que “Todos los ambientes para uso de pacientes, personal, y público en general deberá tener ventanas que abran hacia el exterior.”³⁰

No está permitido abrir las ventanas hacia los corredores, pasajes de circulación internos y cubiertos. 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.”

³⁰ Minsa37 1994.15

5.2. Programación

5.2.1. Programación Cualitativa

UNIDAD	DESCRIPCION	ACTIVIDADES	AMBIENTE	SUB AMBIENTES
UNIDAD DE ADMINISTRACION	Unidad encargada de la administración de los recursos humanos, materiales y de la atención al paciente para su admisión ala establecimiento de salud.	Información verbal y escrita al publico	HALL	
		Recepción de nuevos pacientes	ADMISION	
			ARCHIVOS DE HISTORIA CLINICAS	
		Recepción de dinero	CAJA	
		Apoyo a la jefatura	SECRETARIA	
		Apoyo administrativo	OFICINA DE CONTABILIDAD, LOGISTICA Y PERSONAL	
		Funciones administrativas	DIRECTORIO + SH	
			SERVIC SOCIAL	
UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA	Unidad encargada de brindar atención integral al paciente ambulatorio	Funciones administrativas	SALA DE REUNIONES + KITCH	
			SALA DE ESPERA	
		Control mensual de la mujer	CONSULTORIOS DE LA MUJER	Consultorio de Ginecológico
		Control mensual de la mujer gestante		Consultorio de Control Prenatal
		Control mensual de la mujer adolescente		Consultorio de Obstetricia Mujer Adolescente
		Atención del recién nacido	CONSULTORIOS DEL NEONATO	Consultorio de Atención integral del niño sano
		Atención del neonato hasta 28 dias después de nacer, , vacunas, crecimiento y desarrollo, control de nutrición		Consultorio de Pediatría - Neonatología
		Atención de salud de paciente adulto	CONSULTORIO DE ODONTOLOGIA	Consultorio de Odontología
			CONSULTORIO DE PSICOLOGIA	Consultorio de Psicología
		Control de nutrición de la mujer y madre gestante	CONSULTORIO DE NUTRICION	Consultorio de nutricion para la madre gestante
			SSH PUBLICOS H/M/ DISCAPACITADOS	

UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO	Unidad encargada de dar apoyo al medico con los exámenes auxiliares, imagenología y estudios necesarios.		SALA DE ESPERA	
			FARMACIA	Entrega de medicinas almacén
		Toma de placas a los pacientes	RADIOLOGIA	Cuarto de revelado Sala Rayos X Archivo de placas Lectura de placas Vestidor
		Toma de ecografías	ECOGRAFIA	
		Recolección y análisis de las muestras de sangre, orina	LABORATORIO CLINICO	Toma de muestras Entrega de muestras almacén Laboratorio
UNIDAD DE VIGILANCIA MATERNA	Unidad encargada de la atención de la paciente que requiere permanecer en el establecimiento de salud por requerir vigilancia médica, cuidados de enfermería y apoyo con métodos de diagnóstico y tratamiento.		TOPICO ATENCION	
			TOPICO DE PREPARACION	
			SALA DE DILATACION	
			SALA DE MONITOREO MATERNO FETAL	
			SALA DE INDUCCION AL PARTO	
			SSHH PUBLICOS H/M	
CENTRO OBSTETRICO Y NEONATOLOGIA	Unidad encargada de prestar atención oportuna a la madre gestante y al recién nacido desde el trabajo de parto hasta el alumbramiento	Atención del alumbramiento	SALA DE PARTO	
		Esterilización de equipos e instrumentos	MATERIAL ESTERIL	
		Evaluación y primeros cuidados al recién nacido	ATENCION RECIEN NACIDO	
			VESTUARIOS	
		Atención de la puerpera	SALA DE PUERPERIO INMEDIATO	
		Atención a la gestante en trabajo de parto	TRABAJO DE PARTO + SH	
		Apoyo médico y cuidado del paciente	ESTACION DE ENFERMERAS	
		Atención y evaluación del recién nacido	SALA DE RECIEN NACIDO	
			SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS	
			CUNEROS	
			PUERPERIO MEDIATO	
Aseo del recién nacido	BAÑO DE ARTESA			

CENTRO QUIRURGICO			SALA DE OPERACIONES		
			MATERIAL ESTERIL		
	esterilización de material y ropa		CENTRO SUPLAE		
			VESTIDORES DE PERSONAL		
			AREA SUCIA		
			HOSPITALIZACION		
			HALL		
			SALA DE MONITOREO MATERNO FETAL		
UNIDAD DE EMERGENCIAS	Esta unidad se ubica independientemente de las otras unidades	Informes	RECEPCION		
			SALA DE ESPERA		
		Atención al paciente	TRIAJE		
		Supervisión de la unidad	OFICINA MEDICO		
		Zona de sillas de ruedas y camillas	DEPOSITO		
			SSH PUBLICO H/M/ DISCAPACITADO		
		Evaluación al paciente	TOPICOS (GINECO - OBSTETRICIA y NEONATOLOGIA)		
		Observación del paciente	SALA DE OBSERVACIONES		
		Evaluación del paciente	SALA DE ECOGRAFIAS		
		Apoyo Técnico	ESTACION DE ENFERMERAS		
		Descanso		ESTAR MEDICO + SH	
	VESTUARIOS H/M				
	DESCANSO DE ENFERMERAS + SH				
UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES	Esta unidad se ubica independientemente de las otras unidades	Mantenimiento	TALLER ELECTRICO		
			TALLER CARPINTERIA		
			TALLER MOBILIARIO		
		Preparacion de alimentos	COCINA CENTRAL	Almacen frios	
				Almacen secos	
			COMEDOR PERSONAL		
		Deposito de cadaveres	MUORTORIO	Espera de familiares	
		Mantenimiento	GRUPO ELECTROGENO Y SUBESTACION	CUARTO DE BOMBAS Y CALDEROS	
				CISTERNA	
		Almacenamiento de ropa	ROPERA		
Deposito de ropa sucia	OFICINA DE SANEAMIENTO Y VIGILANCIA				
Preparacion del personal	VESTIDORES H/M				
Almacenamiento	CENTRAL DE GASES				
Almacenamiento de viveres	ALMACEN DE DESCARGA				

