

1 INTRODUCCIÓN

Internacional.- Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC (La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) las últimas estimaciones globales, alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez durante el último año; mientras que 36,3 millones de personas, es decir, el 13% del total de quienes utilizan drogas, sufre trastornos por su consumo.

Nacional.- Bolivia aún no cuenta con una oficina centralizada para organizar, realizar estudios, recopilar o coordinar estadísticas u otra información relacionada con las drogas.

Como visión general, el CONALTID reconoce que hay un aumento del consumo de drogas en el país, aunque el mismo no llega a niveles de alarma. Percepción similar tiene la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) cuyos representantes afirmaron recientemente que el consumo de drogas en Bolivia no pasa del 1 % a nivel nacional

Departamental.- Tarija se constituye como el segundo departamento de mayor consumo de alcohol en Bolivia con un 28%, al igual que el tabaco con un 19%, “drogas de ingreso a las drogas ilegales”. Las drogas ilegales más consumidas en el departamento, serían la marihuana con un 12% y la pasta base de cocaína con un 8%.

La drogodependencia es un problema de salud causado por el consumo frecuente de sustancias adictivas, que afecta a cualquier persona sin diferenciar su estrato económico, social o académico. La adicción supone un cambio en el estilo de vida, tanto físico como psicológico, este se caracteriza por el uso compulsivo y continuo. El abuso de drogas incluye diferentes tipos de comportamiento: el experimental o lúdico; el consumo de drogas psicoactivas para aliviar síntomas o problemas; y el consumo en el que se desarrolla una dependencia a raíz del uso continuado para aliviar las molestias o la abstinencia. por lo tanto, es un asunto complejo que

requiere ser abordado por diferentes disciplinas como la historia, la antropología, la psicología, la sociología, la política, el derecho, la medicina, la farmacología, la arquitectura, etc.

En el departamento de Tarija se cuenta con el instituto de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de drogodependencias y salud mental INTRAIID-TARIJA, el cual es una institución gubernamental, dependiente del ministerio de salud, donde se está tratando todos los problemas de drogodependencias y de salud mental, pero de manera precaria se viene desarrollando un trabajo en bien de los pacientes y de sus familiares como también de la población en general, pero se tiene muchas falencias en la actual infraestructura, en cuanto a una mezcla de pacientes, falta de espacios adecuados para un optimismo funcionamiento, y el deterioro de los mismos ambientes.

Para un mejor manejo de todas las actividades que desarrollan en el INTRAIID-TARIJA, es necesario descentralizar a los pacientes drogodependientes de los de salud mental, aunque varios pacientes tienen diagnóstico dual pero su tratamiento, internación y recuperación se debe hacerla por separado. Para los pacientes que sufren de este tipo de patología, se necesita una infraestructura especial para ser tratados de manera eficiente, y en la infraestructura actual no cumple con las condiciones necesarias para la implementación de los nuevos métodos de tratamiento, que brindarían una pronta y óptima recuperación.

De todo lo mencionado anteriormente, se desprende la idea de realizar la descentralización del INTRAIID-TARIJA con enfoque en drogodependencia, como respuesta a un programa basado en necesidades reales, derivado de la necesidad que se comprueba al evidenciar la carencia de una infraestructura adecuada para cubrir la necesidad y demanda de pacientes en la ciudad de Tarija.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El actual del INTRAIID-TARIJA no cuenta con una infraestructura adecuada para el desarrollo de las funciones del personal que brindan atención ambulatoria integrando programas de promoción, prevención, atención y de rehabilitación para los pacientes y de sus familias, ya que al no tener un tamaño suficiente para la cantidad de pacientes que se tiene, esto causa saturación de pacientes y por lo tanto la programación de turnos, es de mucho tiempo, a esto sumarle varios problemas de funcionalidad de espacios, ya que estos ambientes fueron el hospital del niño, actualmente se adaptan los ambientes existentes a las funciones requeridas, esto ocasiona que exista una mezcla pacientes porque al tener pacientes con problemas de drogas que también tienen problemas de salud mental, se trata ambos problemas al mismo tiempo de estos pacientes duales, pero la gran mayoría solo tiene un problema ya sea de drogas o de salud mental, y este método de tratamiento combinado es contraproducente para la rehabilitación del paciente con una sola patología, en cuanto a la ubicación actual no tiene una buena accesibilidad vehicular ya que la calle Junín es una calle demasiado angosta de solo dos carriles y de un solo sentido, es insuficiente para la función de traslado de emergencia en ambulancia, problema que tiene también el Hospital Regional San Juan de Dios. A esto sumarle que Actualmente se sigue adosando ambientes a la infraestructura, ocupando espacios del actual parqueo de la institución, esto ocasiona un caos vehicular porque al no contar con parqueos dejan estacionados los vehículos en la calle Junín y calles adyacentes, tanto del personal como de los pacientes, y otro problemas es que no tiene un mantenimiento adecuado ni oportuno esto ocasiona que la infraestructura este deteriorada generando actualmente contaminación visual que llega a afectar en toda la zona, y en cuanto a áreas exteriores mencionar que no cuenta con espacios verdes que estén destinados especialmente para la recreación activa y pasiva, la cual es muy necesaria para las terapias esto ocasiona un perjuicio significativo del mejoramiento del paciente.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El nuevo edificio del INTRAID-TARIJA enfocado a la drogodependencia, tiene una infraestructura adecuada esto para poder brindar información, prevención y de tratamientos ambulatorios, porque al tener ambientes de tamaño adecuado con una óptima funcionalidad de espacios, se logra cubrir con la demanda que se tiene para la cantidad de pacientes actuales y proyectados, de esta manera minimizamos la saturación de pacientes y que nos permite separar a los pacientes drogodependientes de los de salud mental, y así poder realizar una efectiva rehabilitación de los pacientes brindar los nuevos métodos de tratamiento, así se podrán obtener mejores resultados para la rehabilitación de los mismos ya q contamos con un terreno con vías adecuadas como para lograr una excelente accesibilidad de los pacientes como para la evacuación o recepción de emergencia que son trasladados por las ambulancias, también dentro de la infraestructura se tiene parqueos para emergencia, personal y parqueo para los pacientes y familiares, esto nos permite descongestionar las vías que circunden al terreno y en cuanto a espacios exteriores tenemos espacios verdes especialmente diseñados para las diferentes funciones, las q cuentan con recorridos y áreas verdes para la recreación activa y pasiva, ya que la vegetación otorga múltiples beneficios en la recuperación de los pacientes, donde todo el diseño de la nueva infraestructura será un proyecto novedoso tanto por el aspecto exterior como por el sistema de construcción que se empleara, por esos aspectos se aportara en la estética de la zona, llegando a ser un hito arquitectónico en todo el departamento.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar el nuevo edificio del INTRAID-TARIJA con enfoque en drogodependencia, para dar una respuesta arquitectónica a las necesidades y demandas de la población mediante una infraestructura amplia, funcional, confortable y amigable con el medio ambiente, y de esta forma

generar las condiciones para un mejor desenvolvimiento tanto espacial como social, que permita una óptima rehabilitación y posterior reinserción del paciente a la sociedad.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Funcional.- Crear espacios que modifiquen la situación actual de aislamiento, restricción, estigmatizadora y de hacinamiento que caracteriza las actuales infraestructuras hospitalarias de drogodependencia.

Espacial exterior.- Desarrollar espacios con características ambientales aptas para la rehabilitación creando recorridos y áreas verdes activas y pasivas para el tratamiento y la recuperación de los pacientes

Morfológica.- Diseñar características morfológicas que responden correctamente a las necesidades para la rehabilitación de los adictos a las drogas.

Tecnológico constructivo.- innovar el diseño del equipamiento nuevas tecnologías de construcción usarán materiales de buena calidad y de fácil mantenimiento, materiales con características eco amigables con el entorno.

Medioambiental.- Implementar una propuesta Arquitectónica Bioclimática, orientada a disminuir las emisiones de dióxido de carbono haciendo uso de energías renovables y al paisajismo.

Normativa.- Proponer lineamientos sanitarios que se deben cumplir para el diseño arquitectónico de las edificaciones destinadas a ofertar servicios de salud a la población, a fin de asegurar el buen funcionamiento, así como contribuir a la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la satisfacción de los usuarios.

1.5 HIPÓTESIS

Con el diseño y construcción del nuevo edificio del INTRAID-TARIJA con enfoque en drogodependencia, se logrará generar una propuesta arquitectónica eficiente con espacios

amplios, acogedores, funcionales y amigables con el medio ambiente que responda a la demanda espacial y de un equipamiento especializado al servicio de una atención pertinente y eficaz, que requiere un sector de la población del Departamento de Tarija.

1.6 MISIÓN

Ser una institución que brinde los espacios, que permita la prevención, promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, especializada en la salud de los pacientes, para la recuperación óptima de los mismos, mediante una infraestructura con espacios adecuados, acondicionados y amigables con el medio ambiente.

1.7 VISIÓN

El edificio del INTRAID-TARIJA con enfoque en drogodependencia, es un agente de cambio para los usuarios, con sus espacios especializados para la recuperación de los pacientes, convirtiéndose en un referente nacional reconocida como una entidad que acoge, brinda ayuda y da servicios a las personas con problemas de drogodependencia como también a familiares.

1.8 DELIMITACIÓN DEL TEMA

1.8.1 PROYECTO

Al ser un instituto de tercer nivel, la atención será de manera especializada ya que solo se atenderán problemas de drogodependencia a pacientes como a familiares, brindando servicios en información, prevención, consulta externa, rehabilitación e internación, solucionando de esta manera esta gran falencia que se tiene actualmente.

1.8.2 UBICACIÓN

Se implementará el equipamiento en la ciudad de Tarija en un terreno con características físicas y geográficas óptimas donde las dimensiones serán las adecuadas de acuerdo a las necesidades que se tienen para el proyecto, y la cobertura de atención será para todo el departamento de Tarija.

1.8.3 USUARIO

El presente trabajo está dirigido a la población que sufre de problemas de drogodependencia; y sus familias, adicionalmente, brindará atención especializada a la población, a partir de los 12 años sin límite de edad en la atención ambulatoria y de los 18 años también sin límite de edad en el área de internación, en ambos casos para el género masculino como femenino.

1.8.4 PROYECCIÓN TEMPORAL

El edificio del INTRAID-TARIJA especializado en atención de la salud mental, será implementado con una proyección de 20 años (hasta el año 2042), el cual será ejecutado de manera sostenible con energías alternativas, reciclando la basura, siendo amigable con la naturaleza e integrado al entorno natural.

1.8.5 FINANCIAMIENTO Y ADMINISTRACIÓN

El financiamiento de la construcción y equipamiento será realizado por la Gobernación Autónoma Departamental de Tarija

En cuanto a la administración se establecen dos niveles, una interna y otra externa, la primera, la asume INTRAID a través de la Unidad Administrativa que vela la buena distribución y manejo de los recursos del proyecto y la última esta prevista por la supervisión de la Gobernación, que vela por la calidad de ejecución del proyecto.

2 MARCO CONCEPTUAL

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA

2.1.1 INTRAID-TARIJA

Instituto de prevención, tratamiento rehabilitación e investigación de drogodependencias y salud mental INTRAID-TARIJA, ha sido creado el 12 de agosto de 1988, con la finalidad de brindar atención en los aspectos psicosociales de la salud, en diciembre de

1990, amplía sus servicios con la implementación de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación Drogodependencia y Alcoholismo.

2.1.2 SALUD

La salud es un estado de perfecto completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS), Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).

El estilo de vida, o sea el tipo de hábitos y costumbres que posee una persona, puede ser beneficioso para la salud, pero también puede llegar a dañarla o a influir de modo negativo sobre ella.

2.1.3 PATOLOGÍA

Según los diccionarios médicos la Patología (pathos: enfermedad; logia: estudio) es la ciencia médica y la práctica de la especialidad concerniente a todos los aspectos de la enfermedad, pero especialmente con la naturaleza esencial, causas y desarrollo de condiciones anormales así como con los cambios estructurales y funcionales que resultan del proceso de enfermedad.

2.1.4 DROGA

Según la Organización mundial de la salud (OMS), droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad

de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores Según esta definición, son drogas la marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis, heroína, tabaco, alcohol y algunos fármacos.

2.1.5 TIPOS DE DROGA

La primera clasificación que a muchas personas les viene a la mente está relacionada con la legalidad. Esto haría una clasificación simple de legales e ilegales, aunque visto el ritmo de aparición de nuevas sustancias podríamos incluir la categoría de legales.

Una segunda clasificación sería la relacionada con los efectos que producen las sustancias en el cerebro. Los tres tipos de efectos más habituales serían: estimulantes, depresores y alucinógenos.

- Estimulantes: Tabaco, cocaína, anfetamina, cafeína, éxtasis.
- Depresoras: alcohol, cannabis, benzodiazepinas, GHB, opio, opiáceos.
- Alucinógenas: LSD, setas mágicas, 2CB.

2.1.6 DEPENDENCIA

La medicina y la psicología hablan de dependencia cuando una persona tiene una necesidad compulsiva de alguna sustancia para experimentar sus efectos o para aplacar el malestar que surge por su privación. Las drogas legales (como el alcohol o el tabaco) e ilegales (la cocaína, la heroína) generan dependencia.

2.1.7 DROGODEPENDENCIA

La drogodependencia es un problema de salud causado por el consumo frecuente de sustancias adictivas, drogas. La adicción supone un cambio en el estilo de vida, tanto físico como psicológico.

2.1.8 ADICCIÓN

La adicción es una enfermedad crónica y recurrente del cerebro. Se basa en la búsqueda del alivio a través del consumo o uso de sustancias u otras conductas similares. El desarrollo de

esta conducta implica para la persona adicta la incapacidad de controlarlo, dificultad para abstenerse, deseo del consumo, disminución del reconocimiento de los problemas derivados de la adicción y en las relaciones interpersonales, así como una respuesta emocional disfuncional. Esto crea problemas en la vida de la persona adicta, mermando su calidad de vida.

2.1.9 DROGADICCIÓN

La adicción a las drogas es una enfermedad cerebral crónica. Hace que una persona tome drogas repetidamente, a pesar del daño que provoca. El uso repetido de drogas puede cambiar el cerebro y provocar adicción.

2.1.10 REHABILITACIÓN DE LAS DROGAS

La rehabilitación es el proceso que tiene como finalidad ayudar al adicto a dejar la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga. El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo.

2.1.11 CENTRO DE REHABILITACIÓN

Centro de rehabilitación es el término genérico para el lugar que provee tratamiento para la adicción a sustancias. Generalmente conocido como centro o instalación para el tratamiento de drogas, la rehabilitación proporciona una combinación individualizada de terapias para ayudar a los adictos a encontrar la sobriedad y la recuperación permanente.

2.1.12 ARQUITECTURA HOSPITALARIA

La arquitectura hospitalaria es la disciplina encargada de desarrollar la infraestructura física de un establecimiento de salud. De modo que, a través de su correcto funcionamiento pueda optimizar sus procesos médicos, mejorar los tiempos de atención y garantizar sus estándares de calidad.

2.1.13 COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La comunidad terapéutica es el centro de tratamiento residencial para personas dependientes de sustancias psicoactivas y sus respectivas familias que se establece en ambientes debidamente estructurados, dentro de un marco ético y moral bien definido, y opera en un clima altamente afectivo como un modelo adecuado de tratamiento alternativo, cuya finalidad es la rehabilitación y reinserción en la sociedad de la persona dependiente.

2.1.14 ARQUITECTURA SUSTENTABLE

La arquitectura sustentable es un modo de concebir el diseño arquitectónico de manera responsable buscando optimizar recursos naturales y sistemas de la edificación de tal modo que minimicen el impacto de los edificios sobre el medio ambiente y sus habitantes.

3 MARCO HISTÓRICO

3.1 MUNDIAL

La historia temprana de rehabilitación de drogas centro de Orlando Florida se remonta a la época en que se introdujeron por primera vez en el sistema penitenciario federal de EE.UU.. Los presos con graves problemas de abuso de drogas fueron colocados en celdas separadas para someterse a la desintoxicación. Los expertos de la época creían que aislar a estos pacientes era importante. Ellos no querían que otros a la influencia de estos drogadictos. Por la década de 1930, estaba claro que estas sustancias causan dependencia y sin ellos, estos adictos sufrirían aún más. El alcohol, la cocaína y otros tipos de adicción eran comunes en este momento. Debido a la falta de investigación en ese momento, las medidas para contrarrestar estos problemas no estaban disponibles. Al principio, estos centros de tratamiento se conoce como “manicomios” y el gobierno fue el primero en instalar estos centros con los privados después del juego. Durante los primeros días, las medidas experimentales fueron aplicadas por los médicos, ya que buscaron tratamiento para estos toxicómanos.

Por la década de 1950, el panorama de drogas centro de tratamiento de Orlando Florida había cambiado. Las cosas se hacen de una manera mucho más civilizada y se tomaron las medidas adecuadas para hacer frente a estos problemas. Con el tiempo, más investigación se había realizado y mejores soluciones estaban disponibles. Los médicos y especialistas tuvieron una actitud más compasiva hacia los pacientes. Incluso la comunidad se había dado cuenta de que el abuso de drogas es un problema grave que puede afectar a cualquiera.

“Este establecimiento ofrecía ayuda a personas que tenían problemas con las drogas a largo plazo. Primero se les ayudaba a desintoxicarse para ofrecerles luego un tratamiento terapéutico de recuperación de la adicción”.

Nada más surgir, el primer centro dio tan buenos resultados que pronto impulsó la creación de centros similares en todo el país y posteriormente en el extranjero.

Después del año 1953 surgió una red de centros ambulatorios en todo el país, donde se hospitalizaba a los ebrios según su lugar de residencia. Pero este sistema dejó de funcionar en los años 90 debido a problemas económicos.

3.2 LATINOAMÉRICA

Presentamos una periodización de las respuestas para el tratamiento de los consumos de drogas en Argentina. Indagamos también las vinculaciones entre estas respuestas y los cambios en las percepciones sociales en torno a las y los consumidores de drogas y en las normativas jurídicas que colaboran en dichas construcciones. Para la delimitación de las etapas, tomamos como elemento central las respuestas que se fueron implementando tanto desde la sociedad civil como desde el Estado.

Las imágenes que se construyen en torno a la persona consumidora de drogas en una etapa histórica determinada no son unívocas, sino que presentan diferencias entre grupos sociales. No obstante, una de ellas adquiere un carácter preponderante. Los factores que intervienen son:

las normativas vigentes; la perspectiva de funcionarios gubernamentales y de actores relevantes de la sociedad civil en dicho momento; las imágenes construidas desde los medios de comunicación; y las características coyunturales que adquiere la problemática del consumo de drogas (fundamentalmente el tipo de sustancias que se consume y las modalidades de consumo). Esta percepción social incide, a su vez, sobre las normativas que se sancionan.

El capítulo se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, reseñamos las normativas nacionales en materia de drogas para dar cuenta de los cambios en la imagen de las y los consumidores de drogas y el marco legal en que se fueron encuadrando las diferentes respuestas socio-terapéuticas. A continuación, describimos las características principales de una iniciativa pionera para el tratamiento no biomédico del alcoholismo: Alcohólicos Anónimos (AA). El carácter fundacional de esta respuesta se debe a que las intervenciones clínicas y psiquiátricas para el abordaje de la problemática eran fragmentarias y carecían de sistematicidad (Pascual Pastor, 2014). Esta respuesta conserva una fuerte vigencia y una extendida cobertura geográfica, tanto en Argentina como en otros países. Finalmente, realizamos una periodización de las diversas etapas de la historia de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas en Argentina.

La primera etapa (1966-1982) se encuentra signada por el surgimiento de una serie de instituciones estatales y de la sociedad civil precursoras en el tratamiento específico del consumo de drogas ilegalizadas: el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT), el Servicio de Toxicomanías del Hospital “José Tiburcio Borda” y el Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO).

Lejos de presentar características que permitan elaborar un perfil institucional, estas iniciativas adoptan diversas modalidades de atención (grupos de autoayuda, hospital de día, desintoxicación e internación hospitalaria, comunidad terapéutica) y diversos enfoques

(multidisciplinarios y holísticos; exclusivamente psiquiátricos; religioso-espirituales no profesionalizados).

La segunda etapa (1983-1988) se inicia con la restauración democrática en Argentina y la consiguiente ampliación de las libertades civiles. Esto permitirá que una problemática que permanecía oculta, en virtud de la fuerte represión y estigmatización de las y los consumidores de drogas, adquiera mayor visibilidad. En este contexto, surgió una serie de instituciones estatales y de la sociedad civil que asumieron, fundamentalmente, la metodología de la comunidad terapéutica y adoptaron una perspectiva de trabajo abstencionista.

La tercera etapa (1989-2007) se corresponde con la masificación del consumo de drogas y la consiguiente proliferación de instituciones de tratamiento. Si bien las iniciativas de índole abstencionista conservan el predominio, surgen algunos enfoques alternativos como la reducción de daños, que en la década de 2000 se plasman en normativas jurídicas. Las modificaciones legales buscan evitar que la prevención y asistencia de los consumos de drogas se reduzcan a las intervenciones biomédicas. En su reemplazo, se hace hincapié en la promoción de la salud.

