



1. VISIÓN GLOBAL DEL CONTEXTO ACTUAL

1.1. Objetivos de la investigación grupal.

Investigar a través de las diferentes referencias internacionales, nacionales y regionales la situación actual de América Latina y el Caribe, Bolivia y Tarija con el fin de conocer por medio de un análisis crítico evaluado por sistemas, la situación de relación, proyección y gestión en lo político, económico, social-cultural y físico-territorial; estudiar las variables y compararlas en un enfoque netamente crítico para identificar las posibilidades de desarrollo.

A nivel latinoamericano.

Se plantea conocer como la relación entre países afecta o atribuye soluciones a los problemas de interés global, como son las dinámicas entre ellos para responder a las necesidades de la sociedad actual.

A nivel Bolivia.

Requiere de una perspectiva más analítica, ya que Bolivia es un estado Plurinacional, estos años ha experimentado cambios relevantes en sus sistemas 1) político, con la atribución en las gobernanzas autonómicas de las diferentes regiones; 2) económico, con la potencialización de la extracción de recursos y el aprovechamiento de los mismos; 3) socio poblacional-socio cultural, se ha fortalecido las identidades étnicas, culturales, se ha establecido programas de fomento nacional para la salud, educación que ha causado grandes impactos; 4) físico-territorial, la variedad en la biodiversidad, flora, fauna y recursos en Bolivia lo sitúa en un gran puesto con respecto a la diversificación de regiones y especies potenciales.





Nivel departamental - Tarija.

Analizar y realizar una síntesis de la situación actual del departamento evaluada en los 4 sistemas propuestos que son Político-Administrativo-Jurídico, Económico-Financiero, Socio poblacional-Socio cultural y Físico- Territorial, para poder identificar una región o mancomunidad que precise de la intervención urbana para mejorar su situación actual y brindarles un plan estratégico que potencialice sus oportunidades y solucione sus debilidades .

2. Síntesis de la investigación

• **Latinoamérica**

Los 33 países de América Latina y el Caribe son miembros de la CEPAL, junto con algunas naciones de América del Norte, Europa y Asia que mantienen vínculos históricos, económicos y culturales con la región. En total, los Estados miembros son 45, y 13 los miembros asociados, condición jurídica acordada para algunos territorios no independientes del Caribe.

Estado plurinacional de Bolivia.

DEPARTAMENTO	CAPITAL
La paz	La paz
Santa Cruz	Santa cruz de la Sierra
Cochabamba	Cochabamba
Chuquisaca	Sucre
Tarija	Tarija
Oruro	Oruro
Potosí	Potosí
Pando	Cobija
Beni	Trinidad



Imagen n° 1



Imagen n° 2





- **Estructura del estado.**

Bolivia se constituye como un Estado Unitario Social de Derecho democrático de régimen presidencialista. El Sistema de Gobierno se define según lo establecido en el Artículo 11 de la Constitución Política de 2009:

La República de Bolivia adopta para su gobierno la forma democrática participativa, representativa y comunitaria, con equivalencia de condiciones entre hombres y mujeres. El Estado boliviano se organiza a través de la separación e independencia de los órganos: Ejecutivo, Legislativo, Judicial y Electoral. Existen cinco niveles de gobierno: nivel plurinacional, nivel autónomo departamental, nivel autónomo regional, nivel autónomo indígena y nivel municipal.

Los líderes de los niveles territoriales son elegidos por sufragio universal. Los bolivianos tienen derecho al voto a partir de los 18 años.

La Constitución Política del Estado de 2009 establece la división de poderes en cuatro órganos de gobierno:

- a) Órgano Ejecutivo
- b) Órgano Legislativo
- c) Órgano judicial
- d) Órgano electoral

- **Departamento de Tarija**

División política del departamento





Provincia	Capital	Población	Municipios
Aniceto Arce	Padcaya	60 360	Bermejo Padcaya
O'Connor	Entre Ríos	21 278	Entre Ríos
Cercado	Tarija	205 533	Tarija
Eustaquio Méndez	San Lorenzo	34 186	San Lorenzo El Puente Avilés
Gran Chaco	Yacuiba	169 455	Carapari Villa montes Yacuiba

Tabla n° 1

Sistema económico-financiero de Latino América

En la actualidad se puede estudiar este sistema ECONOMICO-FINANCIERO gracias al aporte del CELADE en sus índices y posiciones actuales, resumiendo en tal forma la situación de América Latina en las siguientes tablas:

El PIB de América del Sur se estima se contrajo en un 2,3% en 2016 debido a que las economías experimentaron fuertes recesiones.

Entre los pocos países con un crecimiento favorable en la subregión se pueden mencionar el Estado Plurinacional de Bolivia y Perú, que han confrontado la fuerte desaceleración regional con un vigoroso consumo privado y gubernamental.

Se proyecta que América del Sur tendrá una leve recuperación económica en los próximos dos años. El crecimiento se estima alcanzará un 0,9% en 2017 y un 2,0% en 2018.

El informe señala también que las perspectivas de crecimiento a mediano plazo para muchas economías de América Latina y el Caribe están oscurecidas por persistentes debilidades estructurales, incluyendo una alta dependencia de las materias primas y un bajo crecimiento de la productividad. Un período prolongado de crecimiento débil podría suponer una amenaza a los logros y avances sociales de la década pasada y





complicar el camino de la región hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Departamento de Tarija

Tarija logra un crecimiento promedio del PIB DE 4,2%

Con la implementación del modelo económico social comunitario productivo, el crecimiento de PIB sin considerar la actividad de hidrocarburos dado que esta última fue incorporada negativamente por la crisis internacional en el departamento de Tarija fue de 4,3% en promedio.

Así el PIB de Tarija muestra un crecimiento más estable y de mayor proporción, gracias al mejor desempeño del resto de las actividades.

El Gobierno Autónomo Departamental de Tarija recibió Bs 25.788 millones entre 2006 y 2016

Los once municipios de Tarija recibieron Bs. 8.230 millones durante el periodo 2006-2016 por transferencias del nivel central

Durante la administración económica del presidente Evo Morales los gobiernos autónomos municipales del departamento de Tarija se beneficiaron con un total de Bs. 8.230 millones, 1.022% más que en el periodo neoliberal cuando las transferencias solo llegaron a Bs. 734 millones.

Transferencias a los municipios de Tarija por Coparticipación Tributaria



Imagen n° 3



Imagen n° 4





Municipios	2005	2016	ACUMULADOS		VARIACIÓN %
			1995-2005	2006-2016	1995-2005 Vs. 2006-2016
Municipios de Tarija	138	695	734	8.230	1.022
Tarija	50	291	255	3.267	927
Padcaya	8	28	45	387	962
Bermejo	11	49	64	655	710
Yacuba	29	132	138	1.886	765
Caraparí	4	22	21	222	760
Villamontes	9	58	47	567	823
Uriondo (Concepción)	5	22	28	262	1.182
Yunchara	2	8	13	109	843
San Lorenzo	8	35	48	445	1.099
El Puente	4	17	27	221	1.124
Entre Ríos	8	33	47	409	709

Fuente: Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal

Tabla n° 2

Monto desembolsado y Número de proyectos
(En millones de Bs y número de proyectos)

TARIJA Acumulado 2007-2015	Participación	Proyectos	Monto Desembolsado
TOTAL	100,0%	218	374
Deporte	34,9%	65	131
Educación	17,1%	44	64
Equipamiento Comunal	15,6%	52	58
Productivos	12,6%	14	47
Salud	11,8%	13	44
Saneamiento Básico	5,0%	16	19
Riego	2,5%	12	9
Infraestructura Vial	0,4%	2	2

monto desembolsado por sector
(En porcentaje)

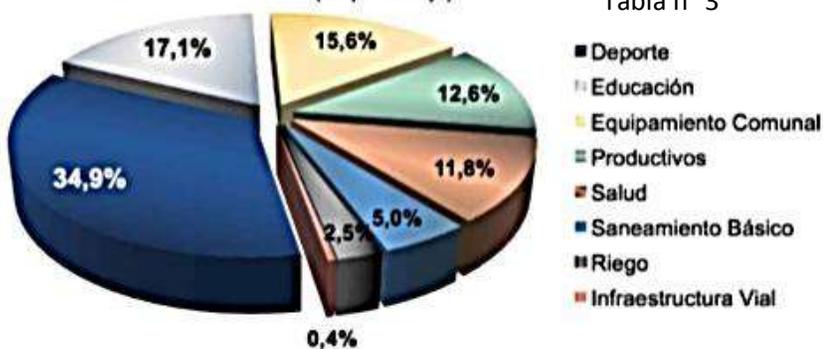


Grafico n° 1

Sistema socio-poblacional y socio-cultural





América latina

La región de Latinoamérica y el Caribe está conformada por 35 países con gran diversidad geográfica, ya que existe heterogeneidad de superficie, población, características socioeconómicas y culturales, grado de desarrollo, etc.

Tabla demográfica

POBLACION	647.565.000 Habitantes
Tasa de Crecimiento	1.0%
Tasa bruta de Natalidad	16.5%
Tasa bruta de Mortalidad	6.0%

Tabla n° 4



Imagen n° 5

Educación

Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años	98.2%	2015
Tasa neta de matrícula de educación primaria	91.7%	2015
Tasa neta de matriculación de educación secundaria	75.9%	2015

Tabla n° 5

Salud

Tasa de mortalidad infantil (CEPAL)	15.2%	2015
Razón de mortalidad materna	67.0%	2015
Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	5.5%	2014-2016

Tabla n° 6

Estado plurinacional de Bolivia.

Bolivia cuenta con 9 departamentos, y se ubica en el centro de Sudamérica. Bolivia ha llevado a cabo muy pocos censos nacionales a lo largo de su historia (quizás sea el país sudamericano que menos ha hecho), apenas diez en 188 años si incluimos el estudio de Dalence de 1845. Se realizan censos cada 10 años.





Tabla demográfica

POBLACION	11.071.000 Habitantes
Tasa de Crecimiento	1.0%
Tasa bruta de Natalidad	22.4%
Tasa bruta de Mortalidad	6.8%



Tabla n° 7

Educación

Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años	99.0%	2015
Tasa neta de matrícula de educación primaria	94.1%	2015
Tasa neta de matriculación de educación secundaria	75.7%	2015

Tabla n° 8

Salud

Tasa de mortalidad infantil (CEPAL)	15.2%	2015
Razón de mortalidad materna	206.0%	2015
Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	15.9%	2014-2016

Tabla n° 9

Departamento de Tarija.

El Departamento de Tarija está constituido por 6 provincias:





Tabla demográfica

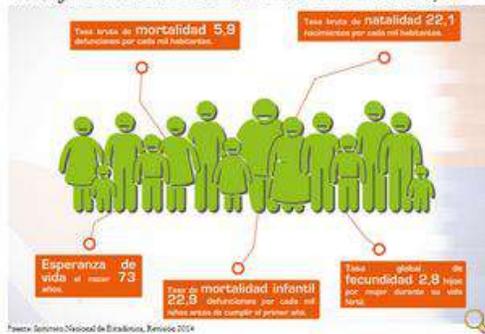
POBLACION	584.623 Habitantes
Tasa de Crecimiento	2.6%
Tasa bruta de Natalidad	22.1%
Tasa bruta de Mortalidad	5.9%

Tabla n° 10



Imagen n° 6

TARIJA: INDICADORES DEMOGRÁFICOS, SEGÚN PROYECCIONES 2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Revisión 2014

Imagen n° 7

El Plan de Uso del Suelo del Departamento define 6 categorías de usos mayores y 22 subcategorías, descritas indicando su ubicación geográfica, sus características biofísicas y socioeconómicas.

Importantes aportes para la actualización son los datos de la zonificación y el ordenamiento de la Reserva Nacional de Flora y Fauna de Tariquia y de la Reserva Biológica Cordillera de Sama, la Reserva Pino del Cerro, el Bosque de Protección del Quebracho Colorado; la Reserva Privada Corvalán también generó información adicional; así mismo.

Importante potencial productivo, tales como los valles de Paicho y Tomayapo, valles económicamente importantes para la Zona Alta del Departamento por su potencial frutícola.





El indicado mapa indica que sólo 41% de las tierras del Departamento son usadas adecuadamente. Las tierras sobrexplotadas representan el 29% del territorio departamental. Sólo 53% de las tierras con aptitud agrícola están usadas adecuadamente.

Algo más de la mitad del territorio departamental constituyen tierras de protección con uso restringido, generalmente serranías, montañas y otras tierras que requieren protección. De estas tierras, 40% tienen un uso correcto y casi 40% son sobrexplotadas con usos inadecuados, resultando en serios problemas de erosión.

Uso de suelo urbano

Se encontraron las principales debilidades de estos centros, en aspectos como la ausencia de procesos de planificación de las manchas urbanas, insuficiencia en la calidad y cobertura de los servicios básicos, sociales y sistemas de transporte e infraestructura vial, densificación y contaminación de origen urbano, en general, siendo la generación de residuos sólidos y aguas residuales los más preocupantes, además de la capacidad y ubicación de los diferentes equipamientos urbanos.

Optimizar el uso de suelo urbano; a fin de evitar, en primera instancia, la excesiva expansión de las manchas urbanas sobre suelo con potencial agrícola y en áreas de riesgo o vulnerabilidad.

Densidad poblacional

Las diferencias de densidad en las diferentes áreas urbanas provocan una tendencia muy fuerte a la excesiva expansión de las diferentes manchas urbanas, por lo tanto se plantea la DENSIFICACIÓN de éstas en base a la calculada en función a la proyección de la población estimada para el año 2025





Uso de suelo

Cuadro 5.2 Densificación de las Ciudades

CIUDAD	DENSIDAD ACTUAL	SUPERFICIE UTILIZADA (ha)	SUPERFICIE REQUERIDA (Al 2025) (ha)	DENSIDAD PROPUESTA (hab./ha)		SUPERFICIE PROPUESTA (Al 2025) (ha)	VARIACIÓN DEL ÁREA URBANIZADA (ha)
	(hab./ha)			MEDIANO PLAZO	LARGO PLAZO		
TARIJA	226	600	1.176	260	300	1.368	AUMENTA 768
BERMEJO	100	260	181	200	200	221	SOBRA 71
VILLA MONTES	35	455	780	200	200	217	SOBRA 238
YACUIBA	66	978	5.266	200	200	1.666	AUMENTA 688

Tabla n° 11

Cuadro 5.2 Relación Porcentual de Uso de Suelo

USOS(*)	PORCENTAJE (%)
RESIDENCIAL	46,0
COMERCIAL	3,5
INDUSTRIAL	1,5
COMUNITARIO	11,0
VÍAS DE COMUNICACIÓN	15,0
ÁREAS VERDES	23,0

*Considerando una densidad de 200 hab./ha.

Fuente: Saravia Valle, “Equipamiento Urbano” – 1999.

Tabla n° 12

Áreas protegidas

Las áreas protegidas del Departamento Tarija, en conjunto, cubren una superficie de **5.035 km²**, lo que representa **13,2 %** del territorio departamental, porcentaje superior al recomendado por los organismos internacionales de conservación.

Con las áreas protegidas se pretende conservar muestras de la biodiversidad y salvaguardar la diversidad genética de las especies endémicas, raras, amenazadas o en peligro de extinción, además de viabilizar la permanencia de los ambientes naturales existentes en el Departamento.





Implementar el Corredor Ecológico Binacional Tariquía – Baritú - Calilegua, como un proceso integral de desarrollo sostenible a escala regional y binacional.

Sistema físico territorial natural y transformado de Entre Ríos - Tarija

Conectividad Vial.

La red vial de la Provincia está compuesta por dos redes camineras, la red principal o troncal y la red secundaria o vecinal.

La red principal del Chaco Tarijeño, se caracteriza por atravesar en dirección, Este – Oeste, por un camino de tierra y grava, que vincula principalmente la ciudad de Tarija con poblaciones de la Provincia Gran Chaco, teniendo como intermedio a la Provincia O’Connor, población de Entre Ríos, esta red caminera, se encuentra en proceso de construcción de un camino asfaltado, siendo las distancias a los principales centros poblados, desde Entre Ríos, las siguientes:

La red secundaria o vecinal, se caracteriza por ser rutas derivadas de la troncal y que tienen restricciones de transitabilidad, particularmente durante el periodo de lluvias.

Tramo	Distancias (Km.)
Entre Ríos – Tarija	108
Entre Ríos –Villa montes	152
Entre Ríos – Yacuiba	172

Tabla n° 13

Medio físico-natural

- **Geología**





EDAD	LITOGRAFÍA	SUPERFICIE	
		Ha.	%
TERCIARIO	Conglomerados, areniscas, limonitas y calizas.	259.583	40.5%
CRETÁCICO	Lavas Basálticas, areniscas, conglomerados, calizas y limonitas.	132.152	20.6%

Tabla n° 14

- **Franco-arenosa gruesa.**

Con un máximo del 15% de arcilla, de 15 al 35% entre limo y arcilla, y más del 45% de arena gruesa.



- **Franco-arenosa fina.**

Imagen n° 8

Con un máximo del 15% de arcilla, de 15 al 35% entre limo y arcilla, y menos del 45% de arena gruesa.

Franco-Limosa

Con un máximo del 15% de arcilla, y más del 35% entre limo y arcilla (la cantidad de limo debe ser superior al 45% de la composición total).

En la comunidad de Entre Ríos la resistencia a la erosión es de bajo riesgo. Existe variedad de vegetación a sus alrededores.





Geomorfología

- Altitudes.

ALTITUD (MSNM)/DISTRITO

DISTRITOS DEL MUNICIPIO/ALTITUD (MSNM)						
Distritos	D-1	D-2	D-3	D-4	D-5	D-6
Altitud(msnm)	1000-1800	1000-3500	500-2800	500-1500	500-1800	500-1500

Tabla n° 15

La capital del Municipio de Entre Ríos se encuentra a una altura de 1.181 msnm, sin embargo la altitud del municipio varía desde los 3.500 msnm en el Abra el Cóndor hasta los 500 msnm en las riberas del Pilcomayo.

El cuadro y el gráfico muestra que el distrito que tiene menor altitud es el D-6 (que varía desde los 500 a 1.500 msnm), en tanto que el D-2 es el que presenta mayor altitud principalmente en la zona de Piedra Larga hacia Abra el Cóndor (hasta 3.500 msnm).

Como se puede ver el distrito donde se encuentra la localidad de entre rios presenta una altitud entre 1000 - 1800 msnm.

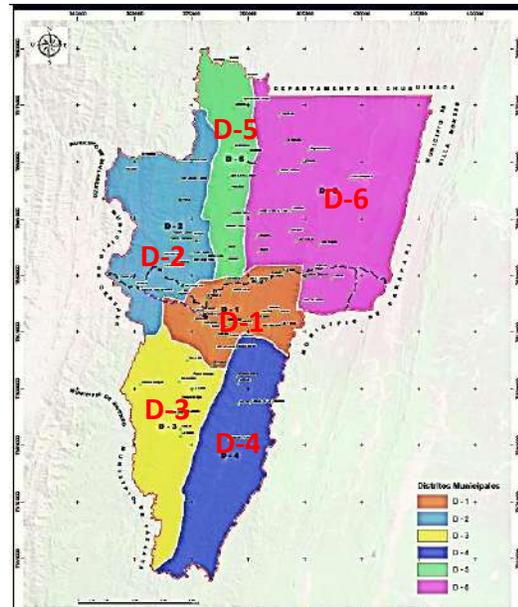


Imagen n° 9





Referentes altitudinales significativos en el municipio

POBLACIÓN	ALTITUD (MSNM)
Yukimbia	591
Tentaguzu	518
La Cueva	1132
Salinas	1103
Fuerte Santiago	1140

Tabla n° 16

POBLACIÓN	ALTITUD (MSNM)
El Puesto	1154
Canaletas	1320
Narvaez	1516
Chiquiaca	804
Loma Alta	1150

Tabla n° 17

- **Relieve.**

Respecto al relieve en el municipio de Entre Ríos se tiene:

R E L I E V E	DISTRITOS DEL MUNICIPIO/RELIEVE					
	D-1	D-2	D-3	D-4	D-5	D-6
	Montañas altas	Serranía s altas	Serranía s medias	Colinas medias	Colinas altas	Colinas medias

Tabla n° 18

Hacia la parte oeste extendiéndose hacia el noroeste y sud oeste se encuentran las montañas más altas, en cambio hacia el sud se tienen colinas medias a bajas y llanuras pie de monte, hacia la parte este se encuentran colinas medias y llanuras pie de monte, en cambio hacia el norte se encuentran serranías y colinas medias.

- **Hidrología**

La superficie que comprende el municipio de Entre Ríos forma parte del gran sistema hidrográfico de la cuenca del río de La Plata.





En el comprenden los sistemas hidrográficos del Pilcomayo y Bermejo. Los ríos que fluyen en sentido norte a la cuenca del río Pilcomayo comprenden un área de cuenca aproximada de 3970 Km², representando aproximadamente el 62% del total de la superficie de la Provincia y los ríos que fluyen en sentido sur a la cuenca del río Bermejo con un área de 2438 Km², constituyendo el 38%.

La división de los sistemas, subsistemas, cuencas y subcuencas hidrográficas del Municipio de Entre Ríos tiene la siguiente forma y definición:

El río Pilaya nace de la confluencia del río Camblaya con el río Melón Pugio hasta su unión con el río Pilcomayo en la serranía Machigua. El río Pilaya es límite entre el municipio de Entre Ríos y el departamento de Chuquisaca.

Vegetación

Especie	Nombre Científico
Afata	<i>Malvastrum sp</i>
Alfilla flor roja	<i>Ruellia sp.</i>
Aguay	<i>Chrysophyllum gonocarpum</i>
Arrayan	<i>Eugenia uniflora</i>
Barroso	<i>Staicifolius O.B.</i>
Cebil	<i>Anadenanthera colubrina</i>
Cari	<i>Piptadenia sp.</i>
Algarrobo	<i>Prosopis alba</i>
Algarrobillo	<i>Caesalpinea paraguarienses</i>
Brea	<i>Cercidium praecox</i>
Cedro	<i>Cederela balansae</i>
Coquilla del monte	<i>Erytroxylon sp</i>
Chalchal	<i>Allophylus edulis</i>
Cheroque	<i>Ruprechtia triflora</i>
Chirimolle	<i>Bimelia sp.</i>
Churqui	<i>Acacia cavens</i>
Duraznillo morado	<i>Ruprechtia sp.</i>
Garbancillo o porotillo	<i>Caesalpinea sp</i>
Guayabo	<i>Eugenia pseudo-mato</i>
Guayabo	<i>Eugenia pseudo-mato</i>
Hediondilla o mata gusano	<i>Solanum trichoneuron</i>
Ibobe o monte hojudo	<i>Capparis sp.</i>
Jarquilla o garrancho	<i>Acacia sp.</i>
Kanlli	<i>Tetraglochin cristatum</i>
Lanza verdadera	<i>Pataguinula americana</i>
Lanza amarilla	<i>Terminalia triflora</i>
Lapacho	<i>Tabebuia ipe</i>
Lapacho rosado	<i>Tabebuia impetiginosa</i>
Laurel	<i>Phoebe porphyria grises</i>
Lecheron	<i>Sebastiana sp</i>





Taquillo	<i>Prosopis nigra</i>
Tarco	<i>Jacaranda minosifolia</i>
Tholilla	<i>Baccharis boliviensis</i>
Tipa	<i>Tijuana tipu</i>
Toboroche	<i>Chorisia insignis</i>
Tusca	<i>Acaccia aroma</i>
Urundel	<i>Astronium urundeuva</i>

Las especies arbóreas-arbustivas tiene presencia en casi todo el municipio, en tanto que la thola y canlli kiska en las partes más elevadas D-2. Conforme va disminuyendo la altitud en el municipio las especies arbóreas son más frondosas y la presencia de especies vegetales menores se incrementa.

Membrillo	<i>Caparis twediana</i>
Mistol	<i>Ziziphus mistol</i>
Paja	<i>Stipa ichu</i>
Palo blanco	<i>Calycophyllum multiflorum</i>
Palo huanca	<i>Bugainvillea sp.</i>
Palo mataco	<i>Achatocarpus praecox</i>
Palo zapallo	<i>Pisonia sp.</i>
Palma real	<i>Trithrynax sp.</i>
Pasto	<i>Helyonuruscf tripsacoides</i>
Pasto pampeño	<i>P. Notatum</i>
Parralillo	<i>Serjania sp</i>
Pega pega	<i>Petiveria albacea</i>
Perilla	<i>Phyllostilon rhamnoides</i>
Pino del cerro	<i>Podocarpus parlatorei</i>
Trementina o Santamaría	<i>Eupatorium sp</i>
Quebracho blanco	<i>Aspidosperma quebracho</i>
Quebracho colorado	<i>Schinopsis quebracho</i>
Quina	<i>Myroxilon periuforum</i>
Quinilla	<i>Pogonopus tubulosus</i>
Roble	<i>Amburuma cearensis</i>
Sacarosa	<i>Peyreskia sacarosa</i>
Soto	<i>Sinopsis haenkeana</i>
Suiquillo	<i>Diaptopteryx sorbifolia</i>
Tala	<i>Celtis spinosa</i>

Tabla n° 19

Áreas Protegidas

La Reserva Nacional de Flora y Fauna de Tariquía se encuentra en Bolivia, en la región sureste del Departamento de Tarija, en las provincias O'Connor, Arce, Gran Chaco y Cercado, en proximidad a la frontera con la República Argentina. Los municipios involucrados son Padcaya, Entre Ríos, Caraparí y Tarija. Ocupa la región fisiográfica del subandino sur caracterizada por abruptas serranías paralelas y





profundos valles, orientados al rumbo mayor de la Cordillera. La hidrografía está definida por las cuencas de los ríos Salinas, Tarija y Chiquiacá. El Área corresponde mayormente a la subregión biogeográfica bosque húmedo montañoso de Yungas o Bosque Tucumano-Boliviano.

La Reserva ofrece una notable belleza escénica conferida por el relieve montañoso y sus bosques mayormente bien conservados. Existen ruinas de las misiones jesuíticas y dominicas al interior. La población está conformada por campesinos inmigrantes de otros valles y del Chaco.

Clima

La ciudad de Entre Ríos se encuentra dentro de un clima templado semihumedo.

- **Humedad Relativa**

El promedio humedad es de 71,6 % en los meses de febrero, marzo, abril y mayo sea registran los porcentajes más altos de humedad.

- **Altura De Precipitación**

Según datos registrados entre los años 1973 – 2016 contempla una media de 1147,1 mm por año, siendo el mes con tasa más alta diciembre, enero y febrero.

- **Precipitación Máxima Diaria**

Entre los años 1973 – 2016 se registra una media de 142,9 mm, con los meses de más precipitaciones entre noviembre, diciembre y enero.





Riesgo De Granizada

La ciudad se encuentra en un área sin riesgo de amenaza de granizada.

Desde 2010 al 2016 se registra solo en el mes de enero del 2015 un solo día de granizada.

- **Días Con Lluvia**

Entre los años de 1973 – 2016 se cuantifica una media de 104 días con lluvia. Siendo los meses con el más lluviosos enero, febrero y marzo.

- **Sequias**

Según el índice de sequía, la localidad de Entre Ríos se encuentra en una sequía levemente deficiente.

Evaporación Diaria

Presenta una evaporación media de 4,2 mm por año desde 1990 – 2000.

Radiación Solar

Entre los años 2015 2016 los meses con las radiación son noviembre, diciembre, enero y febrero.

Heliofonia Media (Horas)

Se registran con mayores cifras los meses de abril – octubre.

- **HELADAS**

La localidad se ubica en un área con heladas de registros bajos.





Temperatura Mínima Extrema

Los datos registrados entre los años 2005 – 2012 los meses con mayores descensos de temperatura son junio, julio y agosto. Contemplando una media de -6°C

Uso de Suelo Actual

- **Uso Residencial:**

De uso habitacional, destinado a albergar todo tipo de vivienda, ya sea unifamiliar, multifamiliar de acuerdo a la zona, debiendo respetar el plan de vías, infraestructura, uso del suelo y equipamientos.

Todos los establecimientos de hospedaje que no alcancen a cubrir los requerimientos mínimos de alojamiento, serán considerados “Posadas”, donde como mínimo deberán contar con duchas y baños de uso general, comfortable para los clientes y, por consiguiente, deberá de cumplir con las condiciones en cuanto a higiene y salubridad.

- **Uso Equipamiento Social:**

Correspondiente a equipamientos de uso público, que deberán ejecutarse en concertación con la Honorable Alcaldía Municipal de acuerdo a especificaciones técnicas y a los reglamentos de apertura de vías, descritos en el plano general vial.

Hospitales.

Se considera equipamiento de salud a aquel que presta asistencia de pacientes y tratamiento de acuerdo al tipo y alcance de estos centros, como: medicina preventiva, primeros auxilios, atención pre y pos natal, entre otros; donde establece la ordenanza N° 305/88, que toda edificación que cumpla esta función, deberá contar con el diseño





correspondiente y cumplir con las condiciones mínimas de uso, garantizando la capacidad asistencial de pacientes a futuro.

La Drogadicción En Latinoamérica

Drogas en Latinoamérica: más consumo y baja percepción del riesgo

Publicado: 30/04/2015 11:03

Uso de marihuana y otras drogas aumenta entre adolescentes del continente.

El informe de OEA sobre uso de drogas en adolescentes en el continente plantea la necesidad de mejorar las políticas públicas en la materia.

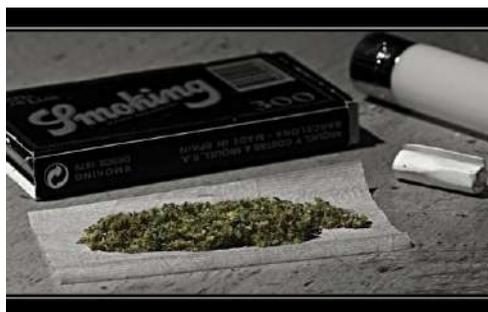


Imagen n° 10

El consumo de drogas entre los adolescentes de América es "muy alto" y la percepción de riesgo frente al uso ocasional de esas sustancias es "muy baja", según el "Informe sobre el Uso de Drogas de las Américas de 2016" presentado por la "Organización de Estados Americanos" (OEA).

La investigación fue elaborada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Entre los datos más salientes revela el alto consumo de alcohol en jóvenes de entre 13 y 17 años, el aumento del consumo de marihuana en este sector de la población y la "precocidad" en el consumo de éxtasis y sustancias inhalables.

Prevalencia en el uso de alcohol

Más de la mitad de los estudiantes de secundaria en Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Dominica, Granada, Paraguay, San Vicente y las





Granadinas, Santa Lucía, Surinam y Uruguay consumieron alcohol durante el último año.

Marihuana

El 16,5% de la población del continente americano dijo haber consumido marihuana en el último año. Su consumo entre los jóvenes creció en todos los países del continente con excepción de Perú, mientras que Chile es el país con mayor consumo de esta droga en la región.

Estados Unidos refleja una tendencia muy creciente del consumo de marihuana durante el último año en edad escolar a lo largo del periodo 1991-1997, pasando del 15 al 30% de la población. En términos de población general como Chile o Uruguay donde la prevalencia de uso alguna vez en la vida es de alrededor del 20%.