SERV. COMPLEMENTARIOS	Componentes no asistenciales ni administrativos que conforman los establecimientos de salud.	Lugar de encuentro y de almuerzo	CAFETERIA + SSHH	
		Jueg, encuentro, difusion	SALA DE JUEGOS	
Parqueo		ESTACIONAMIENTO PUBLICO		
		ESTACIONAMIENTO PRIVADO MEDICOS		
		ESTACIONAMIENTO AMBULANCIAS		
Difusio, encuentro, esparcimiento		PLAZA PIRNCIPAL		
Lugar de encuentro, y esparcimiento personal medico pacientes		TERRAZAS		
Areas Verdes		JARDINES		
CENTRO DE DIFUSION		Conferencias, charlas, eventos para medicos y la comunidad	SUM	
			SSHH PUBLICO H/M/ DISCAPACITADO	
	Ejercicio para las gestantes	SALA DE PSICOPROFILAXIS		
	Recuperacion de las madres gestantes	SALA DE FISIOTERAPIA		

5.2.2. Programación Cuantitativa

UNIDAD	AMBIENTE	SUB AMBIENTES	M2/U	CANTIDAD	M2 TOTAL	
UNIDAD DE ADMINISTRACION	HALL		80.00	1	80.00	
	ADMISION		20.00	1	20.00	
	ARCHIVOS DE HISTORIA CLINICAS		18.00	1	18.00	
	CAJA		10.00	1	10.00	
	SECRETARIA		10.00	1	10.00	
	OFICINA DE CONTABILIDAD, LOGISTICA Y PERSONAL		18.00	1	18.00	
	DIRECTORIO + SH		18.00	1	18.00	
	SERVIC SOCIAL					
	SALA DE REUNIONES + KITCH		30.00	1	30.00	
					TOTAL	186.00
UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA	SALA DE ESPERA		40.00	1	40.00	
	CONSULTORIOS DE LA MUJER	Consultorio de Ginecologico	15.00	1	15.00	
		Consultorio de Control Prenatal	15.00	2	30.00	
		Consultorio de Obstetricia Mujer Adolescente	15.00	1	15.00	
	CONSULTORIOS DEL NEONATO	Consultorio de Atencion integral del niño sano	15.00	1	15.00	
		Consultorio de Pediatria - Neonatologia	15.00	1	15.00	
	CONSULTORIO DE ODONTOLOGIA	Consultorio de Odontologia	15.00	1	15.00	
	CONSULTORIO DE PSICOLOGIA	Consultorio de Psicologia	15.00	1	15.00	
	CONSULTORIO DE NUTRICION	Consultorio de nutricion para la madre gestante	15.00	1	15.00	
	SSHH PUBLICOS H/M/ DISCAPACITADOS		14.00	1	14.00	
					TOTAL	189.00

UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO	SALA DE ESPERA		20.00	1	20.00
	FARMACIA	Entrega de medicinas			
		almacen	15.00	1	15.00
	RADIOLOGIA	Cuarto de revelado			
		Sala Rayos X			
		Archivo de placas			
		Lectura de placas			
		Vestidor	30.00	1	30.00
	ECOGRAFIA	Toma de muestras	24.00	1	24.00
	LABORATORIO CLINICO	Toma de muestras			
Entrega de muestras					
almacen					
Laboratorio		22.00	1	22.00	
TOTAL					111.00
UNIDAD DE VIGILANCIA MATERNA	TOPICO ATENCION		20.00	2	40.00
	TOPICO DE PREPARACION		30.00	1	
	SALA DE DILATAION		40.00	1	40.00
	SALA DE MONITOREO MATERNO FETAL		20.00	1	20.00
	SALA DE INDUCCION AL PARTO		10.00	1	10.00
	SSHH PUBLICOS H/M		4.00	2	8.00
	TOTAL				
CENTRO OBSTETRICO Y NEONATOLOGIA	SALA DE PARTO		32.00	2	64.00
	MATERIAL ESTERIL		14.00	1	14.00
	ATENCION RECIEN NACIDO		12.00	1	12.00
	VESTUARIOS		5.00	2	10.00
	SALA DE PUERPERIO INMEDIATO		24.00	2	48.00
	TRABAJO DE PARTO + SH		40.00	1	40.00
	ESTACION DE ENFERMERAS		15.00	1	15.00
	SALA DE RECIEN NACIDO		24.00	1	24.00
	SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS		20.00	1	20.00
	CUNEROS		12.00	1	12.00
	PUERPERIO MEDIATO				-
	BAÑO DE ARTESA		10.00	1	10.00
	TOTAL				

CENTRO QUIRURGICO	SALA DE OPERACIONES		30.00	2	60.00	
	MATERIAL ESTERIL		14.00	1	14.00	
	CENTRO SUPLAE		20.00	1	20.00	
	VESTIDORES DE PERSONAL		7.00	2	14.00	
	AREA SUCIA		14.00	2	28.00	
	HOSPITALIZACION		30.00	2	60.00	
	HALL		30.00	1	30.00	
	SALA DE MONITOREO MATERNO FETAL		15.00	1	15.00	
			TOTAL		136.00	
UNIDAD DE EMERGENCIAS	RECEPCION		8.00	1	8.00	
	SALA DE ESPERA		25.00	1	25.00	
	TRIAJE		15.00	1	15.00	
	OFICINA MEDICO		15.00	1	15.00	
	DEPOSITO		10.00	1	10.00	
	SSHH PUBLICO H/M/ DISCAPACITADO		4.00	2	8.00	
	TOPICOS (GINECO - OBSTETRICIA y NEONATOLOGIA)		15.00	1	15.00	
	SALA DE OBSERVACIONES		15.00	1	15.00	
	SALA DE ECOGRAFIAS		15.00	1	15.00	
	ESTACION DE ENFERMERAS		15.00	1	15.00	
	ESTAR MEDICO + SH		12.00	1	12.00	
	VESTUARIOS H/M		7.00	2	14.00	
	DESCANSO DE ENFERMERAS + SH		12.00	1	12.00	
				TOTAL		179.00
UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES	TALLER ELECTRICO		12.00	1	12.00	
	TALLER CARPINTERIA		12.00	1	12.00	
	TALLER MOBILIARIO		12.00	1	12.00	
	COCINA CENTRAL	Almacen frios				
		Almacen secos		8.00	1	8.00
	COMEDOR PERSONAL		12.00	1	12.00	
	MUORTORIO	Espera de familiares	12.00	1	12.00	
	GRUPO ELECTROGENO Y SUBESTACION		10.00	1	10.00	
	CUARTO DE BOMBAS Y CALDEROS		10.00	1	10.00	
	CISTERNA		15.00	1	15.00	
	ROPERA		15.00	1	15.00	
	OFICINA DE SANEAMIENTO Y VIGILANCIA		10.00	1	10.00	
	VESTIDORES H/M		12.00	3	36.00	
	CENTRAL DE GASES		10.00	1	10.00	
	ALMACEN DE DESCARGA		20.00	1	20.00	
			TOTAL		194.00	