Desde este enfoque se enfatiza en el mejoramiento de las condiciones sociales e institucionales que permitan una mayor autonomía de las y los consumidores de drogas, concebidos como ciudadanos de pleno derecho. Otro elemento característico de esta etapa es la creación de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) en 1989. El significativo incremento en el número de instituciones durante esta etapa se explica también por la implementación de un régimen estatal de financiamiento de los tratamientos a través de un sistema de becas otorgadas por dicha secretaría.

3.3 NACIONAL

En Bolivia, al igual que en los otros países de la región, las respuestas institucionales al consumo de drogas de uso ilícito en cuanto a prevención, tratamiento y rehabilitación se

implementaron en condición de dependencia del sistema penal antidrogas, vale decir de policías y Ministerios de Interior o de Gobierno.

La primera ley formal sobre drogas en Bolivia fue la Ley de Estupefacientes, promulgada el 10 de enero de 1962, que fue después sustituida por normas emitidas mediante decretos leyes durante la etapa de las dictaduras militares. Es así que el 20 de diciembre de 1973, durante el gobierno de facto de Hugo Banzer Suárez, mediante Decreto Ley N° 11245 se promulgó la Ley Nacional de Control de Sustancias Peligrosas, cuyo artículo 109 disponía el funcionamiento de la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas (DNCSP), dependiente del Ministerio del Interior, Migración y Justicia, para dar respuesta al incremento de la producción y el tráfico de drogas. La DNCSP también se encargaba en forma secundaria de la prevención, tratamiento y rehabilitación, aunque en ese tiempo los temas de consumo de drogas no tenían gran repercusión ni relevancia en el país.

En el marco de la DNCSP, se creó el Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia (INIF), cuyas funciones estaban referidas al tratamiento y la rehabilitación en casos de farmacodependencia. El INIF funcionaba a través de dos áreas: el Departamento Médico- Social y el Departamento Educativo-Preventivo. Ante la existencia de Direcciones Departamentales de Control de Sustancias Controladas, también se planteó la creación de Divisiones Médico- Preventivas en cada una de esas Direcciones. La primera División Médico- Preventiva fue creada en Tarija en 1978, debido a gestiones realizadas por médicos psiquiatras de ese Departamento, y participó durante varios años en la prevención del consumo de drogas, dirigiéndose a grupos- meta compuestos por estudiantes, maestros y padres de familia. Esta División Médico-Preventiva también elaboró el primer Manual de Prevención en la Comunidad, que fuera publicado por la

DNCSP, y organizó un Coloquio Médico-Jurídico para la elaboración de propuestas de una nueva ley de Sustancias Controladas, antes de la Ley 1008. Asimismo, durante los años 1979 y 1980 se realizó la primera investigación sobre el consumo de drogas de uso ilícito a nivel nacional, en el marco de la DNCSP a través del Departamento Educativo-Preventivo, con el financiamiento del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Esa estructura institucional permaneció hasta el año 1986, cuando organismos internacionales plantearon al gobierno la necesidad de crear una entidad estatal dirigida a la prevención, tratamiento y rehabilitación, que funcione en forma separada de las unidades de interdicción al narcotráfico, que formaban parte de la DNCSP. De esa manera, se conformó la Dirección Nacional de Prevención Integral del Uso Indebido de Drogas, Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social (DINAPRE) que realizó varios estudios sobre el uso indebido de drogas con el apoyo de USAID/Bolivia. Asimismo, en cada Departamento del país se crearon los Consejos de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencia (COPRE). En el marco de los COPRE se organizó la Primera Movilización Nacional para la Prevención del Consumo de Drogas. Y el año 1995, el primer COPRE que fuera implementado en el Departamento de Tarija se convirtió en el Instituto Nacional de Drogodependencias y Salud Mental (INTRAID), que ahora depende de la Gobernación de ese Departamento, y se constituye en uno de los pocos centros especializados en tratamiento y rehabilitación del país.

Asimismo, a partir de la vigencia de la Ley 1008, comenzó a funcionar el Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Drogas (CONALTID), que actualmente está a cargo de las políticas públicas en todas las áreas referidas a la interdicción y erradicación, así como también a la prevención, tratamiento y rehabilitación.

3.4 LOCAL

El Instituto de Prevención, Tratamiento Rehabilitación e Investigación de Drogodependencias y Salud Mental - INTRAID-TARIJA, es una institución gubernamental, dependiente del ministerio de salud.

En INTRAID actualmente ubicada en la calle Junín N° 1071 ex hospital del niño, cuenta con una infraestructura amplia, cuenta con 33 camas para el servicio de tratamiento y rehabilitación.

Creado el 12 de agosto de 1988, con la finalidad de brindar atención en los aspectos psicosociales de la salud, iniciando sus actividades en el área de prevención.

En diciembre de 1990, amplía sus servicios con la implementación de un Centro de Tratamiento y Rehabilitación en Drogodependencias y Alcoholismo, el que es elevado al rango de Instituto el año 1995.

Inicialmente, el CETRAR, contaba con 8 camas para internación; sin embargo, por la creciente demanda de la población, ha ido ampliando su cobertura y actualmente cuenta con 33 camas, los servicios que brinda, tienden a mejorar la salud mental de la población, dando cobertura a los programas prioritarios del Plan Estratégico de Salud.

El Instituto actualmente brinda atención poco especializada, con un equipo técnico carente, llegando por un lado con actividades de promoción de la salud, de educación e información a diferentes grupos poblacionales a través de las siguientes áreas:

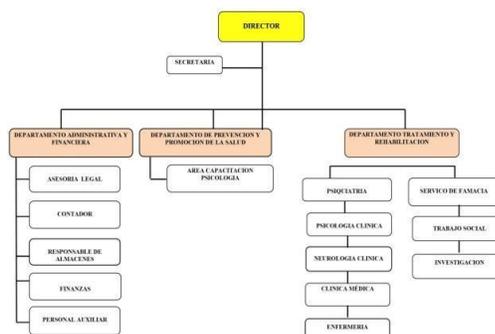
- Área de prevención y de promoción de la salud.
- Área de atención integral a la salud del adolescente.
- Área de salud mental.
- Área administrativa.

- Área de internación, con capacidad para 33 camas.
- Ares de comunicación y autoestima
- Consultorios externos
- Comedor y cocina

3.4.1 ANÁLISIS FUNCIONAL



Organigrama del INTRAID



No existe una organización funcional, que obedezca a la jerarquía de espacios y actividades.

Las dimensiones de los espacios de trabajo, en sobreposición con la circulación no permite que el interno pueda estar cómodo.

No cuenta con espacios para la implementación de áreas, que en la actualidad se requiere. No existe una diferencia de funcionalidad entre internación hombres y mujeres.

En la actualidad no puede albergar más de 33 internos No cuenta con áreas de recreación activa.

3.4.2 ANÁLISIS ESPACIAL

El instituto, se constituye en un edificio de una sola planta, existen áreas dentro del edificio que son serradas, sin iluminación ni ventilación natural.

Los espacios internos son muy poco elaborados.

3.4.3 MORFOLOGÍA

La volumetría está estructurada por formas básicas rectangulares que forman un bloque sólido y frío.

Al adicionar nuevos ambientes (por crecimiento de internos), no se tiene en cuenta un criterio de unidad.



3.4.4 TECNOLOGÍA

El sistema constructivo utilizado es un sistema tradicional.

No existe la implementación de instalaciones especiales, que permita mejorar funcionamiento del instituto



3.5 CONCLUSIÓN

La historia temprana de rehabilitación de drogas nos muestra que Al principio, estos centros de tratamiento se conocían como “manicomios”, ya que al no saber cómo tratarlos los encerraban para aislarlos de la sociedad, pero gracias a estudios de tratamiento para este tipo de mal, se estaban estudiando y gradualmente fue cambiando la perspectiva con la que se los miraba a los pacientes con problemas de consumo de drogas, Incluso la comunidad se había dado cuenta de que el abuso de drogas es un problema grave que puede afectar a cualquiera, y con esta nueva

visión en la actualidad se puede brindar una óptima forma de rehabilitación cambiando por completo el hacinamiento como una forma de rehabilitación.

4. MARCO LEGAL

4.1 LEGISLACIÓN DEL INTRAID-TARIJA

Los propósitos y atribuciones de la misión del INTRAID-TARIJA, en sus diferentes programas y áreas, se hallan respaldados por las leyes del país, de acuerdo al siguiente detalle:

- Constitución política del estado.
- Ley 1008: régimen de la coca y sustancias controladas, de 19 de Julio de 1988.
- Ley no. 1788 ley de organización del poder ejecutivo del 16 de septiembre de 1997 ministro de salud y previsión social.
- Ley 1654: descentralización administrativa, 28 de julio de 1995.
- Ley 1403: código del niño, niña y adolescente, 14 de octubre de 1999.
- D.S. 25060: estructura de las prefecturas del departamento, 2 de junio de 1998.
- D.S. 25233: estructura de salud de 27 de noviembre de 1998.
- D.S. 24855: reglamento de la ley de la organización del poder ejecutivo, 22 de septiembre de 1997.
- Código de salud de la república de Bolivia, 18 de julio de 1978.
- Reglamento a la ley n° 475, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, ds n° 1984, 30 de abril de 2014.

4.1.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Corresponde a éste velar por la salud del individuo, la familia y la población en general y al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Artículo 9.

Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:

5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

Artículo 18.

- I. Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.

SECCIÓN II DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 35.

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida.
- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36.

- I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
- II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37.

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera.

Artículo 38.

I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.

II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39.

I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado.

II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40.

El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41.

I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.

II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.

III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Artículo 45.

I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.

III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad.

V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatales y posnatal.

VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

4.1.2 LEY 1008: RÉGIMEN DE LA COCA Y SUSTANCIAS CONTROLADAS, DE 19 DE JULIO DE 1988

Artículo 132.- El CONCEJO NACIONAL CONTRA EL USO INDEBIDO Y TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS, es el máximo organismo nacional para el control del Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas.

Artículo 136°.- INSTITUTOS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN EN DEPENDENCIA QUÍMICA O FARMACODEPENDENCIA: El Estado creará institutos y centros de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación para la dependencia química, física y psíquica (farmacodependencia), en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los consumidores de sustancias controladas.

Artículo 137°.- FUNCIONES: Los institutos mencionados en el artículo 136° diagnosticarán y tratarán a todo consumidor internado por disposición judicial, así como aquellos que sean solicitados por sus familiares o voluntariamente.

Artículo 138°.- PERIODO DE TRATAMIENTO: El que se presentare voluntariamente para ser tratado no podrá ser obligado a quedarse interno, a menos que estuviera en condiciones graves para su salud o proclive a actos antisociales y delictivos.

Artículo 140°.- EDUCACIÓN FORMAL: Los planes y programas en los niveles intermedio, medio, superior, técnico en las materias pertinentes de estudios sociales, biológicos y psicológicos.

Artículo 141°.- EDUCACIÓN NO FORMAL: El Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas utilizará la educación no formal, como una estrategia para llegar al público.

Artículo 142°.- DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN MATERIA DE DROGAS: El Consejo Nacional diseñará políticas específicas en materia de información y comunicación social destinadas a la prevención integral del tráfico y consumo de drogas en sus aspectos informativos.

Artículo 143°.- REGLAMENTACIÓN: El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, de acuerdo con el Consejo Nacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas, dictará los reglamentos sobre la organización, selección del personal.

Artículo 144°.- DE LA REINCORPORACIÓN SOCIAL: Los organismos competentes serán los encargados de adecuar los mecanismos correspondientes para facilitar la reinserción social y laboral de los extoxicómanos.

4.1.3 LEY NO. 1788 LEY DE ORGANIZACIÓN DEL PODER EJECUTIVO DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1997 MINISTRO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

Capítulo V

Artículo 11.- Los Ministros de Estado tendrán las siguientes atribuciones específicas:

A. Normar, supervisar, evaluar y coordinar el Sistema Nacional de Salud y de Previsión Social.

B. Normar, supervisar, evaluar la ejecución de programas especiales y promover la realización de campañas de prevención de enfermedades infecciosas y otras patologías.

C. Formular políticas y normas para la prevención, rehabilitación y reinserción social de fármaco-dependientes en coordinación con el Ministro de Gobierno.

4.1.4 LEY 1654: DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA, 28 DE JULIO DE 1995

Artículo 5°.- (Atribuciones) El Prefecto en el régimen de descentralización administrativa, tiene las siguientes atribuciones además de las establecidas en la

Constitución Política del Estado.

g) Administrar, supervisar y controlar, por delegación del Gobierno Nacional, los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de educación, salud y asistencia social en el marco de las políticas.

Artículo 20°.- (Fuentes de recursos)

d) Las asignaciones consignadas anualmente en el Presupuesto General de la Nación para el gasto en servicios personales de salud, educación y asistencia social.

4.1.5 LEY 1403: CÓDIGO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE, 14 DE OCTUBRE DE 1999

TÍTULO I DERECHO A LA VIDA Y A LA SALUD CAPÍTULO ÚNICO

ARTÍCULO 14° (ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD).-

El Estado a través de los organismos correspondientes, debe asegurar a todo niño, niña y adolescente, el acceso universal e igualitario a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, más el suministro gratuito.

ARTÍCULO 19° (PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD).-

Las entidades públicas desarrollarán programas gratuitos de prevención médica y odontológica. Asimismo, difundirán y ejecutarán campañas de educación en salud,

ARTÍCULO 111° (OBLIGACIÓN DE INSTITUCIONES Y PROFESIONALES).-

Los profesionales e instituciones de salud, educación y otros tienen la obligación de proteger y cuidar al niño, niña o adolescente si corre riesgo de ser nuevamente maltratado.

ARTÍCULO 258° (INCUMPLIMIENTO DE ESTABLECIMIENTO PÚBLICO O PRIVADO DE ATENCIÓN A LA SALUD).-

Cuando el centro de atención a la salud no cumpla con lo establecido en el Artículo 16° de este Código será pasible al pago de una multa de veinte a cien días.

4.1.6 D.S. 25060: ESTRUCTURA DE LAS PREFECTURAS DEL DEPARTAMENTO, 2 DE JUNIO DE 1998

Artículo 2°.- (Niveles administrativos) La estructura orgánica de las Prefecturas de Departamento, se constituirá por los siguientes niveles:

VI. Nivel Ejecutivo y Operativo

B. Servicios Departamentales: de Salud, Educación, Caminos, Gestión Social, Agropecuario, Fortalecimiento Municipal y Comunitario

4.1.7 DS. 25233: ESTRUCTURA DE SALUD DE 27 DE NOVIEMBRE DE 1998

Artículo 1° (Objeto) El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.

Artículo 3° (Misión Institucional) El SEDES, en cada Departamento,

Artículo 4° (Marco Legal) El SEDES desarrolla sus actividades en el marco del ordenamiento legal que rige el Sistema Nacional de Salud, así como en el marco de la Leyes 1178, 1654, 1551 y las normas de organización del Poder Ejecutivo.

Artículo 6° (Niveles) La gestión de la salud se organiza en cuatro niveles:

- Primer nivel de Gestión.- Está a cargo de la Jefatura de Área,
- Segundo Nivel de Gestión.- Corresponde al Distrito de salud

- Tercer Nivel de Gestión.- Corresponde a la Dirección Técnica del Servicio Departamental de Salud.

- Cuarto Nivel de Gestión.- Corresponde al Ministerio Salud y Previsión Salud.

Artículo 25° (Remuneraciones) Las remuneraciones del personal del SEDES son cubiertas con recursos del presupuesto del Ministerio de Salud y Previsión Social.

4.1.8 D.S. 24855: REGLAMENTO DE LA LEY DE LA ORGANIZACIÓN DEL PODER EJECUTIVO, 22 DE SEPTIEMBRE DE 1997

Ministerio de Salud y Previsión Social

Artículo 28°.- Las (unciones del Ministro de Salud y Previsión Social, son las siguientes: Formular políticas y normas para el Régimen Nacional de Salud.

Artículo 49°.- I.- El Concejo Nacional de Política Social (CONAPSO), estará integrado por el Ministro de la Presidencia, que lo presidirá en ausencia o por delegación del Presidente de la República, el Ministro de Educación, Cultura y Depones, Ministro de Salud y Previsión Social, Ministro de Trabajo y Microempresa, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Ministro de Vivienda y Servicios Básicos y Ministro de Hacienda, pudiendo convocarse a otros Ministros.

4.1.9 CÓDIGO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE BOLIVIA, 18 DE JULIO DE 1978

Artículo 28°.- La Autoridad de Salud establecerá las regulaciones para la prevención y el control de accidentes y enfermedades producidas por el ejercicio físico, el deporte y la recreación.

Artículo 29°.- La Autoridad de Salud, promoverá y establecerá programas intra e intersectoriales que a través del ejercicio físico fomenten la salud integral de la población.

Artículo 88°.- La Autoridad de Salud establecerá las normas a las que deben regirse los programas de rehabilitación. Promoverá, organiza, evaluará y supervisará todas las actividades.

Artículo 89°.- Las instituciones de rehabilitación podrán establecerse previa autorización por la Autoridad de Salud, bajo vigilancia, coordinación y normas específicas.

Artículo 134°.- La Autoridad de Salud, en coordinación con el organismo nacional competente dictará las normas técnicas y administrativas sobre la organización.

Artículo 135°.- Para la instalación y funcionamiento de un establecimiento que presta servicios de salud a las personas, trátase de hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, gabinetes de diagnóstico y tratamiento y cualquier otro establecimiento similar.

Artículo 136°.- Es atribución de la Autoridad de Salud vigilar y controlar la prestación de servicios de salud en establecimientos particulares.

Artículo 137°.- La construcción de establecimientos hospitalarios de las Instituciones Públicas Descentralizadas, de las Empresas Públicas y Mixtas u otras de carácter público, solo procederá con la autorización de la Autoridad de Salud cuando el proyecto esté encuadrado a las necesidades del Plan Nacional de Salud.

Artículo 138°.- Los establecimientos de salud a que se refiere el presente Capítulo, están obligados a atender casos de emergencia sin consideraciones de ninguna naturaleza.

4.1.10 REGLAMENTO A LA LEY N°475, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, DS N°1984, 30 DE ABRIL DE 2014

(Artículo 1) en el marco de la Ley N° 475 El objeto es, es establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población que no se encuentra cubierta por el Seguro Social.

(Artículo 4) Su ámbito de aplicación alcanza el nivel central del Estado, las entidades territoriales autónomas y los sub- sectores de salud pública, de la seguridad social de corto plazo y privado bajo convenio

(Artículo 6) De acuerdo a la normativa en cuestión, la atención integral comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico.

(Artículo 7) El acceso a la atención integral deberá ser obligatoriamente a través de los establecimientos de salud de primer nivel.

4.2 CONCLUSIÓN

El análisis del marco legal nos indica que todas las personas tienen derecho a la salud gratuita con calidad sin exclusión ni discriminación alguna y nos permite invertir recursos económicos para la creación de institutos y centros de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación para personas con problemas de consumo de drogas.

5.- MARCO REFERENCIAL

5.1 QUÉ ES LA DROGODEPENDENCIA?

La drogodependencia es un problema de salud causado por el consumo frecuente de sustancias adictivas, drogas. La adicción supone un cambio en el estilo de vida, tanto físico como psicológico.

5.1.1 ¿QUÉ SÍNTOMAS PRESENTA?

Cuando un individuo presenta adicción a las drogas, siente estos síntomas de forma repetida durante un largo periodo de tiempo:

- Dificultad para controlar el consumo de ciertas sustancias.
- Fuerte deseo y obsesión por consumir la sustancia.
- Abandono de los intereses más allá de consumir la sustancia, así como vida social y las actividades que antes le habían interesado.
- Persistencia en el consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de los efectos perjudiciales que ésta le provoca.

- Síndrome de abstinencia al dejar de consumir dicha sustancia.

5.1.2 CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE USO, ABUSO Y DROGADEPENDENCIA:

El uso estaría relacionado con una práctica médica aceptable.

El abuso se refiere a cualquier consumo de una droga que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de otros individuos o de la sociedad en general.

5.1.3 CÓMO O POR QUE LLEGA UNA PERSONA A LA DROGADEPENDENCIA?

No todos los que han consumido drogas en alguna oportunidad se transforman en drogodependientes (en general la mayor parte de las personas en alguna ocasión ha tomado una copa de alcohol por ejemplo y eso no las convierte en alcohólicos).

Nadie se vuelve adicto por el simple hecho de haber ingerido alguna sustancia denominada droga en forma ocasional o casual, porque se trata de los límites que pueda poner cada persona, el poder decir “NO” y cumplirlo.

Tampoco tiene que ver con las amistades que elija el sujeto, porque justamente “las eligió”, porque se identificó con ellos, porque tienen algo en común, la dependencia a las drogas.

5.1.4 POR QUÉ SE PRODUCE LA DROGADEPENDENCIA

La causa fundamental de la drogodependencia es la sustancia adictiva que contenga la droga. El acceso al consumo de una sustancia que provoca adicción conlleva a la intoxicación y un ciclo-autodestructivo de dependencia del paciente a la sustancia.

5.1.5 ¿SE PUEDE PREVENIR?

La mejor prevención es la información. Es importante que la sociedad esté alertada de los efectos perjudiciales que las drogas producen en la salud, así como el alto riesgo de adicción.

5.1.6 ¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO PARA LA DROGODEPENDENCIA?