OEA. El secretario general de la OEA, José M. Insulza, encabezó la presentación del informe sobre uso de drogas



Imagen n° 11

2016. En el otro lado de la balanza se encuentran países como México,

Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela y República Dominicana, donde el **6 %** o menos de la población consumieron marihuana alguna vez en la vida. Según el informe, los países que se sitúan en medio, con alrededor del 10 %, son Belice, El Salvador, Argentina, Brasil, Colombia y Surinam.

Otras

sustancias





La CIDAC alertó sobre la precocidad en el consumo de éxtasis y sustancias inhalables entre los jóvenes de 13 a 17 años. En líneas generales, los estudiantes perciben mayor facilidad de acceso para obtener éxtasis precisamente en aquellos países donde las tasas de consumo son mayores.

La prevalencia del tabaco en la región abarca desde un 24,5 % en Chile a un 1,8 % en Antigua y Barbuda. Además de Chile, los países con tasas de consumo superiores al 10 % son Argentina (18,7 %), Paraguay (14,7 %), **Bolivia (13,3 %)**, Canadá (12,9 %) y Colombia (12,5 %).

Desde Washington, Milton Romani, Secretario de Drogas de Uruguay, indicó a **ecos.la** que los resultados sobre el aumento del consumo también deben analizarse desde dos puntos de vista: la baja percepción del



riesgo y la forma en que se aplica la legislación en cada país. No es lo mismo declarar sobre el consumo en países como Uruguay en donde no es delito, que en otros donde sí se penaliza de forma más severa.

Conclusiones

Entre varias conclusiones se advierte que si bien “**hoy son pocos los países en América Latina y el Caribe que reportan el consumo de heroína en sus poblaciones, la CICAD considera que es un problema en ciernes y, por lo tanto, requiere de un monitoreo y de un abordaje específico e integral tendiente a prevenir su desarrollo en el futuro**”.

Otro aspecto es el de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP), ya que plantea el reto de diseñar políticas para reducir la demanda y controlar la oferta, ya que las NSP modificaron “los patrones tradicionales de elaboración de drogas ilícitas, simplificando





sus procedimientos, por lo que en cualquier país se podrían elaborar estas drogas”.

Criminalidad y narcotráfico en América Latina 14 Abril 2016 Mariano Bartolomé

Categoría: América Latina corrupción Derechos humanos desigualdad Economía Especial Drogas Narcotráfico Política y sociedad seguridad

La íntima relación entre la violencia y el tráfico de estupefacientes, un negocio enraizado en la región y con una increíble capacidad de reinventarse de manera constante.



Imagen n° 13

Algunos números contribuyen a dimensionar la inseguridad latinoamericana asociada a la criminalidad: mientras Naciones Unidas ha calculado al promedio global de homicidios violentos en 6,9 casos cada 100.000 habitantes (6,9/00000), en América Latina esa tasa crece a más del doble, hasta alcanzar 15,6/00000. Otras estimaciones muestran un panorama aún más sombrío: el informe elaborado en 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la violencia en el mundo calculó la tasa de homicidios regional en 28,5/00000 habitantes, una cifra que cuadruplica la del resto del mundo y es el doble de la de los países africanos en desarrollo.

Por otro lado, de acuerdo a la Organización de Estados Americanos (OEA), pese a contar con menos del 10% de la población global, a la región le corresponde más del 30% de los homicidios violentos del planeta, con casi 150.000 casos anuales de ese tipo, así como las dos terceras partes de los secuestros extorsivos llevados a cabo en el todo el mundo.

Complementando lo anterior, hace poco más de un año desde la ONU se confirmó que América Latina es la región donde más se emplean armas de fuego para la comisión de





delitos violentos; armas que son traficadas por organizaciones criminales y que suelen terminar en manos de grupos relacionados con el narcotráfico.

Hace ya muchos años, América Latina ostenta un lamentable monopolio: el de las ciudades más violentas del mundo, tomando como indicador los homicidios perpetrados.

En este sentido, indica el Consejo que del conjunto de las 50 urbes más violentas de todo el globo, 43 se encuentran en América Latina; más aún, son latinoamericanas las primeras 20, con las únicas excepciones de Ciudad del Cabo en República Surafricana y Saint Louis en Estados Unidos.



Imagen n° 14

Un repaso de los factores identificados en el párrafo anterior confirma que entre los mismos no se encuentra la pobreza, dato que no es menor si se tiene en cuenta la insistencia de algunos intelectuales en que la criminalidad organizada latinoamericana, con su correlato de violencia, es el emergente de una



Imagen n° 15

desfavorable situación socioeconómica de los sectores más amplios de la sociedad; en particular, en lo que hace a la distribución del ingreso. Después de todo América Latina es la región del mundo con mayor desigualdad del ingreso, de acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Frente a esta situación, no se observa la aparición de enfoques novedosos, más allá de lo que propuso la OEA hace ya 3 años, en su documento pionero sobre la problemática





de las drogas en el hemisferio. Como corolario de sus análisis, válidos hasta 2025, tres escenarios describen distintas alternativas de futuro para el continente, según se ponga el acento en el fortalecimiento institucional y la cooperación interestatal (“Juntos”), la experimentación con modificaciones legales (“Caminos”) o la capacidad de reacción ante el problema desde la comunidad (“Resiliencia”).

Por qué Sudamérica es donde más crece el consumo de cocaína en el mundo?

30 junio 2016

El promedio de consumidores de cocaína de Sudamérica cuadruplica a la media mundial.

Todo eso se desprende del último Informe Mundial de Drogas de la Oficina de Naciones Unidas sobre Droga y Crimen (ONUDD), presentado esta semana.



Imagen n° 16



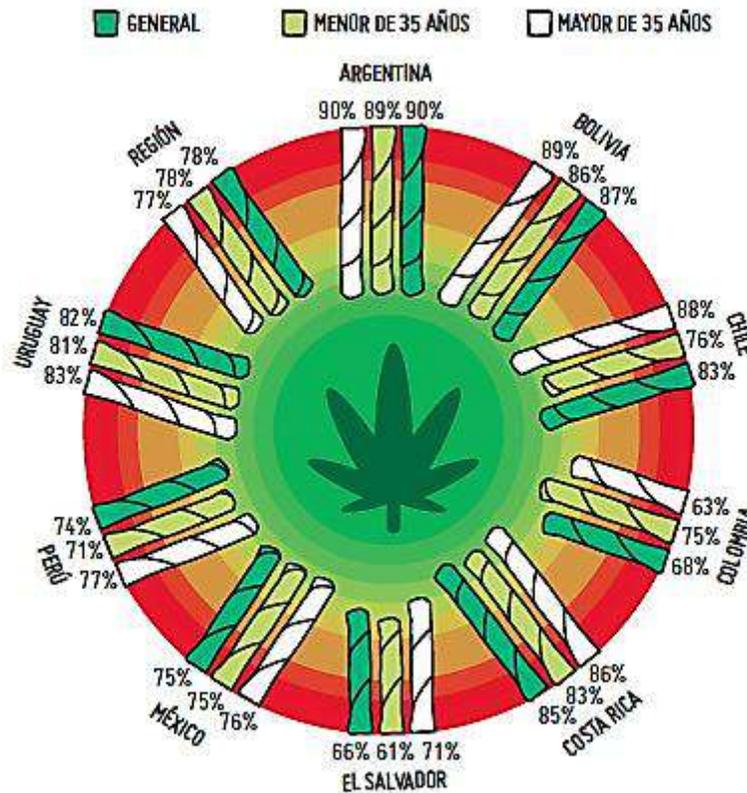


Tabla n° 20

La misma señala que el consumo de cocaína en el cono sur se disparó **más que en cualquier otra parte del mundo** entre 2009 y 2015 y su porcentaje de usuarios se acerca cada vez más a Estados Unidos.

Tiene su propio mercado y el número de consumidores crece velozmente.

De manera más veloz que en todo el resto del planeta, de acuerdo al informe de ONUDC.

¿Cuánto creció el consumo en Latinoamérica?

Mientras en Norteamérica un **1,6%** de la población probó o usa cocaína en el último año, en Sudamérica el porcentaje llega a **1,5%**.

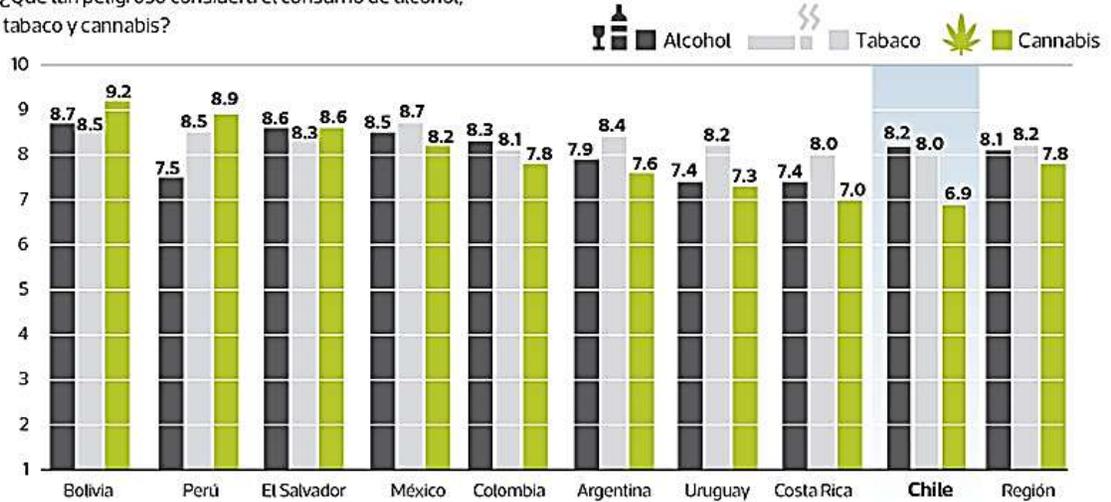




El promedio mundial es la cuarta parte (0,4%).

Percepción de riesgo de alcohol, tabaco y cannabis

En una escala de 1 a 10, donde 1 significa “que no es peligroso en lo absoluto” y 10 significa “totalmente peligroso”, ¿Qué tan peligroso considera el consumo de alcohol, tabaco y cannabis?



INFOGRAFIA: Heglar Fleming • LA TERCERA

Grafico n° 2

Además del aumento de ingresos en toda la región, la cocaína ahora tiene un mercado mayor. **La cocaína solía ser una droga para gente rica, pero ahora tenemos países como Brasil donde la cocaína se usa por otros estratos de la sociedad**", señala la investigadora.

"Es por eso que hay un incremento en la cantidad de consumidores, pero no tanto en el volumen de la cocaína usada".

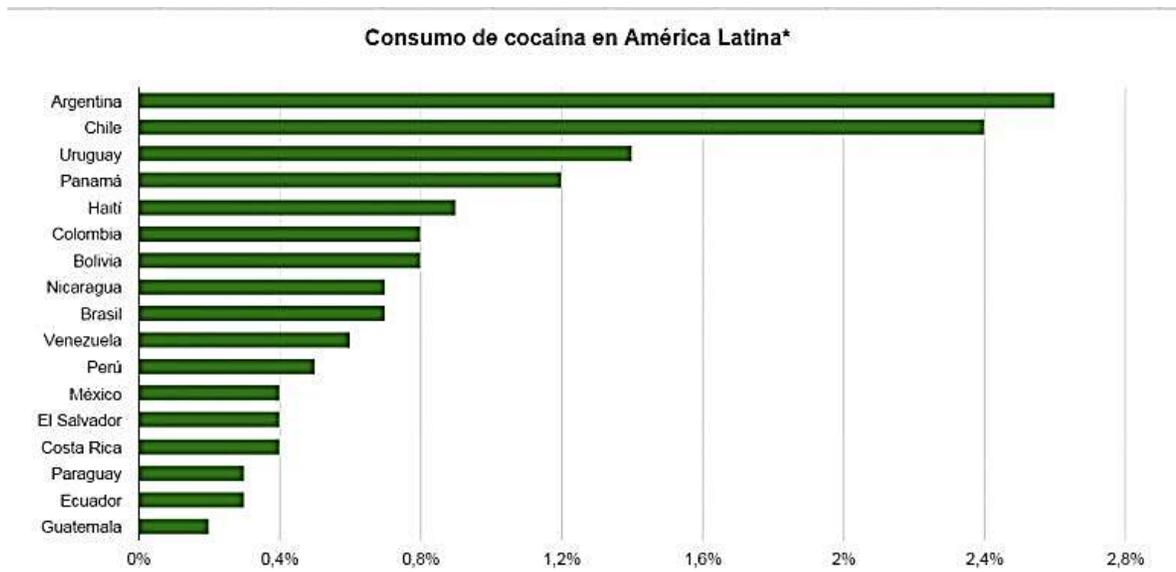
El consumo de cocaína en Sudamérica	
País	Porcentaje
Uruguay	1,8%
Brasil	1,75%
Chile	1,73%
Argentina	0,73%
Colombia	0,70%
Perú	0,69%
Venezuela	0,64%
<u>Bolivia</u>	<u>0,36%</u>
Paraguay	0,25%
Ecuador	0,08%
Promedio	1,5%

Tabla n° 21





Consumo de cocaína en América Latina



*Porcentaje de personas de entre 15 y 64 años que consumieron en el último año

Fuente: Infobae con datos de la UNODC

Gráfico n° 3

Porcentaje de personas de entre 15 y 64 años de edad que consumieron en el último año.

Informe Mundial de Drogas de la Oficina de Naciones Unidas sobre Droga y Crimen (ONUDC)



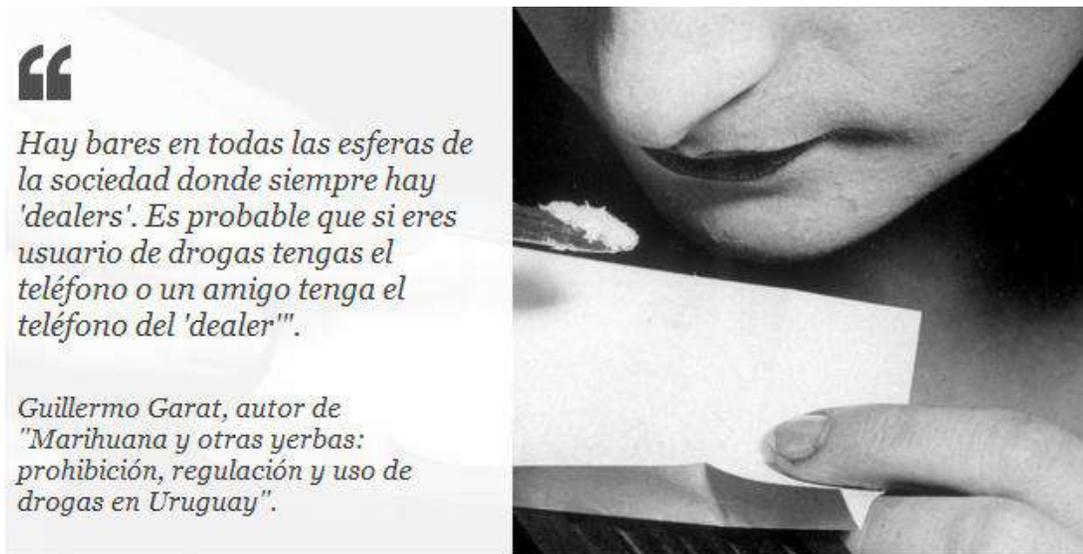


Imagen n° 17

"Ello ha llevado a un complejo problema de orden global", señala Soberón a BBC Mundo.

¿Por qué tantos nuevos consumidores?

Su porcentaje (1,8%) supera al de Norteamérica (México, Canadá y EE.UU., 1,6%), aunque está por debajo del de Estados Unidos (2,1%).

"La cocaína es realmente muy barata (de US\$ 11 a 15 el gramo) y prácticamente no ha cambiado su precio desde el año 2000".



Con estas sustancias de baja calidad y bajo precio, el número de consumidores y también adictos crece.

Imagen n° 18





En los últimos dos años, países como Bolivia y Perú redoblan esfuerzos para frenar el corredor aéreo de tráfico de cocaína que sale de sus países rumbo a Brasil.



Imagen n° 19

Autoridades bolivianas y peruanas llegaron a señalar que hasta 20 avionetas realizaban los llamados "**narco vuelos**" rumbo a Brasil por día.

Las alternativas

ONUDC plantea la necesidad de generar políticas públicas nuevas para contener este incremento de nuevos usuarios en la región.

"Lo primero que hacer es prevenir. **Trabajar con familias y en las escuelas.** Generar programas específicos apuntados en la población joven para prevenir el consumo de drogas", señala Ángela Me.

"Generar políticas públicas con tratamientos para contener las consecuencias del uso de drogas".

Gobiernos como **Bolivia, México, Uruguay y Guatemala** llevaron posturas muy críticas en la última sesión especial de la ONU sobre drogas, en abril.

Criticaron que, en su criterio, las declaraciones de Naciones Unidas no dan paso a un verdadero cambio de paradigma en la lucha contra las drogas y plantearon iniciativas distintas relacionadas a la legalización y regulación de las sustancias controladas.



Imagen n° 20





Imagen n° 21

UNODC publicó el Informe Mundial Sobre las Drogas 2015

La Paz, 26 de junio de 2015 (Naciones Unidas).-

El consumo de drogas y sus consecuencias sanitarias

A grandes rasgos, el informe destaca que la prevalencia del uso ilícito de drogas se ha mantenido estable al nivel global. La UNODC estima que un total de **246 millones** de personas - equivalente aproximado a la población conjunta de Argentina y Brasil, o bien un poco más del cinco por ciento de la población mundial entre **15 y 64 años** - consumieron drogas ilícitas en 2014.

“ Las consecuencias para la salud del consumo de drogas ilícitas siguen siendo motivo de preocupación a nivel mundial, pues la gran mayoría de los consumidores de drogas problemáticos - aquellos que sufren trastornos ocasionados por el consumo de drogas o drogodependencia - siguen sin tener acceso a tratamiento”.





Más de 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático. Es decir, unos 27 millones de personas - cifra equivalente a casi la totalidad de la población de Venezuela - son consumidores problemáticos de drogas. Únicamente 1 de cada 6 consumidores de drogas problemáticos en el mundo tiene acceso a tratamiento, dado que en muchos países hay un déficit considerable en la prestación de servicios.

El número anual de muertes relacionadas con el consumo de drogas (estimadas en **187.100** en el año 2015) casi no ha variado. Los hombres son tres veces más susceptibles de usar cannabis, cocaína y anfetamina que las mujeres, mientras que las mujeres tienden a abusar más de opioides e tranquilizantes prescritos que los hombres.

La prisión, un entorno de alto riesgo para la salud

El informe identifica a las personas privadas de libertad como un grupo vulnerable a desarrollar consumos problemáticos de drogas. Si bien los datos disponibles sobre la materia son escasos, hay indicios de que un tercio de los reclusos consume droga durante su encarcelamiento al menos en una ocasión.

El cannabis es, con mucho, la droga más frecuentemente consumida en las cárceles. El consumo de heroína en algún momento de la vida o durante el mes anterior (consumo reciente) es mucho más elevado que el de cocaína, anfetaminas o éxtasis.

Ello podría explicar por qué el entorno carcelario se caracteriza por unos elevados niveles de enfermedades infecciosas, en particular el VIH, aunque también la hepatitis C y la tuberculosis, y por el acceso limitado a programas de prevención y tratamiento, lo que aumenta el riesgo de contraer virus transmitidos por la sangre.

Es tiempo de desarrollar estrategias que consideren la salud en los recintos carcelarios como parte integral de la salud pública.





Estudio sobre consumo de drogas en Bolivia

Según un estudio de consumo de drogas ilegales en el país, presentado ayer por el Gobierno, en La Paz el **15,2%** de la población fumó marihuana al menos una vez al año, mientras que en Santa Cruz el **1,5%** consumió cocaína.



Ambos porcentajes son los más altos en el ámbito nacional.

Imagen n° 22

En un acto especial realizado en la Cancillería, el viceministro de Defensa Social, Felipe Cáceres, difundió el "Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia 2014-2017", proyecto que contiene un diagnóstico del consumo de drogas lícitas e ilícitas en el país.

El estudio revela que en La Paz las prevalencias anuales de consumo de cocaína llegan al 0,2% y de éxtasis, al 0,4%. En cambio en el departamento de Santa Cruz el consumo de marihuana alcanza al 1,8% y de cocaína, al 1,5%.

Dentro del estudio se indica que en Chuquisaca el 1,5% de personas optan por consumir pasta base de cocaína, índice mayor en el país. En el cuadro estadístico se muestra que las drogas inhalables son más requeridas en El Alto, con el 2,1%. Según Cáceres, el promedio de consumo de cocaína llega en el país al 0,4% y de marihuana, al 1,6%.

"Con el programa vamos a priorizar que el consumo de drogas es una cuestión pública. En las fases que contiene este plan no sólo se halla a la prevención, sino también a la reinserción, ya que los drogadictos pueden rehabilitarse.

Es decir, hacer una reinserción a la sociedad para evitar violencia e inseguridad ciudadana". El plan requiere un financiamiento para los próximos cinco años, por lo que se llama a una alianza estratégica y coordinación con las gobernaciones de los nueve departamentos y los 340 municipios del país.





Aumenta en 5% el consumo de drogas en Bolivia

LA POBLACIÓN VULNERABLE OSCILA ENTRE 11 Y 19 AÑOS.

Aumenta en 5% el consumo de drogas en el país

Entre diciembre del 2015 a enero 2016



Imagen n° 23

En Bolivia mayores consumidores de drogas ilícitas y lícitas tienen entre 25 y 35 años

Resultados

Los resultados muestran claramente que los grupos de mayor concentración de consumidores de sustancias lícitas e ilícitas se encuentran entre los 25 y 35 años; seguidos de aquellos que tienen entre 18 y 24 años.

El promedio nacional de consumo de alcohol es de 41,54%, algunas ciudades tienen índices superiores: Trinidad alcanza el 62,44%; El Alto, 51,64%; Cobija, 49,71%, Santa Cruz, 41, 11% y Tarija con el 55.5%.

Conflictos con la ley

En la investigación se ha establecido también que la mayor parte de problemas registrados se debe al consumo de alcohol, reflejado en el 3,85% del total de los encuestados. El 89,19% manifestó haber tenido algún conflicto con la ley durante el último año.



Tabla n° 23





Tarija ocupa el primer lugar en el consumo de alcohol a nivel nacional 1 agosto, 2016

La drogas en Tarija

Agosto 01 /2016

La ciudad de Tarija encabeza el **primer lugar** a nivel nacional de consumo de alcohol según el Instituto Nacional de Tratamiento (**INTRAID**), en este sentido el psiquiatra y jefe del departamento clínico del INTRAID, César Oliva, aseveró que la base genérica es que se genera una pauta socialmente y culturalmente deformada de inicio de consumo de alcohol a tempranas edades la cual tiene que ver con el modelo sociocultural donde hay mucha permisividad en las familias.

“El alcohol es una droga que es ilegal hasta los 18 años, en nuestra cultura lamentablemente muchos padres permiten que los jóvenes de 15 años se emborrachen”.

Asimismo señaló que antes las edades de inicio de consumo de bebidas alcohólicas estaban entre los 16 a 17 años mientras que actualmente los jóvenes empiezan a consumir este tipo de bebidas desde sus 13 años de edad al igual que muchos inician **con drogas ilegales como la marihuana o la cocaína .**

En este sentido, el psiquiatra del INTRAID argumentó que muchos jóvenes que están en un fuerte estado de ebriedad optan por camuflar esta borrachera consumiendo cocaína la cual pese a estar con altos grados de alcohol en su organismo provoca que la persona actúe de manera lucida por que la cocaína es otra modalidad de consumo que se da a nivel mundial y en Tarija ha aumentado de manera considerable.

“El alcohol es una droga madre en el cuerpo en la que te entra a todos los niveles y lugares de tu organismo pasa por tus huesos, tu cerebro, tus ojos, tu cabello, etc.”, dijo Oliva.





En este contexto mencionó que el INTRAID recibe gente de todas las edades desde los más pequeños hasta los más grandes, recalando que es el único instituto en Tarija en el **cual no tienen restricción en el marco de la edad**, con el objetivo de que los mismos puedan motivar a estas personas a través de diferentes terapias a que puedan hacer un cambio en sus vidas.

“La enfermedad del alcoholismo es como pensar en un diabético, es una enfermedad crónica que tiene tratamiento pero no tiene cura “.

INTRAID cuenta con 33 camas pero solo para estancias temporales.

El tabaco es la primera causa de cáncer seguida de muerte en Tarija.

En Tarija, el 90 por ciento de casos de cáncer se dan entre la población que tiene el hábito de fumar, pero no sólo por cáncer de pulmón, según explicó el oncólogo tarijeño, Alberto Castrillo.

Los fumadores también son propensos a desarrollar cáncer de faringe, laringe, páncreas, de esófago, de estómago, vejiga, hígado y riñón; el riesgo es mayor dependiendo de cuántos cigarrillos se consume y cuánto tiempo se fuma. Aún a plena conciencia de los daños que ocasiona en el organismo, los fumadores se resisten o no pueden dejar de fumar y aun cuando procuran dejarlo, el esfuerzo dura pocos días y recaen obligados por la ansiedad que les produce el dejar de fumar.

“Cuando hablamos de diez cigarrillos a una cajetilla al día ya se ingresa al cuadro de drogo dependencia”

Fumar es una enfermedad

Cuando hablamos de dependencia tenemos que dejar de lado este concepto de vicio, el tabaco es una droga que causa dependencia psicológica y por lo tanto es una enfermedad, manifestó la directora del INTRAID.





“Se comprobó, de acuerdo a investigaciones, que el tabaco es la primera droga que se consumen antes que el alcohol y es la droga de entrada a otras como marihuana y pasta base (de cocaína)”, Si bien el INTRAID trata todos los problemas de drogo dependencia, legales o ilegales, no se registró ningún caso en Tarija de pacientes que se internen para hacer el tratamiento terapéutico por su dependencia al tabaco, aseguró la directora.

Efectos dañinos que causa el consumo de metanfetamina.

La metanfetamina es una sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes sobre el sistema nervioso. Aunque a escala mundial, en términos de producción y de tráfico, la metanfetamina tiene más relevancia que la anfetamina o el éxtasis, su consumo es en la actualidad inferior al de éxtasis.

La metanfetamina tiene un elevado poder adictivo. Es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua. Popularmente se conoce con el nombre de “speed”, “meth” y “chalk” o bien “hielo” o “crystal” si se consume fumada. Se puede consumir por vía oral, inhalada, fumada o inyectada, lo que determina el tipo y la magnitud de los efectos que produce. Provoca un aumento de la actividad, una disminución del apetito y una sensación de bienestar a través de la liberación de grandes cantidades de dopamina en las áreas cerebrales relacionadas con el control de la actividad motora, el aprendizaje y el refuerzo.

Inmediatamente después de ser fumada o inyectada por vía intravenosa se produce una sensación intensa de placer al que se le denomina “flash” y dura sólo unos minutos. La inhalación y la ingesta oral provocan efectos de menor intensidad, más duraderos y de aparición más tardía. De tres a cinco minutos si se inhala y de quince a doce minutos si es por vía oral.





La metanfetamina produce tolerancia con mucha rapidez debido a que sus efectos placenteros son de corta duración, aunque su eliminación en sangre es bastante lenta (doce horas). Al intentar mantener este efecto con el uso de dosis repetidas, se potencia su toxicidad y el riesgo de sobredosis.

Otros riesgos añadidos son los derivados del consumo por vía inyectada, ya sea por la aparición de flebitis o abscesos cutáneos o por la posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas (Sida, Hepatitis B y C, Tétanos, etc.) en individuos que utilizan material de inyección sin higiene o que lo comparten con otros inyectores. Algunas de las alteraciones persisten incluso mucho tiempo después de no consumir droga.

EFFECTOS A LARGO PLAZO

- Adicción
- Insomnio
- Anorexia
- Disminución de la libido
- Comportamiento violento
- Accidentes cerebrovasculares
- Alucinaciones auditivas y visuales
- Psicosis

Marihuana, la droga popular que se mete en la cultura juvenil tarijeña

Adrián, estudiante de colegio fiscal, relata que el contacto para ingresar al “negocio” se lo realiza a través de estudiantes de último grado. La mercancía es entregada en la vía pública, previa llamada telefónica y es camuflada en la mochila del intermediario, quien recibe una comisión del 30 por ciento.





En cuanto a las formas de distribución, la investigación determinó que la medida para distribuir la droga es el “diego” que se trata de un sobre grande que contiene entre cinco y diez gramos de marihuana, otra modalidad es la del raleo (gramo).

Su nombre científico es *Cannabis Sativa*, pero la sociedad tarijeña la bautiza con otros nombres como “marijuana”, “planta sagrada”, “hierba”, “porro”, “mota”, “pasto”, “verde”, “orégano”, “queso”, mencionando sólo los apelativos locales, ya que tiene muchísimos más.

Todas estas explicaciones se consiguieron entre jóvenes tarijeños de no más de 20 años. Este hecho comprueba que el conocimiento de esta droga prohibida para muchos jóvenes se está volviendo común, más aún cuando no sólo la consume este grupo etario sino también muchos adultos.

De acuerdo a estudios serios, que nos permiten asegurar la tendencia de consumo, tenemos una investigación comparativa que abarca de 1992 al 2010. Ésta demuestra que la marihuana pasó a ocupar el tercer lugar a nivel país, aventajada por el alcohol y el tabaco, quitándole el puesto a los inhalantes que ahora están en cuarto lugar, aunque se considera que el motivo podría ser que la marihuana se consigue hoy en día con más facilidad y a un bajo precio.

En Tarija la marihuana ocupa también el tercer lugar entre las drogas de mayor consumo, viéndose un aumento del 5% desde el año 1992 hasta el 2010, por todo esto es considerada una de las drogas de mayor crecimiento en el departamento.



Imagen n° 25





Uno de los problemas que se tiene en la actualidad es que los adolescentes cada vez se convierten en consumidores habituales de las bebidas espirituosas, en tanto que otros son dependientes, lo que provoca la preocupación de las autoridades de Tarija. Rollano dijo que el alcohol, es una droga depresora que retarda la actividad del sistema nervioso, lo que provoca varios problemas en el seno de los hogares a consecuencia del consumo.

El alcohol es una sustancia natural que se obtiene a través de la fermentación de fruta, cereales o madera y se lo puede encontrar en diferentes grados de concentración. Las bebidas alcohólicas pueden actuar en el organismo con la falta de control o dominio de las personas sobre sus propias reacciones y conductas en las personas que tiene este tipo de problemas.

Cuando las personas consumen alcohol en menor grado están con los ánimos exaltados, seguras de sí mismas y eufóricas, en tanto que la embriaguez más avanzada, los efectos son reflejos alterados, agresividad, movimientos torpes, comportamiento peligroso e incoherencia verbal. Con relación a las consecuencias, se tiene la pérdida del equilibrio, disminución de la sensibilidad de orientación, vómito y también en varias personas se tiene alteración en la conducta.

El alcoholismo, es una enfermedad crónica, toda vez que las personas pierden el control sobre el consumo y se caracteriza por la ingesta periódica o continua, produciendo en las personas alteraciones físicas y psicológicas.