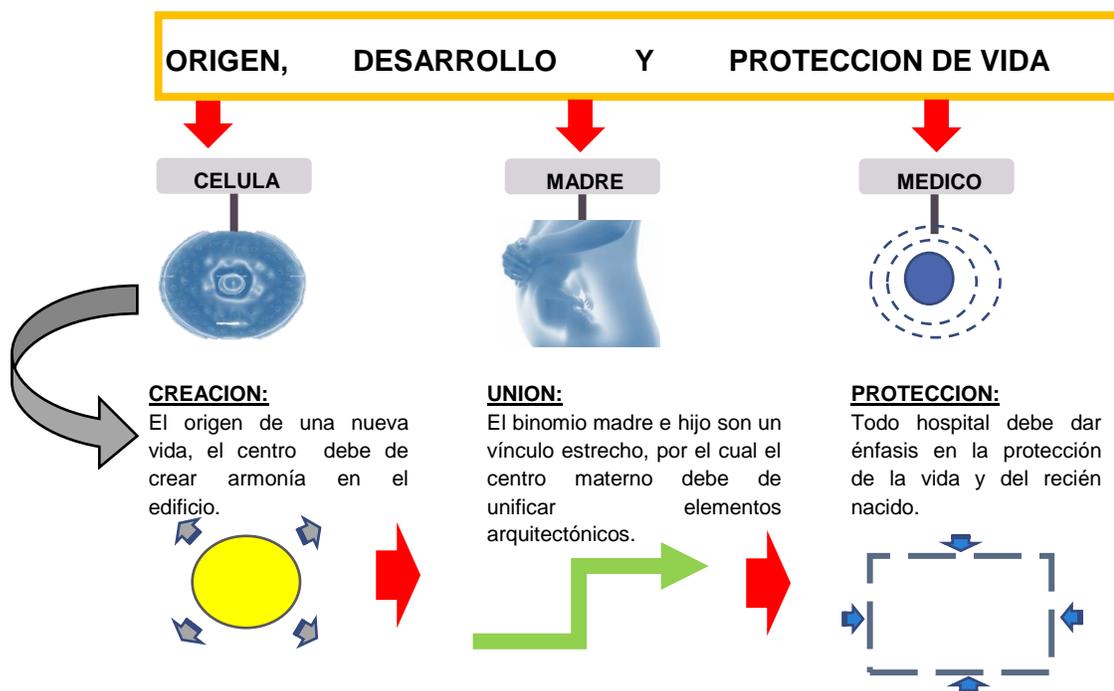
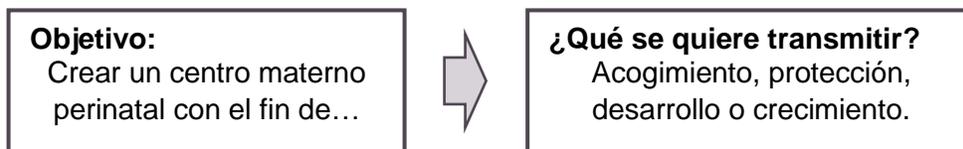
SERV. COMPLEMENTARIOS	CAFETERIA + SSHH		80.00	1	80.00
	SALA DE JUEGOS		30.00	1	30.00
					110.00
AREA LIBRE Y ESPACIOS DE ENCUETRO	ESTACIONAMIENTO PUBLICO		12.00	10	120.00
	ESTACIONAMIENTO PRIVADO MEDICOS		12.00	5	60.00
	ESTACIONAMIENTO AMBULANCIAS		15.00	1	15.00
	PLAZA PRINCIPAL		500.00	1	500.00
	TERRAZAS		80.00		1.00
	JARDINES				-
				TOTAL	696.00
CENTRO DE DIFUSION	SUM		110.00	1	110.00
	SSHH PUBLICO H/M/ DISCAPACITADO		12.00	2	24.00
	SALA DE PSICOPROFILAXIS		60.00	1	60.00
	SALA DE FISIOTERAPIA		45.00	1	45.00
					239.00
			TOTAL	2,291.00	
			(30% MUROS Y CIRCULACIONES)	800.30	
			TOTAL DE AREAS SUMADAS	3,091.30	