El tratamiento para la drogadicción tiene el fin de ayudar al paciente a abandonar la dependencia y por tanto el consumo a las drogas. Se trata de un tratamiento multidisciplinar, el cual suele incluir terapia y medicamentos. Por tanto la ayuda de un psicólogo o un psiquiatra son fundamentales para tratar la drogodependencia.

5.2. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

- Según el estado legal: lícitas e ilícitas.
- Según el uso médico.
- Según el poder esclavizante: duras y blandas (términos en desuso, no expresan el riesgo o peligro).
- Según los efectos sobre el sistema nervioso central:
 - Psicoestimulantes:cocaína, anfetaminas y otras.
 - Psicodepresoras: alcohol, opiáceos, sedantes y otras.
 - Alucinógenas: marihuana, LSD, parkinsonil, anfetaminas de síntesis, campana, ketamina y otras.

La drogodependencia es un estado caracterizado por:

- Deseo dominante de continuar consumiendo la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física, psíquica o ambas con síndrome de abstinencia por retirada de esta.
- Efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

5.2.1 TIPOS DE DEPENDENCIA

1. Dependencia física (neuroadaptación): Necesidad de mantener determinados niveles de una droga en el organismo. Tiene dos componentes: tolerancia y síndrome de

abstinencia aguda, por ejemplo, sustancias depresógenas (alcohol, opiáceos, hipnóticos y sedantes.

- Tolerancia: Es la necesidad de cantidades crecientes de una sustancia en busca del efecto deseado o disminución del efecto ante una misma dosis.

- Síndrome de abstinencia aguda: Manifestaciones clínicas, psíquicas o físicas que se producen por el cese de la administración de una droga y desaparecen con la administración de la droga.

2. Dependencia psíquica: Deseo irresistible o anhelo de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros, evasivos o ambos para evitar el malestar psíquico que se siente con su ausencia, por ejemplo sustancias psicoestimulantes (anfetaminas, cocaína, nicotina) y alucinógenos.

5.2.2 FORMAS DE CONSUMO DE DROGAS

- Experimental: Consumo fortuito. Patrón de inicio de muchas drogas.
- Ocasional: Consumo intermitente con fines bien determinados. Se discrimina qué droga se prefiere y dónde usarla. Se corre el riesgo de desarrollar dependencia.
- Habitual: Consumo diario, doble propósito con su uso (evitar abstinencia y mantener rendimiento)
- Compulsivo: Consumo intenso, varias veces al día, graves trastornos del comportamiento, grandes peligros para la salud y la sociedad.

5.2.3 ETAPAS DE LA ADICCIÓN

- Enamoramiento: Se caracteriza por sensaciones de euforia y tranquilidad.
- Luna de miel (muchas gratificaciones y mínimos efectos negativos)
- Traición (alta nocividad, deterioro individual y social).
- En la ruina (Alta tolerancia, abstinencia notable, negación del problema).

- Aprisionados (Destrucción individual, familiar y social. El individuo se convierte en “esclavo de la droga”

5.2.4 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS DROGAS

- Oral: Ingestión, mascada o sublingual (anfetaminas, LSD, barbitúricos y otras).
- Pulmonar: Nicotina, cannabis, crack.
- Nasal: Cocaína.
- Rectal o genital: Cocaína y heroína.
- Parenteral: Heroína y cocaína.

5.2.5 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS

- Reacciones antisociales.
- Síndrome de déficit de actividad.
- Inmunodepresión e infecciones.
- Efectos tóxicos específicos.
- Trastornos mentales inducidos.
- Dependencia física y psíquica.
- Síndrome de abstinencia.
- Sobredosificación.

5.3 ADICCIÓN VS DEPENDENCIA

5.3.1 ADICCIÓN VS DEPENDENCIA: INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos del mundo de las drogas aparecen términos que se usan como sinónimos y se superponen entre sí. Es el caso adicción vs dependencia (o drogadicción vs drogodependencia). Sin embargo, cada una de estas palabras posee un significado, y por tanto un uso, concreto. Y no solo eso: más allá de su significado denotativo, la sociedad le impone una cierta acepción connotativa, es decir basada en juicios subjetivos y sociales. Para evitar errores

conceptuales en materias de sustancias psicoactivas vamos a enunciar las diferencias existentes entre ambos términos.

5.3.2 ¿QUÉ ES LA ADICCIÓN?

Adicción resulta un vocablo más común que dependencia en el habla social. En efecto, la adicción tiene que ver con un comportamiento o consumo compulsivo; con una acción impulsiva obsesiva que se realiza inconscientemente y con mucha frecuencia.

Pero no implica una relación con las drogas ni con el consumo de sustancias químicas. Por ello, la OMS sugiere que se sustituya por el término dependencia, cuando se trata de un abuso de drogas reiterativo y descontrolado. Es decir, cuando la adicción supone un problema de salud o resta calidad de vida a la persona.

5.3.3 ¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA?

La dependencia es considerada un estado psicofisiológico caracterizado por la necesidad del individuo de consumir drogas para eliminar cierto malestar. Muy similar es la acepción que aporta el Glosario de términos de Alcohol y drogas (1994) creado por la OMS. «La dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva».

5.3.4 LA CONNOTACIÓN SOCIAL DE LOS TÉRMINOS: ADICCIÓN VS DEPENDENCIA

El término de adicto o drogadicto, más allá de aludir al concepto de un individuo consumidor de drogas o alcohol, posee cierta connotación social negativa. De alguien desviado de las normas sociales. Ser considerada una persona adicta es un estigma social, ya que define erróneamente a la persona como viciosa. Y ello marca su vida dentro de la sociedad, toda vez que se ve marginado por los no consumidores. Es la llamada exclusión social de los

drogodependientes, pues no siempre son percibidos como enfermos; sino como personas irresponsables y de conductas peligrosas.

La propia OMS se hace eco de este sentimiento social; «El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona». Y este estereotipo negativo aplicado a la adicción es mayor cuando se trata de consumo de drogas ilegales; pues estas sustancias se asocian con problemas legales; así como con un estilo de vida reprochable (moralmente) y sancionable (penalmente). No obstante, la sociedad le da la oportunidad de reinsertarse si el adicto a las drogas decide acudir a un centro de desintoxicación y seguir un programa de tratamiento.

5.4 TIPOS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS

DROGODEPENDIENTES

De forma genérica llamamos Centro de rehabilitación a cualquier tipo de recurso sociosanitario que contribuya en la recuperación de una persona con adicción. Sin embargo, es muy importante acertar con el tipo de centro adecuado si queremos atender de manera adecuada las distintas necesidades de cada paciente.

5.4.1 CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO (CTA)

Si el paciente precisa una desintoxicación de la sustancia a la que es adicto, entonces podrá acudir a un CTA de la Junta de Andalucía o, en su caso, una figura similar en la red pública de asistencia a personas con adicciones. Los CTA son unidades sanitarias que se encuentran en ambulatorios del sistema público de salud.

5.4.2 CENTRO DE DESINTOXICACIÓN (CD)

La desintoxicación no siempre se puede llevar a cabo sin alejarse del propio ambiente y círculos de amistades. En la mayoría de ocasiones, no sólo se necesita aislamiento para poner distancia de los contextos de riesgo, sino que es necesario internar al paciente por los mismos

efectos que la desintoxicación puede tener. En el caso del alcohol o la heroína en cualquiera de sus formas, la desintoxicación es especialmente dura a nivel físico y psicológico. Entonces un CTA no sería el recurso adecuado, sino un Centro de Desintoxicación. También aquellos que han consumido cualquier tipo de droga de forma masiva o durante un tiempo prolongado necesitarán de este tipo de centros por la intensidad y duración de su craving o deseo de consumo.

5.4.3 COMUNIDAD TERAPÉUTICA O CENTRO DE REHABILITACIÓN

Puede recibir distintos nombres según la Comunidad Autónoma pero, en definitiva, son centros a los que se pasa una vez realizada la desintoxicación. En ellos se lleva a cabo la deshabituación de la sustancia y el comienzo de la rehabilitación propiamente dicha del paciente. La deshabituación consiste en la identificación y sustitución de los hábitos alterados por el consumo, por otros que mejoren la calidad de vida del paciente.

5.4.4 CENTRO DE TERAPIA AMBULATORIA

Cuando los pacientes abandonan el Centro de Rehabilitación o Comunidad Terapéutica, comienzan un periodo prolongado de terapia ambulatoria. Pueden vivir en sus casas o en una Vivienda de Apoyo al Tratamiento (VAT), también llamada Piso Terapéutico. Cada paciente requiere una solución habitacional distinta para realizar con éxito su tratamiento. De cualquier forma, todos deberán continuar yendo asiduamente a terapia.

6 MARCO REAL

6.1 ANÁLISIS DE MODELOS REALES

6.1.1 INTERNACIONAL

6.1.1.1 CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO HELSINGØR/DINAMARCA

6.1.1.1.1 DEFINICIÓN

El centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo ubicado en Helsingør, Dinamarca; fue diseñado por el estudio JDS (Julien De Smedt Architects) en el año 2006. El proyecto cuenta con un área de 6.000 metros cuadrados (JDS).

Fotografía 13

Implantación centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør



Fuente: JDS.

6.1.1.1.2 CRITERIOS CONCEPTUALES

El concepto de diseño se basa en la creación de un volumen en forma de trébol en el que los diferentes espacios se distribuyen en función del nivel de privacidad que requieran.

En el diseño se evitó utilizar todos los estereotipos clínicos de un centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo, es decir, el pasillo cerrado sin ventanas y filas de habitaciones en ambos lados, materiales artificiales de recubrimiento para una limpieza fácil como pintura plástica, suelos de linóleo o techos de yeso, etc. Por el contrario, en el

diseño se utilizó materiales naturales sin recubrimiento, pisos de colores, paredes de concreto, vidrio, madera y hormigón. El proyecto se esfuerza en "ser y no ser" un centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo (Monostudio Architectour.net).

Fotografía 14

Visualización exterior centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør desde el hospital existente



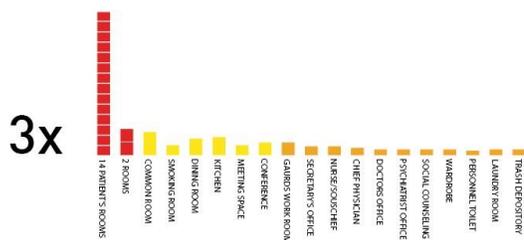
Fuente: JDS.

6.1.1.1.3 CRITERIOS FUNCIONALES

El centro está organizado en dos programas: el programa para vivienda (hospitalización) y el programa para tratamiento. Cada programa tiene muchas funciones individuales y diferentes, sin embargo, deben trabajar juntas. El proceso seguido fue diseñar cada programa por separado para después transformarlo en un todo integrado (Monostudio - Architectour.net).

Esquema 1

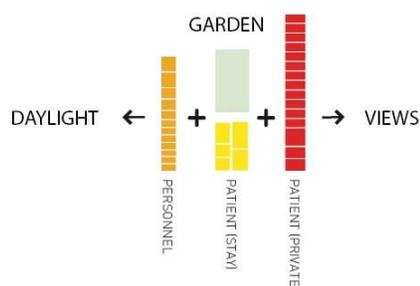
Programa requerido por bloque centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør



Fuente: JDS.

Esquema 2

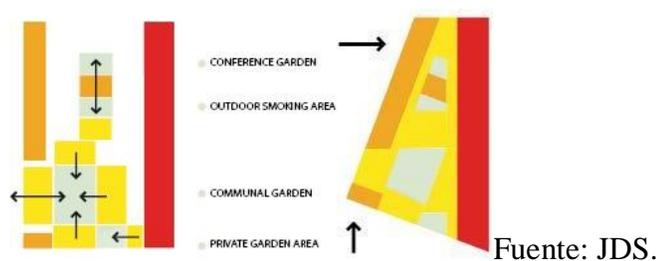
Relación espacial por bloque centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør



Fuente: JDS.

Esquema 3

Organización espacial dentro de cada bloque Hospital centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør

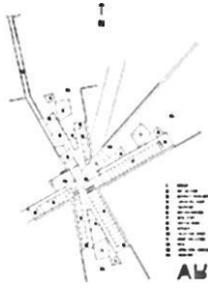


Fuente: JDS.

Debido a la forma del terreno y a la necesidad de tener un punto central de control, se optó por la forma de trébol. Esta organización permite tener un punto central desde donde se puede controlar visualmente todos los bloques, además de ser un punto de distribución entre ellos.

Planimetría 7

Planta baja centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør



▲ Fuente: Monostudio - Architectour.net.

El programa para tratamiento se encuentra a nivel con la construcción existente, ya que queda conectado con el edificio a través de uno de sus extremos. El programa se organiza en cinco pabellones individuales unidos por un espacio central. Alrededor del área de ingreso se encuentran el centro de día. Las unidades individuales contienen oficinas y salas de tratamiento en un extremo y las áreas de espera al otro. Todas las partes del edificio se fusionan en un solo punto, justo en el centro de la estructura de trébol (Monostudio - Architectour.net).

Planimetría 8

Planta de subsuelo centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør



▲ Fuente: Monostudio - Architectour.net.

El programa para vivienda (hospitalización) se encuentra en la planta de subsuelo, está dividida en tres pabellones, los cuales trabajan independientemente. Cada pabellón cuenta con recepción, oficinas para consultorios y terapias, sala de reunión, comedor, cocina, sala de equipo técnico y áreas verdes individuales o comunales. En el centro de la estructura se encuentran los espacios comunes y de personal.

6.1.1.1.4 CRITERIOS TÉCNICO-CONSTRUCTIVOS

El sistema constructivo utilizado es de paneles estructurales prefabricados y hormigón armado, además de aluminio, metal y vidrio para el tratamiento del espacio interior (Monostudio - Architectour.net).

Fotografía 15

Sala de reunión planta de subsuelo centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør



Fuente: JDS.

6.1.1.1.5 CRITERIOS FORMALES

El centro es emplazado en dos niveles permite que un piso esté semienterrado dando la apariencia de que el edificio crece dentro del paisaje, esto evita afectar en la visibilidad desde el la infraestructura existente hacia el edificio nuevo, pero al mismo tiempo ofrece una relación más directa con el lago y el bosque, haciendo que la clínica de un ambiente natural para la cura.

Mediante el uso de una estructura en forma de trébol, la organización de las habitaciones se logró de tal manera que cada una se orienta hacia una parte del paisaje y permite tener pequeños patios internos, ya que para muchos pacientes es un ambiente seguro y tranquilo es fundamental para su bienestar. Los entornos confusos les recuerda de su enfermedad, provocando inestabilidad y sensación de estar inseguros (Monostudio - Architectour.net).

Fotografía 16

Visualización exterior de las habitaciones y el lago centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør



Fuente: JDS.

6.1.1.1.6 CRITERIOS ESPACIALES

El centro minimiza la distancia a pie entre los espacios, además de ofrecer espacios individuales e íntimos donde los usuarios pueden sentirse como en casa.

Parte del centro contiene áreas donde el tratamiento de los pacientes es observado, por su protección y por la de su entorno se generan zonas de libertad limitada para moverse pero sin sentirse encerrados, además de ofrecer una visión general de los espacios al personal pero al mismo tiempo evitando que los pacientes se sientan observados o bajo vigilancia. El edificio ofrece espacios para socializar y para reuniones y al mismo tiempo da la oportunidad de ser espacios para el retiro y la contemplación (Monostudio - Architectour.net).

Fotografía 17

Visualización hacia el comedor centro de rehabilitación para personas con problemas de drogodependencia y alcoholismo Helsingør



Fuente: JDS.

6.1.1.2 HOSPITAL KRONSTAD especializado en drogodependencias/ NORUEGA

6.1.1.2.1 DEFINICIÓN

Fotografía 7

Patio interior posterior Hospital Kronstad especializado en drogodependencias



Fuente: Hoff Pål, 2013.

El Hospital Kronstad especializado en drogodependencias ubicado en Bergen, Noruega; fue diseñado por los arquitectos Origo Arkitektgruppe en el año 2013. El proyecto cuenta con un área de 12.500 metros cuadrados (Plataforma Arquitectura, 2013).

6.1.1.2.2 CRITERIOS CONCEPTUALES

El concepto de diseño se basa en la apertura y transparencia hacia el público y a su vez en un refugio de protección para los pacientes. Parte fundamental en el proceso de diseño fueron la incorporación de espacios públicos, naturaleza y cualidades visuales tanto dentro como fuera del proyecto.

Fotografía 8

Plaza pública exterior al norte del Hospital Kronstad especializado en drogodependencias



Fuente: Hoff Pål, 2013.

La plaza pública al norte del edificio se extiende por debajo de los pisos inferiores, invitando a los ciudadanos a sentarse, jugar e inclusive contemplar un área dominada por los automóviles y el tráfico; además de que la transparencia de sus fachadas incita a tener una mayor relación entre el interior y exterior (Plataforma Arquitectura, 2013).

6.1.1.2.3 CRITERIOS FUNCIONALES.

El edificio cuenta con 12.500 metros cuadrados de construcción en los cuales se encuentran los departamentos de hospitalización en los pisos superiores, guarderías y policlínicos en los pisos más bajos, además de un estacionamiento subterráneo. Los servicios que se ofertan son: equipos móviles, policlínicos para adultos, clínicas de atención de día y servicio de estancias cortas.

Planimetría 1

Implantación Hospital Kronstad especializado en drogodependencias

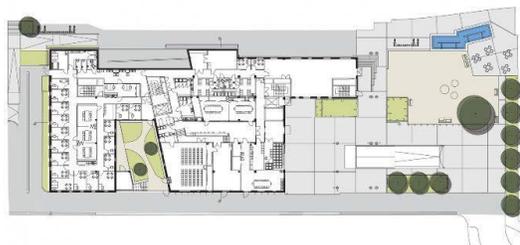


Fuente: Arkitektur N Magazine, 2014.

El hospital se encuentra localizado en una zona de mucho tráfico, en un área densamente poblada de la ciudad de Bergen. Está rodeado por una vía de alto tráfico al oeste del edificio donde se encuentra el ingreso principal y por una cancha de futbol en el costado este.

Planimetría 2

Planta baja Hospital Kronstad especializado en drogodependencias



Fuente: Arkitektur N Magazine, 2014.

La planta baja está semienterrada y sus accesos son por los costados del edificio en donde las cotas del terreno son más bajas, por la fachada principal no se permite el acceso debido a que

el nivel de la calle se encuentra más elevado. En esta planta se localizan el gimnasio, las aulas de enseñanza y las salas de consulta externa.

Al costado norte del edificio se encuentra la plaza pública abierta, que se extiende desde la parada de tranvía a través de la fachada con muro verde en la planta baja transparente del centro, donde hay una cafetería y una tienda (Arkitektur N Magazine, 2014).

Planimetría 3

Planta primer piso Hospital Kronstad especializado en drogodependencias 3



Fuente: Arkitektur N Magazine, 2014.

En la planta del primer piso se encuentra el ingreso principal al hospital mediante rampas y escaleras. La distribución se logra a través de un gran atrio que contiene la recepción y la sala de espera, en esta planta se localizan las salas para pacientes ambulatorios, el hospital de día y la administración (Arkitektur N Magazine, 2014).

En la planta del tercer piso se encuentran las habitaciones, divididas en dos pabellones en cada extremo, en el centro se encuentran los consultorios y salas de terapias, las circulaciones verticales, además de los jardines. Las áreas comunes de cocina y comedor se abren hacia los balcones con jardín. Las áreas de personal se abren hacia los atrios para tener un mejor control visual de los espacios.

Planimetría 4

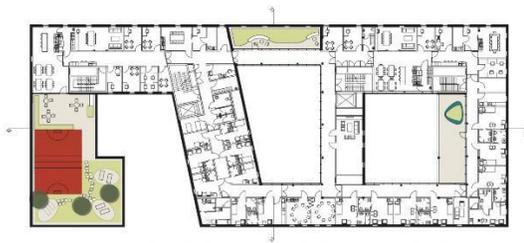
Planta tercer piso Hospital Kronstad especializado en drogodependencias



Fuente: Arkitektur N Magazine, 2014.

Planimetría 5

Planta cuarto piso Hospital Kronstad especializado en drogodependencias

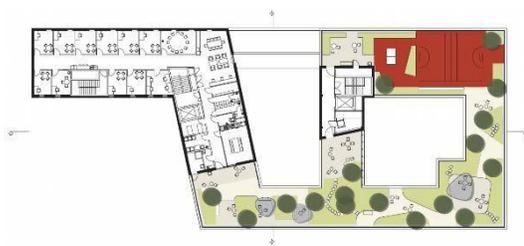


Fuente: Arkitektur N Magazine, 2014.

En la planta del cuarto piso se encuentran dos pabellones de habitaciones, jardines y una pequeña cancha para actividades al aire libre.

Planimetría 6

Planta quinto piso Hospital Kronstad especializado en drogodependencias



Fuente: Arkitektur N Magazine, 2014

En la planta del quinto piso se localizan las salas de rehabilitación, la consulta externa y el jardín comunal en la terraza, además de una cancha.

6.1.1.2.4 CRITERIOS TÉCNICO-CONSTRUCTIVOS

El sistema constructivo utilizado es mixto, estructura metálica con muros de concreto visto.

En cuanto al tratamiento de las fachadas se utilizó paneles de acero de color natural, blanco y verde. En el tratamiento interior se utilizó revestimientos de madera y acero. (Plataforma Arquitectura, 2013).