1. INTRODUCCIÓN

El uso de drogas es parte de la historia. Desde tiempos más remotos se han utilizado hierbas, raíces, cortezas, hojas y plantas para aliviar el dolor y combatir las enfermedades. El consumo de drogas no constituye, por sí mismo, ningún mal; las drogas administrativas como debido son una bendición para las medicinas.

Por desgracia, hay drogas que tienen efectos secundarios placenteros, como una sensación de euforia, bienestar, alegría, serenidad y energía. Sin embargo lo que comenzó como una actividad nueva se convierte con el tiempo en un problema de dependencia y uso indebido.

Bolivia en el último tiempo, ha incrementado la producción y el tráfico de drogas en sus diferentes formas (pasta base y clorhidrato de cocaína, marihuana, etc.)

El gobierno central aprueba la legalidad de la coca, produciendo que esta situación de Bolivia no solo pase a productora de coca, sino también a productora y consumidora de cocaína u otras drogas, que últimamente ha crecido en proporciones alarmantes en toso los estratos sociales.

Según los daos del Centro de Latinoamericano de investigaciones (CELIN) la marihuana es la droga ilegal de mayor consumo y crecimiento en el país.

El incremento acelerado de la población y más adolescentes de Tarija provoca también un crecimiento de consumo de drogas legales como ilegales, forjando también una vida de delincuencias, inseguridad en la ciudad poniendo en riesgo la seguridad, salud de las personas y sus vidas propias.





2. Planteamiento del problema

Queda demostrado que últimamente existe un uso y abuso de las drogas ilegales, como de las drogas legales: alcohol y tabaco, situación que ha alcanzado niveles muy preocupantes, afectando a la población juvenil de todos los estratos sociales.

A consecuencia de esta situación, se reconoce que el consumo de drogas responde a un conjunto de factores: naturales biopsicosocial (personalidad del individuo), y contexto social en el que se desenvuelve (escolar, grupal e individual, laboral y familiar) que se encuentran relacionados a la persona.

Ante este problema de uso indebido de drogas, no existe condiciones para solucionar este grave conflicto social, lo que genera un gran número de jóvenes sin poder ser atendidos por profesionales capacitados para poder rehabilitarse y mejorar así la vida de la persona y de la población en la cual se rodea e interactúa.

3. Justificación del tema

Un **Centro psiquiátrico** es un establecimiento de salud, dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas que cuenta con internamiento (aloja a las personas en sus establecimientos).

Por lo tanto la comprensión de la realidad infantil y la manera en que se interviene en ella, están marcadas por una determinada concepción de la niñez y adolescencia. Esta concepción es parte de las construcciones sociales, económicas, políticas, culturales, que definen la prioridad, orientación y el enfoque de las políticas, planes y proyectos dirigidos a este sector.

En nuestra sociedad, la comprensión de la niñez y adolescencia está determinada históricamente por la estructura patriarcal y adulto centrista, que trae consigo una serie





de intencionalidades y preconcepciones que develan la situación de riesgo y vulnerabilidad de mujeres, niños, niñas y adolescentes.

En el caso de la niñez y adolescencia hay ausencia de voluntades políticas. Primero, para conocer la real dimensión de las necesidades, carencias y potencialidades de este sector.

Segundo, reconocerlos como actores centrales, sujetos de derechos y protección especial en toda instancia. Tercero, como consecuencia de las dos primeras situaciones, existe una ausencia del Estado en la implementación de medidas estructurales para **proteger y promover sus derechos y garantizarles condiciones de vida digna y desarrollo pleno.**

Este accionar, principalmente de instancias públicas, legitima la exclusión, discriminación, pobreza, indiferencia hacia grupos de niños, niñas y adolescentes.

En ese marco, esta investigación visibilizará el estado de situación de los adolescentes de Tarija, para fortalecer nuestro accionar institucional, interpelar a las instancias competentes, sensibilizarlas y concientizar a la sociedad civil sobre la importancia de este sector social.

En consecuencia, se pretende que todos asuman coa-responsabilidades con su participación, fiscalización y control social en las políticas públicas.

Y contribuyan con la articulación y construcción de un plan estratégico departamental para la niñez y adolescencia, a partir de diagnósticos y líneas base, despojadas de motivaciones político partidarias, con enfoque de derechos y perspectiva de género.





4. Conclusiones

En nuestro país se puede observar que el consumo de drogas está subiendo cada vez más sus estadísticas pero es erróneo el luchar contra las drogas sin tener claros los factores tanto psicológicos que desencadenan en el individuo la conducta drogadicictica ya que se considera este tipo de conductas como manifestaciones de algún problema de fondo del individuo, es preciso conocer las causas que llevaron a cada individuo a la adicción para una mejor orientación, ayuda y soporte en la situación que se encuentre.

Llevar a Tarija a una ciudad con un alto potencial de atención hacia la salud.

Proteger, ayudar y tratar a todos los afectados con trastornos psicológicos de la ciudad.

Mejorar la calidad de vida de muchas familias afectadas.

Reducir los índices de violación y maltrato a niños, adolescentes y otros.

Concientizar a la población.

5. Objetivo general y objetivos específicos

5.1.Nuestra misión

"Brindar excelencia terapéutica en servicios de salud mental a todas las personas, basada en la asistencia integral al enfermo y su familia con calidad y calidez"

5.2.Objetivos Generales





- Ofrecer atención psiquiátrica, según la Regionalización de la Psiquiatría en Bolivia, a enfermos procedentes de los diferentes departamentos de Bolivia.
- Contribuir a la Salud Mental en la población tarijeña y boliviana.
- Mejorar la calidad de vida de la población en el departamento y el país.

5.3.Objetivos Específicos

- Prestar atención terapéutica y rehabilitadora a enfermos con problemas de drogadicción y de alcoholismo en el seno de una Comunidad Terapéutica
- Implementar una infraestructura adecuada, orientadora a la rehabilitación y reinserción para jóvenes adictos para una efectiva reinserción a la sociedad.
- Ofrecer un ambiente humano y acogedor a los enfermos internados, mediante una asistencia integral.

6. Hipótesis

La implementación de un “**Centro Psiquiátrico Para La Salud Mental y Drogodependencias**” construido y equipado en la ciudad de O’Connor del departamento de Tarija busca satisfacer una gran carencia socio poblacional ya que el departamento de Tarija no cuenta con una infraestructura de esta magnitud y el personal técnico capacitado, con la idea de que sea un lugar de rehabilitación, relajación de ayuda psicológica.

Debe tender a reflejar objetos tangibles e intangibles, utilizando para ello las formas más apropiadas para evidenciarlo.

Es necesario conocer cuantitativamente y cualitativamente la cantidad de niños, niñas y adolescentes afectados para protegerlo. El centro psiquiátrico debe contribuir a rehabilitaciones de toda persona afecta para integrarla a la sociedad y mejor su vida.





El centro psiquiátrico debe lograr mejorar la calidad de vida de las personas afectadas través de la atención dada en lugar.

El centro debe ayudar a mejorar la seguridad de la ciudad previniendo los daños afectados en contra de la salud mental de la población.

Debe contribuir una con una adecuada atención hacia los pacientes y familiares, con apoyos de especialistas psiquiátricos, ambientes para el desenvolvimiento psicológico y el asesoramiento adecuado para los visitantes.

Deben procurarse laboratorios de investigación y así estudiar programas de apoyo.

7. Visión del proyecto

Convertirnos en un Centro Psiquiátrico reconocido, de elección y destacado por servicios de salud eficientes, en la zona Oeste de la capital, acompañada de una gestión basada en procesos y altos estándares de calidad y seguridad.

Pretendemos satisfacer las expectativas y necesidades de bienestar físico y espiritual de nuestros usuarios, brindando la mejor atención y cuidados a su salud, bajo un ambiente de Hospitalidad, contención y respeto.

Proyectamos perfeccionar y actualizar la calidad asistencial y tecnológica, impulsar la innovación y así mismo potenciar el desarrollo personal y profesional.





1. INTRODUCCIÓN

Unos 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida estas personas sufren violaciones de los derechos humanos, estigmatización y discriminación. El 30 % de los países no tiene un presupuesto específico destinado a la salud mental, y el 20 % de los que lo tienen le asignan menos de un 1 % del presupuesto sanitario total. Aproximadamente la quinta parte de la juventud en todo el mundo sufre de desórdenes mentales graves o leves. Los desórdenes mentales representan el 12% de la carga total de la enfermedad.

Entre los principales factores de riesgo se sitúan las condiciones de vida adversas como la pobreza extrema, la guerra y los desplazamientos, la predisposición biológica, y las relaciones estresantes en la familia y en el lugar de trabajo.

Entre los principales factores de riesgo se sitúan las condiciones de vida adversas como la pobreza extrema, la guerra y los desplazamientos, la predisposición biológica, y las relaciones estresantes en la familia y en el lugar de trabajo.

Entre las poblaciones de alto riesgo de enfermedad mental pueden citarse las mujeres y niños que han sido objeto de abusos, las víctimas del conflicto armado, los migrantes y refugiados. En América Latina, encontramos 88 millones de enfermos, un incremento del 48% en los últimos 15 años.

Se trata de un mal altamente incapacitante al que nadie es inmune, no siempre es fácil de diagnosticar y menos aún de tratar. Los problemas de la enfermedad se ven agravados por las situaciones sociales de exclusión e indefensión que aparejan. Los desastres naturales y la violencia que han encarado muchos países en los últimos años no han hecho sino favorecer el aumento de las enfermedades mentales, ya que las personas que han sufrido desgracias son más proclives a desarrollar trastornos psiquiátricos y psicológicos.





En Latinoamérica, debido a la crisis económica, se destina al capítulo de salud sólo el 6,2% de los fondos del producto interior bruto. De este porcentaje tan menguado, podemos imaginar que el asignado al área de salud mental es muy limitado. Sin embargo, los trastornos mentales han experimentado una espectacular subida debido al aumento del consumo de alcohol y drogas.

La depresión y la ansiedad por causa de las condiciones de vida, y el deterioro cognitivo asociado al alargamiento de la vida se pueden incluir también dentro de las enfermedades mentales.

El Centro Psiquiátrico, es el instrumento para el mejoramiento de la ciudad de Tarija y sus alrededores para un proceso de cambio para las personas en el marco de la implementación del derecho a la Salud junto a las políticas y la constitución política del Estado Plurinacional de Bolivia, el plan de vivir Bien.

La sociedad y la población Departamental exige que en estos momentos de cambio para frenar abuso constante de personas vulneradas de sus derechos, afectando su vida social y psicológica, lo cual permiten que cuenten con un proyecto de desarrollo a nivel ciudad, con la finalidad de generar seguridad y protección a las persona vulnerables, constituyéndose en una herramienta básica para formar mejores personas, reconstruyendo la mentalidad de los afectados por las distintas formas logrando una superación..

Asimismo el pueblo soberano, por medio de la sociedad organizada, apoyara con la rehabilitación, reinserción de las personas a la sociedad con ayuda de las políticas de la salud y educación, para lo cual se mejorara la vida de muchos recuperando la credibilidad y el interés en la sociedad.



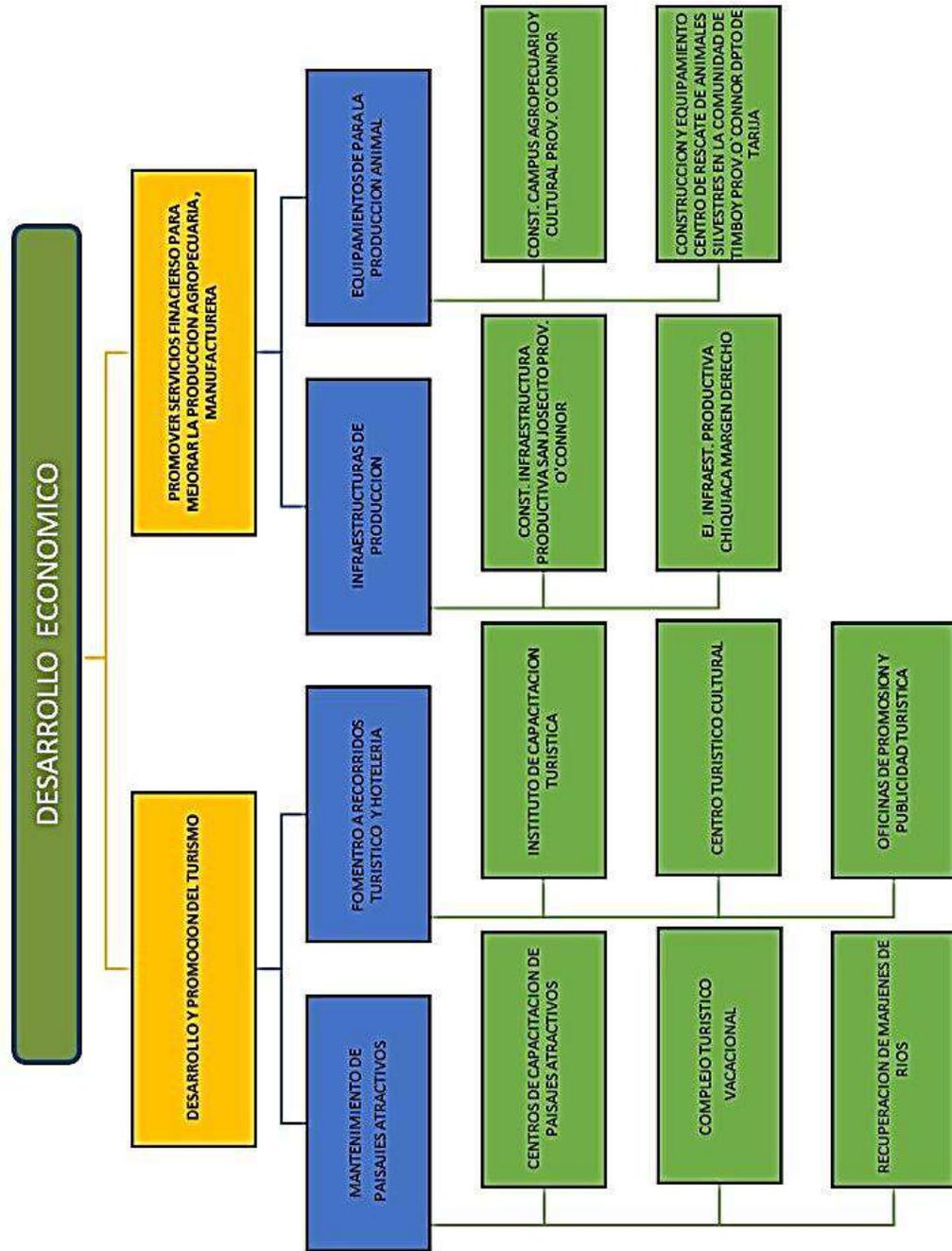


Gráfico n° 4



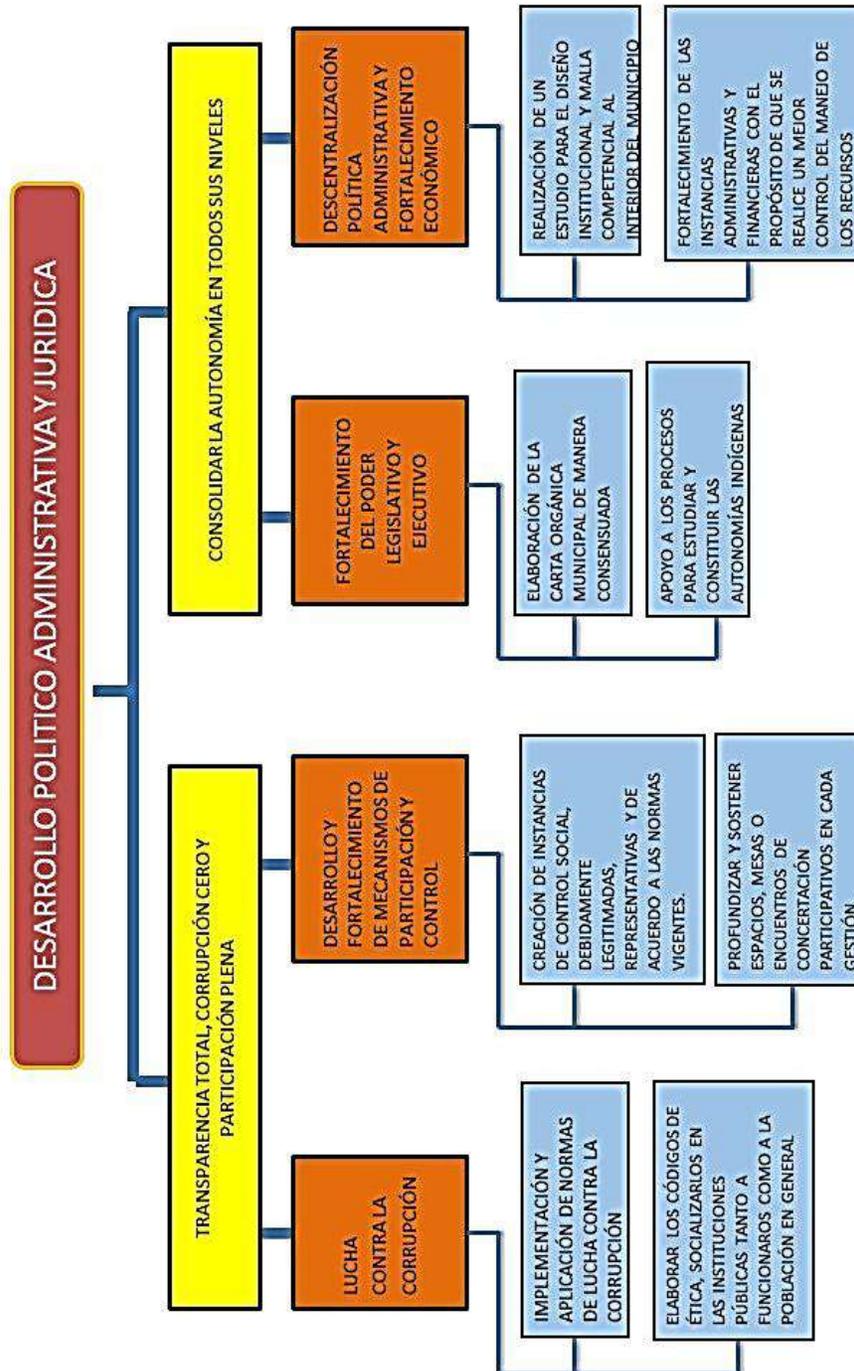


Grafico nº 5



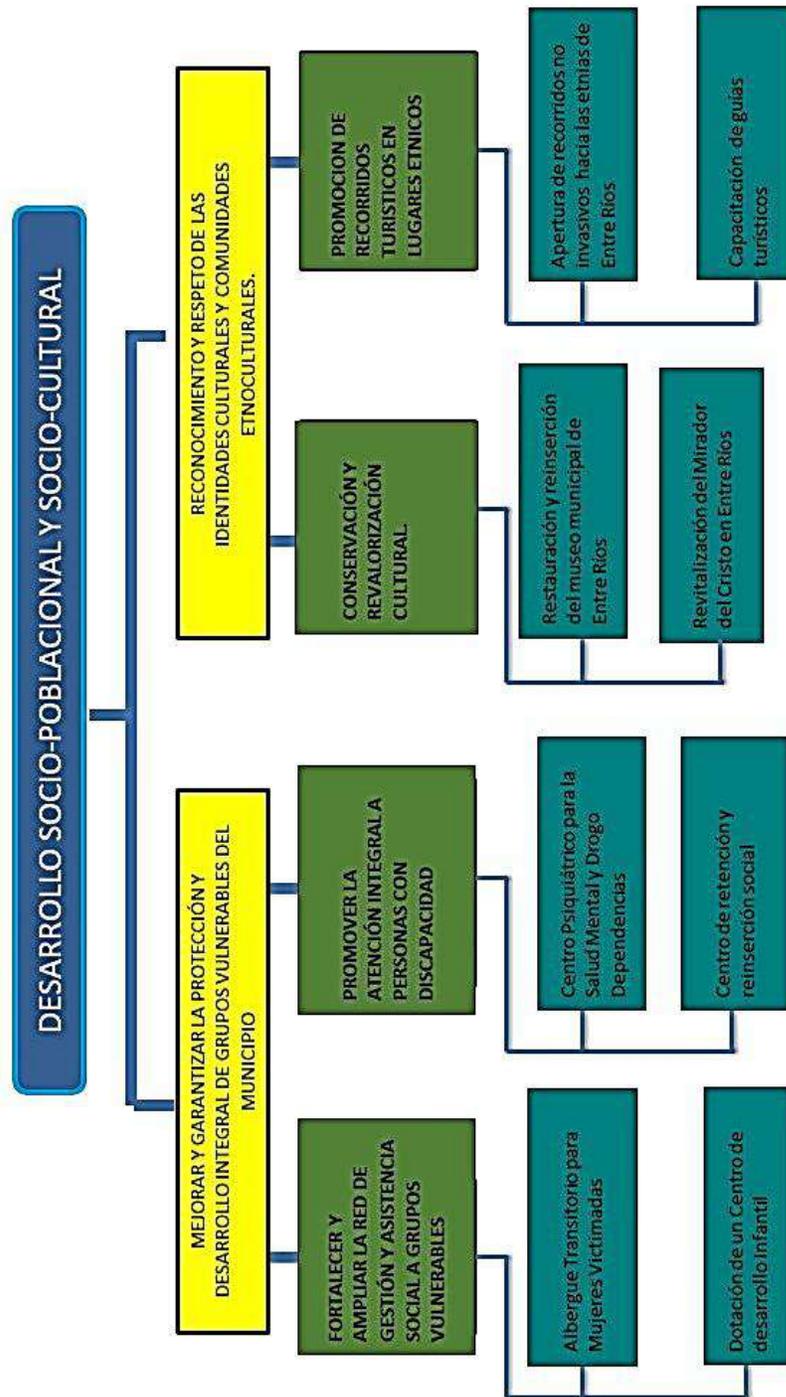


Grafico n° 6



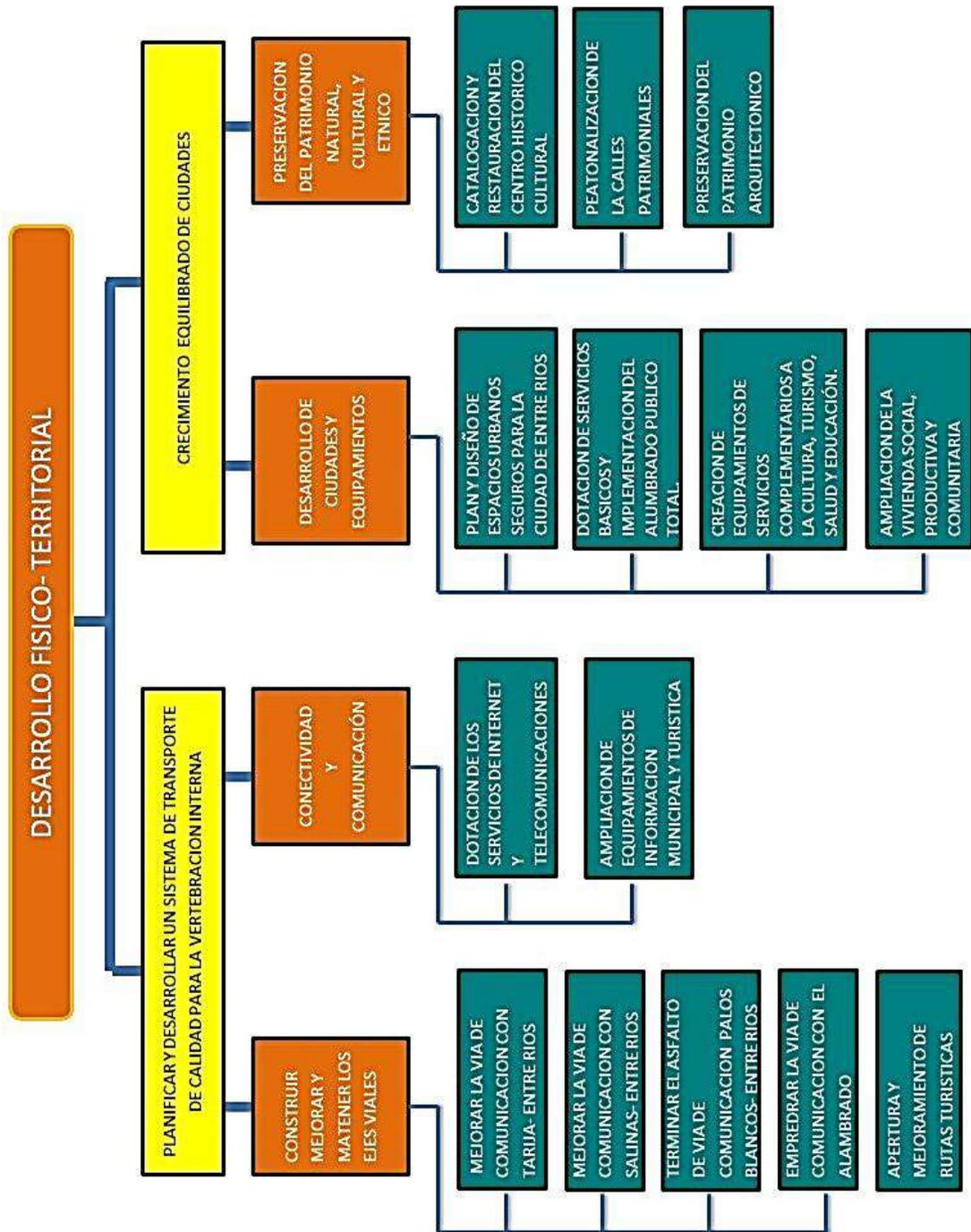


Grafico n° 7





2. MARCO NORMATIVO



Grafico n° 8

“Departamento de Tarija, tierra para vivir bien, que garantiza el ejercicio pleno de los derechos fundamentales, con integración territorial, distribución equitativa de la riqueza, con liderazgo energético y desarrollo turístico, productivo e industrial en el marco de la economía plural, soberanía alimentaria, empleo digno, mercado justo y solidario, en armonía con la naturaleza y el reconocimiento a los derechos de los pueblos, que profundiza la democracia participativa con autonomías plenas y diversas, con equidad”.



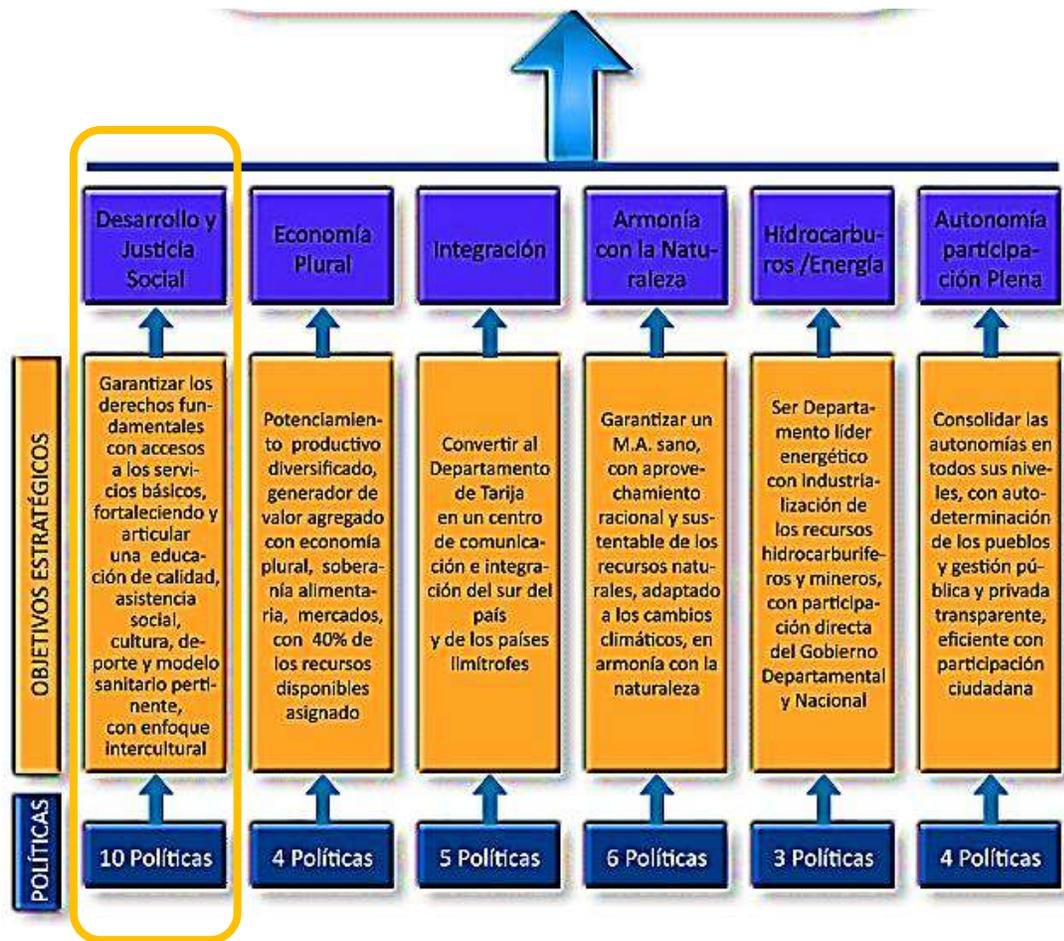


Grafico n° 9

Relación del SISPLAN con el SNIP

(Sistema Nacional de Inversión Pública)

Es el conjunto de normas, instrumentos y procedimientos que permiten asignar los recursos públicos a los proyectos de inversión más convenientes desde el punto de vista económico y social.

Los objetivos que persigue el SNIP están relacionados a:

- Establecer las condiciones y procedimientos para la incorporación de los proyectos en el Programa de Inversión Pública.





- Definir las modalidades de financiamiento y cofinanciamiento de los proyectos de inversión en función a los objetivos y prioridades establecidas en los planes de desarrollo de los distintos niveles gubernamentales.
- Asegurar la disponibilidad de información confiable y oportuna para la toma de decisiones.
- Integrar el SNIP con los Sistemas de Administración y Control y con el Sistema Nacional de Planificación en el marco de un nuevo estilo de gestión pública.
- El SISPLAN proporciona al SNIP los lineamientos de los objetivos y políticas definidos en los planes de desarrollo y programas a mediano y largo plazo para La asignación de índices y recursos destinados a la inversión pública.

El Plan se desarrolló bajo el enfoque de planificación integral, que contribuya al proceso de transformación del país a propuesta del Plan Nacional de Desarrollo, (PND) a través de nuevos conceptos, enfoques y métodos de planificación desde la diversidad cultural del país; en ese sentido la Gobernación asume un rol planificador del desarrollo en el orden departamental y en todas sus instancias regionales, en coordinación y participación con los

Ejecutivos Seccionales, Gobiernos Municipales, entidades sectoriales y territoriales, etc., también articulando los ámbitos económico, social, cultural, político y ambiental, para generar impactos positivos en crecimiento y desarrollo departamental.