AREA TOTAL DEL TERRENO 6,050.00

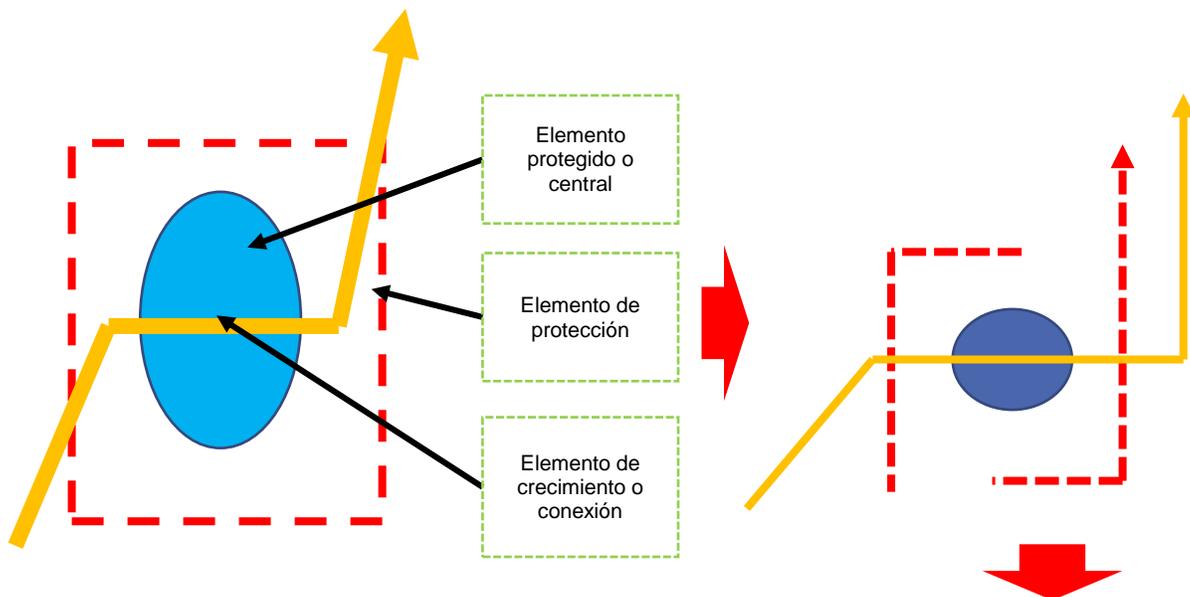
5.3. CONCEPTUALIZACION Y PARTIDO

5.3.1. Conceptualización Arquitectónica

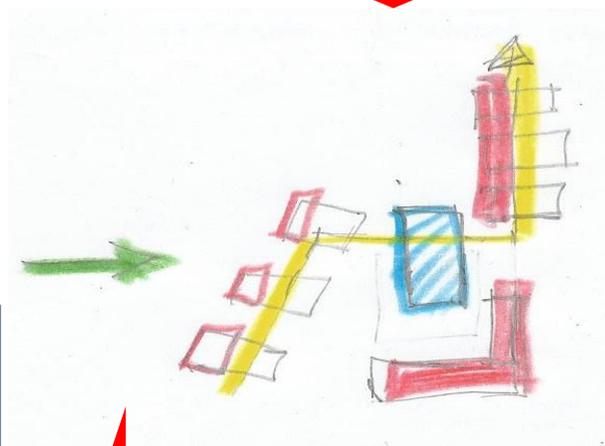
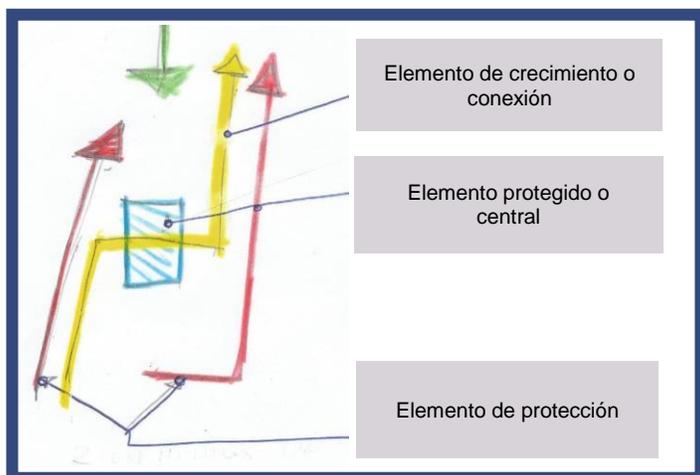
5.3.1.1. Concepto



5.3.1.2. Idea Rectora



IDEA RECTORA



5.3.1.3. Maqueta Conceptual 3D

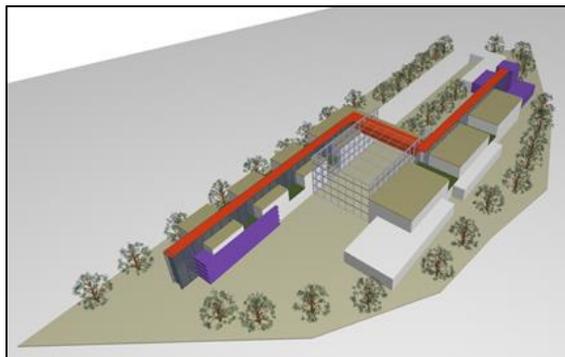
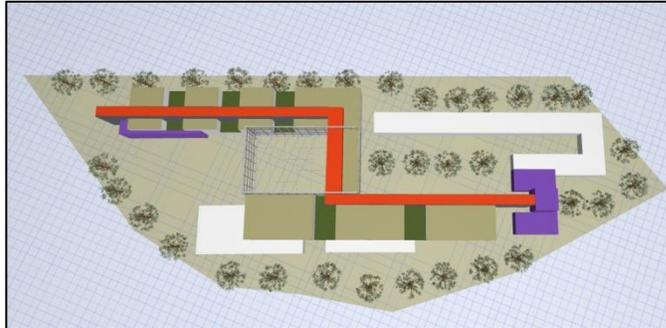
IMAGEN. CONCEPTUALIZACION



Fuente: Elaboración propia.