Fotografía 9

Escaleras internas Hospital Kronstad especializado en drogodependencias



Fuente: Skodvin Helge, 2013.

6.1.1.2.5 CRITERIOS FORMALES

El edificio se abre hacia el este para dirigir sus visuales hacia la montaña Ulriken.

Organizándose en torno a tres grandes atrios, añade luz, aire y espacios de recreación al aire libre. Estos atrios facilitan el contacto visual entre los diferentes pisos y ambientes, además de ser puntos de referencia que ayudan a la orientación de los pacientes, en estos espacios se logra crear un encuentro cercano con la naturaleza dentro del edificio. Cada uno de los ambientes del hospital están relacionados mediante jardines específicos en el techo. Cada jardín tiene sus propias características dependiendo de su ubicación y función (Plataforma Arquitectura, 2013).

Fotografía 10

Visualización de los jardines Hospital Kronstad especializado en drogodependencias



Fuente: Hoff Pål, 2013.

Fotografía 11

Jardín interior con vista al pasillo general Hospital Kronstad especializado en drogodependencias



Fuente: Hoff Pål, 2013.

6.1.1.2.6 CRITERIOS ESPACIALES

El edificio enfatiza la claridad de las líneas de comunicación entre los diferentes ambientes, las cuales son claras y lógicas. La claridad de las plantas mejora la comprensión del edificio tanto para los pacientes como para el personal, creando un ambiente más tranquilo y de fácil orientación. El ingreso principal se conecta directamente a la parada del tranvía, y da acceso directo a los diferentes espacios para los pacientes ambulatorios y departamentos de hospitalización.

Las unidades están diseñadas para dar al personal una visión general de los ambientes, mientras que al mismo tiempo generan espacios más pequeños para disminuir en los pacientes la

sensación de estar siendo observados. Hay un total de nueve jardines, estas áreas verdes estimulan la interacción social y ofrecen espacios neutrales de reunión y de contemplación, permitiendo apoyar en el sentido de realidad de los pacientes y brindándoles el espacio privado que necesitan (Plataforma Arquitectura, 2013).

Fotografía 12

Pasillo interior cuarto piso Hospital Kronstad especializado en drogodependencias



Fuente: Skodvin Helge, 2013.

6.1.2 NACIONAL

6.1.2.1 CENTRO MUNICIPAL DE REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDIENTES DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA

Centro para la rehabilitación de los drogodependientes, dotado de ambientes adecuados para su recuperación y talleres ocupacionales que lo ayudarán a la reinserción social para el beneficio de todos los habitantes.

En cuanto a las consultas hay tres niveles de atención según la gravedad, el tratamiento incluye una evaluación del paciente para ver si sigue las tres fases para su recuperación para terminar con la reinserción del individuo en la sociedad.



6.1.2.1.1 ANÁLISIS FUNCIONAL

El edificio cuenta con 55.720 metros cuadrados de construcción donde se encuentran las siguientes áreas, dos módulos, dos canchas poli funcionales y dos huertos, existen dos talleres de terapia para los pacientes, además de dos pabellones para dormitorios, de varones y sanitarios.

Además, incluye oficinas administrativas, ambientes de salas de terapia (social, psicológica, familiar, laboral, deportiva y espiritual), consultorios médicos, una enfermería. El lugar consta también con una cocina.



6.1.2.1.2 ANÁLISIS ESPACIAL

El edificio busca la comodidad de todas las personas que en él se encuentren. Cubriendo todas las necesidades de los usuarios y además será un punto de encuentro tanto en la misma cafetería como en los jardines, estas áreas verdes estimulan la interacción social y ofrecen espacios de reunión y relajación. El ingreso principal se conecta directamente a la parada micros, y da acceso directo a los diferentes espacios para los pacientes ambulatorios y departamentos de hospitalización donde manifiesta claramente que sus espacios alternos van a ser complementarios de dichos espacios públicos y se mantienen como espacios para los pacientes es decir que son ambientes más privados.



6.1.2.1.3 MORFOLOGÍA

El concepto básico de la de dicho edificio es la conformación formal del mismo responde a una concepción matemática por el manejo de volúmenes cúbicos puros y macizos, además de la disposición de los volúmenes en forma paralela creando así un patio central lineal, rescatando la flexibilidad del edificio por su conformación geométrica, logrando crear un encuentro cercano con la naturaleza dentro del edificio.



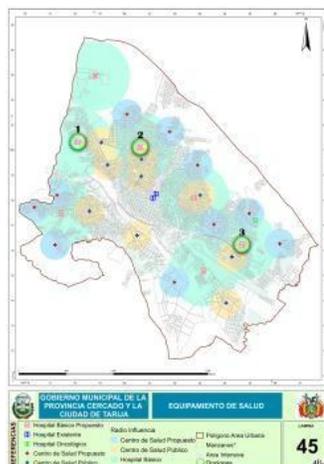
6.1.2.1.4 TECNOLOGÍA

El sistema constructivo utilizado es tradicional, en cuanto al tratamiento de las fachadas se utilizó los acabados en ladrillo visto tanto en columnas de pasillos como también en columnas de la infraestructura y la cubierta es de teja colonial.

No cuenta con instalaciones especiales, que permita mejorar funcionamiento del instituto.

6.2 ANÁLISIS DEL SITIO DE INTERVENCIÓN

6.2.1 ELECCIÓN DEL TERRENO



Tomando de referente el PLOT seleccionamos 3 opciones de terreno que se tiene como hospital básico propuesto tomando en cuenta las necesidades q se tiene de terreno para el emplazamiento del proyecto.

6.2.1.1 PRIMERA OPCIÓN

UBICACIÓN GEOGRÁFICA.- Ubicado en el distrito "6", en el barrio de obrajes, a márgenes del río Guadalquivir.

SUPERFICIE.- 13826m².

TOPOGRAFÍA.- en cuanto a su topografía el terreno tiene alto porcentaje de pendiente

VIALIDAD.- el terreno se encuentra donde aún no se tiene vías consolidados, pero por la proyección de vías será de carácter de primer orden.

SERVICIOS BÁSICOS.- Cuenta servicios básicos como agua, luz faltando alcantarillado sanitario y teléfono como internet.



6.2.1.2 SEGUNDA OPCIÓN

UBICACIÓN GEOGRÁFICA.- Está ubicada en el distrito 7 del barrio 3 de mayo.

SUPERFICIE.- 12320m².

TOPOGRAFÍA.- el terreno presenta mínimas pendientes.

VIALIDAD.- al norte del terreno con la calle Ciscar Cabezas esta vía de tercer orden al este con la calle Ballivián, al oeste con calles sin nombre, ambas con carácter de vías de segundo orden y al sur con la avenida José Francisco Reyes la cual es de primer orden.

SERVICIOS BÁSICOS.- Cuenta servicios básicos como agua, luz, alcantarillado sanitario, teléfono e internet.



6.2.1.3 TERCERA OPCIÓN

UBICACIÓN GEOGRÁFICA.- El terreno se encuentra en el distrito 10 en el barrio San Jorge 1.

SUPERFICIE.- 9497m².

TOPOGRAFÍA.- el terreno presenta mínimas pendientes.

VIALIDAD.- terreno colinda al norte con la calle sin nombre, al oeste con la calle Dr.

Mariano Antonio Echazu, al este con la calle Ayacucho y al sur con la avenida Héroes del Chaco.

SERVICIOS BÁSICOS.- Cuenta servicios básicos como agua, luz, alcantarillado sanitario, teléfono e internet



6.2.1.4 TABLA COMPARATIVA

Será calificado cada opción de terreno de 1 a 100 puntos dividido en 5 variables un máximo por cada variable de 1 a 20 puntos.

N°		Opción 1	Opción 2	Opción 3
1	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	10	18	15
2	SUPERFICIE	18	15	8
3	TOPOGRAFÍA	8	17	17
4	VIALIDAD	8	18	15
5	SERVICIOS BÁSICOS	7	15	15
Total		51	83	70

6.2.1.5 CONCLUSIÓN

La opción 2 es la q llega a tener 83 puntos por tener las mejores características y es así q llega ser el terreno a intervenir para el proyecto.

6.2.2 CARACTERÍSTICAS DEL TERRENO ELEGIDO

6.2.2.1 UBICACIÓN FÍSICA

Está ubicada en el distrito 7 del barrio 3 de mayo, al norte del terreno con la calle Ciscar Cabezas esta vía de tercer orden al este con la calle Ballivián, al oeste con calles sin nombre, ambas con carácter de vías de segundo orden y al sur con la avenida José Francisco Reyes la cual es de primer orden.



6.2.2.2 SUPERFICIE Y COLINDANCIAS

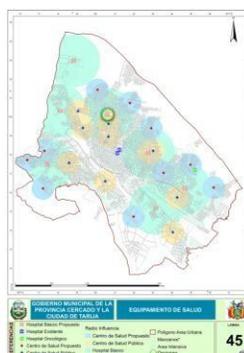
La superficie del terreno a emplazar el proyecto tiene una superficie de 12320,4m², colindando al norte del terreno con la calle Ciscar Cabezas esta vía de tercer orden al este y oeste con calles sin nombre con carácter de vías de segundo orden y al sur con la avenida José Francisco Reyes la cual es de primer orden, el cual será usado de manera óptima para todos los protocolos de recuperación atención y prevención de la drogodependencia.



6.2.2.3 PROPIEDAD

El propietario del terreno es el gobierno municipal de la provincia Cercado y la ciudad de Tarija

Ya q tomamos en cuenta el PLOT para la elección del terreno porque está destinado para hospital básico propuesto.



6.2.2.4 TOPOGRAFÍA

La topografía del terreno elegido es relativamente regular solo con el sitio nos ofrece explanadas el cual constituye un factor esencial para el emplazamiento del proyecto teniendo un beneficio en cuanto a no tener limitantes del terreno



6.2.2.5 ACCESIBILIDAD

La principal vía de acceso es la Av. José Francisco Reyes una vía estructurada con un perfil de 27.5 mts. que comunica el centro de la ciudad con el terreno



6.2.2.6 MOVILIDAD

La Av. José Francisco Reyes es la vía principal la cual tiene a 3 cuadras la importante avenida Froilán Tijerina por la cual es ruta de líneas de micros como la línea “S” “E” “F” “D” y también varias líneas de taxis trufis ya por motivos del mercado de abasto del sur que se encuentra a unas cuantas cuadras del terreno, lo que significa que hay buena cobertura de movilidad pública.

6.2.2.7 FORMA DEL TERRENO

El terreno tiene una forma relativamente regular, ya que en la calle sin nombre del lado oeste presente una forma irregular pero por las otras 3 calles q circundan el terreno tenemos calles rectas, y en cuanto a las esquinas se tiene ángulos casi de 90 grados, por lo que el emplazamiento del proyecto se podrá usar de manera óptima sin perder espacios y haciendo muy poco movimiento de tierras.



6.2.3 CARACTERÍSTICAS MEDIOAMBIENTALES

6.2.3.1 CLIMA

El clima del lugar corresponde a los de tipo Templado (de 4 a 12 meses del año temperaturas medias mensuales de 24 – 21° C)

La temperatura media anual del periodo Octubre a Marzo es de 19,8° C; el periodo seco tiene una media de 13,1° C.

Parámetros climáticos promedio de Tarija Airport (elevation: 1,875 m), 1981–2019 normals; extremes 1962–present)													
Mes	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Anual
Temp. máx. abs. (°C)	36.5	37.4	37.5	37.3	36.2	34.6	36.0	37.4	39.5	39.7	37.8	38.8	39.7
Temp. máx. media (°C)	27.1	26.6	26.6	25.9	24.8	24.4	23.9	25.6	26.1	27.5	27.4	27.5	26.1
Temp. media (°C)	20.8	20.3	20.2	18.6	15.5	13.6	13.2	15.4	17.0	19.7	20.3	21.0	18.0
Temp. mín. media (°C)	14.7	14.1	13.8	11.3	6.3	2.7	2.5	5.2	7.9	11.9	13.3	14.4	9.8
Temp. mín. abs. (°C)	6.0	4.0	5.0	-2.0	-3.0	-7.7	-9.2	-8.0	-4.2	0.0	3.0	0.0	-9.2
Precipitación total (mm)	130.2	100.4	90.3	16.1	1.7	0.2	0.3	1.9	7.0	37.1	73.2	125.9	684.3
Días de precipitaciones (≥ 1 mm)	14.8	12.5	11.2	4.0	1.1	0.3	0.3	0.9	2.6	6.8	10.4	12.8	77.6
Humedad relativa (%)	67.1	68.9	68.6	65.6	58.9	53.0	51.9	50.0	50.8	54.6	59.6	64.1	59.2

Fuente: Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología de Bolivia

La precipitación pluvial media anual es de 603 Mm., que se caracteriza por ser de tipo conectivo, siendo el mes de Febrero el más lluvioso.

6.2.3.2 ASOLEAMIENTO Y VIENTOS

Asoleamiento.- la proyección solar es de este a oeste, variando la distancia y la altura del sol dependiendo de la estación del año, estos aspectos favorecen la ubicación de los edificios en el terreno. La calidad ambiental del terreno es agradable por el micro clima formado por los cerros que lo rodea y la vegetación poca existente y también que se encuentran en los márgenes la

quebrada y en todo el sector aledaño al terreno, que son los que proyectan sombra y humedecen el aire.

Vientos.- Los vientos de mayor intensidad se presentan en los meses de julio, agosto, septiembre y octubre, con un promedio de 5.6 a 6.5Km/hrs. En general se tiene un régimen de vientos moderados y mantiene una dirección predominante del Sur-Este.



6.2.3.3 VEGETACIÓN

En el sitio en general no se encuentra poblado de gran número de especies arbóreas. Las especies que identificamos son el Molle, Churqui, Pastizales y plantas de baja estatura alrededor del terreno típico de los lugares erosionados.



6.2.3.4 PAISAJE URBANO

El paisaje que ofrece la zona permitirá que se pueda crear un proyecto que sea de clara percepción, de la misma manera los materiales y escalas que se manifiestan en la zona están claramente identificadas en el proyecto y responde a la normativa, y reglamentación de la zona.



6.2.3.5 VISUALES

Las visuales destacadas están netamente dirigidas hacia la av. José Francisco Reyes que se manifiesta en el lugar y algunas de ellas orientadas hacia masas arbóreas aledañas que caben ser relevadas por su situación natural.



6.2.3.6 SERVICIOS

La zona donde se emplaza el terreno cuenta con los servicios básicos (como ser: agua, luz, alcantarillado, gas, teléfono e internet por fibra óptica), necesarios para la implantación de dicho equipamiento, excepcionalmente carece del servicio de drenaje pluvial, dicha carencia nos permite solucionar mediante el reciclado de estas aguas por mecanismos de filtración para que estas aguas puedan ser usadas para el riego y limpieza de áreas externas (áreas verdes, aceras, plazas) del proyecto.

6.2.4 EXPEDIENTE URBANO

6.2.4.1 RED DE EQUIPAMIENTOS



6.2.3.6.1 ÁREAS VERDES

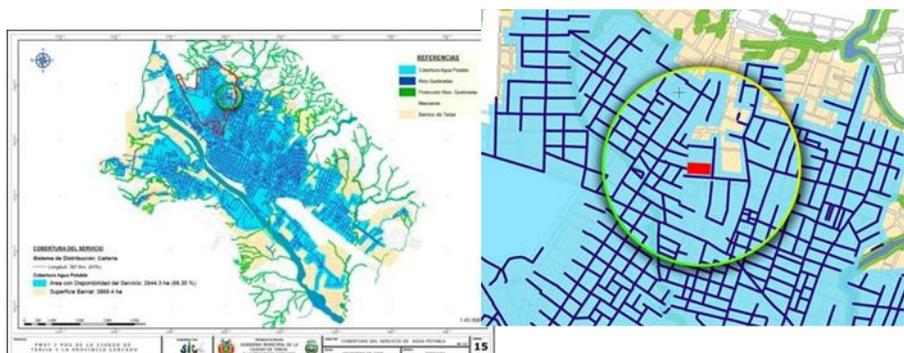


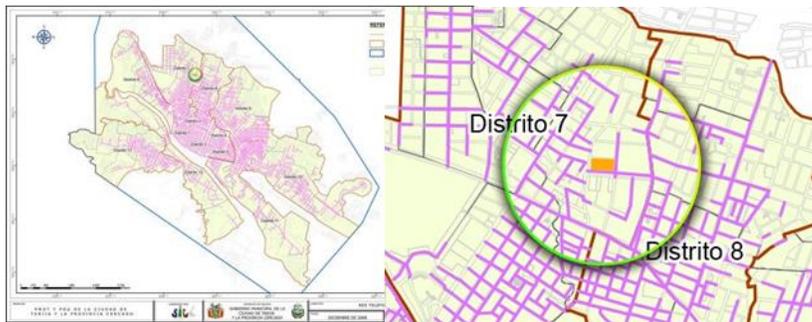
6.2.4.2 VIALIDAD

La principal vía de acceso es la Av. José Francisco Reyes una vía estructurarte con un perfil de 27.5 mts. que comunica el centro de la ciudad con el terreno.



6.2.4.3 SERVICIOS





6.2.4.6 INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Población en Bolivia según datos del censo 2012 es de 10.059.856

Mujeres 5.040.409 50,10%

Hombres 5.019.447

La población de la ciudad de Tarija área urbana es de 179.528 habitantes

Mujeres 89.943

Hombres 89.585

Según datos brindados por la directiva de la Federación de Juntas Vecinas de la Provincia Cercado FEJUVE, 173 barrios y urbanizaciones conforman la ciudad de Tarija, siendo los distritos 7 y 10 los que contienen mayor cantidad de barrios.

Por otro lado, el distrito 7, es el que tiene la mayor cantidad de urbanizaciones, lo que nos lleva a observar que la ciudad ha crecido hacia la parte norte.

Distritos urbanos	Cantidad de barrios	Cantidad de Urbanizaciones
Distrito 7 - Zona Mercado Campesino	15	23

Datos de cantidad de población en distritos, barrios y urbanizaciones de la ciudad de Tarija.

Distrito 7	Personas
3 de Mayo	3.350
Defensores del Chaco	3.271
IV Centenario	2.746
4 de Julio	1.965
Los Chapacos	1.834
12 de Octubre	1.654

Otros distrito 7	1.412
Las Pascuas	1.240
101 familias	887
Campesino	626
20 de Enero	449
María de los Ángeles	343
19 de Marzo	188
Total	19.965

6.3 ANÁLISIS FODA

6.3.1 FODA DE TERRENO

	POSITIVAS	NEGATIVAS
ORIGEN INTERNO	<p>Fortalezas</p> <p>1 el terreno se encuentra en una ubicación relativamente centrada en la mancha urbana.</p> <p>2 la dimensión del terreno es óptima para la implementación del proyecto.</p> <p>3 el terreno es de propiedad de la alcaldía.</p> <p>4 el terreno está destinado a implementar un equipamiento de salud.</p> <p>5 la topografía del terreno presenta poca pendiente del 5%.</p> <p>6 buena accesibilidad por las vías q rodean el terreno. 7 se tiene varias opciones de transporte público q su ruta es por el terreno.</p> <p>8 la forma del terreno es favorable por ser regular.</p>	<p>Debilidades</p> <p>1 Área caracterizada por la erosión, aunque no en su totalidad.</p> <p>2 la vía del lado oeste no es regular.</p> <p>3 La falta de continuidad en las vías</p> <p>4 falta de mantenimiento en las jardineras de la Avenida José Francisco Reyes</p>
ORIGEN EXTERNO	<p>Oportunidades</p> <p>1 es un hito el terreno ante la sociedad tarijeña</p> <p>2 Área estratégica para el desarrollo de equipamiento de salud.</p> <p>3 La composición y estructura del suelo permite la implantación de nuevas especies de vegetación, siempre y cuando no afecte al microclima de la zona.</p>	<p>Amenazas</p> <p>1 Al no existir proyectos ni programas de saneamiento de tierras, la erosión puede avanzar.</p> <p>2 La contaminación pone en riesgo el desarrollo de las especies vegetales.</p> <p>3 Falta de mantenimiento a las vías</p>

6.3.2 ESTRATEGIAS A REALIZAR EN CONDICIÓN ACTUAL

Factores internos Factores externos	FORTALEZAS	DEBILIDADES
OPORTUNIDADES	<p>F-O</p> <p>Al tener un área estratégica para el desarrollo de equipamiento de salud teniendo un terreno con todas las características necesarias para el proyecto</p> <p>ESTRATEGIA OFENSIVA</p> <p>el terreno se encuentra en una ubicación estratégica en la mancha urbana ya que será un hito ante la sociedad tarijeña</p>	<p>D-O</p> <p>El terreno es estratégica para el desarrollo de equipamiento de salud pero tiene características de erosión, aunque no en su totalidad</p> <p>ESTRATEGIA DE REORDENACION</p> <p>Disminuir la erosión para aprovechar en su totalidad el área para el desarrollo de equipamiento de salud</p>
AMENAZAS	<p>F-A</p> <p>La contaminación pone en riesgo el desarrollo de las especies vegetales pero como el terreno está destinado a implementar un equipamiento de salud se realizaran los trabajos para mejorar el suelo</p> <p>ESTRATEGIA DEFENSIVA</p> <p>la topografía del terreno presenta poca pendiente del 5% nos servirá para evitar que siga deteriorando el terreno la erosión</p>	<p>D-A</p> <p>La contaminación pone en riesgo el desarrollo de las especies vegetales ya q al ser el terreno es de propiedad de la alcaldía será la que ayude en la solución de este problema</p> <p>ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA</p> <p>Hay que reducir la erosión, aunque no esté en la totalidad del terreno, para evitar la contaminación que pone en riesgo el desarrollo de las especies vegetales</p>

7.1 USUARIO

7.1.1 TASA DE CRECIMIENTO

Según datos del censo 2012, se pudo establecer que el departamento de Tarija tiene una tasa anual de crecimiento intercensal 2001-2012 es de 1.9 % anual para el presente diagnóstico se

ha optado para la estimación de la población 2042 el método de los componentes, debido a que se están registrando cambios en los diferentes indicadores demográficos, los mismos que prevén que la población de la ciudad Capital Tarija creció en mayor medida. Se partirá como base del censo efectuado en el año 2012.