El plan es un instrumento técnico-político, de gestión y orientador de la inversión pública y privada, que permite el aprovechamiento de los recursos físicos, financieros y la toma de decisiones en función a la racionalidad de los recursos, para el aprovechamiento óptimo de los recursos económicos, recursos naturales, humanos y tecnológicos, mejorando el control en los procesos de desarrollo departamental, recuperando la confianza institucional, como así también estableciendo Alianzas departamentales, locales y organizacionales.





- El PDDES como documento, se enmarca en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, que establece cuatro pilares fundamentales descritos a continuación:
- **Bolivia Digna.** Es la erradicación de la pobreza y la inequidad, de manera de lograr un patrón equitativo de distribución y/o redistribución de ingresos, riqueza y oportunidades. Está conformada por los sectores generadores de activos y condiciones sociales y por la política, estrategias y programas intersectoriales de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario.
- **Bolivia Democrática.** Es la construcción de una sociedad y Estado Plurinacional y socio comunitario, en el que el pueblo ejerce el poder social y comunitario y es corresponsable de las decisiones sobre su propio desarrollo y del país. Está constituido por los diferentes sectores orientados a lograr una mejor gestión gubernamental, transparencia y construir el poder social comunitario.
- **Bolivia Productiva.** Está orientada hacia la transformación, el cambio integrado y diversificación de la matriz productiva, logrando el desarrollo de los Complejos Productivos Integrales y generando excedentes, ingreso y empleo con la finalidad de cambiar el patrón primario exportador excluyente.

Está conformada por los sectores estratégicos generadores de excedentes y los sectores generadores de Empleo e ingreso.

De manera transversal, se encuentran los sectores de infraestructura para el desarrollo productivo y de apoyo a la producción.

- **Bolivia Soberana.** Es la constitución del Estado en un actor internacional, soberano, auto determinado, con identidad propia, mediante una política





exterior que oriente la acción política y diplomática con presencia de los pueblos y defensa sostenible de los recursos naturales y de la biodiversidad.

- Está conformada por los sectores de Relaciones Exteriores y Relaciones Económicas internacionales.

Percepción del Desarrollo Departamental

Percepción del Foro Departamental sobre el desarrollo Departamental

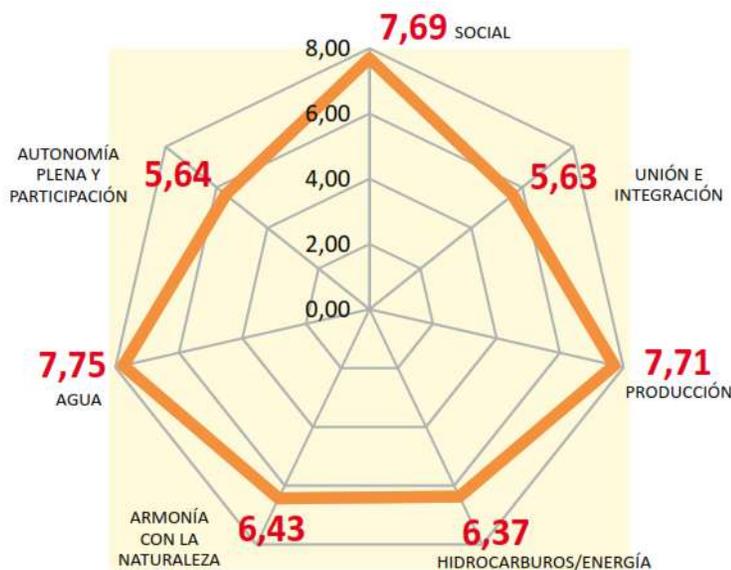


Grafico n° 10

Derechos fundamentales

Se reconoce los derechos fundamentales de las personas en el marco de la Constitución Política del Estado, Capítulo Segundo; Art.15 instituye que “Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual.

Nadie será torturado ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes y humillantes.





No existe la pena de muerte”, en los artículos siguientes del 16 al 20 también indica que los derechos fundamentales de las personas son el derecho al agua y a la alimentación; a la educación en todos sus niveles: universal, gratuita productiva e intercultural, sin discriminación; establece también que las personas tienen derecho a la salud, a la vivienda digna y al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, servicio postal y a las telecomunicaciones.

2.1. Referente legal (Nivel Nacional)

2.1.1. Constitución política del estado plurinacional de Bolivia

El estado garantizara el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud Privado; regulara y vigilara la atención de calidad a través de auditorías medicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley, sancionara acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica (Artículo 39).

2.1.2. Ley de Participación popular

Se transfiere a título a favor de los Gobiernos Municipales, el derecho de propiedad sobre los bienes muebles e inmuebles afectados a la infraestructura física de los servicios públicos de salud, educación, cultura, deportes, caminos vecinales y micro-riego, consistentes en :

Hospitales de seguro y tercer nivel, hospitales de distrito, centros de salud de área y puestos sanitarios dependientes de la secretaria correspondiente del Ministerio de Desarrollo.

Los artículos 1, 2, 7, 14. De la presente ley reconoce, promueve y consolida el proceso de participación popular articulando a las comunidades indígenas, campesinas y urbanas. Mejorar la vida de los bolivianos.





2.1.3. Código de Salud de la República de Bolivia

La finalidad es la regulación jurídica de las acciones para la conservación mejoramiento y restauración de la salud de la población (**Art. 1.**)

La salud es un bien de interés público, corresponde al estado velar por la salud de la población en su totalidad. (**Art. 2.**)

(De la rehabilitación) la autoridad de salud establecerá normas a las que deben regirse los programas de rehabilitación. Promoverá, organiza, evaluara y supervisara todas las actividades, con el fin de mejorar el bienestar físico, psíquico, educación, social, vocacional y económico de incapacitados.

2.1.4. Ley N° 264 Prevención y rehabilitación

El ministerio de gobiernos y las entidades autónomas departamentales diseñaran e implementaran de forma progresiva centros de rehabilitación y reinserción social en las ciudades capitales del departamento, bajo un modelo formativo- educación y de responsabilidad centrado en la aplicación de una metodología orientada en la reconducción de la conducta, rehabilitación, reinserción social y familiar. (**Art. 67.**)

2.1.5. Código de salud de la república de Bolivia

Es la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población, mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes de la república de Bolivia (**Art. 1,2 3**)





El derecho a la salud del habitante boliviano consiste en:

- Gozar de las prestaciones integrales de salud de la misma calidad, en eficacia y oportunidad.
- A ser informado por la autoridad de salud e materias relacionadas con la conservación, restauración y mejoramiento de la salud.
- A recibir servicios de salud adecuados a las personas mentalmente afectadas respetando su condición de persona humana (**Art. 5.**)

2.1.6. Ley N° 475; Ley de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia

La presente ley tiene como ámbito de aplicación de 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 convencido y otras entidades por el sistema Nacional de Salud. (Art. 3, 5.)

- Sistema Nacional de Salud
- Integridad
- Interculturalidad
- Calidad de la salud centrada y la comunidad
- Oportunidad.

2.1.7. Ley de del Medio Ambiente

Tiene por objetivo la protección y conservación del medio ambiente y los recursos naturales, regulando las acciones del hombre con relación a la naturaleza y promoviendo el desarrollo sostenible con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población.





En las acciones de prevención, control y evaluación de la degradación del medio ambiente que en forma directa o indirecta atente contra la salud humana (**Artículos 79, 80.**)

2.1.8. Plan Nacional de Desarrollo (2016-2020)

Es una preocupación central de derecho a la salud de las y los bolivianos, por lo que se tiene previsto avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recurso humano de calidad con enfoque intercultural.

2.1.9. Reglamento a la Ley 1008 sobre el régimen de la coca y sustancias controladas

Los fines de promover y facilitar la aplicación de la ley de acuerdo con la atribución primera del artículo 96 de la C.P.D.E.

Señala que el estado creara institutos y centros de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación para la dependencia química, física y psíquica (farmacodependencia), en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

También señala que los institutos diagnosticaran y trataran a todo consumidor internado por disposición jurídica, así como aquellos que sean solicitados por sus familias o voluntariamente para ser tratado, no podrá ser obligado a quedarse interno, a menos que estuviera en condiciones graves para su salud (**Arts. 33, 49, 136, 137 y 138**).

Instituto de tratamiento y rehabilitación en dependencias química o farmacodependencia: el estado creara institutos y centros de investigación,





prevención, tratamiento y rehabilitación para la dependencia química, física y psíquica (farmacodependencia). Podrán funcionar centros privados con el mismo objetivo, previa del departamento de salud Mental del ministerio de prevención Social y Salud y a supervisiones consejo Nacional de Sustancias Controladas. (Art. 137.)

- **Funciones:** los institutos mencionados en el (Art. 136) diagnosticaran y trataran a todo consumidor internado por disposición judicial, así como aquellos que sean solicitados por sus familias o voluntariamente. (Art. 137.)
- **Periodo de tratamiento:** el que se presentase voluntariamente para ser tratado podrá ser obligado a quedarse interno, a menos que estuviera en condiciones graves para su salud.

Los que hubieran sido internados obligatoriamente, deberán quedar internos o sometidos a tratamientos por todo el tiempo que el médico especialista juzgue necesario. (Art. 138.)

- **De la reincorporación Social:** los organismos competentes serán los encargados de adecuar los mecanismos correspondientes para facilitar la reinserción Social y laboral de los ex toxicómanos. (Art. 138.)

2.1.10. Ley N° 342 Ley de la Juventud, 21 de Febrero de 2013

El nivel central del estado y las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, deberán promover políticas en el ámbito de la salud, estableciendo: la oportunidad, efectiva y accesible atención de la salud, garantizando la atención integral y diferenciada para las jóvenes y los jóvenes. Programas de investigación en la salud, prevención y tratamiento de enfermedades con incidencia en la población juvenil. (Art. 2.)

2.1.11. Ley N°22356 Ley del dialogo Nacional 200 (31 de Julio de 2001)





Distribución de los recursos: una vez aprobada la resolución de recursos para fondo Solidario Municipal para la educación y salud, se procederá a la asignación de recursos de la cuenta especial Dialogo 200 a las municipalidades del país. **(Art. 9.)**

Recursos para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud Pública: el 10% de los recursos de la cuenta especial dialogo 2000, se destinara al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud pública, e la siguiente área:

- a) **Mantenimiento de la infraestructura**
- b) **Equipamiento**
- c) **Adquisición de insumos**
- d) **Capacitación de los recursos humanos (Art. 11.)**

2.1.12. Ley N° 1788 Ley de organización del poder ejecutivo

Tiene por objetivo establecer las normas básicas de organización y funcionamiento del poder Ejecutivo, determinando su estructural, el número y las atribuciones de los ministerios de estado, así como las normas de funcionamiento de las entidades públicas nacionales. **(Art. 1.)**

Los ministros de estado tendrían 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 promoverla realización de campañas de prevención de enfermedades infecciosas y otra patologías.
- C.** Formular políticas y normas para la prevención, rehabilitación y reinserción social de fármaco-dependencias en coordinación con el Ministerio de Gobierno. **(Art. 11.)**





2.1.13. Ley 3058 – Ley de Hidrocarburos

Exportación e impuestos de hidrocarburos del Gas.- el poder ejecutivo destinara los ingresos nacionales provenientes de la exportación e industrialización del gas, principalmente a la atención de la educación, salud, caminos y ejemplos. **(Art. 7.)**

(Distribución de impuestos directo de los Hidrocarburos). El impuesto directo a los hidrocarburos **(IDH)**, será coparticipativo de la siguiente manera:

- 4% para Dptos. Productos de Hidrocarburos.
- 2% para Dptos. No productores.

Todos los beneficios destinaran los recursos recibidos por los impuestos Directo a los Hidrocarburos (IDH), para los sectores de educación, salud y caminos, desarrollo productivo y todo lo que contribuya a la generación de fuentes de trabajo. **(Art. 57.)**

2.2.Referente legal (Nivel Departamental)

2.2.1. PDM- Plan de Desarrollo Municipal 2015-2019

Plantea la construcción y equipamiento de las infraestructuras de salud, acorde a las necesidades de cada distrito y al crecimiento de la población, formulando y ejecutando programas y proyectos de infraestructuras, buscando su financiamiento, apoyando a los programas de salud existentes y la ejecución de campañas de salud en beneficio directo de la población del municipio.

2.2.2. Plan DTAL de Desarrollo económico y Social (PDDES)

Políticas departamentales: desarrollo y Justicia Social.





- Se construirán y equiparan más centros de atención con la visión territorializada, y considere el recurso humano para su operación y funcionamiento.
- Se institucionaliza la Red de Gestión y Asistencia Social con enfoque integral de género, generacional, terapia alternativa y terapia ocupacional, que garantizara la implementación y continuidad de las políticas públicas y asignación de recursos.
- Se protegerá y se conseguirá la reinserción social, familiar, laboral y reducir los índices de abandono y violencia en los grupos más vulnerables.

2.2.3. Ley Dptal. N°111- la asamblea legislativa departamental de Tarija sanciona: “instituto de Salud Mental Dr. Alfredo Scott Moreno”

El órgano ejecutivo departamental, debe realizar las construcción, equipamiento y funcionamiento de un instituto de Salud Mental (Psiquiátrico) denominado Dr. Alfredo Moreno, en la ciudad de Tarija- Provincia Cercado.

Debe inscribir los recursos económicos necesarios en el POA -2015 para el cumplimiento del objetivo de la presente ley, los recursos deberán provenir de los ingresos de las rentas petroleras que recibe el departamento, en caso de ser necesario debe realizar el proceso de expropiaciones un terreno para el emplazamiento del proyecto (**Art. 2, 3.**)

Promoviendo la capacitación de recursos humanos multidisciplinarios especializados, en las ramas de psiquiatría, enfermería, terapia ocupacional y otras referidas al área de Salud Mental a Través del Servicio Departamental.

2.2.4. Decreto Supremo N° 24619, 14 de mayo de 1997





Considera que la iglesia católica, en función de su misión evangelizadora y de sus objetivos coopera y apoya la labor y responsabilidad del estado Boliviano a través de servicios prestados a la comunidad mediante establecimientos educativos, centros de Salud, hospitales, institutos psiquiátricos y hogares de niños, adolescentes ancianos y centros de rehabilitación de drogadictos, alcohólicos y otros de carácter social.

2.2.5. El Reglamento de Boliviano de construcciones

Tiene el objetivo fundamental de normar todo principio, método, sistema de valoración, forma de apreciación y requisitos mínimos para la construcción o mejoramiento de edificaciones públicas o privadas, estableciendo responsabilidades y obligaciones de todas las entidades participantes en el proceso. (Art. 1.)

3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA

3.1. Clínica

La **clínica** (del [griego](#) kliní, 'cama, lecho') sigue los pasos de la [semiología](#), ciencia y arte de la medicina, en el proceso indagatorio orientado al [diagnóstico](#) de una situación patológica ([enfermedad](#), [síndrome](#), [trastorno](#), etc.), basado en la integración e interpretación de los [síntomas](#) y otros datos aportados por la [anamnesis](#) durante la [entrevista clínica](#) con el paciente, los signos de la [exploración física](#) y la ayuda de [exploraciones complementarias](#) de laboratorio y de [pruebas de imagen](#). Con el diagnóstico de una enfermedad se pauta un [tratamiento](#).

Tradicionalmente la clínica es el diagnóstico realizado al pie de la cama del enfermo a través del relato de su sintomatología y de los signos obtenidos en la exploración física.

El clínico es aquel médico que diagnostica y trata a sus pacientes.





También se llama clínica al [hospital](#) o al [centro de salud](#) donde el médico diagnostica y trata a personas con [problemas de salud](#).

Centro de Salud

Los términos **centro de salud** (CS) o **centro de atención primaria** (CAP) se refieren al edificio donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario. El personal y actividad asistencial del mismo puede variar de un país a otro y de un centro a otro.

Centro de Rehabilitación

Centro para personas con adicción a sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, cocaína, pasta base, alucinógenos, estimulantes, tranquilizantes, analgésicos, entre otros) y problemas de conducta, con programas que incluyen interacción.

Brinda tratamiento a personas y familias afectadas por el consumo o adicción a sustancias psicoactivas, legales, que alteran a la persona en todos sus aspectos, con la finalidad de recuperar su vida y salud.

Psiquiátrico

Es un establecimiento de salud, dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas que cuenta con internamiento (aloja a las personas en sus establecimientos). Habitualmente funcionan como hospitales monovalentes. Derivan históricamente de los manicomios.

Psiquiatría o siquiatría

Es (del griego psiqué, alma, e iatría, curación) es la rama de la medicina dedicada al estudio de los trastornos mentales con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar,





tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y asegurar la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia.

a) Tipos de tratamientos psiquiátricos

Los tratamientos psiquiátricos suelen dividirse en dos tipos: biológicos y psicoterapéuticos.

a) Los biológicos

Son aquellos que actúan a nivel bioquímico en el cerebro del paciente, como es el caso de los medicamentos. Los [fármacos psicotrópicos](#) son el tratamiento biológico más común utilizado en la actualidad.

b) Los psicoterapéuticos

Son aquellos que se valen de técnicas como la [psicoterapia](#) para mejorar la condición del paciente. Sin embargo, la psicoterapia es una aplicación de la [psicología](#) (en particular del área de la [psicología clínica](#)), útil en el tratamiento de trastornos de salud mental.

Algunos psiquiatras, luego de su postgrado, deciden especializarse en una o más corrientes terapéuticas: las [terapias cognitivo-conductuales](#), la [terapia sistémica](#), la [terapia psicodinámica](#) o [psicoanalítica](#), la [psicología humanista](#), la [terapia Gestalt](#).

- **Terapias cognitivo-conductuales**

Las **terapias cognitivo-conductuales** son orientaciones de la [terapia cognitiva](#) enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen los aportes de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la [psicología cognitiva](#) y la [psicología conductista](#).





Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

- **Terapia sistémica**

La **terapia sistémica** es una disciplina terapéutica que se aplica para el tratamiento de disfunciones, trastornos y enfermedades concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones de comunicación humano.

Así, aunque los conceptos y técnicas de la Terapia Sistémica pueden aplicarse a las relaciones de pareja, equipos de trabajo, contextos escolares e individuales, el énfasis está puesto en la dinámica de los procesos de comunicación, en las interacciones entre los miembros del sistema y los subsistemas que lo componen.

En el caso de la terapia sistémica individual el enfoque se orienta al cambio de los procesos de comunicación e interacción manteniendo la idea básica de comprender a la persona en su entorno, es decir, en el contexto del sistema del que forma parte.

- **Terapia psicoanalítica**

El concepto de «psicoanálisis» designa, por una parte, aquel modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana. Este modelo se basó inicialmente en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de pacientes que presentan histerias, fobias y diversos padecimientos psíquicos y ha tenido un amplio desarrollo teórico posterior con el aporte de muchos teóricos del psicoanálisis.

- **Terapia Gestalt**

Es una [psicoterapia](#) que tiene como objetivo, además de ayudar al paciente a sobreponerse a ciertos [síntomas](#), permitirle llegar a ser más completo y [creativamente](#)





vivo y liberarle de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen su [satisfacción](#) óptima, [autorrealización](#) y crecimiento.

Se le considera parte de la [psicología humanista](#) (o Tercera Fuerza) dentro de la psicología de la [posmodernidad](#), la cual se caracteriza por no estar enfocada exclusivamente a tratar al enfermo y a sus [psicopatologías](#), sino también para desarrollar el potencial humano, desde un ejercicio de la [psicología positiva](#). Sin embargo, otros autores prefieren referirse a ella como una psicología existencial, más que como una psicología humanista, pues el concepto de autorrealización de la psicoterapia gestáltica implica la necesidad de una interacción entre el organismo y el campo, en el establecimiento de una relación con otros o con el mundo.

La [American Psychological Association](#) (APA) se refiere a la terapia Gestalt como uno de los tres tipos de terapia humanista especialmente relevantes, señalando que se basa en el «holismo orgánico», la importancia de ser consciente del aquí-y-ahora y que cada uno acepte la responsabilidad de sus propios actos.

Terapias psicológicas

Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual es una de las terapias psicológicas que más se usan en la actualidad. Este modelo terapéutico pertenece a lo que se conoce como segunda generación de las terapias de la conducta, y se caracteriza porque considera que los patrones anormales de conducta tienen su origen en la existencia de una serie de **esquemas y procesos de pensamiento distorsionados y disfuncionales**, que junto a los patrones de conducta aprendidos causan un gran sufrimiento al paciente.

Su objetivo es modificar las creencias y pensamientos disfuncionales con una serie de técnicas cognitivas y conductuales. Por ejemplo, el entrenamiento en habilidades





sociales, las técnicas expositivas, el modelado o la reestructuración cognitiva, entre otras.

- Artículo relacionado: “[Terapia Cognitivo Conductual](#)”
- **Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness**

Si anteriormente he dicho que la terapia cognitivo conductual pertenecía al grupo de terapias llamadas de segunda generación, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT, por sus siglas en inglés) se considera una [terapia de tercera generación](#). Estas terapias se centran en el diálogo y el contexto funcional de la persona, y **buscan la aceptación y la actitud no enjuiciadora** como manera de mejorar la salud emocional de las personas.

El MBCT fue desarrollado por Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale, como un programa de ocho semanas para la prevención de recaídas en pacientes con depresión, el estrés emocional y la ansiedad. Combina ejercicios de meditación y atención plena con el aprendizaje de habilidades de la terapia cognitiva, como la detección e interrupción de patrones desadaptativos de pensamiento que llevan a sufrir depresión o ansiedad.

Terapia Dialéctica Conductual

Esta aproximación psicoterapéutica pertenece a la categoría de las Terapias Cognitivo Conductuales y fue diseñada específicamente **para intervenir en casos de Trastorno Límite de la Personalidad**, en cuyo tratamiento se ha mostrado muy eficaz. Combina elementos del Mindfulness con las herramientas de la psicología cognitivo-conductual y estrategias de gestión de la angustia.

- Quizás te interese: "[Trastorno Límite de la Personalidad \(TLP\): causas, sintomatología y tratamiento](#)"

Terapia de Aceptación y Compromiso





La terapia de aceptación y compromiso también pertenece a la terapia de tercera generación, y pretende crear una vida plena y llena de sentido para el paciente, aceptando el dolor como algo normal. **Tiene su origen en la Teoría del Marco Relacional (RFT)** y presta mucha atención al lenguaje y la cognición.

Por tanto, entiende el lenguaje como algo que tiene un potencial positivo para el ser humano, pero también puede crear mucho sufrimiento. Se centra en el autodescubrimiento y la clarificación de valores como elementos imprescindibles a la hora de hacer terapia. Asimismo, se cuestiona lo que está social o culturalmente aceptado, porque causa en el paciente un intento de control sobre sus eventos privados y le causa un gran sufrimiento.

- Artículo relacionado: “[Terapia de Aceptación y Compromiso \(ACT\): principios y características](#)”

Terapia Sistémica

La terapia sistémica se emplea sobre todo para los problemas familiares y de pareja (aunque también en individuos), pues es un enfoque más holístico e integrador, que tiene en cuenta las relaciones entre los miembros de un grupo. Por eso, un terapeuta sistémico **puede trabajar con varios miembros de la familia** al mismo tiempo o con una pareja, aunque también puede intervenir solo en una persona, si bien la terapia se seguirá centrando en el ámbito de las interacciones personales.

La terapia se centra en las relaciones dentro de la familia y la pareja, y observa cómo éstos interactúan y cuáles son sus estilos relacionales y sus patrones de comunicación teniendo en cuenta los distintos sistemas que componen su contexto. Además, se fundamenta en [la corriente constructivista](#), lo cual significa que pone mucho énfasis en la manera en la que se construye significado a partir de las experiencias personales.

Terapia Breve





La terapia breve surgió gracias a la terapia sistémica en la década de los 70. Fue en esa época **cuando esta última comenzó a aplicarse para tratar a un individuo solo**, sin que estuviera presente toda la familia. Esta forma de terapia es un modelo breve, simple, pero efectivo, que permite que las personas se empoderen frente al cambio gracias a una serie de procedimientos y técnicas.

Psicoterapia interpersonal

La psicoterapia interpersonal es un modelo terapéutico ideado por Klerman, Weissman y colaboradores, y se basa en el análisis crítico de los elementos sociales que influyen en el desarrollo de psicopatologías. Trabaja sobre las conexiones entre los síntomas y los problemas interpersonales actuales, tales como problemas en las relaciones.

El foco de atención de esta forma de terapia son las relaciones sociales actuales y cómo las expectativas dentro de estas relaciones pueden estar causando síntomas patológicos en un paciente. **El tratamiento implica resolver problemas de relación** o encontrar nuevas relaciones o actividades como compensación.

Se ha mostrado especialmente eficaz a la hora de intervenir sobre casos de bulimia y de [trastorno por atracón](#), así como en la depresión mayor. Una variante de esta, llamada Terapia Interpersonal y del Ritmo Social, se utiliza para tratar pacientes con Trastorno Bipolar.

Biofeedback

Técnicamente, el biofeedback no es tanto una forma de psicoterapia como una herramienta utilizada en psicoterapia y que, además, tiene un uso más amplio. De todas formas, es uno de los recursos más valiosos que pueden utilizar los psicólogos a la hora de intervenir en ciertos problemas.

Su aplicación es relativamente simple: consiste en hacer que la persona sea consciente, en tiempo real, de los procesos psicológicos o fisiológicos que están teniendo lugar en





su cuerpo. Es decir, **se crea un bucle percepción - reacción - percepción** que facilita que la persona ajuste su comportamiento (en parte, de manera involuntaria) a lo deseable, para volver a estar en equilibrio.

El biofeedback se ha mostrado especialmente eficaz para tratar casos de dolor crónico.

Entrenamiento en técnicas de relajación

En muchos casos, una buena parte de la utilidad de la psicoterapia depende del modo en el que la persona aprenda a gestionar sus emociones y a regular su estado fisiológico. En este sentido, **el entrenamiento a través de las técnicas de relajación es muy versátil**, ya que se puede aplicar en casos de dolor crónico, fobias y muchas clases de Trastornos de Ansiedad.

Para saber más acerca de esta opción terapéutica, puedes leer el siguiente artículo: “[6 técnicas de relajación fáciles para combatir el estrés](#)”.

Terapia de reminiscencia

Este tipo de psicoterapia es muy utilizada para tratar casos de [demencias](#) y enfermedades neurodegenerativas que afectan a la memoria y se encuentren en las etapas iniciales. Por ejemplo, **es muy eficaz en pacientes con enfermedad del Alzheimer**, ya que ayuda a frenar los síntomas (en el sentido de que ralentiza su avance).

Su papel es consolidar el autoconcepto y reforzar los procesos mentales vinculados con la sensación de identidad propia, estimular el lenguaje y mejorar la autoestima

- **Adicciones**

La adicción a sustancias es un [padecimiento](#) crónico, recurrente, progresiva y en ocasiones mortal que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro





porque las [sustancias psicoactivas](#) y las conductas compulsivas modifican la estructura y funcionamiento de ciertas áreas de este órgano.⁷ Implica una dependencia de una sustancia, actividad o relación debido a trastornos que esta causa en los circuitos de recompensa, motivación y memoria (véase [núcleo accumbens](#)) de la persona afectada.

Está conformada por los deseos que consumen los pensamientos y comportamientos ([síndrome de abstinencia](#)) de la persona, y estos actúan en aquellas actividades diseñadas para conseguir la sensación o efecto deseado y para comprometerse en la actividad deseada (comportamientos adictivos). A diferencia de los simples [hábitos](#) o de las influencias consumistas, las adicciones son «[dependencias](#)»^[cita requerida] que traen consigo graves consecuencias. Estas consecuencias afectan negativamente la vida personal y social del individuo y su [salud](#) (física y mental), además de que limitan la capacidad de funcionar de manera efectiva. Es adicta la persona que cree que no puede vivir sin el objeto de su adicción, por lo cual lo busca de forma permanente y compulsiva.

El adicto no controla su adicción, sino que vive en función de ésta: este es el eje y el condicionante de toda su rutina; si trata de salir repentinamente de esta rutina, se ve afectado por problemas de [ansiedad](#) y, por lo general, vuelve a caer en el consumo de su adicción, aunque puede dejar de ser adicto después de pasar por una fase llamada «mono».

- **Salud**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, esta implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales y deben estar presente en todos los momentos de la vida del ser humano. De acuerdo a la necesidad de la ciudad de Esmeraldas se ha determinado que es necesario el diseño de un Hospital Psiquiátrico Día que cubra la necesidad de una población cada vez creciente de tener espacios de descanso y tratamiento tanto para la





gente joven como adulta, donde la demanda tanto para niños, jóvenes y adultos, es evidente.

La salud como bienestar refleja la necesidad de proporcionar equipamientos que puedan funcionar adecuadamente y brindar una mejor calidad de vida disfrutando así del entorno causando en el individuo sensación y percepción placentera y agradable, como garantía y disfrute de una sobrevivencia digna a través de la satisfacción de necesidades básicas, emocionales y sociales del ser humano para favorecer el desarrollo de su personalidad. Para crear este tipo de equipamiento nos tenemos que regir bajo normas e indicadores que son los que nos ayudan con mayor precisión a determinar qué es lo que queremos plantear.

Existen en el país dos sistemas principales de servicios de Salud que prestan atención al individuo: el del Ministerio de Salud Pública y el del IESS. El Ministerio de Salud considera su sistema regionalizado de servicios como una pirámide en la cual e la base se encuentran los servicios de menor a mayor grado de importancia.

Este sistema está compuesto por los siguientes elementos, de menor a mayor grado de complejidad e importancia, debemos analizar con cuidado cana uno de ellos para saber cuál de estos es el que nosotros queremos proponer tomando en cuenta población del lugar, entro otros datos, entre estos tenemos:

- a) **Promotores de Salud:** Está constituido por una persona propia de la comunidad que esta entrenada y totalmente capacitada para brindar servicios primarios, informando, fomentando y ayudando a tomar las debidas precauciones.
- b) **Puestos de Salud:** Son unidades operativas en las que laboran auxiliares de enfermería rural, se los ubica en poblaciones menores de 1.00 habitantes.
- c) **Subcentral de Salud:** Están implementados un médico que es el que hace su año de medicina rural, una auxiliar de enfermería, un inspector sanitario. Estos





se los ubica en poblaciones por lo general parroquias rurales, entre 1.000 y 5.000 habitantes.

- d) **Centros de Salud Hospital:** Estas son unidades operativas con un gran componente para atención ambulatoria y para acciones de prevención, fomento como Centro de Salud, y proporcionado atención con internamiento puesto que tienen entre 15 y 25 camas de hospitalización. Estas unidades se hallan localizadas en cabeceras cantonales, con una población entre 5.000 y 20.000 habitantes.

- e) **Hospital Provincial u Hospital Base:** Hospitales generales entre 120 a 30 camas , localizados generalmente en capitales de provincias o cantonales con una población superior a 20.000 habitantes, brindando los servicios de pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia y cirugía.

Teniendo ya claro que lo que vamos a proponer es un Hospital ahora si pasamos a ver en que tipología de la Salud es en la que nos vamos a enfocar, en este caso es la Salud Mental.

Entonces para esto debemos tener claro ¿Qué es la salud mental? La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Salud mental o "Estado Mental"

De acuerdo a la OPS/OMS la salud mental es: “La condición de vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que





se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar completo personal y colectivo.

Es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo. Los diccionarios de la Merriam-Webster 1 definen salud mental como un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana".