5.3.2. Partido Arquitectónico

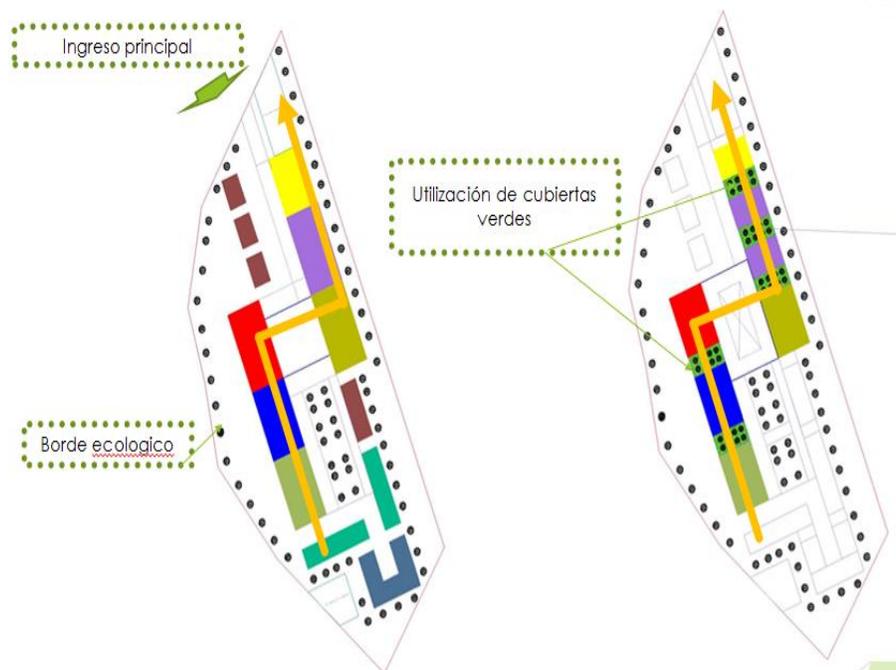
IMAGEN. CONCEPTUALIZACION



Fuente: Elaboración propia.

5.4. ZONIFICACION

5.4.1. Zonificación General

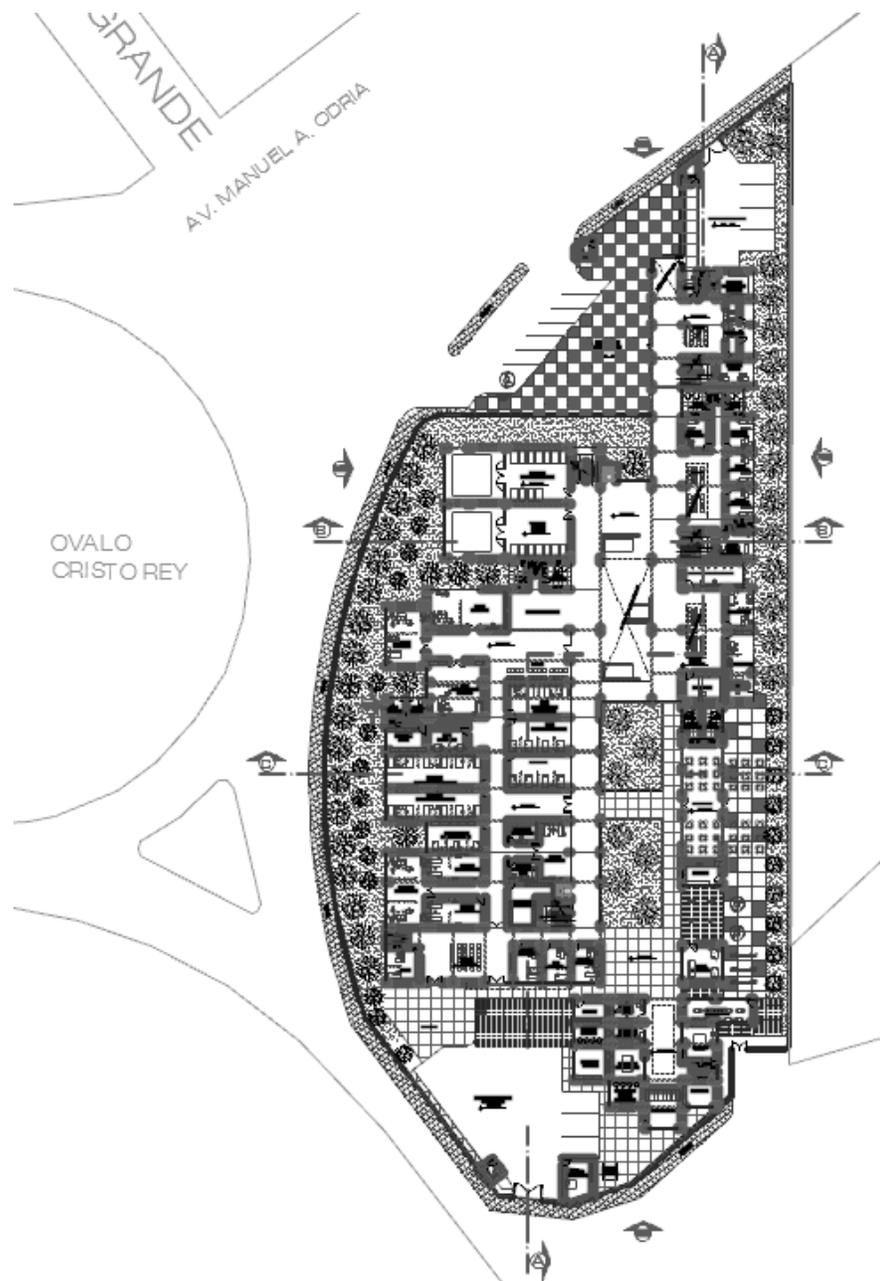


	UNIDAD DE ADMINISTRACION
	UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA
	UNIDAD DE AYUDA AL DIAGNOSTICO
	CENTRO DE DIFUSION
	UNIDAD DE INTERNAMIENTO
	CENTRO OBSTETRICO Y NEONATOLOGIA
	UNIDAD DE EMERGENCIAS
	UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES
	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