Cuadro N° 1

Bolivia: estructura de la población por sexo y tasa anual de crecimiento Intercensal 2001-2012, según departamento, censo 2001 y 2012

DEPARTAMENTO	TOTAL	CENSO 2001		TOTAL	CENSO 2012		TASA ANUAL DE CRECIMIENTO INTERCENSAL 2001-2012 (%)
		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
BOLIVIA	8.274.325	4.123.850	4.150.475	10.027.254	4.998.989	5.028.265	1,7
Tarija	391.226	195.305	195.921	482.196	240.275	241.921	1,9

Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA 2001-2012

Con relación a 2001, la población del área urbana de la provincia Cercado ha crecido en aproximadamente un 51% para el 2001, en tanto que la población rural se ha reducido en 2.5%.

El crecimiento demográfico mide el aumento, en un periodo específico, del número de personas que viven en un país o una región. La tasa de crecimiento demográfico depende además del comportamiento y previsión de los diferentes componentes del crecimiento poblacional: tasa de natalidad, de mortalidad y de los movimientos migratorios. Para lo cual, es preciso plantearse hipótesis de evolución para los mismos.

La proyección de población que se tendrá en los siguientes años en Tarija tomando en cuenta la tasa de crecimiento intercensal de 1,9% estos datos no permiten proyectar de manera más exacta a nuestro usuario.

TASA ANUAL DE CRECIMIENTO EN TARIJA INTERCENSAL 2001- 2012 ES DE 1,9%	TOTAL	CENSO 2012	
		Hombre	Mujer
2012	482.196	240.275	241.921
2013	491.358	244840	246517
2014	500.694	249492	251201
2015	510.207	254233	255974
2016	519.901	259063	260838
2017	529.779	263985	265794

2018	539.845	269001	270844
2019	550.102	274112	275990
2020	560.554	279320	281233
2021	571.204	284627	286577
2022	582.057	290035	292022
2023	593.116	295546	297570
2024	604.385	301161	303224
2025	615.869	306883	308985
2026	627.570	312714	314856
2027	639.494	318655	320838
2028	651.644	324710	326934
2029	664.025	330879	333146
2030	676.642	337166	339476
2031	689.498	343572	345926
2032	702.599	350100	352498
2033	715.948	356752	359196
2034	729.551	363530	366021
2035	743.412	370437	372975
2036	757.537	377476	380062
2037	771.931	384648	387283
2038	786.597	391956	394641
2039	801.543	399403	402139
2040	816.772	406992	409780
2041	832.291	414725	417566
2042	848.104	422604	425500

Fuente: PROPIA

7.1.2 USUARIO DIRECTO DEL INTRAID-TARIJA

El usuario directo del INTRAID-TARIJA es el que actualmente recibe los servicios, estos datos son importantes porque nos permite ver la actual demanda para poderla proyectar las dimensiones de nuestro equipamiento.

Porcentaje de la población del departamento que será atendida			
Gestion	Poblacion departamento de tarija	Pacientes externos	% de la poblacion q es paciente EXTERNOS
2021	571.204	9701	1,69838614 %
2022	582.057	9886	1,69838614 %
2023	593.116	10073	1,69838614 %
2024	604.385	10265	1,69838614 %
2025	615.869	10460	1,69838614 %
2026	627.570	10659	1,69838614 %
2027	639.494	10861	1,69838614 %
2028	651.644	11067	1,69838614 %
2029	664.025	11278	1,69838614 %
2030	676.642	11492	1,69838614 %
2031	689.498	11710	1,69838614 %
2032	702.599	11933	1,69838614 %
2033	715.948	12160	1,69838614 %
2034	729.551	12391	1,69838614 %
2035	743.412	12626	1,69838614 %
2036	757.537	12866	1,69838614 %
2037	771.931	13110	1,69838614 %
2038	786.597	13359	1,69838614 %
2039	801.543	13613	1,69838614 %
2040	816.772	13872	1,69838614 %
2041	832.291	14136	1,69838614 %
2042	848.104	14404	1,69838614 %

Fuente: PROPIA

Porcentaje de la población del departamento que será atendida			
Gestion	Poblacion departamento de tarija	Pacientes externos	% de la poblacion q es paciente INTERNOS
2021	571.204	268	0,0469849629881009 %
2022	582.057	273	0,0469849629881009 %
2023	593.116	279	0,0469849629881009 %
2024	604.385	284	0,0469849629881009 %
2025	615.869	289	0,0469849629881009 %
2026	627.570	295	0,0469849629881009 %
2027	639.494	300	0,0469849629881009 %
2028	651.644	306	0,0469849629881009 %
2029	664.025	312	0,0469849629881009 %
2030	676.642	318	0,0469849629881009 %
2031	689.498	324	0,0469849629881009 %
2032	702.599	330	0,0469849629881009 %
2033	715.948	336	0,0469849629881009 %
2034	729.551	343	0,0469849629881009 %
2035	743.412	349	0,0469849629881009 %
2036	757.537	356	0,0469849629881009 %
2037	771.931	363	0,0469849629881009 %
2038	786.597	370	0,0469849629881009 %
2039	801.543	377	0,0469849629881009 %
2040	816.772	384	0,0469849629881009 %
2041	832.291	391	0,0469849629881009 %
2042	848.104	398	0,0469849629881009 %

7.1.2.1 EJECUCIÓN DE POA

En la ejecución del poa 2021 se tuvo los siguientes datos q nos proporciona una base importante para obtener nuestro usuario final, estos datos están desglosados en consulta externa y en pacientes internos

EJECUCION DEL POA PACIENTES EXTERNOS GESTION			EJECUCION DEL POA PACIENTES INTERNOS GESTION	
	PACIENTES	ORIENTACION	TOTAL	TOTAL
ENERO	687	563	1250	41
FEBRERO	1064	932	1996	42
MARZO	1123	1007	2130	39
ABRIL	1443	1365	2808	40
MAYO	1477	1312	2789	44
JUNIO	1272	1137	2409	41
JULIO	1323	1295	2618	33
AGOSTO	1439	1316	2755	39
SEPTIEMBRE	1299	1178	2477	42
OCTUBRE	1262	1162	2424	47
NOVIEMBRE	1289	1134	2423	43
DICIEMBRE	1247	1094	2341	46
TOTAL ES	14925	13495	28420	497

Fuente: INTRAID-TARIJA 2021

7.1.2.2 CONSULTA EXTERNA

7.1.2.2.1 EJECUCIÓN DE POA DE CONSULTA EXTERNA

En esta tabla nos muestra por detalle de patología de lo es consulta externa, que nos permite saber ver la división de lo que es salud mental de lo toxicológico, ya que el resultado que nos arrojó es de que el 65% de los pacientes externos son drogodependientes.

Tabla de contingencia 1ºDIAGNOSTICO SALUD MENTAL * Sexo del pcte (Gestion 2019,2020 y2021)

Gestión	Sexo del pcte		Total
	masculino	femenino	
2019	1376	2065	3441
2020	1491	2652	4143
2021	2090	3134	5224
TOTAL			12808

EXTERNOS
35%

Tabla de contingencia 1ºDIAGNOSTICO TOXICOLOGICO * Sexo del pcte (Gestion 2019,2020 y2021)

Gestio n	Sexo del pcte		Total
	masculino	femenino	
2019	4026	2365	6391
2020	4847	2847	7694
2021	6112	3589	9701
TOTAL	14985	8801	23786
	63%	37%	

Fuente: INTRAID-TARIJA.

Tabla de contingencia 1ºDIAGNOSTICO SALUD MENTAL * Sexo del pcte ENERO A DICIEMBRE 2021

	Sexo del pcte		Total 46%
	masculin o	femenino	
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	1425	1742	3167
TR.DE IDEAS DELIRANTES ORGANICO	410	502	912
TR.DE ANSIEDAD GENERALIZADA	150	184	334
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	59	72	131
TR.DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE PERSONALIDAD	75	92	167
OTROS	231	282	513
TOTAL	2351	2873	5224

Tabla de contingencia 1ºDIAGNOSTICO TOXICOLOGICO * Sexo del pcte ENERO A DICIEMBRE 2021

	Sexo del pcte		Total 54%
	masculino	femenino	
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME DE DEPENDENCIA	2275	1336	3611
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO	1599	939	2538
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDROME DE DEPENDENCIA	940	552	1492
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: USO NOCIVO	446	262	708
TR.MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULT.DROGAS:SINDROME DE DEPENDENCIA	363	213	576
OTROS	489	287	776
	6112	3589	9701

Fuente: INTRAID-TARIJA 2021.

7.1.2.2.2 USUARIO DE CONSULTA ESTERNA CON LA VARIABLE DE HOMBRES Y MUJERES

En el caso de la consulta externa para realizar la proyección de los años siguientes tomamos el porcentaje de crecimiento intercensal de Tarija que es de 1,9%, posteriormente tomaremos en cuenta la columna de diario salud mental ya que esta tabla nos brinda la información de cuantos pacientes tendremos por día en cada gestión esto nos permitirá saber la cantidad de consultorios que se necesitarán para esa cantidad de pacientes.

GESTION	PACIENTES EXTERNOS INTRAID-TARIJA														INDICE DE CRECIMIENTO DE 1.9%					
	ANUAL				MENSUAL				SEMANA				DIARIO							
	TOTAL	TOXICOLOGICO 65%		SALUD MENTAL	TOTAL	TOXICOLOGICO 65%		SALUD MENTAL	TOTAL	TOXICOLOGICO 65%		SALUD MENTAL	TOTAL	TOXICOLOGICO 65%		SALUD MENTAL				
		HOMBRE 537%	MUJER 63%			HOMBRE 537%	MUJER 63%			HOMBRE 537%	MUJER 63%			HOMBRE 537%	MUJER 63%					
2021	14925	9701	3589	6112	5224	124	808	299	508	435	311	202	75	12	10	6	40	15	12	23
2022	15209	9886	3658	6228	5323	126	824	305	519	444	317	206	76	13	11	6	41	15	2	23
2023	15498	10073	3727	6346	5424	129	839	311	529	452	321	210	78	13	11	6	42	14	2	23
2024	15792	10265	3798	6467	5527	131	855	316	539	461	324	214	79	13	11	6	43	14	2	23
2025	16092	10460	3870	6590	5632	134	872	322	549	469	331	218	81	13	11	6	44	14	2	23
2026	16398	10659	3944	6715	5739	136	888	329	566	478	347	222	83	14	12	6	44	14	2	23
2027	16709	10861	4019	6842	5848	139	905	335	576	487	348	226	84	14	12	7	45	9	2	23
2028	17027	11067	4095	6972	5959	141	922	341	584	497	352	231	85	14	12	7	46	17	1	23
2029	17350	11278	4173	7105	6073	144	940	348	592	506	361	235	87	14	12	7	47	17	3	23
2030	17680	11492	4252	7240	6188	147	958	354	603	516	368	239	89	15	12	7	48	18	3	24
2031	18016	11710	4333	7378	6306	150	976	361	615	525	374	244	90	15	13	7	49	18	1	24
2032	18358	11933	4415	7518	6425	153	994	368	626	535	382	249	92	15	13	7	50	18	3	27
2033	18707	12160	4499	7661	6547	155	1013	375	638	546	390	253	94	16	13	7	51	14	3	27
2034	19062	12391	4585	7806	6672	158	1033	382	651	556	397	258	96	16	13	7	52	15	3	28
2035	19425	12626	4672	7954	6799	161	1052	389	665	567	405	263	97	16	14	8	53	15	3	28
2036	19794	12866	4760	8106	6928	164	1072	397	679	577	412	268	99	16	14	8	54	24	3	29
2037	20170	13110	4851	8260	7059	168	1093	404	688	588	420	273	101	17	14	8	55	24	1	29
2038	20553	13359	4943	8416	7194	171	1113	412	700	599	428	278	103	17	15	8	56	2	3	30
2039	20944	13613	5037	8576	7330	174	1134	420	715	611	436	284	105	17	15	8	57	2	3	31
2040	21341	13872	5133	8739	7470	177	1156	428	728	622	445	289	107	18	15	8	58	2	3	31
2041	21747	14136	5230	8905	7611	181	1178	436	742	634	453	294	109	18	15	9	59	2	3	32
2042	22160	14404	5330	9075	7756	184	1200	444	756	646	462	300	111	18	16	9	60	2	3	32

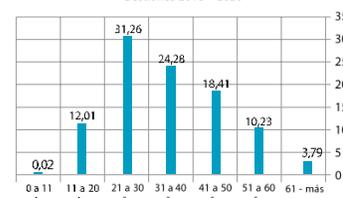
Fuente: PROPIA.

7.1.2.2.3 USUARIO DE PACIENTES INTERNADOS CON LA VARIABLE DE EDADES

Uno de los aspectos importantes dentro de este análisis es la variable de edades que nos permitirá la subdivisión en dos grupos por edades los porcentajes fueron sacados de la siguiente tabla que fue realizada por el INTRAID-TARIJA

Fuente: INTRAID-TARIJA informe quinquenal 2016-2020

Gráfico N° 14
Tendencia del consumo de alcohol- otras drogas y grupos etáreos
Gestiones 2016 - 2020



De acuerdo a los porcentajes que nos dio el INTRAID-TARIJA realizamos nuestra proyección

GESTION	TOTAL	TOTAL TOX 65%	GRUPOS ETARIOS DE PACIENTES EXTERNOS 65% toxicológico						
			0-11 AÑOS 0,02%	11- 20AÑOS 12,01%	21- 30AÑOS 31,26%	31-40 AÑOS 24,28 %	41-50 AÑOS 18,41 %	51-60 AÑOS 10,23 %	61 AÑOS ADELAN TE 3,79%
2021	14925	9701	2	1165	3033	2355	1786	992	368
2022	15209	9886	2	1187	3090	2400	1820	1011	375
2023	15498	10073	2	1210	3149	2446	1855	1031	382
2024	15792	10265	2	1233	3209	2492	1890	1050	389
2025	16092	10460	2	1256	3270	2540	1926	1070	396
2026	16398	10659	2	1280	3332	2588	1962	1090	404
2027	16709	10861	2	1304	3395	2637	2000	1111	412
2028	17027	11067	2	1329	3460	2687	2038	1132	419
2029	17350	11278	2	1354	3525	2738	2076	1154	427
2030	17680	11492	2	1380	3592	2790	2116	1176	436
2031	18016	11710	2	1406	3661	2843	2156	1198	444
2032	18358	11933	2	1433	3730	2897	2197	1221	452
2033	18707	12160	2	1460	3801	2952	2239	1244	461
2034	19062	12391	2	1488	3873	3008	2281	1268	470
2035	19425	12626	3	1516	3947	3066	2324	1292	479
2036	19794	12866	3	1545	4022	3124	2369	1316	488
2037	20170	13110	3	1575	4098	3183	2414	1341	497
2038	20553	13359	3	1604	4176	3244	2459	1367	506
2039	20944	13613	3	1635	4256	3305	2506	1393	516
2040	21341	13872	3	1666	4336	3368	2554	1419	526
2041	21747	14136	3	1698	4419	3432	2602	1446	536
2042	22160	14404	3	1730	4503	3497	2652	1474	546

Fuente: PROPIA.

7.1.2.2.4 CONSULTA EXTERNA SEGÚN PROCEDENCIA

El usuario del INTRAID-TARIJA procede no solo del departamento de Tarija sino como del interior y exterior del país ya que por el seguro universal de salud (SUS) puede acceder a todos los servicios pero es en un porcentaje bajo de 5.5%.

CONSULTA EXTERNA SEGÚN PROCEDENCIA TOX

MES	PROCEDENCIA	TOTAL INDIVIDUAL	SUB TOTAL	TOTAL %	2019	2020	2021	TOTAL DE PACIENTES
ENERO	Tarifa Capital	1184	1518	93%	413	523	696	1632
	Tarifa Rural	334						
	Interior del Pais	114						
FEBRERO	Tarifa Capital	1407	1804	94%	508	618	793	1919
	Tarifa Rural	397						
	Interior del Pais	115						
MARZO	Tarifa Capital	1594	2044	96%	576	686	867	2129
	Tarifa Rural	450						
	Interior del Pais	85						
ABRIL	Tarifa Capital	1377	1765	96%	483	593	763	1839
	Tarifa Rural	388						
	Interior del Pais	74						
MAYO	Tarifa Capital	1383	1773	95%	496	606	764	1866
	Tarifa Rural	390						
	Interior del Pais	93						
JUNIO	Tarifa Capital	1622	2079	94%	609	719	884	2212
	Tarifa Rural	457						
	Interior del Pais	133						
JULIO	Tarifa Capital	1563	2004	93%	589	699	867	2155
	Tarifa Rural	441						
	Interior del Pais	151						
AGOSTO	Tarifa Capital	1598	2048	95%	591	701	864	2156
	Tarifa Rural	451						
	Interior del Pais	108						
SEPTIEMBRE	Tarifa Capital	1437	1842	96%	505	615	799	1919
	Tarifa Rural	405						
	Interior del Pais	77						
OCTUBRE	Tarifa Capital	1364	1749	95%	482	592	767	1841
	Tarifa Rural	385						
	Interior del Pais	92						
NOVIEMBRE	Tarifa Capital	1477	1893	94%	535	645	834	2014
	Tarifa Rural	416						
	Interior del Pais	121						
DICIEMBRE	Tarifa Capital	1526	1957	93%	604	697	803	2104
	Tarifa Rural	430						
	Interior del Pais	147						
					6391	7694	9701	23786

sumatoria de % del interior 5,50%

Fuente: PROPIA.

7.1.2.3 PACIENTES INTERNADOS

7.1.2.3.1 EJECUCIÓN DE POA POR SEPARADO DE INTERNACIÓN

Aquí podemos ver el detalle de patología de los pacientes internados, que nos permite saber ver la división de lo que es salud mental de lo toxicológico, ya que el resultado que nos arroja es de que el 54% de los pacientes internados son drogodependientes.

Tabla de contingencia 1ºDIAGNOSTICO SALUD MENTAL * Sexo del pcte (Gestion 2019,2020 y2021)

Gestión	INTERNO 46%		Total
	Sexo del pcte		
	masculino	femenino	
2019	96	118	214
2020	100	122	222
2021	103	126	229
			664

Tabla de contingencia 1ºDIAGNOSTICO TOXICOLOGICO * Sexo del pcte (Gestion 2019,2020 y2021)

Gestion	INTERNO S 54%		Total
	Sexo del pcte		
	masculino	femenino	
2019	146	105	251
2020	156	104	260
2021	148	121	269
			780
		55%	45%

Tabla de contingencia 1ºDIAG. S MENTAL PRIMARIO * Sexo del pte ENERO A DICIEMBRE 2021

	Sexo del pte		Total 46%
	masculino	femenino	
ESQUIZOFRENIA	47	80	127
TR.DE IDEAS DELIRANTES ORGANICO	18	30	48
RETRASO MENTAL MODERADO	11	18	29
TR.DISOCIALES	7	12	19
OTROS	2	4	6
	85	144	229

Tabla de contingencia 1ºDIAG. TOXIC. PRIMARIO * Sexo del pte ENERO A DICIEMBRE 2021

	Sexo del pte		Total 54%
	masculino	femenino	
SINDROME DE DEPENDENCIA ALCOHOL	68	57	126
SINDROME DE DEPENDENCIA THC	34	28	62
SINDROME DE DEPENDENCIA MULTIPLES DROGAS	15	13	28
CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL	10	9	19
CONSUMO PERJUDICIAL MULTIPLES DROGAS	10	8	18
OTROS	8	7	15
	147	121	268

Fuente: INTRAID-TARIJA 2021.

7.1.2.3.2 USUARIO DE PACIENTES INTERNADOS CON LA VARIABLE DE HOMBRES Y MUJERES

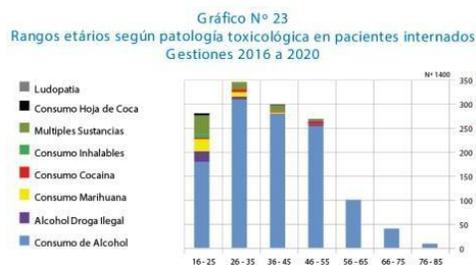
Con los pacientes internados para realizar la proyección de los años siguientes tomamos el porcentaje de crecimiento intercensal de Tarija que es de 1,9%, luego tomaremos en cuenta la columna de ciclo de tratamiento cada uno de 6 semanas de salud mental ya que esta tabla nos brinda la información de cuantos pacientes tendremos por ciclos de internación ya que cada ciclo es un máximo de 6 semanas q resulta 8 ciclos al año esto nos permite saber la cantidad de camas necesarias para la cantidad de pacientes.