"Una vez más, Es una respuesta emocional personal, una reacción psicológica, una actitud, un enfoque una manera de vivir. Ofrece una salida para las potencias físicas, mentales o creativas. Que es libre, placentera, su propia atracción. Estas actividades son, entonces, experiencias personales voluntarias de las cuales se deriva un sentido de bienestar personal, disfrute y placer que eventualmente ayuda al desarrollo y logro de un equilibrio en las dimensiones físicas, mentales, emocionales, espirituales y sociales del individuo.

Esta actitud se convierte en esparcimiento para el individuo porque despierta en él una respuesta placentera y satisfactoria. Todas estas actividades tienen efectos que pueden llevar al ser humano a diferentes problemas como:

Trastorno Depresivo

Es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer





acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas. Este será uno de los trastornos que generara mayor demanda, será la enfermedad del siglo debido a la crisis y a la situación no solo del país sino a nivel mundial.

Trastornos del comportamiento

Los trastornos del comportamiento son las llamadas “conductas antisociales”, en las que no se respetan los derechos de los demás ni las normas sociales. Se caracteriza por el rompimiento o quebrantamiento de las reglas y normas sociales apropiadas para la edad.

Este tipo de trastorno suele darse en la infancia, aunque no todos los trastornos del comportamiento son iguales y suelen aparecer en el transcurso normal del desarrollo de un niño, en el mismo momento en que persisten en el tiempo más allá de lo que se consideraría dentro de los parámetros normales y en un grado de intensidad “llamativo”, la conducta quedará determinada como una conducta problemática.

Algunas señales del trastorno del comportamiento son: la falta de responsabilidad, la conducta transgresora, la violación del derecho de los demás, la agresión física, la mentira, etc.

Hiperactividad

Es una conducta caracterizada por un exceso de actividad, que consiste en la imposibilidad de permanecer quieto. La hiperactividad supone un estado de continua





actividad y movimiento, incluso durante el sueño. Se trata de una de las alteraciones de conducta más relevantes en la infancia; entre los síntomas de hiperactividad aparecen el hecho de correr de un lado a otro en exceso, treparse a los muebles, la abundancia de movimientos y la imposibilidad de permanecer sentado. Este tipo de trastorno afecta al aprendizaje derivando algunas veces en el abandono del estudio.

La hiperactividad no es fácil de definir pues suele depender de la tolerancia del observador, ya que el comportamiento que puede parecer excesivo para una persona puede no parecer excesivo para otra.

Psicosis Aguda

Presenta una alteración del contacto con la realidad, está sumido en un mundo propio, por nosotros incompatible, con el cual se relaciona de una manera nueva por la creada, del que no puede salir voluntariamente.

Es una enfermedad de todo el organismo y sobre todo el cerebro; se manifiesta en trastornos de la conciencia, o sea en la alteración de la capacidad del individuo para reflejar exactamente el mundo que le rodea y influir sobre él con un fin determinado.

La base de la Psicosis son los cambios fisiopatológicos de los procesos de la actividad nerviosa superior que conducen a la alteración de las relaciones mutuas. Entre todas las instancias del cerebro, con una manifestación más acusada en los trastornos del segundo sistema de señales.

- **Farmacodependencia**

Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos.





Desde un enfoque médico el abuso de drogas y la farmacodependencia se consideran como un fenómeno multi causal en sus orígenes, complejo en su desarrollo y de difícil solución.

La iniciación de la farmacodependencia suele originarse en la adolescencia con el proceso normal, aunque problemático del 11 Manual de Atención Primaria en Salud Mental, pág. 64 crecimiento, con la experimentación de nuevas conductas, con la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas, y con lo que representa el tema sobresaliente de la adolescencia: la búsqueda de la identidad, y más específicamente, la búsqueda de la identidad psicológica.

- **Tipos de psicologías**

Psicología clínica

La psicología clínica se ocupa del **estudio de los trastornos mentales**. Se trata de una de las ramas de la psicología que realiza la evaluación, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las personas con algún tipo de afectación mental.

Dentro de la psicología clínica se pueden destacar diversas escuelas como la constructivista, la conductivista, la Gestalt y la psicoanalista, entre otras. Por lo general, los psicólogos en la actualidad no siguen a una escuela determinada en el ejercicio de su profesión, sino que aplican técnicas de varias escuelas.

Psicología anormal

Esta rama de la psicología consiste en el **estudio de los trastornos emocionales y de la conducta normal del ser humano**. Como consecuencia de lo anterior, lo primero





que debe definir es qué se entiende por anormal, ya que este concepto puede variar de una cultura o sociedad a otra.

La psicología anormal se nutre de otras ramas como la psicología del desarrollo que estudia la evolución del ser humano a lo largo de las diversas etapas de su vida, la psicología social y la psicología laboral entre otras.

Psicología cognitiva

Esta rama estudia los **procesos internos de nuestra mente**, es decir, cómo pensamos, cómo percibimos nuestro entorno y a otras personas, cómo nos comunicamos y cómo recordamos o aprendemos.

Hay determinados expertos que entienden que la psicología cognitiva es el estudio de la inteligencia, puesto que la aplicación práctica de la psicología cognitiva supone la utilización de herramientas para mejorar nuestra memoria, la seguridad en la toma de decisiones o la manera de aprender.

Psicología del desarrollo

La psicología del desarrollo estudia desde el punto de vista científico los cambios psicológicos que experimenta todo ser humano a lo largo de su existencia. Se incluye la etapa de recién nacido, infancia, adolescencia, edad adulta y vejez.

Cada una de estas etapas supone la adquisición de unas determinadas habilidades, el desarrollo de la personalidad, la autoestima, el uso del lenguaje y, en definitiva, la formación de nuestra propia identidad como personas.

Psicología de la educación





La psicología educativa **tiene por objeto estudiar cómo se produce el aprendizaje humano, en especial dentro de los centros educativos**. Es decir, se trata de estudiar cómo aprenden los estudiantes y cómo ese aprendizaje les ayuda a desarrollarse.

Desde este punto de vista la psicología de la educación es útil para elaborar modelos educativos, planes de estudio y para gestionar centros educativos.

Psicología familiar y de pareja

Las relaciones familiares pueden producir problemas de comunicación y de relación entre los diversos miembros, así como diversos trastornos psicológicos que, en ocasiones, deben ser analizados por un psicólogo.

Se tratan problemas de pareja, dificultades de adaptación, comunicación inadecuada entre los miembros de la familia, patología de un familiar, conflictos externos de los hijos y otros muchos aspectos que se pueden producir en el seno de una familia.

Psicología del trabajo

La psicología del trabajo, también denominada psicología de las organizaciones, es una de las **ramas de la psicología que se ocupa del entorno de trabajo y de las empresas**. Un psicólogo del trabajo estudia la mente y el comportamiento humano en el ámbito laboral.

Por lo general, los psicólogos del trabajo se encuadran dentro del área de recursos humanos de las empresas, aunque no es preciso que todos los componentes del área de recursos humanos sean psicólogos.





Neuropsicología

La neuropsicología se ocupa del **estudio del comportamiento humano en relación con una disfunción en el cerebro**. Esta rama de la psicología establece relaciones entre las lesiones cerebrales y los trastornos cognitivos y emocionales que pueden estar asociados a dichas lesiones.

Por lo general un neuropsicólogo realiza dos tipos de funciones: el diagnóstico clínico del funcionamiento cognitivo, conductual y emocional de una persona y la orientación a enfermos, familiares y personal sanitario.

Psicología social

Los seres humanos somos seres sociales y como tales nos relacionamos con otras personas en numerosos ámbitos de nuestra vida: trabajo, pareja, familia, amigos. La psicología social estudia desde el punto de vista científico la **forma en que los pensamientos y comportamientos de una persona se ven influidos por otra persona**.

Esta rama de la psicología también estudia a las distintas organizaciones sociales para extraer patrones de comportamiento de las diversas personas que forman cada grupo, los roles de cada individuo o cómo cambia el comportamiento en función de las situaciones que se produzcan.

3.2. Drogodependencia





Los términos **drogodependencia**, **drogadicción** y **farmacodependencia** hacen referencia a la [adicción](#) generada por la exposición repetida a una [droga](#), ya sea un [fármaco](#) o una [sustancia psicoactiva](#) legal o ilegal. En su más reciente glosario, la [OMS](#) define a la **dependencia del alcohol y de otras sustancias** como «una necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o para no sentirse mal

Sus características son: un deseo invencible o una necesidad de consumir droga y de procurarla por todos los medios, una tendencia a aumentar las dosis y una dependencia de origen psíquico y a veces físico a consecuencia de los efectos de la droga.

Equivale, más o menos, al [síndrome de dependencia](#) mencionado en la [CIE-10 \(ICD-10, en inglés\)](#). Este término se intercambia a menudo con el de [adicción](#), aunque en la actual edición de su [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#) (la edición más reciente es la quinta: [DSM-V](#)) la [Asociación Estadounidense de Psiquiatría](#) separa claramente los trastornos inducidos por sustancias de los trastornos adictivos no relacionados con sustancias.

Así pues, la drogodependencia es solo uno de los dos tipos existentes de adicciones.

A efectos prácticos, se pueden considerar sinónimos los términos drogodependencia, adicción y **toxicomanía**. Los dos últimos se utilizan desde hace más de cien años y en la primera mitad de este siglo, estos vocablos comenzaron a cargarse de connotaciones peyorativas, morales y legales, por lo que en los años sesenta se introdujo la palabra drogodependencia con el fin de un uso científico más preciso.

En su origen, toxicomanía hacía referencia al estado de intoxicación periódica o crónica del consumidor de una sustancia. Se trataba del consumo de productos que, en aquella época, tenían una comercialización y uso médico, de manera que, con este término, se indicaba un consumo no terapéutico y se hacía énfasis, al utilizar el sufijo “manía”, en la exaltación afectiva buscada con la autoadministración de la sustancia.





4. Aspectos relacionados con la drogodependencia

Así, como veíamos, es necesario diferenciar entre diferentes elementos que entran a formar parte del proceso de la drogodependencia:

- **Intoxicación**: Hace referencia a los cambios fisiológicos, psicológicos o comportamentales provocados por el consumo de una sustancia.
- **Tolerancia**: Necesidad de aumentar la dosis de la sustancia para conseguir los efectos que antes se conseguían a dosis inferiores o bien disminución de los efectos producidos por la sustancia al utilizarla de forma frecuente. No implica, necesariamente, dependencia.
- **Síndrome de abstinencia**: Conjunto de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona dependiente de una sustancia deja de consumirla o reduce su consumo.

De acuerdo con los efectos que producen las drogas se clasifican en:

- Depresoras: son sustancias que disminuyen u obstaculizan la actividad del **SNC**. Entre las más importantes figuran el alcohol, los sedantes, el opio y la heroína.
- Estimulantes: son sustancias que excitan o aumentan la actividad del SNC, incluyen la nicotina del tabaco, la cocaína y las anfetaminas.
- Alucinógenos: sustancias del tipo del **LSD** que actúan sobre el SNC provocando alucinaciones y delirios.

Más allá de los tipos de drogas de los que se trate, la drogadicción es un problema socioeconómico que nos afecta a todos. Los drogadictos son enfermos que necesitan





comprensión, apoyo moral y afectivo de su entorno, y como son muy difíciles de curar requieren de la intervención de profesionales especializados.

De acuerdo con los efectos que producen las drogas se clasifican en

- Depresoras: son sustancias que disminuyen u obstaculizan la actividad del [SNC](#). Entre las más importantes figuran el alcohol, los sedantes, el opio y la heroína.
- Estimulantes: son sustancias que excitan o aumentan la actividad del SNC, incluyen la nicotina del tabaco, la cocaína y las anfetaminas.
- Alucinógenos: sustancias del tipo del [LSD](#) que actúan sobre el SNC provocando alucinaciones y delirios.

4.1. Clasificación y/ o tipos de Drogas

Las drogas han sido clasificadas según múltiples sistemas de categorización, predominando, en la actualidad, las clasificaciones en función de sus efectos farmacológicos. Entre los diferentes tipos de clasificación empleados a lo largo del tiempo, destacan los siguientes:

4.1.1. Clasificación farmacológica

Las [sustancias psicoactivas](#), en el ámbito farmacológico, pueden ser clasificadas ateniendo a sus efectos sobre el [sistema nervioso central](#) y el [cerebro](#).

4.1.2. Drogas depresoras

Una [droga depresora](#) es aquella que ralentiza o inhibe las funciones o la actividad de alguna región del cerebro. Tienen la capacidad de ralentizar o dificultar la [memoria](#), disminuir la [presión sanguínea](#), [analgesia](#), producir [somnia](#), ralentizar el [pulso](#)





[cardíaco](#), actuar como [anticonvulsivo](#), producir depresión respiratoria, [coma](#), o la [muerte](#).

Este grupo se subdivide a su vez en varios grupos: [antihistamínicos](#), [antipsicóticos](#), [disociativos](#), [gabanérgicos](#), [glicinérgicos](#), [narcóticos](#) y [simpatológicos](#).

4.1.3. Drogas alucinógenas

Una [droga alucinógena](#) es aquella droga que produce cambios en la percepción, consciencia, emoción o ambos.

Este grupo se divide a su vez en otros tres:

- **Psicodélicos:** producen una alteración en la [cognición](#) y la [percepción](#). Las experiencias suelen asociarse a la meditación, el yoga, el trance o el sueño. Los psicodélicos suelen agruparse en [lisergamidas](#) (destaca el [LSD](#)), [feniletilaminas](#), [piperazina](#), [triptaminas](#) y otros.
- **Disociativos:** producen un bloqueo de las señales de la mente consciente hacia otras partes del cerebro produciendo alucinaciones, privación sensorial, disociación y trance. Pueden producir también sedación, depresión respiratoria, analgesia, anestesia o [ataxia](#), así como pérdida de las facultades mentales y la memoria. Se dividen en [adamantanos](#), arilciclohexilaminas y morfínicos.
- **Delirantes:** producen [delirios](#), a diferencia de los alucinógenos psicodélicos y disociativos en el que se mantiene cierto estado de consciencia. Se dividen en [anticolinérgicos](#), [antihistamínicos](#) y [GABA-agonistas](#).

4.1.4. Drogas opioides

Los [opioides](#) son las drogas que se unen a [receptores opioides](#) situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Hay tres grandes clases de sustancias opiáceas: alcaloides del opio, como [morfina](#) y [codeína](#); opiáceos semi-





sintéticos, tales como [heroína](#) y [oxicodona](#); y opioides completamente sintéticos, tales como [petidina](#) y [metadona](#), que tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio.

Clasificación según su uso médico

Las drogas que se utilizan como fármacos se clasifican según el objetivo con el que se utilicen o la patología que combatan.

a) Drogas analgésicas

Las drogas [analgésicas](#) o analgésicos son aquellas drogas que reducen o inhiben el [dolor](#).

Los analgésicos se dividen en: [opioides](#), [pirazolonas](#), [cannabinoides](#), [anilinas](#) y [antiinflamatorios no esteroideos](#).

Los analgésicos utilizados para tratar el dolor dependerán de la intensidad y características propias del dolor. Para dolores leves suelen utilizarse los [AINEs](#) que además de tratar el dolor y reducen la fiebre, y en grandes dosis, tienen efectos antiinflamatorios.

No obstante, este tipo de sustancias tienen un techo analgésico bajo, el cual no puede ser traspasado ni en mayores dosis ni en combinación con otras drogas del mismo tipo. No tienen un potencial de dependencia física elevado, por lo que su venta es libre en la mayoría de países. Para el alivio de dolores de intensidad moderada se utilizan [opioides](#) débiles, de distribución no libre, como el [tramadol](#), la [codeína](#) o la [hidrocodona](#). Para dolores de intensidad fuerte se utilizan opioides fuertes como la [morfina](#), la [hidromorfona](#), la [metadona](#), el [fentanilo](#), etc. Estas sustancias no tienen techo analgésico, existiendo solamente un techo toxicológico.





b) Drogas anestésicas

Una droga anestésica es aquella que produce anestesia generalizada o local. Puede producir además molestias de garganta, náuseas o vómitos, mareos, cefaleas o muerte.

Este grupo se divide en subgrupos: etéreos, haloalcanos, opioides y esteroides neuroactivos; inyectables o inhalables.

c) Drogas sedantes-hipnóticas

Unas drogas sedante-hipnóticas o soporíficas son aquellas cuya primera función es la inducción al sueño. Pueden producir, según qué tipo de sedantes-hipnóticos, insomnio, ansiedad, confusión, desorientación, depresión respiratoria, pérdida de equilibrio, disminución del juicio, o muerte.

Este grupo se subdivide a su vez en subgrupos: GABA-agonistas, H_1 agonistas-inversos, α_1 adrenérgicos antagonistas, α_2 adrenérgicos antagonistas, agonistas melatonínicos y antagonistas orexinínicos.

d) Drogas antidepresivas

Una droga antidepresiva es aquella que produce un alivio en los síntomas de la depresión, la distimia, ansiedad; y en general todos los trastornos del estado de ánimo y la fobia social.

Este grupo se subdivide en: Inhibidores de la re captación selectiva, potenciadores de la re captación selectiva, agentes de la liberación selectiva, antagonistas de los receptores, inhibidores de la re captación, antidepresivos bicíclicos, antidepresivos tricíclicos, antidepresivos tetracíclicos, antidepresivos heterocíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, agonistas de los receptores 5-HT_{1A}.





e) Drogas antiparkinsonianas

Las drogas antiparkinsonianas son aquellas drogas que tratan los síntomas de la [enfermedad de Parkinson](#). Producen efectos adversos como [hipotensión](#), [arritmias](#), [náuseas](#), pérdida del cabello, [ansiedad](#), [alucinaciones](#), somnolencia, problemas respiratorios, desorientación, confusión y [psicosis](#).

Estas drogas se dividen en dos grupos: [dopaminérgicos](#) y [anticolinérgicos](#).

f) Drogas antipsicóticas

Una droga antipsicótica es aquella que produce un alivio en los síntomas de la [psicosis](#). Pueden producir ganancia de peso, [agranulocitosis](#), [discinesia](#), [acatisia](#), [disonía](#), [párkinson](#), [hipotensión](#), [taquicardia](#), [letargia](#), [pesadillas](#), [hiperprolactinemia](#) o [disfunción eréctil](#).

Este grupo se divide en subgrupos: [benzamidas](#), butirofenonas, difenilbutilpiperidinas, [fenotiazinas](#), tioxantinas, [tricíclicos](#), piperidinas de benzisoxazola, piperazinas de benzotiazoles y otros menos comunes.

g) Drogas ansiolíticas

Una [droga ansiolítica](#) es aquella utilizada para el tratamiento de la [ansiedad](#) y sus desórdenes. Son considerados tranquilizantes menores. Pueden producir taquicardia, pesadillas o pérdida de la consciencia.

Este grupo se divide en: [receptores GABA_A](#), [agonistas de los receptores 5-HT_{1A}](#), [antagonistas de la histamina](#) (antihistamínico), [antagonistas de la liberación de la corticotropina](#), antagonistas de la taquicinina, antagonistas de la melanina, etc.





h) Drogas anoréxicas

Las [drogas anoréxicas](#) o antiobésicas son aquellas que suprimen o reducen el [apetito](#). Suelen utilizarse para reducir peso.

Este tipo de drogas se dividen en estimulantes y anti[cannabinoides](#). La mayoría de estimulantes suprimen el apetito, y de hecho, la droga más consumida del mundo, el café es un potente supresor del hambre.

Los cannabinoides tienen la capacidad de estimular los receptores cannabinoides [CB₁](#) y [CB₂](#), que incrementan el apetito. Aquellas sustancias [antagonistas](#) y [agonistas](#) inversas de estos receptores producirían el efecto contrario, esto es, la disminución o la supresión el apetito, como sucede con el [Rimonabant](#) o el [Surinabant](#).

No obstante, el consumo excesivo de THC produce el efecto contrario al de un consumo moderado, ya que en un consumo normal la activación de los receptores cannabinoides CB₁ se produce a nivel de las neuronas excitadoras [glutamatérgicas](#) mientras que un consumo mayor produciría la estimulación de los receptores cannabinoides CB₁ en las neuronas inhibitorias [GABAérgicas](#) del estriado ventral.

Drogas euforizantes

Una droga euforizante es aquella que induce a sentimientos de [euforia](#). Los efectos pueden incluir relajación, control del estrés, felicidad o placer; ya que pueden actuar sobre los centros de placer del [cerebro](#). El ámbito de acción de estas drogas es generalizado encontrándose en varios tipos de drogas psicotrópicas.



Imagen n° 26

i) Drogas nootrópicas





El cannabis afecta casi todos los sistemas corporales. En él se combinan muchas de las propiedades del [alcohol](#), los [tranquilizantes](#), los [opiáceos](#) y los [alucinógenos](#).⁴⁰

Las drogas [nootrópicas](#) (del [griego](#) noús ‘mente’ y trópos ‘movimiento’) o smart drugs (‘drogas inteligentes’ en [inglés](#)) son aquellas que incrementan las funciones mentales, como la [cognición](#), la [memoria](#), la atención, o aumentan la [motivación](#) o la concentración. Son referidos generalmente como psicoestimulantes. Este grupo incluye los [simpaticomiméticos](#), las [xantinas](#), los [eugeroicos](#), los [antagonistas de la H₃](#), los agonistas inversos de GABA_A, los agonistas de la [dopamina D₁](#), los agonistas de la [nicotina α₇](#), los inhibidores de la prolil endopeptidasa, los agonistas [α-adrenérgicos](#) y los [antioxidantes](#), entre otros.

4.2. ¿Qué es un alcohólico?

Es una persona que sufre una enfermedad, el alcoholismo. Esta persona no puede mantener su forma de beber bajo control, aunque le haga daño a su salud, a su empleo, a su mente y familia.

El alcohólico se caracteriza por depender del alcohol, tanto física como psíquicamente, y la incapacidad de detenerse o abstenerse. La falta de la bebida provoca síntomas de abstinencia.

Al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal.

4.3. Causas del alcoholismo

Son muchas las razones que pueden inducir a la gente a beber. Como causas posibles se han mencionado las siguientes:

a) Herencia: parece ser que existe una cierta predisposición genética a caer en la bebida. Esto no justificaría todos los casos. Además hay grandes bebedores cuyos antecesores han sido abstemios o viceversa





b) Educación: La educación parece desempeñar una importancia mayor que la herencia en el desarrollo del alcoholismo. La falta unos patrones adecuados en el hogar puede conducir al mal uso del alcohol.

Es más normal que una persona desarrolle afición a la bebida cuando de joven ve que las personas mayores que le rodean lo hacen habitual mente.

d) Como una manera de conectar con los demás: El alcohol constituye la droga más utilizada. Su uso se fomenta en la sociedad continuamente.

Aparece publicitado en la televisión, relacionado con un modo de vida más libre y feliz. Es habitual tomar alcohol en los momentos más importantes de la vida, durante las celebraciones más destacadas del año, etc.

Todo ello hace que el individuo se sienta atraído hacia este tipo de droga. Para no diferente de los demás, puede tener la necesidad de beber. Es muy difícil requiere de un esfuerzo personal no beber cuando la mayoría de las personas lo hacen.

Es paradójico como una de las peores drogas que existen están tan valoradas socialmente.

d) Para superar los problemas personales: Algunas personas beben para superar la tristeza, la depresión o la falta de felicidad personal. El alcohol o los narcóticos pueden constituir una puerta de escape a la infelicidad.

5. Consecuencias

5.1. Consecuencias físicas





El alcoholismo o adicción al alcohol es un tipo de enfermedad cada vez más común en las sociedades actuales. Sus consecuencias físicas y para la salud son cada vez más alarmantes siendo la causa de muchísimas enfermedades e incluso de la muerte.

El alcoholismo y el abuso del alcohol pueden ocasionar graves problemas para la salud aumentando el riesgo de padecer algunas de estas enfermedades o complicaciones:

- Daño neuronal
- Daño cardíaco
- Hipertensión arterial
- Inflamación del páncreas (pancreatitis)
- Enfermedades hepáticas como la cirrosis
- Desnutrición o malnutrición
- Insomnio
- Demencia y pérdida de la memoria
- Depresión
- Disfunción eréctil e impotencia sexual
- Cambios y trastornos en el ciclo menstrual
- Sangrado en el tubo digestivo
- Trastorno cerebral
- Cáncer de esófago, hígado, colon y otros órganos

Además, el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar al normal desarrollo del feto ocasionando graves anomalías congénitas para el bebé. A este problema se le denomina síndrome de alcoholismo fetal.

5.2. Consecuencias sociales y familiares





El alcoholismo como adicción al consumo de bebidas alcohólicas tiene graves consecuencias en la salud y en el comportamiento de las personas. Esto se debe a que el alcohol afecta a nuestra salud tanto físicamente como psicológicamente generando de manera secundaria muchos problemas sociales y familiares.

En este sentido, uno de los síntomas del alcoholismo es el aumento de la hostilidad y la agresividad. La persona alcohólica cada vez es menos tolerante y menos paciente ante los estímulos del exterior reaccionando de manera hostil en situaciones que no puede controlar. El riesgo de ser una persona violenta aumenta muchísimo debido a estos factores generando que la vida social y familiar del enfermo o la enferma se vaya reduciendo y se convierta en una persona tóxica para las relaciones interpersonales.

Por un lado, las consecuencias sociales del alcoholismo son sumamente importantes para entender su adicción. Su vida social comienza a girar en torno al consumo de alcohol. La mayoría de las veces empiezan a necesitar alcohol para socializar o entablar nuevas relaciones. Además, se utiliza el consumo de alcohol como excusa para encontrarse con los amigos y amigas de manera que se genera una dependencia para relacionarse con el exterior. Todo esto se ve agravado por los problemas psicológicos y de autoestima que genera el alcoholismo.

Por otro lado, las consecuencias del alcoholismo en el entorno familiar también son muy relevantes. Mientras la familia ve cómo se va degradando la salud y la vida social de la persona alcohólica, él o ella no son capaces de aceptar que tienen un problema hasta que llegan a una situación extrema. Los familiares más cercanos pueden pasar por procesos en los que culpabilizan del enfermo llegando incluso a abandonarlo y cortar los nexos familiares.

Esta es la peor opción si lo que buscamos es que ese familiar se recupere de la enfermedad que padece.





El entorno social y familiar es el apoyo más importante que tiene una persona adicta al alcohol y en la mayoría de los casos son la clave para la curación. Es por ello que nunca es recomendable abandonar al alcohólico o culpabilizarlo por su enfermedad.

5.3. Abuso del alcohol

El abuso de alcohol se diferencia del alcoholismo en que éste no incluye el deseo o la necesidad compulsiva de beber alcohol, la pérdida de control o la dependencia física.

Además, el abuso de alcohol es menos probable que incluya síntomas de tolerancia. El abuso de alcohol es definido como un patrón de consumo de bebidas alcohólicas que es acompañado por una o más de las siguientes situaciones en un período de 12 meses:

- No cumplir con responsabilidades mayores del trabajo, de la escuela o del hogar.
- Beber alcohol durante actividades que son físicamente peligrosas;
- Tener problemas frecuentemente relacionados con el alcohol;
- Continuar bebiendo a pesar de tener problemas constantemente al relacionarse con otras personas que son causados o empeorados por los efectos del alcohol.

A pesar de que el abuso del alcohol es básicamente diferente al alcoholismo, es importante mencionar que muchos de los efectos del abuso del alcohol son sufridos por los alcohólicos.

6. Alcoholismo en la adolescencia

6.1. Relación Padre e hijo





Con frecuencia los padres se sienten desconcertados cuando sus hijos ingresan a la adolescencia. Y es que es una etapa en la que los profundos cambios físicos tanto como emocionales producen la inestabilidad emocional y falta de la razón que los conduce generalmente a adicciones o problemas sentimentales. Es la adolescencia el periodo de vida que se caracteriza por la persona que pasa de niño a la adultez.

Uno de los cambios importantes se da a nivel corporal, se produce la maduración de las características sexuales secundarias impulsada por los cambios hormonales y el cuerpo de niño se transforma en un cuerpo adulto. El adolescente tiene que ir adaptándose a este nuevo cuerpo. Otro aspecto que va cambiando es que el adolescente va dejando atrás su actitud y rol de niño y va gradualmente aceptando nuevas responsabilidades.

Al inicio de la adolescencia se da una profunda dependencia y el adolescente necesita mucho del apoyo y protección de sus padres pues se encuentra conmocionado por los cambios de la pubertad. Gradualmente busca ser más independiente pero a su vez teme perder la protección que sus padres le daban cuando era niño. Por eso muchas veces oscila entre un comportamiento rebelde que busca lograr mayor autonomía, y por otro lado busca la dependencia y protección de cuando niño. Se dan estos sentimientos y comportamientos ambivalentes que muchas veces desorientan a los padres que no saben cómo tratarlos.

Es de suma utilidad que los padres les den protección e independencia de acuerdo a las necesidades de sus hijos, y que la libertad que le otorguen tenga a su vez límites, pues los límites ayudan a que el adolescente se desarrolle dentro de un marco de reglas claras. La libertad excesiva es sentida como abandono por los hijos, así como la sobreprotección genera inseguridad, dependencia y no permite el desarrollo gradual de la independencia y madurez.

Todos estos cambios, producto de su desarrollo, apuntan a la construcción de una nueva identidad, que es una de las grandes tareas de la adolescencia.





El adolescente busca encontrarse a sí mismo, lograr una continuidad integrando sus cambios y poder proyectarse a la adultez. Quieren ser ellos mismos, necesitan separarse gradualmente de los padres para lograr individualizarse, desarrollar sus propias ideas, sus propias metas, su propia manera de ver la vida.

En este proceso de construcción de su identidad adolescente, el grupo de amigos es muy importante pues es un espacio diferente a la familia, un referente para compartir experiencias, sentirse acompañados, para intercambiar ideas, para identificarse entre pares.

El grupo también brinda un lugar de apoyo en el proceso de independizarse de los padres y lograr más autonomía.

Finalmente, quiero mencionar que todos estos cambios forman parte de la "crisis normal de la adolescencia" como ha sido denominada por algunos autores, y que para los padres también supone muchas veces una etapa de crisis, pues es una etapa de muchos cambios para ellos, como el aceptar que el hijo deja de depender y necesitarlos como cuando era niño, muchas veces los critica y juzga y esto es doloroso para los padres.

Sin embargo, es importante que los padres, para poder tolerar mejor estos cambios, puedan comprender que estas actitudes son formas que tiene el adolescente de autoafirmarse en su proceso de convertirse en adulto. Los adultos que lo rodean deben dialogar y entender sus puntos de vista.

6.2. Alcoholismo en los adolescentes ¿Una enfermedad o un entretenimiento?





El consumo de bebidas alcohólicas ha sido siempre fuente de graves problemas, pero en la época actual sus efectos negativos se han agravado por circunstancias nuevas. Una de ellas es que las bebidas alcohólicas se han popularizado rápidamente entre los adolescentes y cada vez son más jóvenes las personas que beben. Las causas que llevan a consumir alcohol a la juventud son múltiples y variadas.