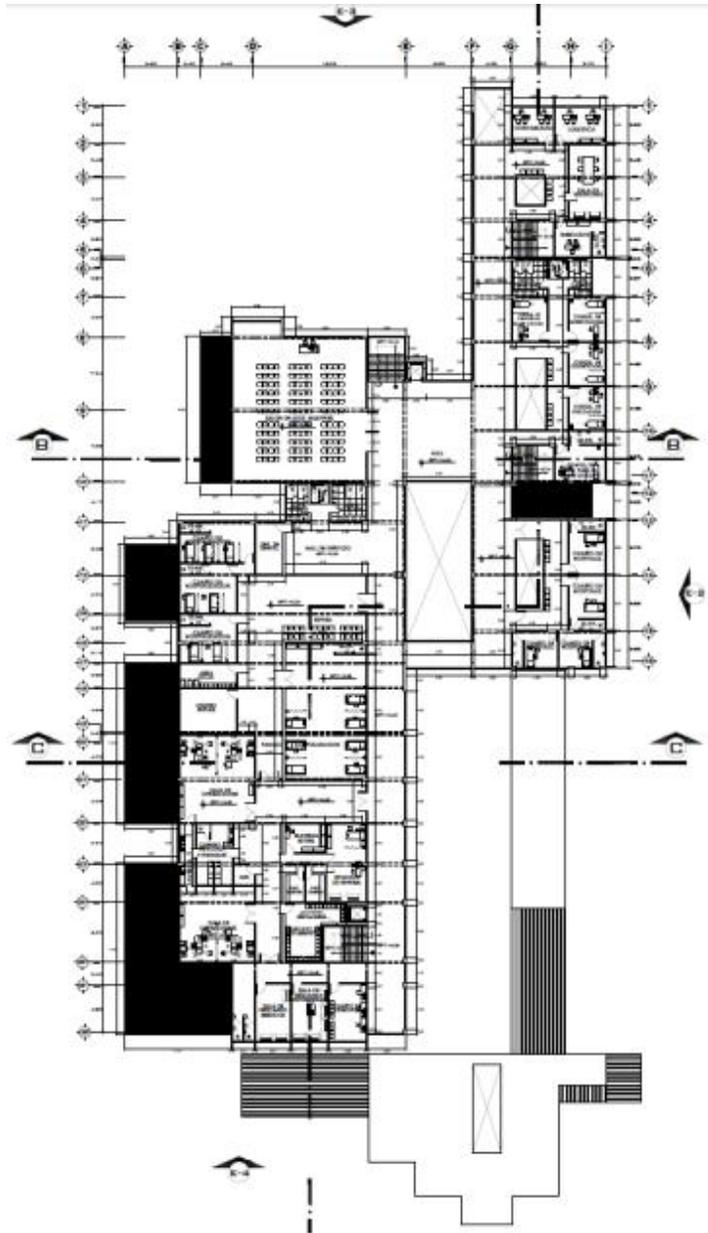
5.5. ANTEPROYECTO

5.5.1. Distribución de Plantas

- Planimetría General



- **Planta Segundo Piso**



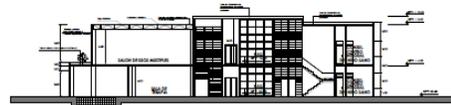
- Cortes y Elevaciones



Corte A-A'
CENTRO MATERNO PERINATAL



Corte C-C'
CENTRO MATERNO PERINATAL



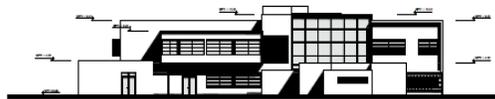
Corte B-B'
CENTRO MATERNO PERINATAL



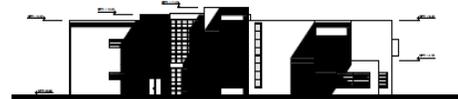
Elevación E-1
CENTRO MATERNO PERINATAL



Elevación E-2
CENTRO MATERNO PERINATAL



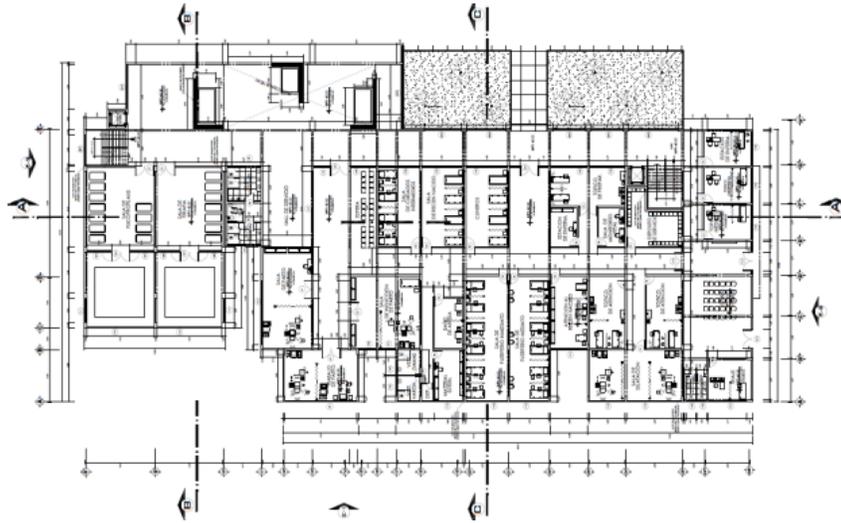
Elevación E-3



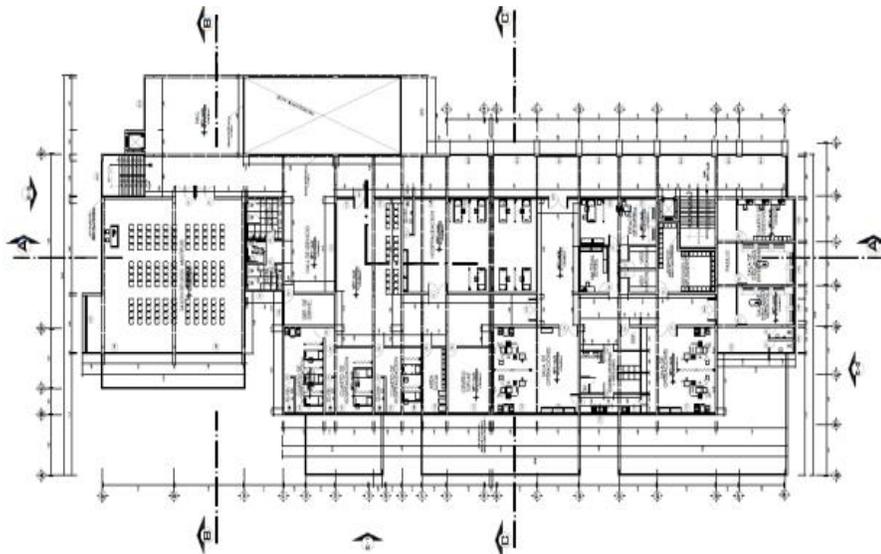
Elevación E-4

5.6. Proyecto

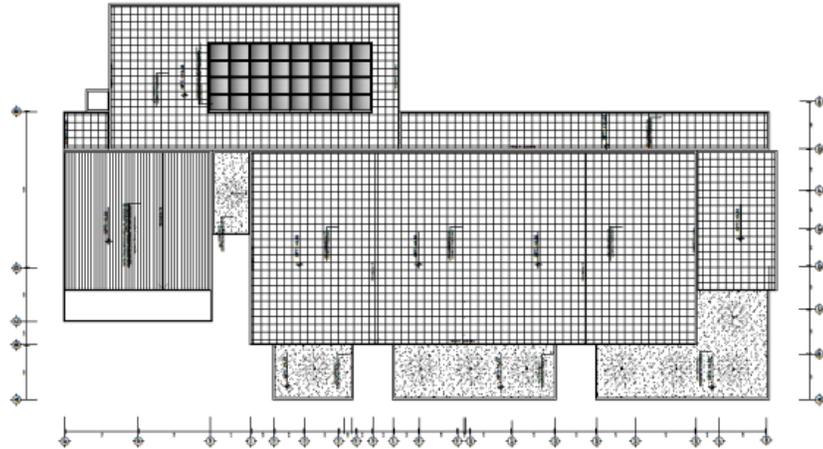
- **Primer Piso**



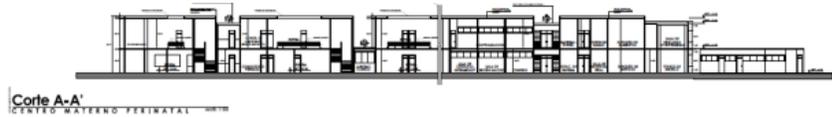
- **Segundo Piso**



- **Plano de Techos**



- **Cortes y Elevaciones**



Corte A-A'
CENTRO MATERNO PERINATAL



Corte C-C'
CENTRO MATERNO PERINATAL



Corte B-B'
CENTRO MATERNO PERINATAL



Elevacion E-1
CENTRO MATERNO PERINATAL



Elevacion E-2
CENTRO MATERNO PERINATAL



Elevacion E-3



Elevacion E-4

5.7. Perspectivas 3D

- Ingreso Principal



- Vista Plaza Principal



- Ingreso de Emergencia



- Ingreso de Servicio



- Vista General



5.8. Descripción del Proyecto

MEMORIA DESCRIPTIVA

PROYECTO : “CENTRO MATERNO PERINATAL PARA
CONTRIBUIR A LA ATENCION DE SALUD EN LA CIUDAD
DE TACNA”

DISTRITO : TACNA

PROVINCIA : TACNA

REGIÓN : TACNA

FECHA : ENERO, 2016

1. UBICACIÓN:

La zona de estudio se localiza en el sector Pago Silpay, Distrito, Provincia y Departamento de Tacna, terreno propiedad de la Región Tacna.

2. LINDEROS Y COLINDANTES:

Por el Norte: En línea quebrada en tres tramos de 27.79, 36.71 y 5.40 ml., con la Avenida Manuel A. Odria

Por el Este: en línea recta de 129.82 ml., con Parque de la Asociación de Vivienda Villa Magisterial

Por el Oeste: en línea quebrada de seis tramos de 30.72, 23.07, 14.75, 14.75, 14.75 y 14.75 ml., con la Avenida y Ovalo Cristo Rey.

Por el Sur: en línea quebrada de tres tramos de 10.10, 8.70 y 28.51 ml., con la Calle s/n.

3. **DEL TERRENO:**

3.1 **PERÍMETRO:**

Los Linderos suman un Perímetro de 359.82 ml.

3.2 **ÁREA:**

El área del terreno es de 7,110.00 m²