PACIENTES INTERNOS INTRAID-TARIJA																INDICE DE CRECIMIENTO DE 1,9%															
GESTION	ANUAL					MENSUA L					SEMANA L					DIARI O					CICLO DE TRATAMIENTO CADA UNO DE 6 SEMANAS										
	TOTAL	TOXICOLOGICO 54%			SALUD MENTAL	TOTAL	TOXICOLOGICO 54%			SALUD MENTAL	TOTAL	TOXICOLOGICO 54%			SALUD MENTAL	TOTAL	TOXICOLOGICO 54%			SALUD MENTAL	TOTAL	TOXICOLOGICO 54%			SALUD MENTAL						
		TOTA L	HOMBRES 55%	MUJER 48%			TOTA L	HOMBRES 55%	MUJER 48%			TOTA L	HOMBRES 55%	MUJER 48%			TOTA L	HOMBRES 55%	MUJER 48%			TOTA L	HOMBRES 55%	MUJER 48%		TOTA L	HOMBRES 55%	MUJER 48%			
2021	497	268	148	121	229	41	22	12	10	19	10	6	3	3	5	2	1	1	1	1	62	40	22	18	23						
2022	506	273	150	123	233	42	23	13	10	19	11	7	4	3	4	2	1	1	1	1	63	41	23	19	23						
2023	516	279	153	125	237	43	23	13	10	20	11	7	4	3	4	2	1	1	1	1	65	42	23	19	23						
2024	526	284	156	128	242	44	24	13	11	20	11	7	4	3	4	2	1	1	1	1	66	43	23	19	23						
2025	536	289	159	130	246	45	24	13	11	21	11	7	4	3	4	2	1	1	1	1	67	44	24	20	23						
2026	546	295	162	133	251	46	25	14	11	21	11	7	4	3	4	2	1	1	1	1	68	44	24	20	23						
2027	556	300	165	135	256	46	25	14	11	21	12	8	4	3	4	2	1	1	1	1	70	45	25	20	24						
2028	567	306	168	138	261	47	26	14	11	22	12	8	4	3	4	2	1	1	1	1	71	46	25	21	25						
2029	578	312	172	140	266	48	26	14	12	22	12	8	4	4	4	2	1	1	1	1	72	47	26	21	25						
2030	589	318	175	143	271	49	26	15	12	23	12	8	4	4	4	2	1	1	1	1	74	48	26	22	26						
2031	600	324	178	146	276	50	27	15	12	23	12	8	4	4	4	2	1	1	1	1	75	49	27	22	26						
2032	611	330	182	149	281	51	28	15	12	23	13	8	5	4	4	2	1	1	1	1	76	50	27	22	27						
2033	623	336	185	151	287	52	28	15	13	24	13	8	5	4	5	2	1	1	1	1	78	51	28	23	27						
2034	635	343	189	154	292	53	29	16	13	24	13	9	5	4	5	2	1	1	1	1	79	52	28	23	28						
2035	647	349	192	157	298	54	29	16	13	25	13	9	5	4	5	2	1	1	1	1	81	53	29	24	28						
2036	659	356	196	160	303	55	30	16	13	25	14	9	5	4	5	2	1	1	1	1	82	54	29	24	29						
2037	672	363	199	163	309	56	30	17	14	26	14	9	5	4	5	2	1	1	1	1	84	55	30	25	29						
2038	684	370	203	166	315	57	31	17	14	26	14	9	5	4	5	2	1	1	1	1	86	56	31	25	30						
2039	697	377	207	169	321	58	31	17	14	27	15	9	5	4	5	2	1	1	1	1	87	57	31	25	31						
2040	711	384	211	173	327	59	32	18	14	27	15	10	5	4	5	2	1	1	1	1	89	58	32	26	31						
2041	724	391	215	176	333	60	33	18	15	28	15	10	5	4	5	2	1	1	1	1	91	59	32	26	32						
2042	738	398	219	179	339	61	33	18	15	28	15	8	5	4	7	3	2	1	1	1	92	60	33	27	32						

Fuente: PROPIA.

7.1.2.3.3 USUARIO DE PACIENTES INTERNADOS CON LA VARIABLE DE EDADES

Otra aspecto importante dentro de este análisis es la variable de edades que nos permitirá la subdivisión en dos grupos por edades los porcentajes fueron sacados de la siguiente tabla que fue realizada por el INTRAID-TARIJA.



Las personas que se encuentran en el rango etario de 26 a 35 años constituyen el 24% del total, de 36 a 45 años el 21%, de 16 a 25 años está el 12% de la población, de 46 a 55 años está el 19 % de los pacientes, de 56 a 65 años está el 11% de la población de 66 a 75 años está el 9% de la población y de 76 a 85 años está el 4% de la población con patología toxicológica.

Fuente: INTRAID-TARIJA 2021.

De acuerdo a los porcentajes y la división etaria realizamos nuestra proyección

GESTION	TOTAL	LUDOPATIA X 54%	Etapas de la Juventud		16-25 ANOS 12%	26-35 ANOS 24%	36-45 ANOS 21%	46-55 ANOS 19%	56-65 ANOS 11%	66-75 ANOS 9%	76-85 ANOS 4%
			16-25 ANOS 12%	26-35 ANOS 24%							
2021	497	268	32	64	56	51	30	24	11		
2022	506	273	33	66	57	52	30	25	11		
2023	516	279	33	67	58	53	31	25	11		
2024	526	284	34	68	59	54	31	26	11		
2025	536	289	35	69	61	55	32	26	12		
2026	546	295	35	71	62	56	32	27	12		
2027	556	300	36	72	63	57	33	27	12		
2028	567	306	37	73	64	58	34	28	12		
2029	578	312	37	75	66	59	34	28	12		
2030	589	318	38	76	67	60	35	29	13		
2031	600	324	38	78	68	62	36	29	13		
2032	611	330	40	79	69	63	36	30	13		
2033	623	336	40	81	71	64	37	30	13		
2034	635	343	41	82	72	65	38	31	14		
2035	647	349	42	84	73	66	38	31	14		
2036	659	356	43	85	75	68	39	32	14		
2037	672	363	44	87	76	69	40	33	15		
2038	684	370	44	89	78	70	41	33	15		
2039	697	377	45	90	79	72	41	34	15		
2040	711	384	46	92	81	73	42	35	15		
2041	724	391	47	94	82	74	43	35	16		
2042	738	398	48	96	84	76	44	36	16		

Fuente: PROPIA.

La Juventud va, alrededor de los 18 a los 35 años, aquí se genera la consolidación de los círculos de amistad más duraderos y se aprende a vivir con un elevado nivel de libertad, donde

generalmente se genera la independiente de los padres. También se da la independencia mental y biológica junto con el desarrollo de nuevas habilidades físicas y cognitivas.

7.1.2.3.4 INTERNACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA

El usuario del INTRAID-TARIJA procede no solo del departamento de Tarija sino como del interior y exterior del país ya que por el seguro universal de salud (SUS) puede acceder a todos los servicios pero es en un porcentaje bajo de 5.17%.

INTERNOS SEGÚN PROCEDENCIA TOX

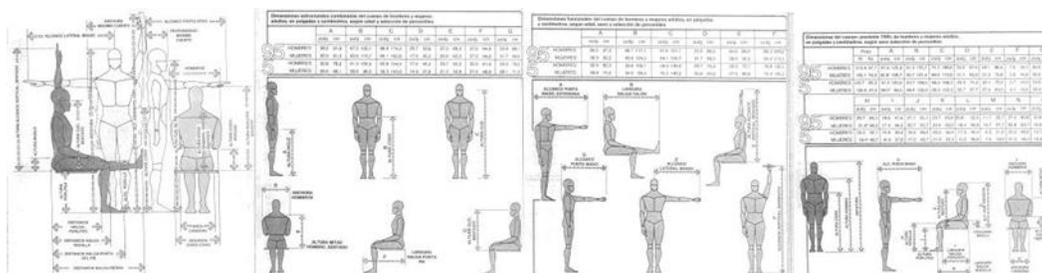
MES	PROCEDENCIA	TOTAL INDIVIDUAL	SUB TOTAL	TOTAL %	2019	2020	2021	TOTAL DE PACIENTES
ENERO	Tarija Capital	84	108	93%	37	38	41	116
	Tarija Rural	24						
	Interior del País	8						
FEBRERO	Tarija Capital	91	116	90%	42	41	46	129
	Tarija Rural	20						
	Interior del País	13						
MARZO	Tarija Capital	87	111	96%	35	42	39	116
	Tarija Rural	24						
	Interior del País	5						
ABRIL	Tarija Capital	88	112	96%	37	40	40	117
	Tarija Rural	25						
	Interior del País	5						
MAYO	Tarija Capital	96	123	97%	41	43	43	127
	Tarija Rural	27						
	Interior del País	4						
JUNIO	Tarija Capital	89	109	99%	36	36	38	110
	Tarija Rural	24						
	Interior del País	1						
JULIO	Tarija Capital	92	118	96%	38	39	46	123
	Tarija Rural	26						
	Interior del País	4						
AGOSTO	Tarija Capital	84	108	96%	35	38	39	112
	Tarija Rural	24						
	Interior del País	4						
SEPTIEMBRE	Tarija Capital	87	112	93%	39	43	38	120
	Tarija Rural	25						
	Interior del País	8						
OCTUBRE	Tarija Capital	95	121	94%	43	43	43	129
	Tarija Rural	27						
	Interior del País	8						
NOVIEMBRE	Tarija Capital	85	109	93%	40	38	39	117
	Tarija Rural	24						
	Interior del País	8						
DICIEMBRE	Tarija Capital	94	120	94%	42	41	45	128
	Tarija Rural	26						
	Interior del País	8						
					465	482	497	1444

sumatoria de % del interior 5,17%

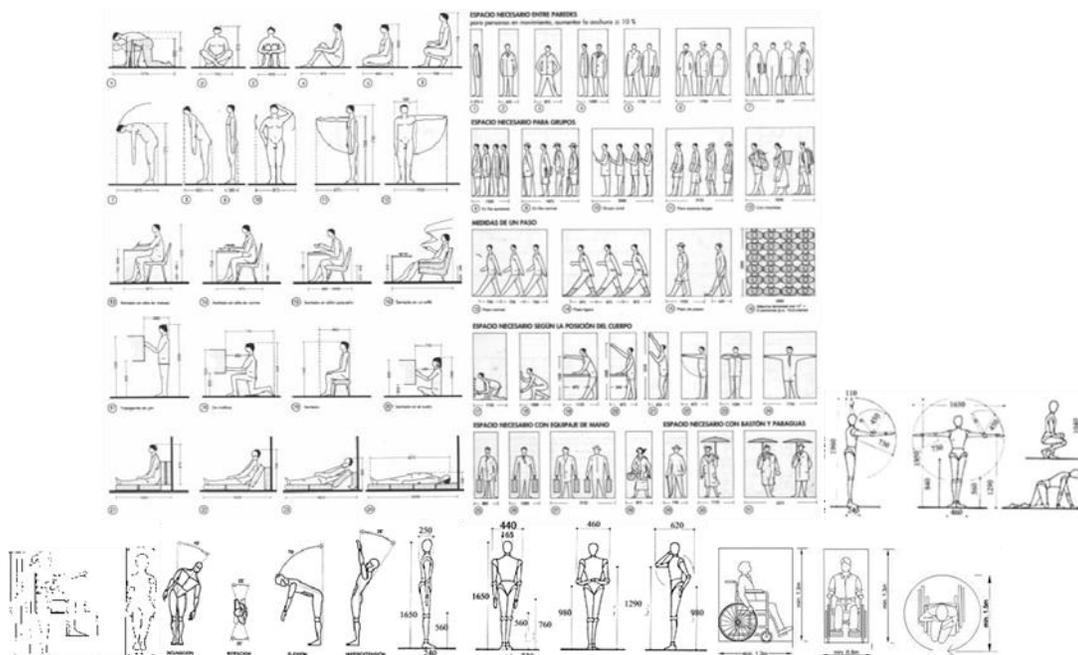
Fuente: PROPIA.

7.2 ANTROPOMETRÍA Y ERGONOMÉTRICA

7.2.1 ANTROPOMETRÍA



EL HOMBRE DIMENSIONES Y ESPACIOS NECESARIOS



7.2.2 ERGONOMÉTRICA

7.2.2.1 ESPACIOS PARA TRATAMIENTO MÉDICO

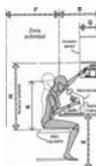
		ACTIVIDADES				DATOS ANTROPOMÉTRICOS
EXPLORACIÓN	ALMACENAJE	LAVADO/FRECUADERO	OBSERVACIÓN RADIOGRÁFICA	LABORATORIO	CIRCULACIÓN	
1A.2B						1 ESTATURA
1B.3C						2 ALTURA OJO
1C.3B						3 ALTURA CODO
1F.3G						6 ALTURA OJO, SENTADO
1U.4E						21 ALCANCE LATERAL BRAZO
1V.4D						22 ALCANCE PUNTA MANO
1W.6B						23 PROFUNDIDAD MÁXIMO CUERPO
1X.6A						24 ANCHURA MÁXIMA CUERPO

	pulg.	cm
A	5-6	12,7-15,2
B	18	45,7
C	24	61,0
D	36	91,4
E	72	182,9
F	30	76,2
G	52,5	133,4

ALCANCE/OBSERVADORES DE PIE, AMBOS SEXOS, ALTOS Y BAJOS

	pulg.	cm
A	30	76,2
B	24	61,0
C	18	45,7
D	30-36	76,2-91,4
E	34-38	86,4-96,5
F	27	68,6
G	12-15	30,5-38,1
H	38 max.	96,1 max.
	42 max.	106,7 max.

ZONA DE EXPLORACIÓN/ALCANCE Y HOLGURA



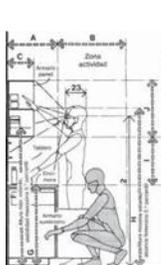
	pulg.	cm
A	30	76.2
B	24	61.0
C	18	45.7
D	30-38	76.2-91.4
E	34-38	86.4-96.5
F	27	68.6
G	12-15	30.5-38.1
H	39 max.	99.1 max.
I	42 max.	106.7 max.

ZONA DE LABORATORIO/CONSIDERACIONES FEMENINAS



	pulg.	cm
A	30	76.2
B	24	61.0
C	18	45.7
D	30-36	76.2-91.4
E	34-38	86.4-96.5
F	27	68.6
G	12-15	30.5-38.1
H	39 max.	99.1 max.
I	42 max.	106.7 max.

ZONA DE LABORATORIO/CONSIDERACIONES MASCULINAS



	pulg.	cm
A	18-22	45.7-55.9
B	36-40	91.4-101.6
C	12-18	30.5-45.7
D	18-21	45.7-53.3
E	18	45.7
F	60 max.	152.4 max.
G	35-36	86.9-91.4
H	72 max.	182.9 max.
I	21	53.3
J	18-24	45.7-61.0
K	37-43	94.0-109.2
L	54 max.	137.2 max.
M	24	61.0
N	30-36	76.2-91.4
O	56 max.	142.2 max.
P	69 max.	175.3 max.
Q	32-36	81.3-91.4
R	48 max.	121.9 max.

ARMARIO DE INSTRUMENTOS Y LAVAMANOS/CONSIDERACIONES

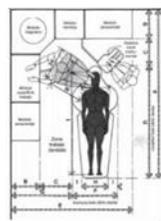
SUMINISTRO/CONSIDERACIONES MASCULINAS

7.2.2.2 ESPACIOS PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

ESPACIOS PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

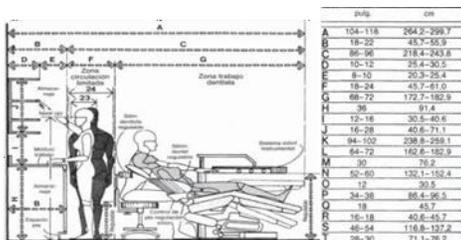


TABLA	DATOS ANTROPOMÉTRICOS
1A, 2B	1 ESTATURA
1B, 3C	2 ALTURA OJO
1F, 5G	6 ALTURA OJO, SENTADO
1L, 2H	12 HOLGURA MUSLO
1P, 2L	16 LARGURA NALGA-RODILLA
1V, 4D	22 ALCANCE PUNTA MANO
1W, 6B	23 PROFUNDIDAD MÁXIMA CUERPO
1X, 6A	24 ANCHURA MÁXIMA CUERPO

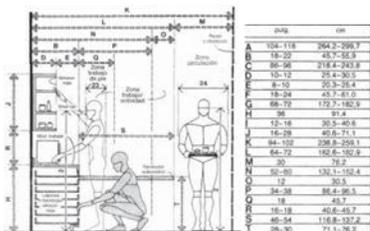


	pulg.	cm
A	104-118	264.2-299.7
B	18-22	45.7-55.9
C	18-24	45.7-61.0
D	68-72	172.7-182.9
E	66-84	167.6-213.4
F	20-28	50.8-66.0
G	36-46	91.4-116.8
H	16-18	40.6-45.7
I	2-4	5.1-10.2
J	74-86	188.0-218.4
K	10-12	25.4-30.5
L	8-10	20.3-25.4
M	36 min.	91.4 min.
N	56-70	142.2-177.8
O	28-30	71.1-76.2
P	12-16	30.5-40.6
Q	16-24	40.6-61.0

ESPACIO DE TRATAMIENTO



ESPACIO DE TRATAMIENTO/CONSIDERACIONES VERTICALES



LABORATORIO

7.2.2.3 ESPACIOS HOSPITALARIOS

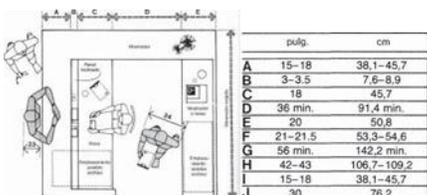
ESPACIOS HOSPITALARIOS

MODULO DE ENFERMERAS
DORMITORIO PACIENTE
LAVABO DORMITORIO
CIRCULACION

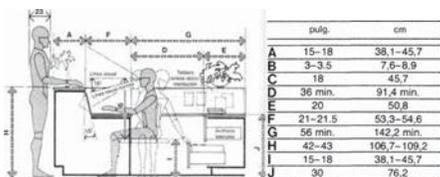
ACTIVIDADES

DATOS ANTROPOMETRICOS

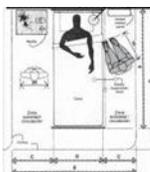
1B,3C	2	ALTURA OJO
1F,3G	6	ALTURA OJO, SENTADO
1P,2L	16	LARGURA NALGA-RODILLA
1V,4D	22	ALCANCE PUNTA MANO
1W,6E	23	PROFUNDIDAD MÁXIMA CUERPO
1X,6A	24	ANCHURA MÁXIMA CUERPO



MODULO DE ENFERMERAS

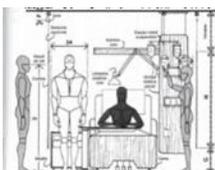


MÓDULO DE ENFERMERAS



	pulg.	cm
A	87	221,0
B	96	243,8
C	30 min.	76,2 min.
D	39	99,1
E	99 min.	251,5 min.
F	2-3	5,1-7,6
G	15	38,1
H	54 min.	137,2 min.

CUBÍCULO CON CAMA DE PACIENTE Y CORTINAS DIVISORIAS



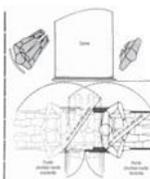
	pulg.	cm
A	87	221,0
B	96	243,8
C	30 min.	76,2 min.
D	39	99,1
E	99 min.	251,5 min.
F	2-3	5,1-7,6
G	15	38,1
H	54 min.	137,2 min.

CUBÍCULO CON CAMA DE PACIENTE Y CORTINAS DIVISORIAS



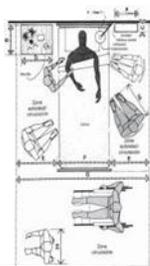
	pulg.	cm
A	30 min.	76,2 min.
B	39	99,1
C	21	53,3
D	90	228,6
E	54	137,2
F	87	221,0
G	140	355,6
H	54 min.	137,2 min.

DORMITORIO DE PACIENTE



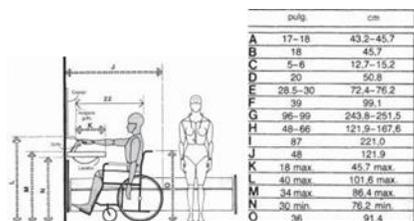
	pulg.	cm
A	30 min.	76,2 min.
B	39	99,1
C	21	53,3
D	90	228,6
E	54	137,2
F	87	221,0
G	140	355,6
H	54 min.	137,2 min.