Para algunos, significa el falso atractivo de entrar en el mundo de los adultos y romper con las pautas que marcan el universo de la niñez. Para muchos más, en cambio, no hay verdadera diversión sin alcohol de por medio, y ello porque el alcohol, aun consumido en pequeñas cantidades, estimula la corteza cerebral y vuelve a las personas más desenfadadas y ocurrentes. El problema es que tras esos primeros efectos de euforia aparece una pérdida de autocontrol y las personas asumen conductas que sin el catalizador étlico no serían capaces de adoptar.

El alcohol ingerido en forma abusiva constituye un factor denominador común en muchos de los graves problemas que enfrenta la sociedad Argentina.

El abuso de alcohol en los menores se encuentra instalado y socialmente aceptado. Se ha resuelto impulsar una fuerte ofensiva contra la venta de alcohol a menores.

Cualquier transeúnte puede presenciar el desalentador espectáculo de menores que beben en la vía pública, en algunos casos refugiándose en los umbrales y en otros a la vista y paciencia de los demás. ¿Cómo obtienen las bebidas a pesar de las reglamentaciones vigentes? Éstas son reiteradamente violadas porque nadie se preocupa por hacerlas respetar.

A ello se suman otros dos factores: el cuidado despreocupado de los respectivos núcleos familiares y el desmedido afán de lucro de ciertos comerciantes a los cuales tiene sin cuidado el daño que provocan.





Al traspasar los límites de una ingesta moderada, los bebedores de alcohol se arriesgan a transformarse en adictos.

Las cifras del consumo juvenil comienzan a ser preocupantes por su progresivo asentamiento y por las pocas barreras capaces de contrarrestar su incidencia.

Las estadísticas nos indican que la droga está presente en muchos ámbitos antes incontaminados, sobre todo en los juveniles, donde el camino de introducción es preparado por el consumo desmedido del alcohol.

El alcohol representa una droga "lícita" con la cual se inician los jóvenes en el vicio adictivo porque es barato, accesible y socialmente aceptado. Las organizaciones criminales lo utilizan como una puerta a nuevas experiencias dado que trabaja abriendo brechas en las que se infiltra, gradualmente, el concepto de iniciación en el consumo.

El exceso en el consumo de alcohol suele ser el primer paso antes de probar la marihuana o la cocaína. El alcohol es, en muchos casos, el camino a la droga y muchísimos jóvenes han comenzado a transitarlo.

Se afirma que antes lo más común era hablar de mujeres e hijos de alcohólicos. Pero cada vez es más frecuente ver padres, amigos y maridos, ya que en los últimos años se incrementó el número de adolescentes y mujeres que tienen problemas con el alcohol.

6.3. Alcohólicos Anónimos

Precisamente hace un par de décadas no existan asociaciones para alcohólicos anónimos en nuestra región, pero en la actualidad.

Centenares de alcohólicos, familiares y amigos, son testigos de las bendiciones que la llegada de Alcohólicos Anónimos ha traído a los hogares tarijeños. Tuvieron que pasar muchos acontecimientos, buenos y malos, para que el dolor del alcoholismo comenzara a aliviarse en cada uno de sus afiliados. Regiones como Camargo, Bermejo, Yacuiba,





Villazón y del norte argentino, para mencionar algunos, dieron inicio a nuevos grupos gracias a la ayuda que los miembros del Grupo Renacer efectuaron en sus innumerables viajes llevando el mensaje de esperanza y transmitiendo gratuitamente lo que en Alcohólicos Anónimos habían encontrado.

La Consolidación de Alcohólicos Anónimos en Tarija
La tarea no fue fácil, la Tradición del Anonimato junto a otras Tradiciones de la estructura de A.A. a nivel mundial, impedía a sus escasos miembros salir a las calles a pregonar que era posible dejar de beber, sin embargo, el rol de los pocos medios de comunicación existentes en ese entonces y de los conductores de diferentes programas, jugaron un papel muy importante al abrir sus puertas para que la voz de los ahora “sobrios” ingrese a todos los hogares tarijeños; especialmente ahí donde el alcoholismo los estaba destruyendo.

La sociedad comenzaba a entender el alcoholismo como una enfermedad incurable pero que se podía recuperar; los miembros comenzaban a multiplicarse, la sede de A.A. quedaría “chica” si todos los “recuperados” hubieran tenido que quedarse ahí, por tal razón, líderes emprendedores comenzaron a formar nuevos grupos en diferentes barrios de la ciudad. El trabajo fue arduo, diferentes instituciones y autoridades requerían la presencia de miembros de esta comunidad. Había que transmitir el mensaje o el “•Grupo Renacer” perecería. Muchos escépticos pregonaban criticando la nueva iniciativa; “que podían hacer estos pobres ex borrachitos”; a raíz de esto, surgió el adagio: “más vale ser borracho conocido que alcohólico anónimo”. Y sin embargo ya han pasado 27 años en que propios y extraños son testigos de los frutos, tanto en cantidad como en calidad, que el Grupo Renacer le ha dado a Tarija.

En este periodo Tarija fue sede del VII Encuentro Nacional de Alcohólicos Anónimos y de la III Conferencia Nacional de A.A. pero también se consolidó el Grupo Al-Anon (ayuda para los familiares y amigos de alcohólicos).





Las mujeres también pueden recuperarse.

6.4. Prevención del alcoholismo

La prevención del alcoholismo debe iniciarse en la adolescencia o incluso antes.

La recomendación es no beber nada de alcohol antes de la edad adulta.

Para fomentar la abstinencia alcohólica es fundamental la actitud de la familia del menor; así, hay padres que no quieren que sus hijos beban pero consumen bebidas alcohólicas con frecuencia en presencia de sus hijos, o hacen comentarios sobre “cuánto bebían de jóvenes”. Esta conducta pro-alcohol puede hacer que el joven considere que el consumo de alcohol es algo normal y deseable en algunas ocasiones (por ejemplo cuando se está con amigos).

En segundo lugar, es preciso informar al adolescente sobre las consecuencias reales del alcohol. Afortunadamente cada vez son más los jóvenes que conocen los efectos del alcohol y las graves consecuencias que puede tener sobre su salud y su calidad de vida, pero si no se acompaña de medidas efectivas de prevención, la información no es suficiente.

Por eso, un tercer pilar fundamental para evitar la adicción, será dotar al adolescente de las estrategias necesarias para eliminar los factores de riesgo que le pueden inducir a consumir alcohol, como mejorar su autoestima y sus habilidades sociales. En este sentido, será fundamental también ayudar al joven a soportar la presión del grupo y mostrarle formas alternativas de diversión.

Una de las medidas preventivas en contra del alcoholismo es la de establecer campañas para poder proporcionar información por medio de folletos, trípticos, en forma oral, etc., con el fin de empezar a hacer consciente a la población de la problemática, tratando





de tocar puntos esenciales, tales como: qué es el alcoholismo, en qué consiste, por qué se da, cuáles son los efectos que produce la ingestión excesiva de alcohol, lugares a donde se puede acudir a solicitar información, ayuda, etc.

Otra medida de prevención es la de implantar programas dentro y fuera de las instituciones educativas con el fin de empezar a sembrar la semilla en las futuras generaciones y buscar nuevas soluciones.

Éstas son sólo algunas posibles alternativas con las cuales se podrían tomar cartas en el asunto y de así poder frenar y contrarrestar la información deformante, sensacionalista, especulativa, manipuladora, llena de prejuicios que por lo regular caracterizan a los medios de información y comunicación masiva y de esta manera reducir la ignorancia.

Con nuestra participación y la de todos ya sea informándonos, cambiando nuestra forma de pensar y teniendo un cambio de actitudes, etc., podemos enseñar, orientar y encausar a nuestros hijos y a las generaciones jóvenes a tomar conciencia, determinaciones, actitudes, etc., y así darles herramientas con las cuales puedan confrontar la problemática y tratar de salir de este vicio.

7. Drogas de consumo más común

Drogas de consumo más común				
Rama	Tipo	Drogas relacionadas	Efectos en dosis estándar	Estatus legal
Depresores sedantes y analgésicos	Sedante hipnótico <u>NMDA-antagonista</u>	<u>etanol</u> (alcohol)	euforia, relajación, disminución de los reflejos, problemas de coordinación, etc.	legal
		<u>heroína</u>	placer, sedación, euforia, etc.	ilegal





	Analgésico opioide MOR-agonista	metadona	Anestesia general y sedación.	legal bajo prescripción
	Sedante hipnótico GABA-agonista	ácido γ-hidroxibutírico (GHB)	sedante, somnífero, amnesia anterógrada	ilegal
	Anestésico disociativo-sedativo NMDA-Antagonista	ketamina	Anestesia, distorsión de la percepción, aislamiento, reducción de la atención y del aprendizaje. Alucinaciones.	ilegal
	Sedante ansiolítico GABA_A-agonista y PAM	benzodiazepina	Sedación, relajación, placer, bienestar general.	legal bajo prescripción médica.
Alucinógenos	Alucinógeno psicodélico 5-HT_{2A}-agonista	MDMA (éxtasis)	Euforia, felicidad, ligereza mental y física, bienestar general.	ilegal
		Dietilamida de ácido lisérgico (LSD)	Alucinaciones, creatividad, apertura emocional, cambios de humor.	ilegal
		mescalina	Alucinaciones basadas en la realidad, sinestesia.	ilegal
		hongo psilocybe	euforia, autoexploración, leves alucinaciones	ilegal (según el país)
	Alucinógeno cannabinoide CB₁R-agonista	tetrahidrocannabinol (marihuana)	Euforia, relajación, placer, amnesia, intensificación sensorial, bienestar general.	ilegal/legal





Estimulantes	Estimulante colinérgico <u>nAChRs-agonista</u>	<u>nicotina</u> (tabaco)	estimula la memoria y la vigilia, inhibe el sueño y el hambre, bienestar general.	legal
	Estimulante feniletilaminoso <u>DA-agonista</u> , <u>NDRI</u> y <u>5-HT_{2A}-agonista</u>	<u>anfetamina</u>	euforia, ansiedad, concentración, grandiosidad, paranoia e irritabilidad.	ilegal
	Estimulante adenosinico <u>PI_{A1}-antagonista</u>	<u>cafeína</u> y <u>teobromina</u> (café, té, chocolate)	disminución del sueño y el hambre, mejor coordinación y memoria, vasodilatación y aumento de las funciones cognitivas.	legal

Tabla n° 22

Según los efectos producidos sobre el sistema nervioso central

Constituye el sistema de clasificación más aceptado en la actualidad (frente a la distinción entre drogas "duras" y "blandas" o legales e ilegales).

Según su daño físico

El daño físico es relativo y variable según la condición preexistente. A continuación, una tabla ordenada según el daño a la salud, aunque el daño social puede variar:





Droga	Daño	Componente de daño a la salud (sobre 3)	Componente de daño social (sobre 3)	Mortalidad estimada
Hongos psilocybe	Nula	≈ 0	-	0 / año
Khat	Bajo	0,75	1,1	Desconocido
GHB	Medio-bajo	1,3	1,3	Desconocido
Cannabis	Medio-bajo	* Ver nota (1,5 máx.) ¹	0,8	0 / Año
Esteroides	Medio	1,5	0,8	Desconocido
LSD	Medio	1,5 ²	1,3	0 / año
Anfetamina	Medio	1,55	1,5	Desconocida
Éxtasis	Medio	1,6	1,0	Desconocido
Metadona	Alto	1,86	1,9	Desconocida
Tabaco	Alto	1,9	1,1	5 millones / año y el 70-80 % de los cánceres de pulmón
Ketamina	Alto	1,9	1,5	Desconocida
Cocaína	Alto	2,0	2,5	Desconocida
Alcohol	Alto	2,1	2,4	2,5 millones / año
Heroína	Muy alto	2,65	3	Desconocida

Tabla n° 23

Según su nivel de adicción

Según su nivel de adicción, las drogas pueden clasificarse como sigue:





N.º	Tipo de Droga	Potencial de adicción
1	Oxicodona	99/100
2	Nicotina (tabaco)	96,5/100
3	Crack	95,5/100
4	Metanfetamina fumada	92,5/100
5	Metanfetamina inyectada	89,5/100
6	Heroína	87,5/100
7	Diazepam	86/100
8	Metacualona	83/100
9	Secobarbital	82/100
10	Alcohol	82/100
11	Anfetamina vía oral	81/100
12	Cocaína	78/100
13	Cafeína	67/100
14	Fenciclidina	55/100
15	Marihuana	42/100
16	Éxtasis	40/100
17	LSD	32/100
18	Setas alucinógenas	17/100
19	Mescalina	16/100
20	Metadona	?/100

Tabla n° 24

De esta lista, al menos tres son de venta legal en las tiendas y son de uso corriente en la sociedad occidental: la nicotina del [tabaco](#), el [café](#) y el [alcohol](#). También se puede conseguir con receta el [Valium](#), y curiosamente su alto poder de adicción contrasta con los estudios de quienes creen que es un [placebo](#)^[cita requerida]. La consideración legal respecto a éstas es sin duda muy diferente a la relacionada con las del resto de la lista.

En el 2015, sobre la base de las investigaciones que buscan reducir la obesidad y la diabetes tipo 2 -principales problemas de salud en Estados Unidos-, el [Instituto](#)





[Tecnológico de Massachusetts](#) (MIT) reportó que los hábitos compulsivos en los adictos al azúcar siguen circuitos neuronales diferentes a los relacionados al deseo por los alimentos sanos

8. Consumo De Drogas En Bolivia

Bolivia (Estado Plurinacional de)

Mapa



Representación aproximada de las fronteras reales del país.

9. Datos estadísticos

Imagen n° 27

Población total (2015)	10,725,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	5
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2015)	68/73
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 0)	no disponible
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2015)	217/154
Gasto total en salud por habitante (\$int, 2014)	427
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2014)	6.3
Últimos datos disponibles en el Observatorio mundial de la salud	

Tabla n° 25





En nuestro país se han desarrollado experiencias y emprendimientos importantes con la finalidad de prevenir el consumo de drogas, sin embargo, la complejidad de la problemática, la dinámica socio política, la severa crisis económica y la falta de sostenibilidad y continuidad de los programas han iniciado de manera negativa.

La última investigación realizada por el CELIN da cuenta que el país, en 13 años el consumo de drogas ilegales se ha multiplicado, creciendo el número de consumidores en **431 %**. Las cifras reales, los consumidores actuales de marihuana, coholidrato de cocaína inhalables y pasta base asciende a **169.771** personas en comparación a los 39.304 de 1992.

**EDAD MEDIA DE INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS-BOLIVIA
ESTUDIO COMPARATIVO - INFORMACIÓN 1992 - 1996 - 1998 - 2000 - 2005 -
2010**

SUBSTANCIA	EDAD MEDIA DE INICIO					
	1992	1996	1998	2000	2005	2010
ALCOHOL	18,3 Años	18,1 Años	18,0 Años	18,25 Años	18,07 Años	18,18 Años
TABACO	17,4 Años	17,8 Años	18,0 Años	18,22 Años	17,76 Años	17,82 Años
MARIHUANA	19,8 Años	18,9 Años	18,7 Años	18,24 Años	17,78 Años	17,89 Años
INHALABLES	15,2 Años	14,1 Años	16,6 Años	15,89 Años	17,04 Años	16,98 Años
CLORHIDRATO DE COCAINA	17,5 Años	18,7 Años	19,9 Años	19,28 Años	18,57 Años	18,73 Años
BASE DE COCAINA	19,1 Años	18,8 Años	19,1 Años	18,76 Años	18,03 Años	18,27 Años
ALUCINÓGENOS	20,5 Años	17,9 Años	18,2 Años	17,87 Años	17,79 Años	18,15 Años
"CUALQUIER DROGA"	17,2 Años	16,7 Años	18,2 Años	17,75 Años	17,95 Años	17,97 Años

FUENTE: CELIN BOLIVIA

Tabla n° 26

Niños /as abandonados de las calles comprendidos entre los 5 o 6 años hasta 15 a 16 años de edad, de extracción económico-social humilde, consume drogas inhalables.





Adolescentes que proceden del grupo anterior y además se suman a estos jóvenes de la mis edad, de nivel económico elevado y también de sectores populares, media y alta que consumen alcohol, tabaco, pasta base, clorhidrato, alucinógenos y anfetaminas.

Jóvenes de todas las clases sociales, en quien varia el tipo y grado de pureza de la droga por su costo y la zona geográfica.

Si bien no existe una relación proporcional entre demanda, la producción de coca y que Bolivia sea considerada tránsito de drogas, estos resultados expresan un notable incremento tanto en la variedad del consumo de drogas como el crecimiento del índice de consumidores.

En trece años la demanda de drogas ilícitas ha superado toda estimación.

substancias	Edad media de inicio (años) %						
	1992	1996	1998	2000	2005	2010	2015
Alcohol	18.3	18.1	18.0	18.25	18.07	18.18	17.5
Tabaco	17.4	17	18.0	18.22	17.76	17.82	16.8
Marihuana	19.8	18.9	18.7	18.24	17.78	17.89.	17.04
Inhalables	15.2	14.1	16.6	15.89	17.04	16.98.	16.5
Clorhidrato De cocaína	17.5	18.7	19.9	19.28	18.57	18.73	18.06
Base de cocaína	19.1	18.8	19.1	18.76	18.03	18.27	17.95
Alucinógenos	20.5	17.9	18.2	17.87	17.79	18.15	17.50
Otros	17.2	16.7	18.2	17.75	17.95	17.97	17.85

Tabla n° 27





Índice de consumo de drogas

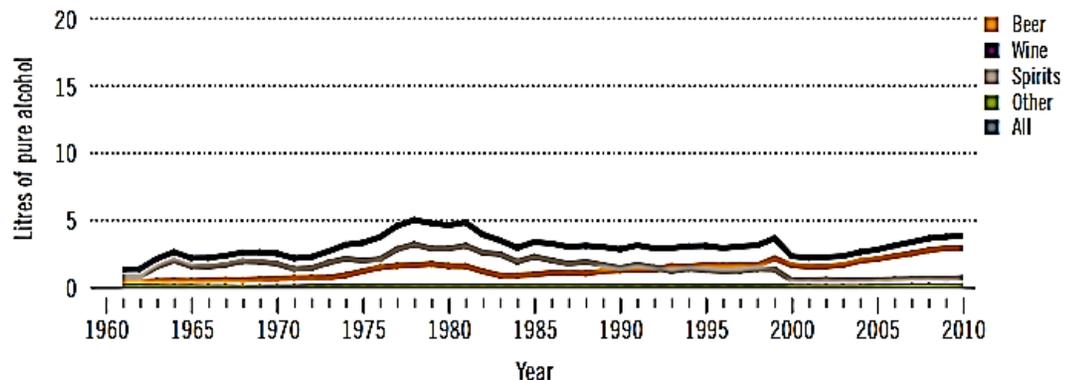
De acuerdo a la formula expresada anteriormente , los valores contenidos en los cuadros, no muestran el número de nuevos consumidores de las diferentes sustancias, presentados en el concurso del último año, por cada **100.000** habitantes comprometidos entre los 12 y 65 años de edad, en los estudios de 2010 y 2015.

Estado Plurinacional de Bolivia

Total población: 10.157.000

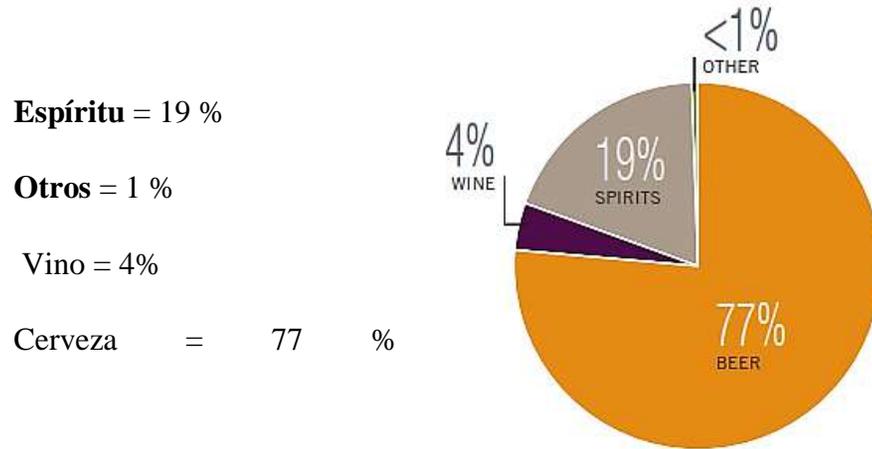
- **Población de 15 años o más (15+): 64%**
- **Población en áreas urbanas: 67%**
- **Grupo de ingresos (Banco Mundial): Ingresos medianos bajos**

Litros de alcohol Puro





Consumo de alcohol per cápita (15+) consumo (en litros de alcohol puro) por tipo de bebida alcohólica, 2015.



Grafica n° 11

Consumo de alcohol por habitante (15+) (en Litros de alcohol puro)

Grabado	Promedio 2003–2005	Promedio 2008–2010	Promedio 2010-2015	Cambio
	2.6	3.8	4.2	↗
No registrado	2.5	2.1	2.3	↘
Total	5.1	5.9	6.5	↗
Total hombres / mujeres	9.1	2.7		
Región de las Américas de la OMS	9.2	8.4		

Tabla n° 28

- Total alcohol per cápita (15+) Consumo, sólo bebedores (En litros de alcohol puro), 2015





hombres (15+)	14.5
Mujeres (15+)	6.6
Ambos sexos (15+)	11.3

Tabla n° 29

- Prevalencia de alcoholismo episódico intenso * (%), 2010

	Población	Solamente bebedores
Hombres (15+)	7.8	12.4
Mujeres (15+)	0.7	1.7
Ambos sexos (15+)	4.2	8.1

Tabla n° 30

Abstenciones (%),

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Abstinentes de por vida (15+)	16.4	38.0	27.3
Ex bebedores * (15+)	21.2	20.7	21.0
Abstenciones (15+), últimos 12 meses	37.6	58.7	48.3

Tabla n° 31

* Las personas que tomaron bebidas alcohólicas pero no lo han hecho en los últimos 12 meses.

Patrones de consumo, 2015 menos arriesgados <1 2 3 4 5> más arriesgado

Consumido por lo menos 60 gramos o más de alcohol puro en al menos una ocasión en el pasado 30 días.





CONSECUENCIAS SANITARIAS: MORTALIDAD Y MORBILIDAD

Concentración máxima nacional de alcohol en sangre legal (BAC) Cuando conduce un vehículo (general / joven / profesional), en%	No / No / No (0.05 transporte
Regulaciones jurídicamente vinculantes sobre publicidad de alcohol / colocación de productos	No / No
Regulaciones legalmente vinculantes sobre patrocinio de alcohol / promoción de ventas	No / No
Etiquetas de advertencia de salud legalmente requeridas en los anuncios / contenedores de alcohol	No / No
Apoyo del gobierno nacional a la acción comunitaria	No
Sistema (s) de seguimiento nacional (es)	No

Tabla n° 32

Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad (ASDR) y las fracciones atribuibles al alcohol. (AAF), 2012

Cirrosis hepática hombres / mujeres	ASDR*		AAF (%)	
		64.5	36.2	47.8
Accidentes de tráfico, hombres / mujeres	37.9	12.0	7.7	2.1

Tabla n° 33

Por 100.000 población (15+).

Prevalencia de consumo de drogas y sus trastornos (%), 2010*





Hombres	TRANSTORNOS DEL USO DEL ALCOHOL	DEPENDENCIAS AL ALCOHOL
	8.1	3.9
Mujeres	3.1	1.8
Ambos sexos	5.6	2.9
Región de la Américas de la OMS	6.0	3.4

Tabla n° 34

***Estimaciones de prevalencia a los 12 meses (15+).**

**** Incluye la dependencia del alcohol y el uso nocivo del alcohol**

POLÍTICAS E INTERVENCIONES

Política nacional escrita (adoptada / revisada = / plan de acción nacional)	No / —
Impuesto sobre el consumo de cerveza / vino / bebidas espirituosas	Yes / Yes / Yes
Edad mínima legal nacional para la venta fuera de las instalaciones de bebidas alcohólicas (cerveza / vino / bebidas espirituosas)	No / No / No
Edad mínima nacional legal para la venta de bebidas alcohólicas (cerveza / vino / bebidas espirituosas)	No / No / No





Restricciones para las ventas de bebidas alcohólicas en las dependencias y fuera de las instalaciones: Horas, días / lugares, densidad	No, No / No, No
Eventos específicos / personas intoxicadas / gasolineras	No / No / No

Tabla n° 36

Pacientes atendidos en establecimientos de salud Mental (Tasa Por 100.000 Habitantes)

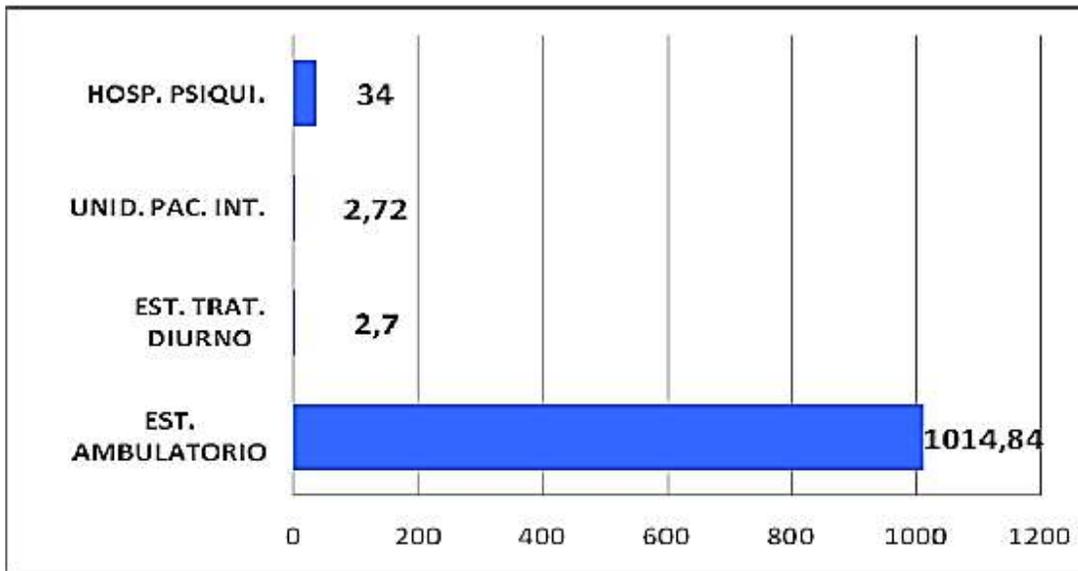


Grafico n° 12

Fuente OMS – IESM

Los usuarios de sexo femenino representan entre el 30 al 50% de la población en todos los establecimientos de salud mental en el país. La proporción de usuarios de sexo femenino es más alta en los establecimientos con consulta ambulatoria y en hospitalización psiquiátrica.





**PORCENTAJES DE USUARIOS DE SEXO FEMENINO
ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL**

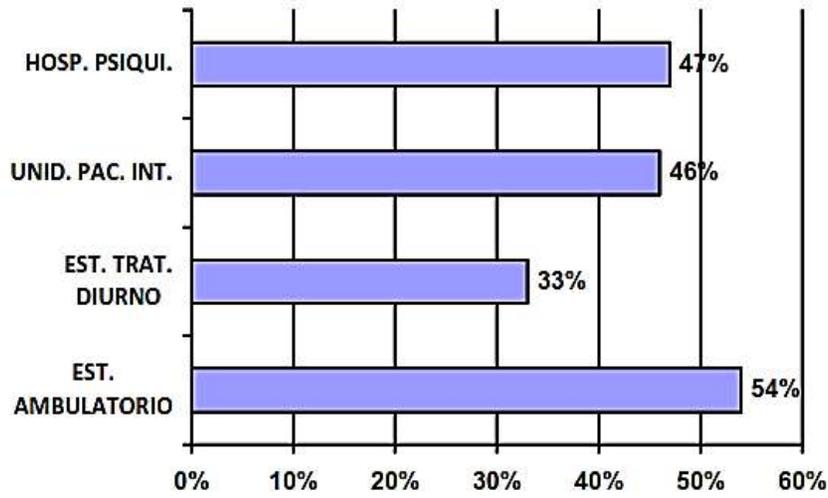


Grafico n° 13

**PORCENTAJES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
MENTAL**

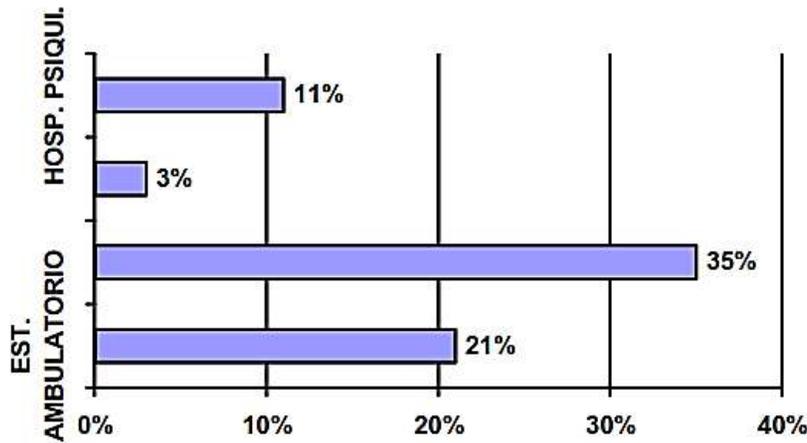


Grafico n° 14





**PACIENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
MENTAL SEGÚN EL DIAGNÓSTICO**

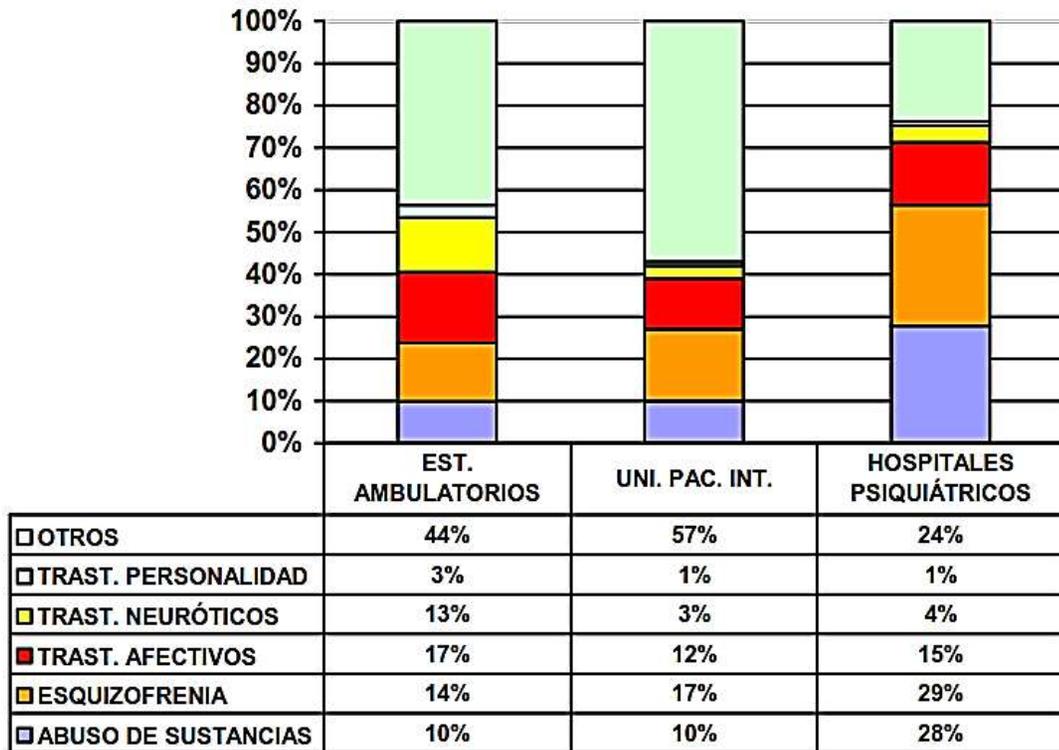


Grafico n° 15

Tiempo de estadía en establecimiento para hospitalización por año

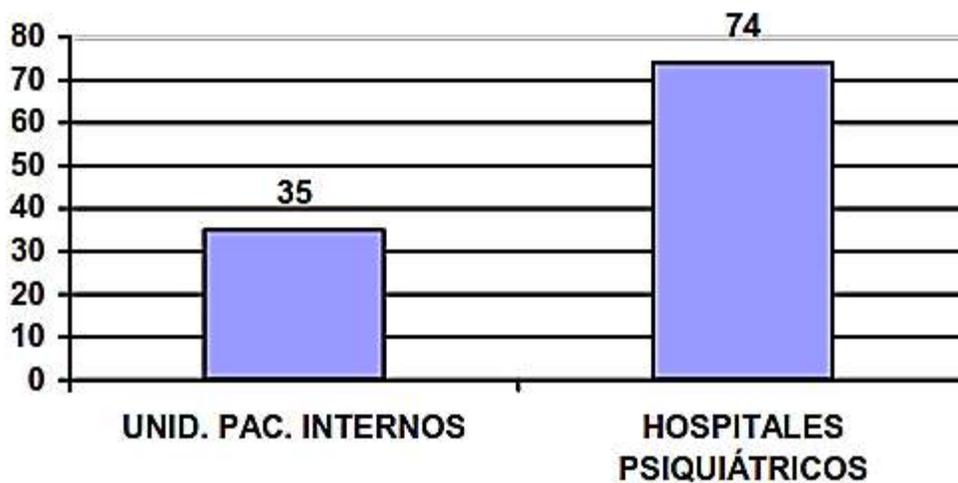


Grafico n° 16





ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS VERSUS ATENCIÓN AMBULATORIA

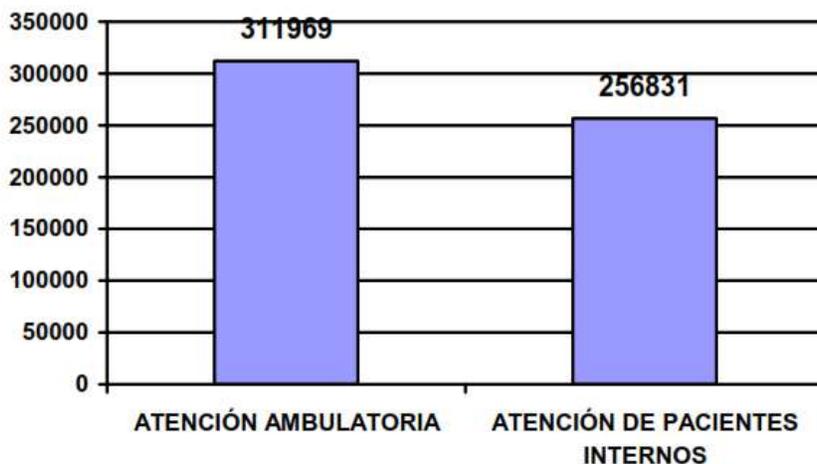


Grafico n° 17

10. Drogadicción en Tarija

10.1. Población de enfermos mentales según su ocupación Dpto. Tarija 2015

Según el análisis de acuerdo a la ocupación más vulnerable a sufrir trastornos mentales en primer lugar se encuentra las amas de casa con **3.554 hab.** , que representa un **27,78 %**; seguido de los estudiantes con unos **3.055 hab.** , que representa el **23.85%** del total de enfermos en el Dpto. de Tarija.