4. **DEL EQUIPAMIENTO:**

El Proyecto está distribuido conforme a las siguientes zonas a continuación descritas

- **Zona Administrativa:**

Está ubicada próxima al ingreso principal del Centro Materno Perinatal, y está conformada por: Hall, Admisión, archivo, caja, secretaria, oficina de contabilidad, directorio, sala de reuniones y servicio varones y servicio damas.

- **Zona de Consulta Externa:**

Conformado por tres consultorios para la atención de la mujer, dos consultorios para el neonato, consultorio de odontología, consultorio de nutrición y servicios higiénicos.

- **Zona de Ayuda al Diagnóstico:**

Conformado por sala de espera, farmacia, radiología, ecografía y laboratorio clínico.

- **Zona de Vigilancia Materna:**

Conformado por tópico de atención, tópico de preparación, sala de dilatación, sala de monitoreo materno fetal, sala de inducción al parto y servicios higiénicos.

- **Zona de Obstétrica y Neonatológica:**
Conformada por sala de parto, material estéril, atención recién nacido, vestuarios, sala de puerperio inmediato, trabajo de parto, estación de enfermeras, sala de recién nacido, sala de cuidados intermedios, cuneros, puerperio inmediato, baño de artesa.
- **Zona Quirúrgica:**
Conformada por dos salas de operaciones, material estéril, centro suplae, vestidores de personal, área sucia, hospitalización, hall, sala de monitoreo materno fetal.
- **Zona de Emergencia:**
Conformada por recepción, sala de espera, triaje, oficina de médico, depósito, tópico, sala de observaciones, estación de enfermeras, estar médico, vestuarios, servicios higiénicos.
- **Zona de Servicios Generales:**
Conformado por Taller eléctrico, taller de carpintería, taller de mobiliario, cocina central, comedor de personal, mortuario, grupo electrógeno, cuarto de bombas, cisterna, ropera.
- **Zona de Servicios Complementarios:**
Conformado por Cafetería y Salón de Juegos.
- **Zona de Área Libre y Espacios de Encuentro:**
Conformado por estacionamiento público, médicos y ambulancias, plaza principal, terrazas y jardines.
- **Zona de Difusión:**
Conformado por sala de psicoprofilaxis, sala de fisioterapia y SUM.