DORMITORIO DE PACIENTE/ESPACIO DE MANIOBRA PARA SILLA DE RUEDAS

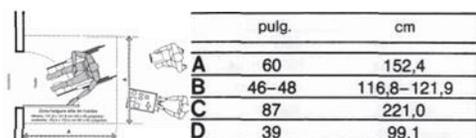


	pulg.	cm
A	17-18	43,2-45,7
B	18	45,7
C	5-6	12,7-15,2
D	20	50,8
E	28,5-30	72,4-76,2
F	39	99,1
G	96-99	243,8-251,5
H	48-66	121,9-167,6
I	87	221,0
J	48	121,9
K	18 max.	45,7 max.
L	40 max.	101,6 max.
M	34 max.	86,4 max.
N	30 min.	76,2 min.
O	36	91,4

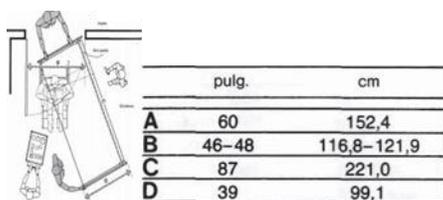
ESPACIO PERSONAL/DORMITORIO DOBLE O CUÁDRUPLE



LAVABO DEL DORMITORIO

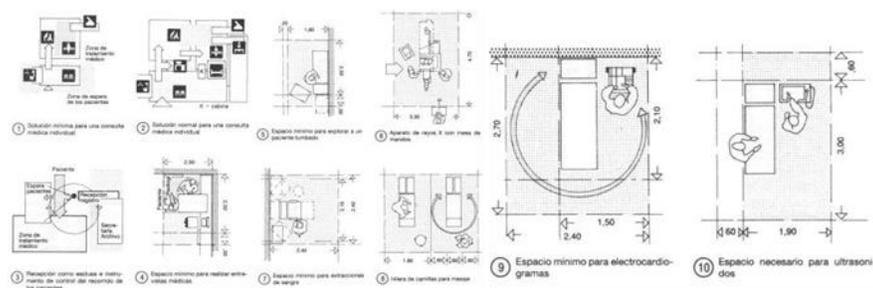


PUERTA DE ACCESO AL DORMITORIO

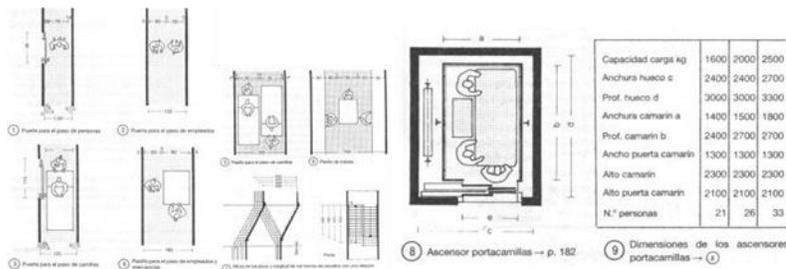


PUERTA DE ACCESO AL DORMITORIO

7.2.2.4 CONSULTA MÉDICA



7.2.2.5 PASILLOS PUERTAS ESCALERAS Y ASCENSORES



7.3 PREMISAS DE DISEÑO

7.3.1 PREMISA URBANA

Acondicionamiento de la avenida José Francisco Reyes Reordenamiento de la zona

Forestación

7.3.1.1 ACONDICIONAMIENTO DE LA AVENIDA JOSÉ FRANCISCO REYES

Se deberá reestructurar el perfil de vía de la avenida José Francisco Reyes ensanchando para poder conectar la avenida Froilán Tijerina con la avenida mejillones, también se implementara lo q es un espacio para la ciclo vía la cual estar al lado derecho de la vía entre la acera y el espacio destinado en las esquinas para las paradas de trasporte público las cuales entre las paradas serán espacios destinados a parqueo, la calzada será de dos carriles. Las jardineras llegan a tener un descanso que será continuación del paso de cebra para mayor seguridad del peatón ya que se implementará la señalización vertical como horizontal.

- Ensanchamiento de calles Ciclovía.
- Reverdecimiento de calles.
- Señalización de calles horizontal y vertical.



7.3.1.2 REORDENAMIENTO DE LA ZONA

Se regularizara y hará una liberación de espacios que permitan la materialización de obras necesarias de infraestructura y acciones de contenido social.

A través del reordenamiento de la zona, tomando muy en cuenta las características que de ejes predominantes que existen se permitirá una readecuación de uso regularización de manzanos esto gracias a la apertura de vías transversales

7.3.1.3 FORESTACIÓN

Se realizará forestación y reforestación esto en sectores de potencial peligro de erosión de todos los barrios del distrito, también se realizara donde no exista un trabajo de paisajismo urbano y zonas recuperables con la canalización de desbordes de la quebrada

7.3.2 PREMISA ESPACIAL

El diseño cuenta con espacios cómodos y amplios, con una buena iluminación y asoleamiento.

Cuenta con una buena integración entre espacio interior y exterior, buscando la mejor adecuación al contexto.

Es de importancia contar con las plantas libres, porque al tener ambientes amplios se busca la continuidad visual dentro de los mismos y hacia el exterior.

7.3.2.1 ESPACIO INTEGRADO

Teniendo en cuenta los conceptos arquitectónicos, dentro de los cuales destaca el espacio integrado, con esto logrando la integración entre ambientes, así también se consigue la relación espacial, sobre todo el interior con el exterior.



7.3.2.2 ESPACIO FLUIDO

El espacio fluido nos permite una circulación óptima entre los ambientes logrando optimizar todos los conectores tanto horizontales como verticales.



7.3.2.3 VISUALES

El proyecto contempla el aprovechamiento de las visuales, ya que es uno de los factores más importantes dentro de la arquitectura contemporánea, porque en el diseño se tomó en cuantos puntos estratégicos de visuales.



7.3.2.4 DOBLE ALTURA

El diseño tiene una adecuada integración vertical ya que se optó por el manejo de dobles alturas.



7.3.2.5 VENTANALES AMPLIOS

Para un óptimo aprovechamiento de los espacio se tiene amplios ventanales que nos permiten una interrelación entre el interior con el exterior y viceversa, como también entre los ambientes interiores esto por la seguridad que es muy necesaria.



7.3.5 PREMISA TECNOLÓGICA

La premisa tecnológica tiene como objeto definir las tipologías edificatorias y estructurales que nos da una visión integradora de las relaciones espaciales funcionales y constructivas.

Definir las relaciones estructurales entre los elementos resistentes y los espacios, que facilitan la comprensión y el conocimiento técnico-constructivo de la arquitectura es importante. La estructura será parte integrada, esencial e indisoluble de la obra arquitectónica.

7.3.5.1 TECNO PANEL

Doble es un sistema constructivo sismorresistente y termoaislante, basado en un conjunto de paneles estructurales de poliestireno expandido ondulado con una armadura básica adosada en sus caras constituida por mallazos de acero de alta resistencia y barras corrugadas, vinculados entre sí por conectores de acero electrosoldados.

7.3.5.1 VENTAJAS DEL TECNO PANEL

7.3.5.1.1 LIGERO

Los paneles presentan una notable facilidad de desplazamiento, transporte e instalación, gracias a su reducido peso, permite su empleo en cualquier situación.

7.3.5.1.2 RÁPIDO DE INSTALAR

Numerosas experiencias efectuadas en las condiciones más dispares en diversos países del mundo y con muy distinto grado de capacitación de la Mano de Obra, han demostrado una efectiva reducción de los tiempos de ejecución de obra, respecto a los correspondientes sistemas constructivos tradicionales.

7.3.5.1.3 ECONÓMICO

Este sistema estructural representa una verdadera ventaja tanto para los usuarios finales como para las empresas constructoras, dado que aporta mejores prestaciones que los sistemas tradicionales, a un coste significativamente menor.

7.3.5.1.4 RESISTENTE

Numerosos ensayos de laboratorio efectuados en España y en diversos países del mundo, han evidenciado la elevada resistencia a la acción de las cargas sobre TECNO PANEL.

7.3.5.1.5 AISLANTE TÉRMICO Y ACÚSTICO

Los niveles de aislamiento térmico superan enormemente los valores propios de los muros obtenidos normalmente en sistema tradicional y se traduce en un ahorro de energía que a modo indicativo podemos decir que es cerca del 40%, tanto para los ciclos de calefacción como de refrigeración.

7.3.6 PREMISA MEDIOAMBIENTAL

7.3.6.1 PREMISAS PAISAJÍSTICAS.

El proyecto de la Descentralización del INTRAID-TARIJA con enfoque en drogodependencia no será un edificio monótono cerrado donde no exista vegetación, sino que éste será un edificio donde, tanto la forma, tecnología, entorno y naturaleza formen un espacio agradable.

Este edificio estará dotado de vegetación que ayude en la circulación y recuperación de suelos erosionados a la vez, que contribuyan en el embellecimiento de la zona.

La vegetación a usarse será vegetación media baja y alta de especies tradicionales de Tarija, combinadas con algunas plantas exóticas que están en peligro de perderse.

7.3.6.1.1 ACTIVIDADES A REALIZAR

1) Fertilizar los suelos: Los elementos nutritivos del suelo – nitrógeno, fósforo, calcio, magnesio, etc. – son necesarios para el crecimiento de las plantas. Si el suelo está degradado y ha perdido sus nutrientes, debido al viento, al agua o a la actividad humana, disminuye la productividad del mismo. El abono orgánico es una buena opción para poder fertilizar los suelos. Se prepara a partir de estiércol, paja, desechos domésticos vegetales, etc.



2) Evitar desplazamiento de arenas y polvo que provoca el viento mediante métodos mecánicos como crear barreras o cercas fabricadas a partir de material o especies vegetales locales y plantar vegetación que genere raíces que protegen y fijan el suelo.

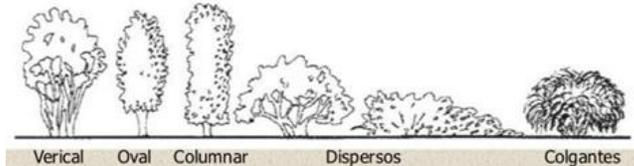


- 3) Reforestar debido a que los árboles cumplen funciones tan importantes como:
- Fijar elementos del suelo y evitar su transporte por viento o agua.
 - Aumentar la fertilidad del suelo ya que suelen producir nitrógeno por las bacterias que están presentes en sus raíces.
 - Facilitar la penetración del agua en el suelo cuando llueve, manteniendo de esta manera durante más tiempo la humedad.
 - Dar sombra a personas.

Todas estas actividades seguirán características del diseño como:

Forma: Se relaciona al crecimiento de las plantas.

- Crecimiento vertical.
- Plantas de alto crecimiento: Palmas pinos cipreses.
- Crecimiento horizontal.
- Plantas que crecen hacia los lados: Cobertoras medianas y bajas.



Color: El elemento más importante del diseño, el éxito del diseño depende de la mezcla y selección apropiada.

Se clasifican por colores primarios, secundarios y por temperaturas.

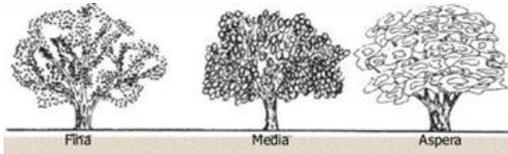
- Rojo color más caliente.
- El amarillo el color más fresco.
- Y el azul el color más frío.

Líneas: Se relacionan con el movimiento combinadas producen un conjunto elegante.

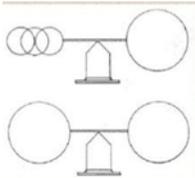
- Líneas rectas: Se utilizan en espacios grandes, te dirigen hacia un punto focal, proveen sensación de sencillez y fuerza. Son líneas de carácter masculino y tienen un objetivo.
- Líneas curvas o irregulares: Movimiento suave y elegante. Son más naturales, hacen ver los espacios más grandes.

Textura: Se refiere al tamaño y forma de las hojas.

- Texturas finas plantas con hojas finas y pequeñas.
- Textura mediana plantas con hojas de tamaño mediano.
- Textura gruesa plantas con hojas grandes, reduce los espacios pequeños.



Balance: equilibrio de atracción visual. Simétrico y asimétrico.



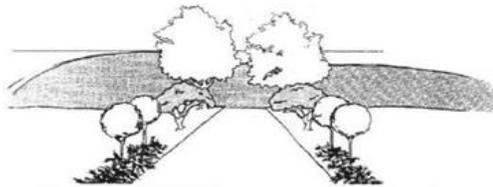
Proporción: Relación de tamaño entre dos elementos en el diseño, el observador y el uso en el jardín.

Ritmo: Repetición de plantas para crear un patrón que de movimiento. Se logra con la repetición, transición y puntos focales.



Focalización: Se considera lo más llamativo. Se encuentra en un lugar que queremos que más se resalte en el jardín.

- Punto focal primario: Punto que deseamos que más llame la atención.
- Punto focal secundario: Llama la atención de forma discreta.



Repetición: Reduce la confusión, se logra sembrando grupos de plantas de la misma especie juntas.

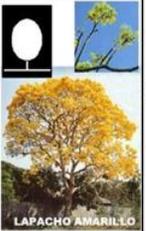


Simpleza: Reducción de un diseño a su forma más simple. Más simple más elegante.



7.3.6.1.2 FICHAS DE VEGETACIÓN A UTILIZAR

FICHA DESCRIPTIVAS	ASPECTO FISICOS	ASPECTO PAISAJISTICO	ASPECTO ECOLOGICO	FICHA DESCRIPTIVAS	ASPECTO FISICOS	ASPECTO PAISAJISTICO	ASPECTO ECOLOGICO
CARACTERISTICAS GENERALES FAMILIA: Juglandaceas NOMBRE CIENTIFICO: Juglans Regia NOMBRE COMUN: Nogal ORIGEN: Asia Oriental	ESCALA: ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> Altura 20 a 25 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> Diámetro 15 a 20 mt. BAJA: <input type="checkbox"/> Diámetro 15 a 20 mt. ORGANO DE INTERES: HOJA <input type="checkbox"/> FLOR <input type="checkbox"/> FRUTO <input type="checkbox"/>	ARQUITECTONICOS ESCALA FORMA: <input type="checkbox"/> RETO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCUADRE <input type="checkbox"/> BORDO <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: <input type="checkbox"/> RETO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> COLANANTE <input type="checkbox"/>	CARACTERISTICAS: CONTROL DEL VIENTO: <input checked="" type="checkbox"/> CONTROL DE EROSION: <input checked="" type="checkbox"/> REPRODUCCION: <input checked="" type="checkbox"/> SOLEAMIENTO: SOLEADO: <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA SOMBRA: <input type="checkbox"/> SOMBRA: <input type="checkbox"/> USO ECOLOGICO: REFORESTACION: <input type="checkbox"/> HORNAMENTACION: <input type="checkbox"/> PRODUCE HUMUS: <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES	CARACTERISTICAS GENERALES FAMILIA: Moraceae NOMBRE CIENTIFICO: Entelebium contrailiquum NOMBRE COMUN: embo, oreja de negro ORIGEN:	ESCALA: ALTA: <input type="checkbox"/> Altura 6 a 8 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 12 mt. BAJA: <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 12 mt. ORGANO DE INTERES: HOJA <input type="checkbox"/> FLOR <input type="checkbox"/> FRUTO <input type="checkbox"/>	ARQUITECTONICOS ESCALA FORMA: <input type="checkbox"/> RETO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCUADRE <input type="checkbox"/> BORDO <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: <input type="checkbox"/> RETO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> COLANANTE <input type="checkbox"/>	CARACTERISTICAS: CONTROL DEL VIENTO: <input type="checkbox"/> CONTROL DE EROSION: <input type="checkbox"/> REPRODUCCION: <input checked="" type="checkbox"/> SOLEAMIENTO: SOLEADO: <input type="checkbox"/> MEDIA SOMBRA: <input type="checkbox"/> SOMBRA: <input checked="" type="checkbox"/> USO ECOLOGICO: REFORESTACION: <input type="checkbox"/> HORNAMENTACION: <input type="checkbox"/> PRODUCE HUMUS: <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES
 NOGAL	COLOR - TEXTURA: P: <input type="checkbox"/> V: <input type="checkbox"/> O: <input type="checkbox"/> HOJA CADUCA <input type="checkbox"/> HOJA PERENNE <input type="checkbox"/> FORMA: MONUMENTAL <input type="checkbox"/> SIMPLE <input type="checkbox"/> CANAL <input type="checkbox"/> RECTO <input type="checkbox"/> ESTATICO <input type="checkbox"/> DINAMICO <input type="checkbox"/>	ASPECTO TECNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRIO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO: <input type="checkbox"/> TIPO DE RAIZ: RAPIDO: <input type="checkbox"/> PROFUNDA: <input type="checkbox"/> MEDIO: <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL: <input type="checkbox"/> LENTO: <input type="checkbox"/> AGRESIVA: <input type="checkbox"/>	ASPECTO TECNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRIO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO: <input type="checkbox"/> TIPO DE RAIZ: RAPIDO: <input type="checkbox"/> PROFUNDA: <input type="checkbox"/> MEDIO: <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL: <input type="checkbox"/> LENTO: <input type="checkbox"/> AGRESIVA: <input type="checkbox"/>	CARACTERISTICAS GENERALES FAMILIA: Bombacaceae NOMBRE CIENTIFICO: Ceiba pentandra NOMBRE COMUN: Ceiba ORIGEN:	ESCALA: ALTA: <input type="checkbox"/> Altura 25 a 30 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 10 mt. BAJA: <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 10 mt. ORGANO DE INTERES: HOJA <input type="checkbox"/> FLOR <input type="checkbox"/> FRUTO <input type="checkbox"/>	ARQUITECTONICOS ESCALA FORMA: <input type="checkbox"/> RETO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCUADRE <input type="checkbox"/> BORDO <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: <input type="checkbox"/> RETO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> COLANANTE <input type="checkbox"/>	CARACTERISTICAS: CONTROL DEL VIENTO: <input type="checkbox"/> CONTROL DE EROSION: <input type="checkbox"/> REPRODUCCION: <input type="checkbox"/> SOLEAMIENTO: SOLEADO: <input type="checkbox"/> MEDIA SOMBRA: <input type="checkbox"/> SOMBRA: <input type="checkbox"/> USO ECOLOGICO: REFORESTACION: <input type="checkbox"/> HORNAMENTACION: <input type="checkbox"/> PRODUCE HUMUS: <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES
 CEIBA	COLOR - TEXTURA: P: <input type="checkbox"/> V: <input type="checkbox"/> O: <input type="checkbox"/> HOJA CADUCA <input type="checkbox"/> HOJA PERENNE <input type="checkbox"/> FORMA: MONUMENTAL <input type="checkbox"/> SIMPLE <input type="checkbox"/> CANAL <input type="checkbox"/> RECTO <input type="checkbox"/> ESTATICO <input type="checkbox"/> DINAMICO <input type="checkbox"/>	ASPECTO TECNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRIO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO: <input type="checkbox"/> TIPO DE RAIZ: RAPIDO: <input type="checkbox"/> PROFUNDA: <input type="checkbox"/> MEDIO: <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL: <input type="checkbox"/> LENTO: <input type="checkbox"/> AGRESIVA: <input type="checkbox"/>	ASPECTO TECNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRIO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO: <input type="checkbox"/> TIPO DE RAIZ: RAPIDO: <input type="checkbox"/> PROFUNDA: <input type="checkbox"/> MEDIO: <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL: <input type="checkbox"/> LENTO: <input type="checkbox"/> AGRESIVA: <input type="checkbox"/>				