Imagen n° 28

10.2. Tarija ocupa el primer lugar en el consumo de alcohol a nivel nacional

1 agosto, 2016

La ciudad de Tarija encabeza el primer lugar a nivel nacional de consumo de alcohol según el Instituto Nacional de Tratamiento (INTRAID), en este sentido el psiquiatra y jefe del departamento clínico del INTRAID, César Oliva, aseveró que la base genérica





es que se genera una pauta socialmente y culturalmente deformada de inicio de consumo de alcohol a tempranas edades la cual tiene que ver con **el modelo sociocultural donde hay mucha permisividad en las familias.**

En este punto informó que en caso de que una persona necesite una desintoxicación, contemplan dos modalidades la primera es que si la persona tiene una familia que la pueda contener se puede hacer en la casa pero en caso contrario se procede **a la internación en el instituto.**

10.3. El departamento de Tarija, en la actualidad, ocupa el primer lugar en el consumo del alcohol, según las estadísticas que maneja el Instituto Nacional de Tratamiento e Investigación de Drogodependencia (INTRAID).



Periódico nacional

Grafico n° 18

Periódico nacional según estadísticas

Tarija con un 47%, Santa Cruz con el 24% y La Paz con un 22%, son los distritos del país donde prevalece la mayor incidencia de personas que consumen bebidas





alcohólicas, siendo las tiendas de barrio los puntos preferidos para abastecerse de este tipo de producto. El Alto tiene un 13% de preferencia y en Cochabamba un 9%.

El responsable de Prevención del INTRAID Tarija, Marlene Rollano, dijo que en la investigación realizada se pudo establecer que el consumo de bebidas alcohólicas en la región se presenta cada vez con mayor fuerza en los menores de edad que no tienen el control de padres de familia.

La autoridad señaló que en años anteriores la edad para el consumo de alcohol se presentaba, término medio, en los 17 años de edad, empero en la actualidad se tiene el consumo de bebidas alcohólicas por parte de adolescentes a partir de los 15 años de edad, quienes en varias oportunidades se reúnen en las plazas.

En Tarija, **el grupo etéreo que concentra el mayor índice de consumo** de bebidas fluctúa entre los **26 a 40 años**, siendo los varones los que más concurren a las tiendas de barrio para comprar tragos y otros licores.

El alcohol es una sustancia natural que se obtiene a través de la fermentación de fruta, cereales o madera y se lo puede encontrar en diferentes grados de concentración.

Cuando las personas consumen alcohol en menor grado están con los ánimos exaltados, seguras de sí mismas y eufóricas, en tanto que la embriaguez más avanzada, los efectos son reflejos alterados, agresividad, movimientos torpes, comportamiento peligroso e incoherencia verbal.

Con relación a las consecuencias, se tiene la pérdida del equilibrio, disminución de la sensibilidad de orientación, vómito y también en varias personas se tiene alteración en la conducta.





El alcoholismo, es una enfermedad crónica, toda vez que las personas pierden el control sobre el consumo y se caracteriza por la ingesta periódica o continua, produciendo en las personas alteraciones físicas y psicológicas.

11. Efectos de las Drogas.

El alcohol es absorbido rápidamente por el torrente sanguíneo. La tasa de absorción depende de la cantidad y el tipo de comida dentro del estómago; por ejemplo, las comidas ricas en carbohidratos y grasas disminuyen los índices de absorción. También las bebidas alcohólicas carbonatadas, como la champaña, se absorben más rápidamente que las no carbonatadas.

Los efectos del alcohol

Pueden aparecer al cabo de **10 minutos** y alcanzan su máximo punto en un lapso de **40 a 60 minutos**. El alcohol permanece en el torrente sanguíneo hasta que es descompuesto por el hígado. Si una persona consume alcohol a una tasa mayor de la que el hígado lo puede descomponer, la concentración de esta sustancia en la sangre se eleva.

Cada estado en los Estados Unidos tiene su propia definición legal de intoxicación por alcohol, la cual se define por la concentración de alcohol en la sangre. El límite legal usualmente es de **0,08 mg/l a 0,10 mg/l** en la mayoría de los estados.

Efectos





- Deterioro de la coordinación motriz
- Deterioro de la memoria a corto plazo
- Menos habilidades para conducir y realizar tareas complejas
- Tiempo de reacción prolongado
- Reducción del período de atención
- Reducción de las inhibiciones, lo cual puede conducir a comportamientos vergonzosos
- Procesos de pensamiento más lentos

Si una mujer embarazada bebe, el alcohol puede generar efectos adversos sobre el feto en formación, causando defectos congénitos o síndrome de alcoholismo fetal, un trastorno devastador caracterizado por retardo mental y problemas de comportamiento.

Riesgos Asociados Con La Salud

- Dependencia del alcohol.
- Enfermedad hepática crónica.
- Caídas, ahogamiento y otros accidentes.
- Síndrome de alcoholismo fetal si la mujer embarazada bebe alcohol.
- Cánceres de cabeza, cuello, estómago y mamas.
- Mayor riesgo de homicidio.
- Accidentes automovilísticos.
- Incremento del riesgo de embarazo no planeado o no deseado, disminución del comportamiento sexual seguro y aumento del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.
- Suicidio y homicidio.

Concentración





- 0,05: Desinhibición
- 0,10: Dificultades en la pronunciación
- 0,20: Euforia y deterioro motriz
- 0,30: Confusión
- 0,40: Estupor
- 0,50: Coma
- 0,60: Parálisis respiratoria y muerte

Adolescentes inician consumo de drogas desde los 13 años.

De acuerdo a la información proporcionada por el instituto Nacional de tratamiento rehabilitación social e investigación en drogodependencias (INTRAID) en Tarija, en los últimos años se pudo evidenciar que los adolescentes de 13 años en adelante son los que comienzan con el consumo de alguna sustancia controlada, algo alarmante y preocupante, toda vez que las cifras de consumo registraron un crecimiento sustancial.

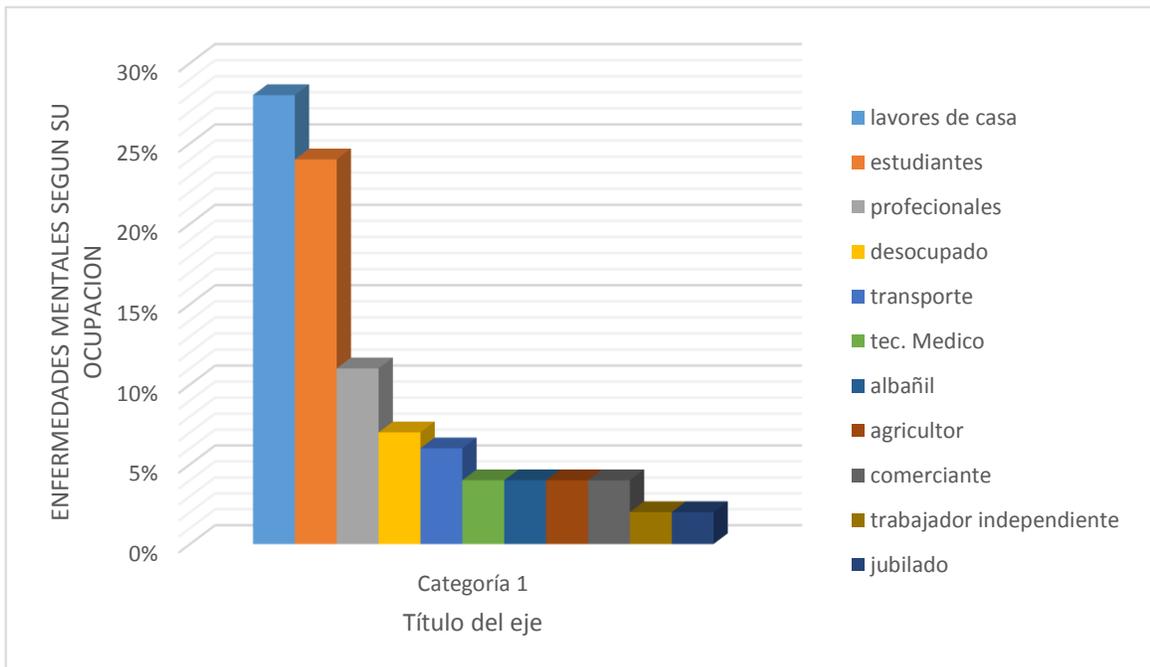


Grafico n° 19





En este sentido las edades de inicio de consumo de drogas son cada vez más tempranas, anteriormente eran desde los 17 años, mientras que en la actualidad son de 13 años.

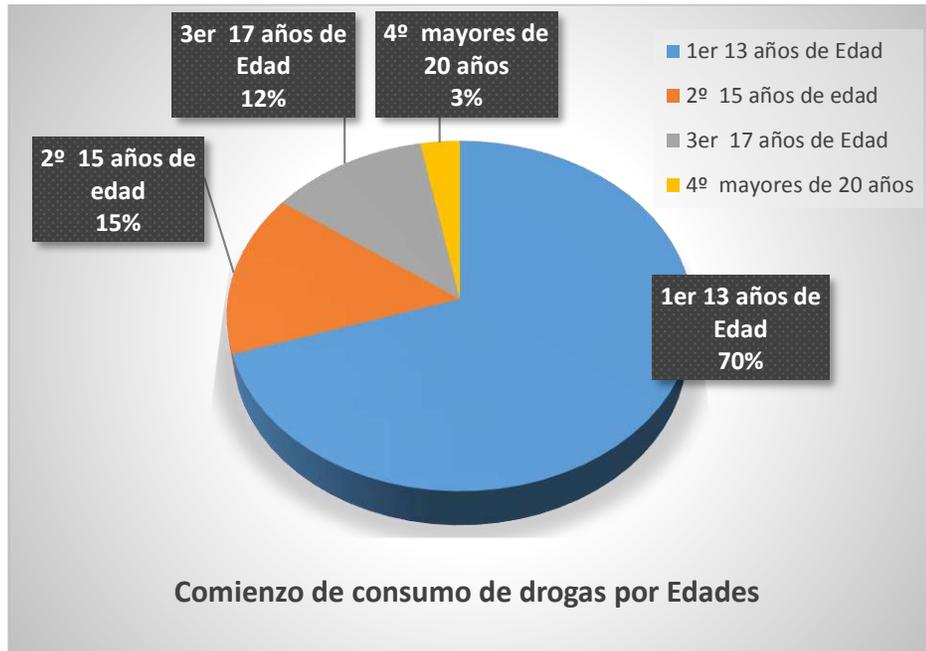


Grafico n° 20

Crece cantidad de consumidores de Drogas en Tarija y baja la edad de Inicio

- Crece un **38%**.

Tarija provienen de distintos estratos sociales, constando que se dividen en consuetudinarios y casuales. “Según la encuesta realizada a 86 personas de distintas edades, de 15 en adelante, al menos 10 de ellas conocen de alguna persona consumidora, siendo 2 identificadas por los encuestados como consumidores abusivos.

Total atenciones y orientaciones.





Diagnostico Toxicológico	184
Diagnostico Salud Mental	498
Total	682
Orientaciones	593

Tabla n° 36

*Existe un mayor número de diagnósticos por existir pacientes con diagnóstico dual (Comorbilidad).

10.3.1. Consulta externa según género del paciente:

En el mes de abril, el servicio de consulta externa de la institución atendió un total de 1077 personas, de sexo masculino y femenino entre pacientes y acompañantes.

Genero	Tipo De Consulta		Total
	Nueva	Re consulta	
Masculino	172	393	488
Femenino	218	461	679
Totales	390	854	1244

Tabla n° 37

Consulta externa según edad del paciente:

Grupos Etareos	Tipo De Consulta	Total
----------------	------------------	-------





	Nuevas	Re consulta	
0 – 10 años	27	25	51
11 – 20 años	62	78	140
21 – 30 años	74	189	263
31 – 40 años	97	194	291
41 – 50 años	65	147	212
51 y más años	65	222	287
TOTALES	390	854	1244

Tabla n° 38

Consulta externa según el diagnóstico y tipo de consulta:

Diagnostico	Primera	Re Consulta	Total
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de alcohol : uso nocivo	14	13	27
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de alcohol : síndrome de dependencia	30	59	89
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de cannabinoides : uso nocivo	12	16	28
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de cannabinoides : síndrome de dependencia	9	14	23

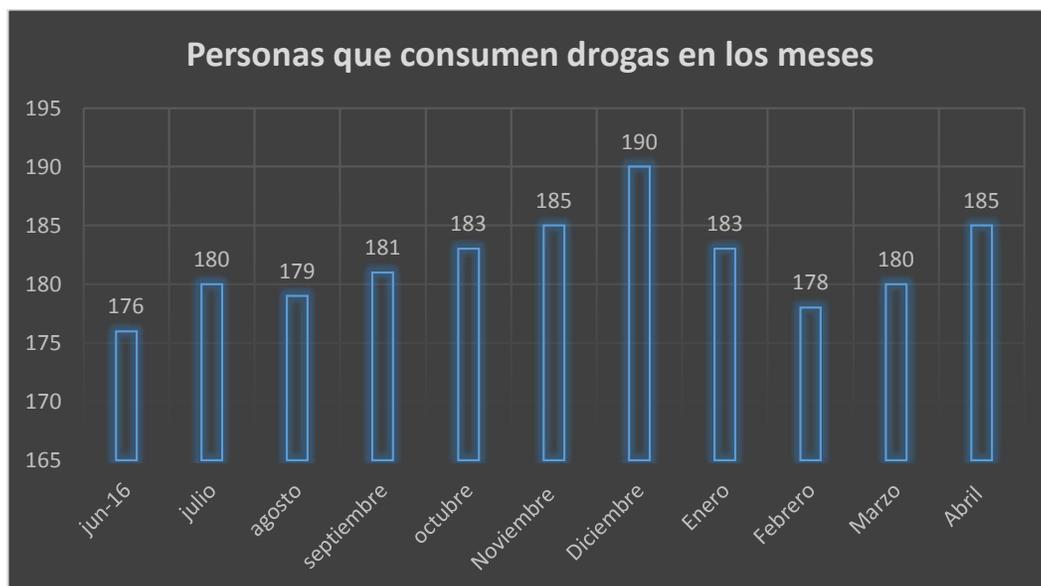




Tr. mentales y de comportamiento debido al consumo de sedantes o hipnóticos : síndrome de dependencia	1	2	3
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de cocaína : : síndrome de dependencia	0	1	1
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de disolventes volátiles : uso nocivo	0	2	2
Trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de múltiples drogas y sust. psicoactivas	1	1	2
Tr. Mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y sust. Psicoactivas : uso nocivo	0	4	4
Tr. Mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas : síndrome de dependencia	1	4	5
Total	68	115	184

Tabla n° 39

INFORME MAYO 2017

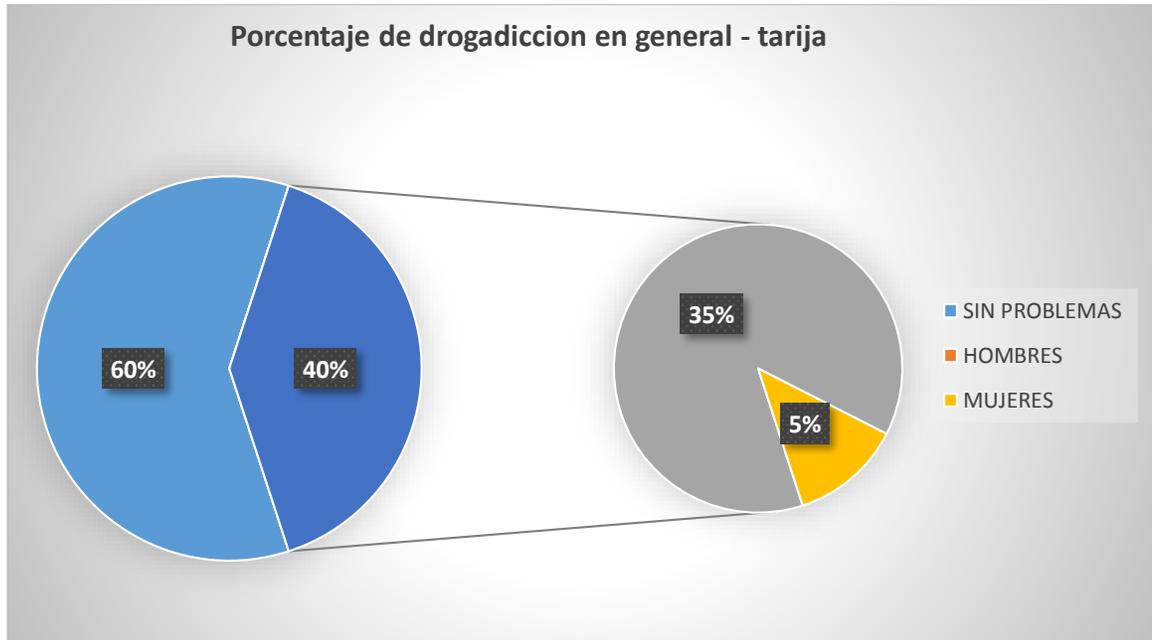




INTRAID

Grafico n° 21

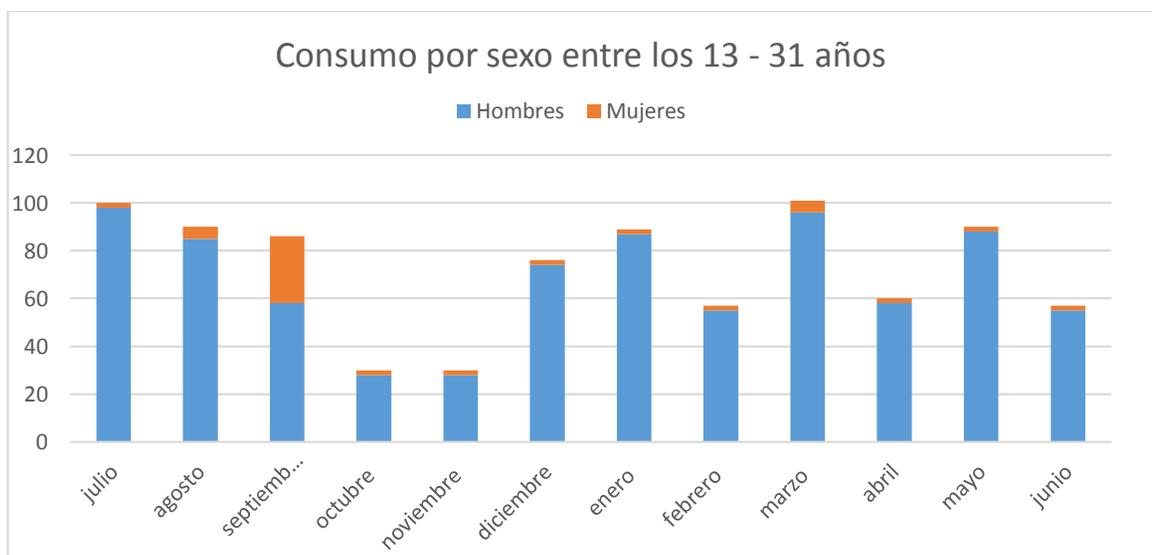
Porcentaje de personas con drogadicción en Tarija



INTRAID 2017

Grafico n° 22

Consumo Según Sexo y Edad





INTRAID 2017

Grafico n° 23

11.2.6. Consulta externa según el diagnóstico y sexo del paciente:

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO	14	13	27
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME DE DEPENDENCIA	30	59	89
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: USO NOCIVO	12	16	28
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDROME DE DEPENDENCIA	9	14	23
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS: SINDROME DE DEPENDENCIA	1	2	3
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE DEPENDENCIA	0	1	1
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: USO NOCIVO	0	2	2
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1	1	2
TR.MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULT.DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUST.PSICOACTIVAS:USO NOCIVO	0	4	4
TR.MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULT.DROGAS:SINDROME DE DEPENDENCIA	1	4	5

Tabla n° 40

Diagnostico	hombres	mujeres	Total
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de alcohol: uso nocivo	23	4	27
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de alcohol : síndrome de dependencia	79	10	85
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de cannabinoides : uso nocivo	25	3	28
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de cannabinoides : síndrome de dependencia	22	1	23





Tr. mentales y de comportamiento debido al consumo de sedantes o hipnóticos : síndrome de dependencia	3	0	3
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de cocaína : : síndrome de dependencia	0	1	1
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de disolventes volátiles : uso nocivo	2	0	2
Trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de múltiples drogas y sust. psicoactivas	2	0	2
Tr. Mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y sust. Psicoactivas : uso nocivo	2	2	4
Tr. Mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas : síndrome de dependencia	5	0	5
Total	163	21	184

Tabla n° 41





DIAGNOSTICO	MASCULINO	FEMENINO	Total
SIN DIAGNOSTICO	1	0	1
DEMENCIA ALZHEIMER	3	4	7
DEMENCIA VASCULAR	2	0	2
DEMENCIA EN ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	1	0	1
DEMENCIA SIN ESPECIFICACION	1	0	1
TR.DE IDEAS DELIRANTES ORGANICO	15	10	25
TR.DEL HUMOR ORGANICO	3	5	8
TR.DISOCIATIVO ORGANICO	0	1	1
TR.DE PERSONALIDAD DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESION O DISFUNCION CEREBRAL	1	0	1
TR.ORGANICO DE PERSONALIDAD	3	3	6
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO	23	4	27
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME DE DEPENDENCIA	79	10	89
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: USO NOCIVO	25	3	28
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDROME DE DEPENDENCIA	22	1	23
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS: SINDROME DE DEPENDENCIA	3	0	3
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: SINDROME DE DEPENDENCIA	0	1	1
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE DISOLVENTES VOLATILES: USO NOCIVO	2	0	2
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	2	0	2
TR.MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULT.DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUST.PSICOACTIVAS:USO NOCIVO	2	2	4
TR.MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULT.DROGAS:SINDROME DE DEPENDENCIA	5	0	5
ESQUIZOFRENIA	45	20	64
TR.ESQUIZOTIPICO	1	0	1
TR.DE IDEAS DELIRANTES	1	2	3
TR.PSICOTICO AGUDO POLIMORFO CON SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA	0	1	1
TR.PSICOTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRENICO	1	0	1
TR.ESQUIZOAFECTIVOS	1	0	1
TR.BIPOLAR	5	2	7
EPISODIOS DEPRESIVOS	21	54	75
FOBIA SOCIAL	0	4	4
OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	4	3	7
TR.DE PANICO	2	0	2
TR.DE ANSIEDAD GENERALIZADA	15	14	29
TR.MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO	5	16	21
TR.OBSESIVO-COMPULSIVO	6	1	7
REACCIONES A ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	1	0	1
TR.DE ADAPTACION	1	0	1
TR.DISOCIATIVOS (DE CONVERSION)	1	0	1
FUGA DISOCIATIVA	0	1	1
TR.DISOCIATIVOS MIXTOS	1	0	1
TR.DE SOMATIZACION	4	0	4
TR.DE DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO	0	2	2
ANOREXIA NERVIOSA	0	3	3
BULIMIA NERVIOSA	1	4	5
TERRORES NOCTURNOS	0	1	1
TR.ESQUIZOIDE DE PERSONALIDAD	1	0	1
TR.DISOCIAL DE PERSONALIDAD	9	2	11
TR.DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE PERSONALIDAD	23	4	27
TR.HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD	0	6	6
TR.DE LOS HABITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	0	1	1
TRICOTILOMANIA	0	1	1
RETRASO MENTAL	18	20	38
TR.ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	2	0	2
TR.DE LA EXPRESION DEL LENGUAJE	2	0	2
TR.ESPECIFICOS DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR	0	1	1
TR.MIXTO DEL DESARROLLO DEL APRENDIZAJE ESCOLAR	0	3	3
AUTISMO INFANTIL	8	0	8
TR.HIPERCINETICOS	3	1	4
TR.DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	19	5	24
TR.HIPERCINETICO DISOCIAL	3	0	3
TR.DISOCIALES	16	4	20
TR.DE ANSIEDAD DE SEPARACION DE LA INFANCIA	1	0	1
OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO SOCIAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	0	2	2
ENURESIS NO ORGANICA	1	0	1
TARTAMUDEO (ESPASMOFEMIA)	2	0	2
TR.DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL DE LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA SIN ESPECIFICACION	0	1	1
ENFERMEDAD DE PARKINSON	1	0	1
EPILEPSIA	1	1	2
VIOLENCIA SEXUAL	2	0	2
EXAMEN PSIQUIATRICO GENERAL, SOLICITADO POR UNA AUTORIDAD	4	2	6
REHABILITACION DE ALCOHOLICOS	0	1	1
PSICOTERAPIA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	0	2	2
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ADAPTACION CULTURAL	0	1	1
PROBLEMAS RELACIONADOS CON HECHOS NEGATIVOS EN LA NIÑEZ	1	0	1
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SOBREPROTECCION DE LOS PADRES	2	1	3
PROBLEMAS DE RELACION ENTRE ESPOSOS Y PAREJA	4	4	8
PROBLEMAS RELACIONADOS CON PADRES O FAMILIA POLITICA	2	5	7
PROBLEMAS RELACIONADOS CON PRISION Y OTRO ENCARCELAMIENTO	1	0	1
CONSULTA PARA REPETICION DE RECETA	3	4	7
TOTAL	438	244	681

Tabla n° 42





12. Internación

En el mes de febrero se internó en la institución un total de 27 pacientes, que de acuerdo al tipo de consulta, diagnósticos y sexo tenemos:

12.1. Internaciones de acuerdo al género:

Genero	Tipo de consulta		Total
	Primera internación	Reingreso	
Masculino	6	12	18
Femenino	3	4	7
Totales	9	16	25

Tabla n° 43

12.2. Porcentaje de pacientes del servicio de internación por sexo

B.1 internaciones según grupos etareos:

Grupos etareos	Tipo de consulta		TOTAL
	Primera internación	Reingreso	
10 a 20 años	2	3	5
21 a 30 años	4	8	12
31 a 40 años	1	3	4
41 a 50 años	0	2	2
51 a + años	1	4	5
TOTAL	8	20	28

Tabla n° 44

B.2.internaciones según diagnóstico y tipo de ingreso:





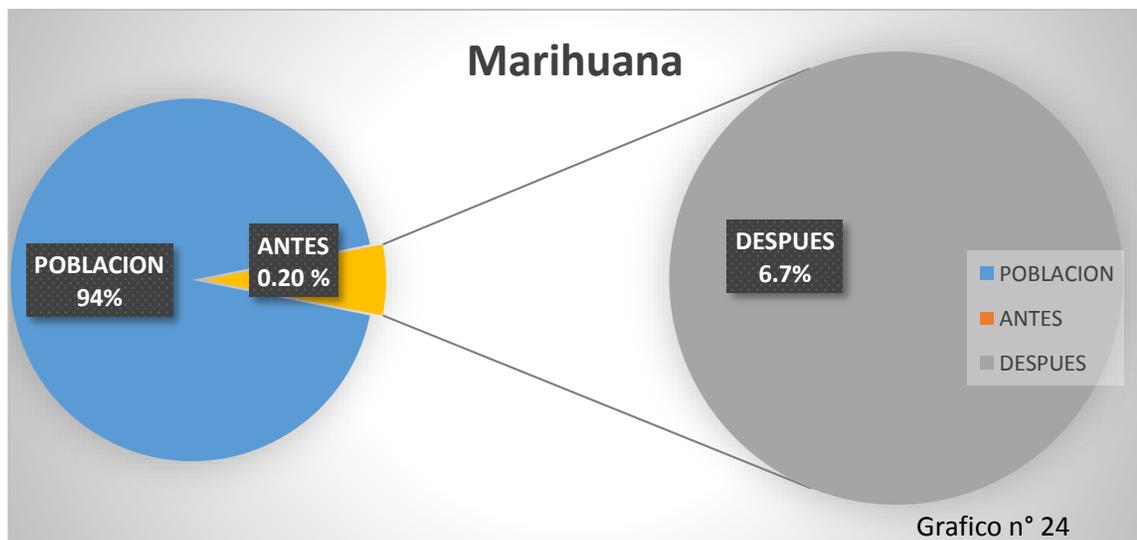
DIAGNOSTICO	primera	reconsulta	Total
DEMENCIA VASCULAR	1	0	1
TR.DE IDEAS DELIRANTES ORGANICO	1	1	2
TR.DEL HUMOR ORGANICO	1	1	2
INTOXICACION AGUDA POR ALCOHOL	1	0	1
TR.MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO DE ALCOHOL.INTOXICACION AGUDA NO COMPLICADA	0	1	1
SINDROME DE DEPENDENCIA ALCOHOL	3	2	5
SINDROME DE DEPENDENCIA A ALCOHOL	0	1	1
CONSUMO PERJUDICIAL DE THC	0	1	1
CONSUMO PERJUDICIAL MULTIPLES DROGAS	1	1	2
SINDROME DE DEPENDENCIA MULTIPLES DROGAS	0	1	1
ESQUIZOFRENIA	0	1	1
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	0	1	1
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	0	1	1
TR.PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS	1	0	1
EPISODIOS DEPRESIVOS	0	1	1
TR.DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE PERSONALIDAD	1	0	1
RETRASO MENTAL MODERADO	0	1	1
TR.HIPERCINETICO DISOCIAL	0	1	1
TR.DISOCIALES	0	2	2
TR.DISOCIAL EN NIÑOS NO SOCIALIZADOS	0	1	1
INTENTO DE SUICIDIO	1	0	1
TOTAL	11	18	29

Tabla n° 45

*Existe un mayor número de diagnósticos por existir pacientes con diagnóstico dual (Comorbilidad).