5. DE LAS ÁREAS PLANTEADAS:

La edificación comprende las siguientes áreas:

Primera Planta : 3,431.35 m2

Segunda Planta : 2,579.74 m2

TOTAL ÁREA CONSTRUIDA : 6,011.09 m2

6. DEL COSTO:

ZONA	AREA m2	COSTO	COSTO PARCIAL
Área Techada	6,011.09	-	1 475,361.93
Área Libre	1,097.66	-	269,409.67
TOTAL			1 744,771.60

5.9. CONCLUSIONES

- Se logro determinar mediante la investigacion que la atencion a la madre gestante y al neonato es deficiente en el area de estudio, debido a la carencia de infraestructura.
- Se comprobo en la investigacion realizada la necesidad de elaborar un diseño arquitectonico de un Centro Materno Perinatal, por la demanda existente.
- Este proyecto ha buscado satisfacer las necesidades de la madre y el infante no sólo desde el punto de vista de la salud, sino también un aspecto emocional y familiar, de manera que se convierta en un lugar de referencia para la madre y el neonato permitiendo así un acercamiento a la institución.

5.10. BIBLIOGRAFIA

- Reglamento Nacional de Edificaciones (RNE) (2015) Norma A-50 Salud.
- ASIS Tacna (2014). Análisis de situación de salud Tacna.
- REGION DE SALUD TACNA. Boletín Estadístico año 2011. Oficina de Estadística e Informática. Tacna.
- REGION DE SALUD TACNA. Boletín Estadístico del Hospital Hipólito Unanue. (2011)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Nueva lista 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE-10. 2002; 20(3):4-9.
- Organización Mundial de la Salud; Estadísticas Sanitarias Mundiales (2010), Catalogación por la biblioteca de la OMS. Disponible: www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf.
- Elbio Nestor Suarez Ojeda. (2001). El Enfoque de Riesgo en la Atención Perinatal y Materno Infantil.
- Doctor Hector Mejia S., MSc.* (2008). "Risk factors for neonatal death. Sytematic review of the literatura".
- INEI; Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Nacional y departamental. (2010)
- INEI; Tacna. Compendio Estadístico Regional 2009-2010.
- www.inec.gob.pe (2007). Obtenido de INEC Censo de Población

5.11. ANEXOS

23/9/2015 Imprimir Imagen Partida

Oficina: TACNA, Partida: 11104241, Pág. 1/2

ZONA REGISTRAL N° XIII - NEDE TACNA
OFICINA REGISTRAL TACNA
N° Partida: 11104241

sunarp
Sistema Nacional de Registros Públicos

**ENSCRIPCIÓN DE PROPIEDAD INMUEBLE
SUB LOTE 01 SECTOR PAGO SILPAY EN LA AV. MANUEL A. ODRÍA FRENTE AL OVALO
CRISTO REY
TACNA**

REGISTRO DE PROPIEDAD INMUEBLE
RUBRO: A0001: INMATRICULACION.

RUBRO: B00001: DESCRIPCION DEL INMUEBLE: TERRENO URBANO, signado como Sub Lote 1, ubicado en el sector Pago Silpay en la Av. Manuel A. Odría, frente al Ovalo Cristo rey, en el Distrito, Provincia y Departamento de Tacna.
ÁREA: 7,109.58 M2. Perímetro: 359.82 m.l.

LINDEROS Y MEDIDAS PERIMETRICAS:
POR EL FRENTE: En línea quebrada de tres tramos J-K, K-L, L-M, de 27.79 ml, 36.71ml y 5.40 ml, respectivamente, con la Av. Manuel A. Odría.
POR LA DERECHA: En línea quebrada de cinco tramos E-F, F-G, G-H, H-I y I-J, de 23.07ml, 14.75 ml, 14.75 ml, 14.75 ml y 14.75 ml, respectivamente, con Av. Cristo Rey y Ovalo Cristo Rey.
POR LA IZQUIERDA: En línea recta de un tramo M-A, de 129.82 ml, con el parque de la Asociación de Vivienda Villa Magisterial.
POR EL FONDO: En línea quebrada de cuatro tramos A-B, B-C, C-D y D-E, de 28.51 ml, 8.70ml, 10.10 ml y 30.72 ml, respectivamente, con la Calle S/N y la Av. Cristo Rey.

RUBRO: C00001: TITULO DE DOMINIO.- Se inmatricula el predio a favor del ESTADO, en mérito a la Resolución Gerencial Gerencia General N° 965-2014-G.G.R./GOB.REG.TACNA de fecha 13-10-2014, firmado por el Gerente General Regional del Gobierno Regional de Tacna - Alejandro Estrada Andrade. Copia certificada de Resolución Gerencial Gerencia General N° 249-2015-G.G.R./GOB.REG.TACNA de fecha 13-07-2015, firmado por el Gerente General Regional del Gobierno Regional de Tacna - Alejandro Estrada Andrade; Oficio N° 817-2015-CEABI/GOB.REG.TACNA de fecha 23-07-2015, firmado por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración de Bienes Inmuebles, Abog. Delia Yolanda Mamani Huanca. Copia certificadas de Memoria descriptiva de fecha septiembre del 2014, suscrito por Arq. Harriet Guzmán Velazco, con registro CAP N° 11757. Copia certificada de Plano de localización y perimétrico, firmado por el Arq. Harriet Guzmán Velazco, con registro CAP N° 11757. Original de publicación en el Diario el Peruano con fecha 27.06.2015 y Publicación en el Diario la Republica con fecha 24.06.2015. Informe Técnico N° 2677 y 3168-2015/Z.R./N°XIII/UREG-ORT-U de fecha 08.08.2015 y 08/09/2015 respectivamente, ambos firmado por BRIGITT SILVANA MEDINA VALDEZ, C.A.S. de Oficina de Catastro, CAP N° 11535. El título fue presentado el 31/07/2015 a las 09:16:38 AM horas, bajo el N° 2015-00026271 del Tomo Diario 2093. Derechos cobrados S/ 85.00 nuevos soles con Recibo(s) Número(s) 00006151-78.- TACNA, 18 de Setiembre de 2015.

RUBRO: D000001: GRAVAMENES Y CARGAS:
Ninguno.- Tacna 18 de Setiembre de 2015.

RUBRO E00001 CANCELACIONES.
Ninguno.- Tacna 18 de Setiembre de 2015.

Página Número 1

Resolución del Superintendente Nacional de los Registros Públicos N° 124-97-SUNARP