FICHA DESCRIPTIVAS	ASPECTO FISICOS	ASPECTO PAISAJISTICO	ASPECTO ECOLOGICO	FICHA DESCRIPTIVAS	ASPECTO FISICOS	ASPECTO PAISAJISTICO	ASPECTO ECOLOGICO
CARACTERÍSTICAS GENERALES Familia: Betulaceae Nombre Científico: Alnus glutinosa Nombre Común: Aliso, Aliso negro, alho Origen: Europa	ESCALA: ALTA: <input type="checkbox"/> Altura hasta 20 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BAJA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 12 mt. Diámetro 8 a 12 mt.	ARQUITECTONICOS FORMA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCLAVADO <input type="checkbox"/> BORDE <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS: CONTROL DEL VIENTO: <input type="checkbox"/> CONTROL DE EROSIÓN: <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS GENERALES Familia: Leguminosae Nombre Científico: Prosopis juliflora Nombre Común: Algarrobo Origen: Pac. Ecuador, Colombia	ESCALA: ALTA: <input type="checkbox"/> Altura hasta 20 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BAJA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 12 mt. Diámetro 8 a 12 mt.	ARQUITECTONICOS FORMA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCLAVADO <input type="checkbox"/> BORDE <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS: CONTROL DEL VIENTO: <input type="checkbox"/> CONTROL DE EROSIÓN: <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	COLOR - TEXTURA: HOJA CADUCA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HOJA PERENNE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FORMA: MONUMENTAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADID: <input type="checkbox"/>	ASPECTO TÉCNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/>		COLOR - TEXTURA: HOJA CADUCA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HOJA PERENNE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FORMA: MONUMENTAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADID: <input type="checkbox"/>	ASPECTO TÉCNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/>
CARACTERÍSTICAS GENERALES Familia: Salicaceae Nombre Científico: Populus alba Nombre Común: Álamo Blanco Origen: Europa	ESCALA: ALTA: <input type="checkbox"/> Altura hasta 20 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BAJA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 12 mt. Diámetro 8 a 12 mt.	ARQUITECTONICOS FORMA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCLAVADO <input type="checkbox"/> BORDE <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS: CONTROL DEL VIENTO: <input type="checkbox"/> CONTROL DE EROSIÓN: <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS GENERALES Familia: Casnal Pinaceae Nombre Científico: Casahuate Nombre Común: Canavieito Origen:	ESCALA: ALTA: <input type="checkbox"/> Altura hasta 20 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BAJA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 12 mt. Diámetro 8 a 12 mt.	ARQUITECTONICOS FORMA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCLAVADO <input type="checkbox"/> BORDE <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS: CONTROL DEL VIENTO: <input type="checkbox"/> CONTROL DE EROSIÓN: <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	COLOR - TEXTURA: HOJA CADUCA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HOJA PERENNE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FORMA: MONUMENTAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADID: <input type="checkbox"/>	ASPECTO TÉCNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/>		COLOR - TEXTURA: HOJA CADUCA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HOJA PERENNE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FORMA: MONUMENTAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADID: <input type="checkbox"/>	ASPECTO TÉCNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/>
CARACTERÍSTICAS GENERALES Familia: Bignoniaceae Nombre Científico: Jacaranda mimosifolia Nombre Común: Jacaranda Origen: Sud America	ESCALA: ALTA: <input type="checkbox"/> Altura hasta 20 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BAJA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 12 mt. Diámetro 8 mt.	ARQUITECTONICOS FORMA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCLAVADO <input type="checkbox"/> BORDE <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS: CONTROL DEL VIENTO: <input type="checkbox"/> CONTROL DE EROSIÓN: <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS GENERALES Familia: Bignoniaceae Nombre Científico: Tabebuia ochracea Nombre Común: lapacho amarillo Origen:	ESCALA: ALTA: <input type="checkbox"/> Altura hasta 20 mt. MEDIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BAJA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diámetro 8 a 12 mt. Diámetro 8 a 8 mt.	ARQUITECTONICOS FORMA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> PUNTO DE GIRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCLAVADO <input type="checkbox"/> BORDE <input type="checkbox"/> COLOR TEXTURA: <input type="checkbox"/> HITO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PANTALLA <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/>	CARACTERÍSTICAS: CONTROL DEL VIENTO: <input type="checkbox"/> CONTROL DE EROSIÓN: <input type="checkbox"/> REPRODUCCIÓN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	COLOR - TEXTURA: HOJA CADUCA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HOJA PERENNE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FORMA: MONUMENTAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADID: <input type="checkbox"/>	ASPECTO TÉCNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/>		COLOR - TEXTURA: HOJA CADUCA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HOJA PERENNE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FORMA: MONUMENTAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CANAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ESTADID: <input type="checkbox"/>	ASPECTO TÉCNICO AMBIENTE NECESARIO: <input type="checkbox"/> TIPO DE SUELO: CALIDO: <input type="checkbox"/> ACIDO: <input type="checkbox"/> TEMPLADO: <input type="checkbox"/> ARCILLOSO: <input type="checkbox"/> FRO: <input type="checkbox"/> ARENOSO: <input type="checkbox"/>

7.3.6.2 ENERGÍAS ECO AMIGABLES

En anteriores post hemos tratado la eficiencia energética desde un punto de vista pasivo, es decir, recurriendo a estrategias de diseño arquitectónico para conseguir reducir el consumo energético de nuestra vivienda. Estas medidas pasivas se pueden resumir en: una correcta orientación de nuestra vivienda, un correcto aislamiento térmico, instalación y configuración adecuada de las ventanas, protección de la radiación solar mediante pérgolas, toldos, etc. incluso el color de acabado exterior de nuestra vivienda puede influir en su consumo energético.

7.3.6.2.2 ENERGÍA FOTOVOLTAICA



La energía fotovoltaica es posiblemente la otra gran conocida de las energías renovables. Tenemos la suerte de vivir en un país con una media de horas de radiación solar muy alta y qué mejor que aprovechar toda esta energía para abastecer con energía limpia a nuestras viviendas y ahorrar en la factura energética.

Existen varios tipos de panel fotovoltaico:

Los monocristalinos tienen un coste mayor pero ofrecen un mejor rendimiento.

Los policristalinos son los más usados ya que son más baratos que los monocristalinos y su rendimiento es solo un poco menor.

Los paneles de capa fina se caracterizan por ser flexibles, por lo que son ideales para aprovechar cualquier superficie. A cambio tienen un menor rendimiento por lo que necesitaremos ocupar una mayor superficie.

Podemos recurrir a diferentes aplicaciones que nos permiten conocer el potencial de la energía fotovoltaica en nuestra zona, como este mapa interactivo de la

web ClickRenovables, o este otro que da información para toda la UE, por su parte Google sigue desarrollando su proyecto Sunroof que cada vez incorpora más territorios. Aunque depende del tipo de panel fotovoltaico, tipo de vivienda y de la zona, en buena parte de España, con la instalación de 9 o 10 paneles de 180W es más que suficiente para hacer frente al consumo eléctrico de la vivienda.

7.3.6.3 RECUPERACIÓN DE AGUAS DE LLUVIA

El consumo de agua es de 150 litros de agua por persona y se distribuye de forma tal que hasta un 50% de la que se utiliza pueda ser sustituida por agua de lluvia.

7.3.6.3.1 DEPÓSITOS SOTERRADOS DE SISTEMA GRAF



El sector de la recuperación de aguas pluviales se encuentra en estos momentos en una fase inicial de fuerte crecimiento en nuestro país, donde se está trabajando en la búsqueda de criterios que hagan nuestras edificaciones más sostenibles.

Los tanques GRAF están fabricados por inyección de polietileno de alta densidad Duralen. Este material garantiza la larga durabilidad de los equipos, con una garantía de 15 años en los tanques, y permite la perfecta conservación del agua almacenada.

Con la avanzada tecnología de filtración GRAF, el agua se almacena limpia y sin olores, conservándose en los tanques sin ningún inconveniente desde el punto de vista sanitario. Esto ha sido probado en numerosas ocasiones en los laboratorios independientes del Instituto Higiénico de Bremen (Alemania).

El control-bomba suministra agua de lluvia en todos los puntos donde queramos utilizarla: WC, lavadora, jardín, garaje, en caso de agotarse el agua del tanque, el control conectará automáticamente al agua de la red.

7.3.6.4 TRATAMIENTO DE BASURA

En la finca tenemos varias posibilidades sencillas de contribuir a evitar la contaminación generada por la basura:

Reducir: es evitar el uso excesivo de empaques, como bolsas plásticas. En tiempos de los abuelos, las cosas se empacaban en envolturas de hojas de plátano o en cajas de madera y se usaban más los canastos de caña, mimbre, o fibras de palma.

Reutilizar: se trata de limpiar los envases de vidrio, plástico o metal y volver a usarlos. Nunca se deben usar, para guardar alimentos, los recipientes que han tenido productos químicos o venenos.

Reciclar: podemos usar viejos productos para hacer otros nuevos. Los envases de plástico se pueden reutilizar recortándolos para convertirlos en materas, semilleros o recipientes donde guardar objetos. Una llanta vieja recortada y pintada se puede convertir en materia de diferentes formas o en el asiento de un columpio. Los guacales de frutas forrados con plástico por dentro también pueden ser semilleros.

Recuperar: es utilizar residuos como combustible para calentar la chimenea o cocinar. Se puede hacer con los periódicos, bolsas de papel, cajas de cartón, madera de guacales de frutas, muebles viejos y deteriorados.

7.3.6.4.1 SEPARACIÓN DE LA BASURA, DESECHOS

Para poder hacer un buen uso de las basuras de la finca debemos tener claro su procedencia y posibilidades futuras. Las basuras se dividen en dos grandes grupos:

Basuras orgánicas: cáscaras, comida sobrante, madera, papel, cartón y residuos de cosecha como bagazo de caña, pulpa de café, vainas de fríjol, entre otros.

Todas estas basuras se aprovechan en la finca convertidas en abono o, como en el caso del papel, la madera y el cartón, en la producción fuego.

Basura inorgánica: vidrios, plásticos, metal y residuos de pinturas, disolventes e insecticidas.

Como esta basura no podemos devolverla a la tierra en forma de abono, debemos separarla y almacenarla limpia para darle nuevos usos dentro de la finca o entregarla a una empresa recicladora.

7.3.6.4.2 LA SEPARACIÓN MÁS SENCILLAS SON

Papel: folios, cajas de cartón, revistas, periódicos, bolsas de papel, cajas de cereales, cajas de zapatos, cartulinas. Lo más cómodo para reciclar puede resultar meter en una bolsa de papel las hojas, revistas, diarios, cartones.

Vidrios: botellas, envases de vidrio.

Plásticos: bolsas, envolturas de alimentos y recipientes de elementos de aseo del hogar.

Metal: envases de enlatados, latas de gaseosa, recipientes de aceite y combustibles.

Objetos viejos como llaves, candados, herramientas, ollas deterioradas.

Otros: espuma plástica, pilas. Los residuos de aceite, pintura, disolventes, insecticidas, envases de aerosoles, deben mantenerse cerrados y en lo posible ser llevarlos al botadero municipal de basuras, pues son residuos peligrosos. No se deben quemar ni enterrar ya que contaminan el suelo, el agua y el aire.



Como sabemos que EMAT no hace el trabajo de separación por esta razón es que se realizará la separación para poder obtener alguna remuneración económica que q este trabajo sea auto sustentable, pero lo más importante es de poder contribuir con nuestro medio ambiente.

7.3.6.4.3 COMPOSTAJE

La composta se forma por la descomposición de productos orgánicos; esta sirve fundamentalmente para abonar la tierra. La materia orgánica se descompone de manera aeróbica (con oxígeno). Esta puede ser formada por diferentes tipos de residuos orgánicos, como restos de frutas, vegetales, heces de animales, hojas, cáscaras de huevo y bolsas de té.

La basura orgánica que se produce en casa puede ser utilizada como material de composta. No es difícil hacer una en casa para las plantas del jardín, aquí te decimos como hacerla:

Para hacer composta tienes que:

1.- Hacer un hoyo de 1m por 1m y de 30 a 50cm de profundidad (en la tierra), también puedes utilizar un contenedor de madera.

2.- Coloca en el fondo una capa de aserrín para evitar malos olores y conservar la humedad.

3.- Coloca productos orgánicos como pedazos de fruta, verduras, cáscaras de huevo, frijoles, arroz, etc. (si tu familia deja algo a la hora de la comida que ya no se vaya a comer eso te puede servir para tu composta). Si está muy seca agrega un poco de agua para conservar la humedad.

3.- Cubre los desperdicios con una capa de aserrín. 4.- Cubre el hoyo con una capa de tierra.

Tu composta estará lista después de 6 u 8 semanas, antes de usarla tienes que quitarle todas las piedras que se formaron.



7.4 PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

7.4.1 PROGRAMA CUANTITATIVO

	Usuario	Unidades	Sup. Útil M2	Total M2	
CONSULTA EXTERNA	Una sala de recepción – informes	3	1	275	275
	Sala de espera	10	1	100	100
	Archivo clínico	3	1	35	35
	Oficina de registro	2	1	10	10
	Consultorios para psiquiatría	3	4	16	64
	Consultorios para médicos generales	3	2	16	32
	Consultorio para neurología	3	1	16	16
	Consultorios para psicología	3	5	16	80
	Consultorio para trabajadora social	3	1	16	16
	Salas para terapia (familiar – grupal) con cámara gessell	6	1	40	40
	Unidad de laboratorios varios	3	1	50	50
	Unidad para Electroencefalografía	2	1	16	16
	Farmacia	2	1	30	30
	cafetería	15	1	60	60
SERVICIO DE ATENCION EN CRISIS (EMERGENCIAS - DESINTOXICACION)	Consultorio (psiquiatría – psicología – médico general)	3	1	16	16
	Ambiente para electroconvulsoterapia	2	1	16	16
	Estación de Enfermería (triple ambiente – curaciones – dormitorio)	3	1	20	20
	Baños para personal H - M	15	1	40	40
	Habitaciones de seguridad	10	10	12	120
	Habitaciones compartidas para varones (2 camas)	12	3	12	36
	Habitaciones compartidas para mujeres (2 camas)	12	3	12	36
	Ropería	1	1	8	8
	2 baterías de baños (pacientes)	15	1	40	40
	1 sala de espera – visitas	25	1	75	75
	Un espacio para limpieza	1	1	4	4
	Un depósito	1	1	4	4
	Cocina	6	1	13	13
	Dormitorio para enfermeras	2	1	10	10
	Dormitorio para médico de guardia	2	1	10	10
	Dormitorio personal de apoyo	2	1	10	10
SERVICIO INTERNACION MUJERES	Consultorios (psiquiatría – psicología – medico – pediatría)	3	1	16	16
	Estación de enfermería (triple ambiente)	3	1	20	20
	Baño para personal	4	1	17	17
	Habitaciones compartidas (2 camas)	12	3	12	36
	Habitaciones individuales con baño privado	10	10	12	120
	Baterías de baños y duchas	15	1	40	40
	Sala de espera – visitas	25	1	75	75
	Comedor	15	1	60	60
	Sala de juegos – recreación	15	1	50	50
	Deposito de ropería	1	1	8	8
	Dormitorio para personal de apoyo	2	1	10	10
	SERVICIO DE INTERNACION VARONES	Consultorios (psiquiatría – psicología – medicina general)	3	1	16
Estación de enfermería (triple ambiente)		3	1	20	20
Baños para personal H - M		4	1	17	17
2 habitaciones de seguridad		10	10	12	120
Batería de baños		15	1	40	40
Habitaciones compartidas para varones (2 camas)		12	3	12	36
Comedor		15	1	60	60
Sala de terapia con cámara Gessel		10	2	50	100
Sala de terapia		15	3	50	150
Sala de estar (recreativa – lectura – lúdica)		20	1	70	70
Sala de espera - visitas		25	1	75	75
Deposito de ropería		1	1	8	8
Estar medico		4	1	16	16
Un dormitorio para personal de apoyo		2	1	10	10
AREA ADMINISTRATIVA	Recepción e informaciones	3	1	275	275
	Sala de espera	25	1	75	75
	Oficina para Dirección, con mesa de reuniones	10	1	50	50
	Baño privado para Dirección	1	1	3	3
	Oficina para Administración	3	1	30	30
	Servicios generales	3	1	25	25
	Adquisiciones	2	1	20	20
	Of. De almacen	1	1	50	50
	Oficina para Recursos Humanos	3	1	16	16
	Adm. de personal	3	1	16	16
	Registro y control	3	1	16	16
	Oficina para Finanzas	3	1	16	16
	Presupuesto	3	1	16	16
	Contabilidad	3	1	16	16
Depósito de activos fijos	1	1	60	60	
Almacen general	1	1	50	50	
Baños H - M	15	1	40	40	
AREA DE DOCENCIA E INVESTIGACION	Oficinas	3	3	18	54
	Área para computación	8	1	25	25
	Salón de reuniones	12	1	30	30
	Biblioteca – videoteca	15	1	35	35
	Depósito	1	1	8	8
	Baño	4	1	17	17
TALLERES	Cocina	10	1	75	75
	Teller de tejido y telas	3	1	45	45
	taller pintura	4	1	45	45
	taller de carpintería	12	1	70	70
	deposito	1	4	15	60

7.4.1 PROGRAMA CUALITATIVO

CONSULTA EXTERNA				
TIPO DE ÁREA	NECESIDADES	FUNCIONALES	ESPACIALES	TIPO DE ESPACIO
PUBLICO	Consultorio psiquiatra	Atención.	Espacio acorde a la necesidad y el espacio suficiente	publico
	Consultorio psicologo	Atención.	Espacio acorde a la necesidad y el espacio suficiente	publico
	Área espera	distribuidor	Espacio amplio y cómodo donde puedan esperar su turno	publico
	Archivo clinico	Mantener en orden el expediente medico	Cerrado ventilación natural cruzada, con material de aislamiento acústico y buena iluminación artificial.	privado
	Oficina de registro.	Registrar	Cerrado ventilación natural cruzada, con aislamiento acústico e iluminación artificial.	privado
	Consultorio médico general	Atención.	Espacio acorde a la necesidad y el espacio suficiente	publico
	Consultorio trabajadora social	Atención.	Espacio acorde a la necesidad y el espacio suficiente	publico
	Unidad para Electroencefalografía	Poder brindar el examen complementario	Cerrado ventilado con una plataforma de concreto con iluminación natural.	publico
	Farmacia	Administrar los medicamentos	Cerrado ventilado con iluminación y con aislamiento acústico.	privado
	Depósito de herramientas	Almacenar herramientas	Cerrado ventilado.	privado

INTERNA				
TIPO DE ÁREA	NECESIDADES	FUNCIONALES	ESPACIALES	TIPO DE ESPACIO
	Consultorio psiquiatra	Atención.	Espacio acorde a la necesidad y el espacio suficiente	publico
	Consultorio psicologo		Espacio acorde a la necesidad y el espacio	publico

PRIVADA		Atención.	suficiente	
	habitaciones	Brindar un espacio adecuado para su descanso	Cerrado ventilado con una plataforma de concreto con iluminación natural.	privado
	Sala de espera y visitas	Espacio social	Abierto con una plataforma de concreto.	publico
	Comedor	Ambiente para su alimentación	Abierto con ventilación como iluminación	privado
	Área de juegos	Área social y de ocio	Abierto con ventilación como iluminación	privado

ÁREA DE ADMINISTRATIVAS					
TIPO DE ÁREA	DE	NECESIDADES	FUNCIONALES	ESPACIALES	TIPO DE ESPACIO
		Recepción	Recibir personas información	Abierto luz	público
		Sala de espera	Atención personas	Abierto luz	público
		Sala de juntas	Organización	abierto luz	Semi público
		Departamento de ventas	Negocios	Abierto	público
		Sala de exhibición	Muestreo producto	Abierto luz	público
		Jefe de personal	Organización	abierto luz	privado
		Caja	Organización	cerrado	público
		Departamento de contabilidad	Organización	cerrado	privado
		Archivo	Organización	Cerrado	Privado
		Gerente administrativo	Organización	Abierto luz	privado
		Gerente general	Organización	Abierto luz	privado
		Sanitarios damas y varones	Aseo	Cerrado ventilado	público
		Depósito de limpieza	Aseo	Cerrado ventilado	privado

TALLERES					
TIPO DE ÁREA	DE	NECESIDADES	FUNCIONALES	ESPACIALES	TIPO DE ESPACIO
		Acceso	Acceso personal	abierto	Privado
		Control de personal	Controlar personal trabajo	abierto	privado
		Sanitarios y vestidores personal	Aseo personal del personal de la planta	Cerrado ventilado	privado
		Depósito de indumentaria	Almacenar vestimenta seguridad personal	Cerrado ventilado.	Privado
		Dispensa	Almacenar víveres de alimentación	Cerrado	privado
		Cocina	Preparación alimentos	Cerrado ventilado	privado

privada		Comedor	Alimentación personal	abierto	privado
		Deposito limpieza	Aseo de la infraestructura	Cerrado ventilado	privado

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN				
TIPO DE ÁREA	NECESIDADES	FUNCIONALES	ESPACIALES	TIPO DE ESPACIO
pública	Acceso	Acceso visitantes	Abierto con temáticas que concienticen a los visitantes.	público
	Recepción	Organización	Abierto con temáticas que concienticen a los visitantes.	público
	Salón múltiple	Salón uso múltiple	Abierto con temáticas que concienticen a los visitantes.	público
	Sala audiovisual	proyección audiovisual para educación	Cerrado ventilado con temáticas que concienticen a los visitantes.	Público
	Aulas	Concientización	Abierto con temáticas que concienticen a los visitantes.	Público
	Cafetería	Alimentación	Abierto	Público
	Cocina	Preparación alimentos	Cerrado ventilado	privado
	Despensa	Almacenamiento de víveres	Cerrado ventilado	privado
	Depósito limpieza	Aseo de la infraestructura	Cerrado ventilado	privado

ÁREAS COMPLEMENTARIAS				
TIPO DE ÁREA	NECESIDADES	FUNCIONALES	ESPACIALES	TIPO DE ESPACIO
Apoyo	Playa de maniobras	Maniobrar vehículos	Abierto con una plataforma que soporte gran cantidad de peso.	privado
	Area incineración	Quemar residuos que no se puedan reutilizar.	Cerrado ventilado con aislamiento acústico tecnología de biofiltros que purifiquen los humos de la combustión.	Privado
	Playa estacionamiento de carros.	Limpieza carros	Abierto.	Privado
	Plazoleta recepción	Recepción personas visitantes	Abierto con áreas verdes y espacios amplios con temáticas del reciclaje de basura.	Público
	Generación de energía	Generación energía solar, térmica.	Áreas cerradas con tecnología de generación de energía eléctrica y térmica provenientes de los biodigestores con aislamiento acústico.	Privado
	Caseta seguridad	Seguridad de la planta	Cerrado ventilado con sistema de control de ingreso y salida de la planta.	privado
	Control pesaje	Controlar residuos que ingresan y salen de la planta.	Abierto y cubierto con una balanza de pasaje y control de residuos.	privado
	Cuarto de bomba de agua	Abastecimiento agua a la planta	Cerrado ventilado con aislamiento acústico con bombas de grandes litros capacidad.	privado
	Area tratamiento aguas	Tratamiento de aguas servidas.	Abierto con tecnología ecológica de bio humedales para tratar el agua sin generar malos olores.	Privado