B.3. Internaciones según diagnóstico y sexo del paciente

En relación a la marihuana anteriores años el porcentaje era del 0.2% de la población, mientras que en la actualidad es de 6.7 %, lo que estadísticamente el consumo de esta sustancia se ha elevado de forma considerable y alarmante.





13. Conclusiones

Las principales víctimas de este problema son los jóvenes de 18 a 24 años. Muchas veces caen en las trampas de los expertos en el tráfico y venta de drogas, que se pueden encontrar en los: antros, discotecas, unidades educativas, tiendas, puestos y otro o simplemente lo hacen por intermediarios.

Capacidad del Proyecto

- 60 plazas

En la ciudad de Tarija, no existe un centro con las características clínicas, técnicas, administrativas y arquitectónicas adecuadas solo para el tratamiento de pacientes jóvenes varones drogodependientes.

Un ejemplo está el Hogar La Colmena, que siendo una institución religiosa, acoge a pacientes con antecedentes de uso indebido de drogas; que cuenta con una capacidad de solo 60 pacientes de todas las edades, siendo que la demanda exige un lugar más apropiado que abastezca a Tarija, por la falta de tratamiento clínico especializado.

El elevado índice estadístico del uso y abuso de drogas en los jóvenes, como de los efectos ocasionados en la persona y su entorno daños. Necesitando de un centro donde se pueda rehabilitar y reinsertarse en la sociedad, para solucionar los problemas que conlleva el abuso de las drogas.

Por la misma razón se es necesario un centro ideal proyectada de **60 plazas** tomando en cuenta modelos reales, por los siguientes aspectos: apoyo, calidez humana, tratamiento integral personalizado y especializado, confort, protección y seguridad.





Financiación de los servicios de salud mental

En forma estimada un 0,2 % de los gastos en atención de salud por parte del Ministerio de Salud y Deportes están dirigidos a la salud mental.

Por datos parciales de algunos hospitales la estimación como promedio por hospital psiquiátrico grande es de alrededor de 1, 000,000 (un millón) de bolivianos al año y de uno menor alrededor de 500,000 (quinientos mil) bolivianos al año.

El presupuesto de los Servicios de Salud del Sector Público se cubre de la siguiente manera; en promedio, entre:

- **45 a 50%** es cubierto por las **Prefecturas** de cada departamento, utilizándose en el pago de personal.
- El resto del presupuesto, especialmente el destinado al pago de servicios básicos y mantenimiento de la infraestructura es cubierto por cada **municipio (entre el 25 a 30%)**.
- El resto de las necesidades (**20 a 30%**) es cubierto por **Asociaciones Voluntarias**, ONG's, donaciones, convenios e iniciativas particulares de cada gerente del establecimiento.

En términos de accesibilidad de los servicios de salud mental, 31% de la población (población asegurada) tiene libre acceso (con coberturas de por lo menos 80% del precio de venta) a medicamentos psicotrópicos esenciales.

Para aquellos que tienen que pagar por sus medicamentos, el costo referencial de los medicamentos antipsicóticos es de 2.4 bolivianos por día (incluye haloperidol 5mg dos veces/día) y el costo de los medicamentos antidepresivos es de 6.53 bolivianos por día





(incluye amitriptilina 25 mg tres veces/día). Representando menor el costo de antipsicóticos que el de antidepresivos.

14. Políticas Sobre Derechos Humanos

Existe un organismo nacional para la vigilancia de los derechos humanos de la población en general, el Defensor del Pueblo que tiene como misión justamente el de defender los derechos de las personas frente a los servicios públicos, tanto estatales como privados; y proteger y promover los derechos humanos.

Sin embargo no está dentro de sus funciones y atribuciones el de supervisar e inspeccionar en los establecimientos de salud mental, así como imponer sanciones a aquellos establecimientos que cometieren violaciones continuas a los derechos humanos de los pacientes. Por lo que ningún hospital psiquiátrico u otro servicio de salud mental en el país han recibido o recibe alguna revisión o inspección para constatar el respeto de los derechos humanos de los pacientes.

Sección 2: Servicios de Salud Mental

El Ministerio de Salud y Deportes cuenta con un directorio nacional de los establecimientos de salud, donde se identifican los principales establecimientos especializados en salud mental, pero no detalla qué otros establecimientos de tercer o segundo nivel realizan consulta ambulatoria de salud mental o qué establecimientos cuentan con tratamiento diurno o con una Unidad de hospitalización psiquiátrica. Información que tampoco es registrada por el Sistema Nacional de Información en Salud.

Si bien en el 2001 se llegó a certificar 53 centros de tratamiento y rehabilitación de drogodependencias, no se tienen registrados y menos certificados a los





establecimientos que realizan tratamiento diurno, a residencias o albergues que existen para niños o personas adultas con trastornos mentales o que trabajen en prevención de la salud mental con poblaciones vulnerables.

Por lo que el presente trabajo constituye un primer mecanismo de identificación de estos establecimientos.

Capacitación de profesionales en salud mental

La cantidad de profesionales graduados el último año en instituciones académicas y educativas por cada 100,000 habitantes es el siguiente: 0.06 psiquiatras, 4.8 enfermeros 10.88 médicos generales (no especializados en psiquiatría).

Existe un significativo menor número de enfermeros formados en relación al número de médicos por preferir el nivel técnico de auxiliar de enfermería que el de licenciatura en enfermería.

No existe ningún enfermero, psicólogo, trabajador social terapeuta ocupacional u otro personal en salud con por lo menos 1 año de capacitación específica en atención de salud mental.

15. PDM Objetivos Estratégicos

Área de Salud

- Mejorar la calidad de la atención en salud privilegiando a los grupos poblacionales más débiles, a la población de menores ingresos y a las familias más necesitadas.





- Ampliar e impulsar la atención principalmente de carácter preventiva y la atención curativa de la población tarijeña, priorizando la atención de la niñez y la mujer, en pos de un sano desarrollo físico y psíquico.
- Contar con una red de salud de primer y segundo nivel, con infraestructura de salud y equipamiento de calidad para todos los centros, que permitan una atención de calidad y la disminución de los indicadores de salud, en beneficio de la población tarijeña.

16. Recursos Municipales

Recursos Económicos

a) De los Ingresos Municipales

Los ingresos municipales provienen de distintas fuentes, y se agrupan en Ingresos Corrientes e Ingresos de Capital, los cuales tiene las siguientes fuentes:

b) Los Ingresos Corrientes, provienen de:

1. **Recursos Tributarios**, que son básicamente los impuestos a la propiedad de bienes inmuebles y automotores, y la transferencia de los inmuebles y automotores.
2. **Recursos No Tributarios**, como son las Tasa y Patentes Municipales
3. **Coparticipación Tributaria**, correspondiente a las transferencias que realiza el Tesoro General de la Nación como el IDH.





c) **Los Ingresos de Capital**, que provienen de:

1. **La Venta de Activos** que posee el Municipio

2. **Las Donaciones** realizadas por Gobiernos Amigos, Instituciones Internacionales y/o Nacionales, Personas, etc.

3. **Transferencias de Capital**, realizadas por el sector público financiero y no financiero, y de la Prefectura del Departamento

PRESUPUESTO DE RECURSOS POR GESTIONES

DESCRPCIÓN	GESTIÓN 2010	GESTIÓN 2011	GESTIÓN 2012	GESTIÓN 2013	GESTIÓN 2014	TOTAL
REC. PROPIOS	72,579,262.00	106,688,451.00	109,935,913.00	119,411,518.73	126,687,117.56	535,302,262.29
REC. COP. TRIBUTARIA	96,356,678.00	127,990,955.00	166,607,409.00	202,216,854.84	196,530,083.28	789,701,980.12
REC. IDH	248,940,308.00	329,738,488.00	460,580,170.00	641,448,091.38	620,861,368.40	2,301,568,425.78
REC. HIPC II	11,152,959.00	13,556,610.00	16,958,937.00	13,036,417.20	12,074,817.83	66,779,741.03
REC. EXTERNOS	13,651,957.00	34,201,750.00	46,974,202.87	75,958,864.80	62,557,343.37	233,344,118.04
T O T A L	442,681,164.00	612,176,254.00	801,056,631.87	1,052,071,746.95	1,018,710,730.44	3,926,696,527.26

* Gestión 2014 hasta 30/04/2014

Tabla n° 46

a. De los Egresos Municipales

La ejecución de los egreso en el último quinquenio muestra el grado de eficiencia y eficacia del Gobierno Municipal, dada la programación del uso de los recursos, como el uso de estos. Se debe distinguir entre:

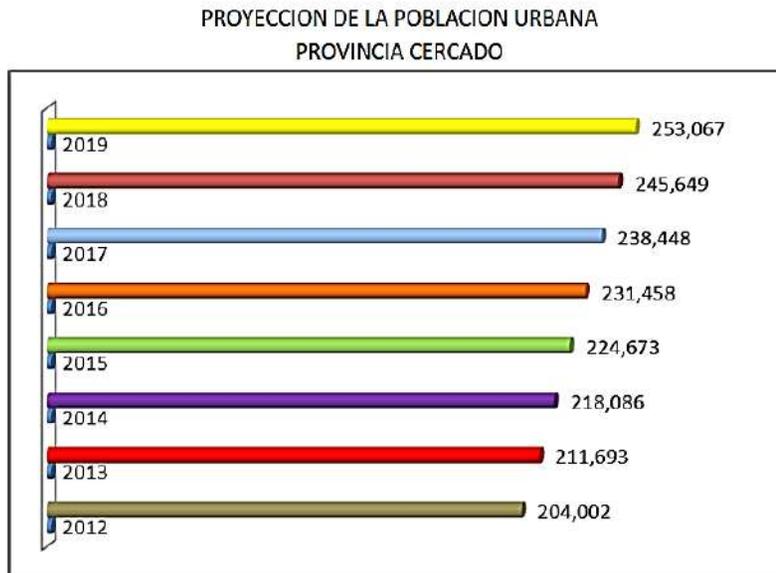
- Recursos programados para el funcionamiento,
- Recursos para la realización de inversiones y





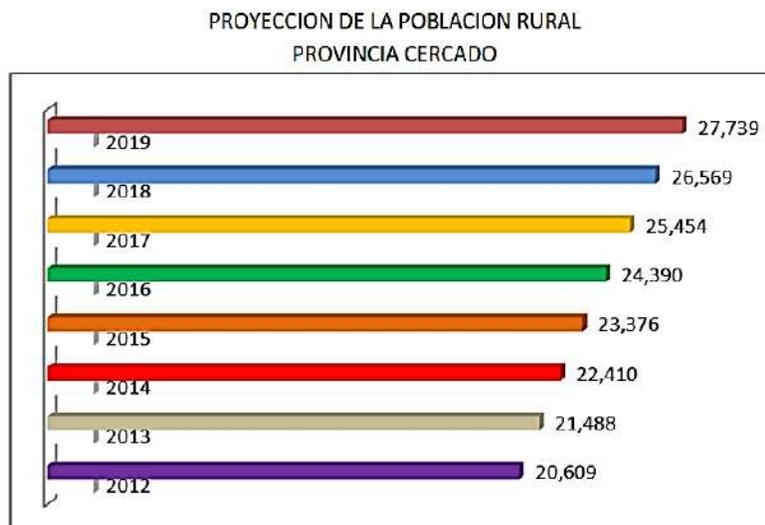
- Recursos destinados al servicio de la deuda pública del Municipio.

El siguiente grafico muestra la proyección del crecimiento poblacional desde el censo de 2012, hasta el año 2019, aspecto fundamental en la formulación de del PDM, en las áreas urbana y rural:



Fuente INE Censo 2012

Grafico n° 25



Fuente INE Censo 2012

Grafico n° 26





Propuesta De Desarrollo Estratégico

Lograr el desarrollo de una región, implica la transformación o cambios en una serie de variables socioeconómicas, que modifican las condiciones de vida de la población que habita en ese espacio territorial, en este sentido la transformación continua de la Provincia Cercado y la ciudad de Tarija, en pos de lograr la Visión para el quinquenio 2015 - 2019, nos lleva a proponer políticas que marquen y definan el accionar del Gobierno Municipal.

Área de Salud

1) Mejorar las condiciones de atención y prestación de servicios de salud, a través de la ejecución de programas y proyectos de construcción y mejoramiento de infraestructura de los primeros y segundos niveles de salud, su equipamiento y dotación de instrumental moderno y de alta tecnología, así como la capacitación constante de los recursos humanos responsables en las distintas áreas y especialidades.

2) Acorde con los nuevos programas y parámetros de la OPS, el Gobierno Municipal va a promover el desarrollo programas y proyectos de medicina preventiva, privilegiando la atención a sectores de la población de menores ingresos y a las familias más necesitadas, y de acuerdo a las políticas nacionales de género y generacionales, dando preferencia y énfasis en la niñez, la mujer y las personas de la tercera edad.

Área de Salud

Construcción y equipamiento de la Infraestructura de salud, acorde a las necesidades de cada distrito y al crecimiento de la población:





- Formulación y ejecución de programas y proyectos de infraestructura de salud, dotación y equipamiento de los centros de salud, refacción y cambio de mobiliario, actualización tecnológica, etc. de acuerdo a los requerimientos de los centros de salud y los hospitales de segundo nivel en coordinación con los representantes poblacionales por distrito y/o barrio.

Búsqueda de financiamiento o cofinanciamiento para la ejecución de los programas y proyectos solicitados y jerarquizados por las instancias de acuerdo a la ley Marco de Autonomías

- Apoyo a los programas de salud existentes y a la ejecución de campañas de salud, en pos de mejorar los indicadores actuales de salud, dando especial énfasis a la atención del binomio madre niño
- Fortalecimiento de los directorios locales de salud, responsables del seguimiento y control de la ejecución de los programas y proyectos en salud, como también por parte de los interesados, agrupaciones sociales reconocidas por el municipio, en coordinación con la oficialía respectiva.

7. Análisis De La Temática A Nivel Universal

7.1 Estudio De Modelos Reales





Centro Psiquiátrico Friedrichshafen / Huber Staudt Architekten



Arquitectos Huber Staudt Architekten

Ubicación Röntgenstraße 8, 88048 Friedrichshafen, Germany

Equipo de Diseño

Julian Arons, Magdalena Falska, António Henriques, Christian Huber, Leander Moons,
Jördis Petzold, Joachim Staudt, Sofia Theodorou

Área 3274.0 sqm Año Proyecto 2011





Imagen n° 30

El nuevo centro psiquiátrico se encuentra integrado en el campus del Hospital de Friedrichshafen y sigue la pendiente pintoresca y natural de la colina hacia el lago Constanza. El edificio encierra un patio verde de grandes dimensiones y aprovecha el contorno de la ladera tipológicamente, proporcionando entradas en dos niveles distintos. Un puente de gran luz estructural enmarca la generosa vista al paisaje ondulado, y ayuda a enfatizar la pendiente natural, incluso dentro del patio protegido.

El centro psiquiátrico puede ser fácilmente percibido desde el paisaje al tiempo que permite unas hermosas vistas de la campiña desde dentro. Grandes salas de terapia centrales, con acceso directo al jardín de los pacientes, están dispuestas en la planta baja al aprovechar las posibilidades de iluminación natural a lo largo de la pendiente.

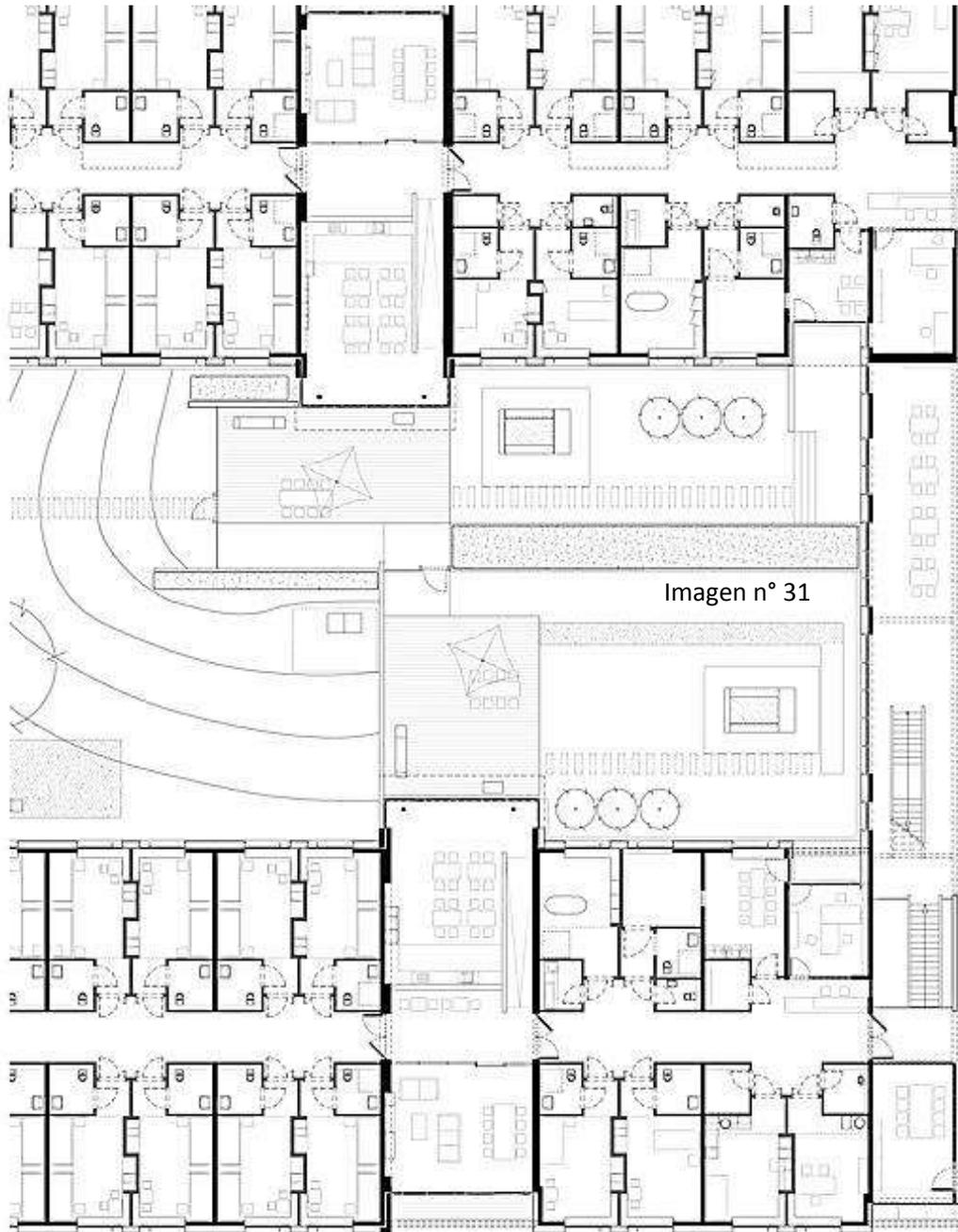
El edificio principal del hospital, construido en la década de 1960, domina el terreno extenso del campus. Los edificios adyacentes tanto del jardín de infantes como los de vivienda se relacionan de manera ortogonal con el hospital. La propuesta de ampliación del campus a través del Centro Materno Infantil, el Centro Médico y el Centro de Radioterapia enfatizan el carácter peatonal del campus en su orientación. El nuevo Centro Psiquiátrico se organiza como una figura significativa en este sistema. La zona de entrada entre la nueva construcción y el hospital existente proporciona un





alto nivel de equipamiento e invita a los pacientes, visitantes y empleados del hospital a la relajación.

Los dos materiales, hormigón visto y madera sin tratar, dominan las superficies del edificio tanto interna como externamente. El hormigón se trata de manera sofisticada: grandes superficies horizontales de hormigón marcadas por los paneles, y elementos





prefabricados lineales horizontales finos, correspondientes con las aletas verticales del revestimiento de madera.

El revestimiento de madera está hecho de abeto sin tratar, como referencia a la tradición local de la construcción, particularmente en la región cercana de Vorarlberg, en Austria. El revestimiento vertical, compuesto por perfiles de madera sin tratar, presta al edificio una apariencia de aire y apertura a través de su transparencia.



Imagen n° 32

Ubicación para ser utilizado sólo como referencia.

Argentina - Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía

Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía fue fundado en el año 1941 por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, cuyo origen se remonta al siglo XVI, y está presente en 51 países de los cinco continentes. En su origen el Hospital estuvo dedicado a los pacientes con parálisis neurolomotora, pero a partir de la década del 70 fue ampliando la oferta de servicios hasta convertirse en un Hospital General de Agudos, respondiendo a los nuevos desafíos que el entorno solicitaba y que la misma Orden acompañaba.





Es un hospital de confesionalidad Católica, con gestión privada sin fines de lucro. Su presencia se enmarca en la filosofía de los Hermanos Hospitalarios, filosofía legada por el fundador San Juan de Dios. Como todos los hospitales de la Orden, este centro tiene un carácter profundamente humanitario en todas las facetas de su actividad, en búsqueda constante de humanizar la atención hospitalaria.

Ha sido reconocido como Entidad de Bien Público por el decreto Nro. 437/70 del Municipio de La Matanza, y certificado en Norma ISO 9001 2008 y acreditado por ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de los Establecimientos de Salud). Además, como Centro Docente, el Hospital está adherido a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en la Carrera de Especialista en Medicina Interna y la Residencia de Clínica Médica. Recientemente se ha incorporado la Residencia en Cirugía. A partir del 2012 es campo de práctica para los alumnos de la Escuela de Enfermería OHSJD - USAL, que funciona en el mismo predio.

- **Política de Calidad de la Casa:** Prestamos servicios de salud seguros, que satisfagan las necesidades de nuestros clientes con un grupo de colaboradores comprometidos con los pacientes y su bienestar. Cumplimos con los requisitos legales aplicables al sector salud y mejoramos continuamente los procesos de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad.

Nuestros Servicios

- Superficie de 29.000 m², distribuidos en un edificio principal de 5 plantas y locales anexos de consultorios, rehabilitación ambulatoria, área de servicios y esparcimiento y estacionamiento.
- Entorno natural rodeado de jardines y espacios verdes que hacen más placentera la visita y permanencia del paciente.
- Guardia las 24 horas los 365 días del año, con apoyo permanente de Servicios de Diagnóstico.





- Servicio de Internaciones en habitaciones individuales y suites.
- 7 Quirófanos
- Servicio de Hemodinámica
- Consultorios externos para la atención de todas las especialidades médicas.



- Cuidados Intensivos Adultos y Unidad Coronaria
- Centro Obstétrico
- Terapia Intensiva Neonatal

Imagen n° 33

- Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
- Servicio de Laboratorio y Biología Molecular.
- Medicina Nuclear
- Comité de Bioética Hospitalario Acreditado

Servicio de Pastoral y Voluntariado, que brinda la atención espiritual y religiosa de los pacientes, familia, colaboradores y la comunidad en general. Celebración diaria de la Santa Misa en la Capilla del Hospital.



Imagen n° 34





La Paz - Bolivia

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios fue fundado el 17 de enero del 2006 a solicitud del Estado Plurinacional de Bolivia. Es un establecimiento de convenio entre el Gobierno y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, cuya administración está a cargo de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental tiene la capacidad de 160 camas para su internación de ambos sexos.



Imagen n° 35

Clasificación

Servicios residenciales para personas con trastornos mentales .

OBJETIVOS

- Brindar servicios de Rehabilitación y Salud Mental con un abordaje interdisciplinario
- Fortalecer las actividades académicas y científicas en la Salud Mental.
- Capacitar a los profesionales que se especialicen en el ámbito de la Salud Mental.





Nuestros Beneficiarios

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios ofrece sus servicios a la población en general con la finalidad de mejorar la calidad de vida de quienes padecen un trastorno mental.

Nuestros Benefactores

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios es una obra sin fines de lucro y que se sustenta gracias a la colaboración de empresas y gente de la sociedad civil. Su cuenta esta en el Banco Mercantil Santa Cruz.



Imagen n° 36

Infraestructura Y Servicios

- 5 comunidades terapéuticas para su internación:
 - Comunidad Terapéutica de Agudos Varones
 - Comunidad Terapéutica de Agudos Mujeres
 - Comunidad Terapéutica Larga Estancia I
 - Comunidad Terapéutica Larga Estancia II
 - Comunidad Terapéutica de Adicciones

- **Área administrativa**
 - Consultorios externos
 - Psicología
 - Terapia Familiar
 - Terapia de Pareja





- Terapia Grupal
- Terapia individual
- Neurología
- Neuropsicología
- Electroencefalograma
- Psiquiatría
- Odontología
- Nutrición
- Trabajo Social
- Medicina Interna
- Pastoral de la Salud
- Farmacia

- Atención Terapéutica Integral
- Casa de la Comunidad de Hermanos
- Cocina
- Lavandería
- Almacén
- Cafetería



Imagen n° 37

6. Modelo Adecuado

Bolivia – Cochabamba

El Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios", es un Centro Hospitalario perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Provincia San Juan de Avila, denominada también jurídicamente como Provincia Sudamericana Meridional.





El Instituto Psiquiátrico está ubicado en la ciudad de Cochabamba (Bolivia).

Con fecha 16 de septiembre de 1952 y por Resolución Ministerial N° 072 (35), el Gobierno de Bolivia autoriza la apertura de una Clínica de Reposo y Neuropsiquiatría en la Región de Cala - Cala.

Otra Resolución Ministerial, N° 317, con fecha 23 de febrero de 1953, se ratifica en todas sus partes la Resolución Suprema del 16 de septiembre de 1952, y se autoriza el traslado de la Clínica a la Región de Sumumpaya.

La licencia eclesiástica para establecer una Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios en Cochabamba tiene la data del 10 de septiembre de 1951. Licencia que fue ratificada el 8 de marzo de 1954.

La Clínica comenzó a funcionar con el nombre de Clínica de los Remedios, titulación cambiada el año 1982 por la actual de Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios", cuando la Clínica dejó de ser Centro Privado y comenzó por convenio con el Gobierno a atender a los enfermos estatales pertenecientes a los Departamentos de Cochabamba, Oruro y La Paz, dando comienzo de esta manera a la regionalización de la psiquiatría en Bolivia. Actualmente, se considera un Hospital Universitario.

Clasificación

Servicios residenciales o residenciales y diurnos para personas con trastornos mentales.

Nuestras Instalaciones





El Instituto Psiquiátrico "San Juan de Dios", cuenta con las siguientes Unidades de Internación y Servicios

- **Unidad de Recepción**
Información, Dirección Gerencial y Médica, Sector de Administración, zona de consultorios externos, Farmacia y Laboratorio, Sala de Reuniones y Pastoral
- **Unidad de Ingresos Varones**
Con capacidad para 20 camas
- **Unidad de Ingresos e Intermedios Mujeres**
Con capacidad para 30 camas
- **Unidad de Intermedios Varones**
Con capacidad de internación para 40 enfermos
- **Unidad de Larga Estancia**
Está Unidad es doble, sector varones y sector mujeres, tiene una capacidad total de 80 camas.
- **Unidad de Drogodependientes y Alcohólicos**
Con capacidad de 40 camas en sus dos secciones.
- **Unidad de Cocina y lavandería**
Se trata de locales debidamente acondicionados para sus objetivos y de adecuada funcionalidad. Está Unidad cuenta con almacenes generales, de alimentación y de ropería.
- **Unidad de Terapia Ocupacional**
Se divide en diversos sectores para atender a los diferentes requerimientos de ocupación según las capacidades y habilidades de los enfermos; existen otros servicios como ser. Taller de Carpintería y pintura; bordado didáctico; peluquería; gimnasio, etc.
- **Unidad de Cafetería y Teatro**





- **Capilla**

Para alimentar y favorecer el espíritu religioso y católico que anima al Instituto Psiquiátrico.

Modalidades asistenciales

- Consulta Externa
- Terapias individuales, de pareja , de grupo y familia
- Hospital parcial de día
- Hospitalización (internación) 3er. Nivel

Nuestros servicios

Los Servicios y Especialidades que el Centro brinda a los pacientes están adecuados a las necesidades que tienen los mismos:

- Psiquiatría
- Psicología
- Fisioterapia

- Servicio Religioso (Pastoral)
- Neurología



Imagen n° 38





- Terapia Ocupacional
- Odontología
- Educación Física

- Laboratorio Clínico
- Médico General
- Enfermería
- Escuela Terapéutica



Imagen n° 39

Actividades

Jornadas para la comunidad:

En el Taller de Terapia Ocupacional se realizan las siguientes actividades.

- Taller de carpintería y pintura
- Cerámica
- Didáctica

- Corte y confección
- Paseos, excursiones terapéuticas
- Serigrafía

- Peluquería
- Bordados
- Gimnasio



Imagen n° 40



Imagen n° 41





ANÁLISIS DEL TEMA A NIVEL LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL

a) ANÁLISIS URBANO

1. ÁMBITO REGIONAL

1.1.Ubicación Geográfica.

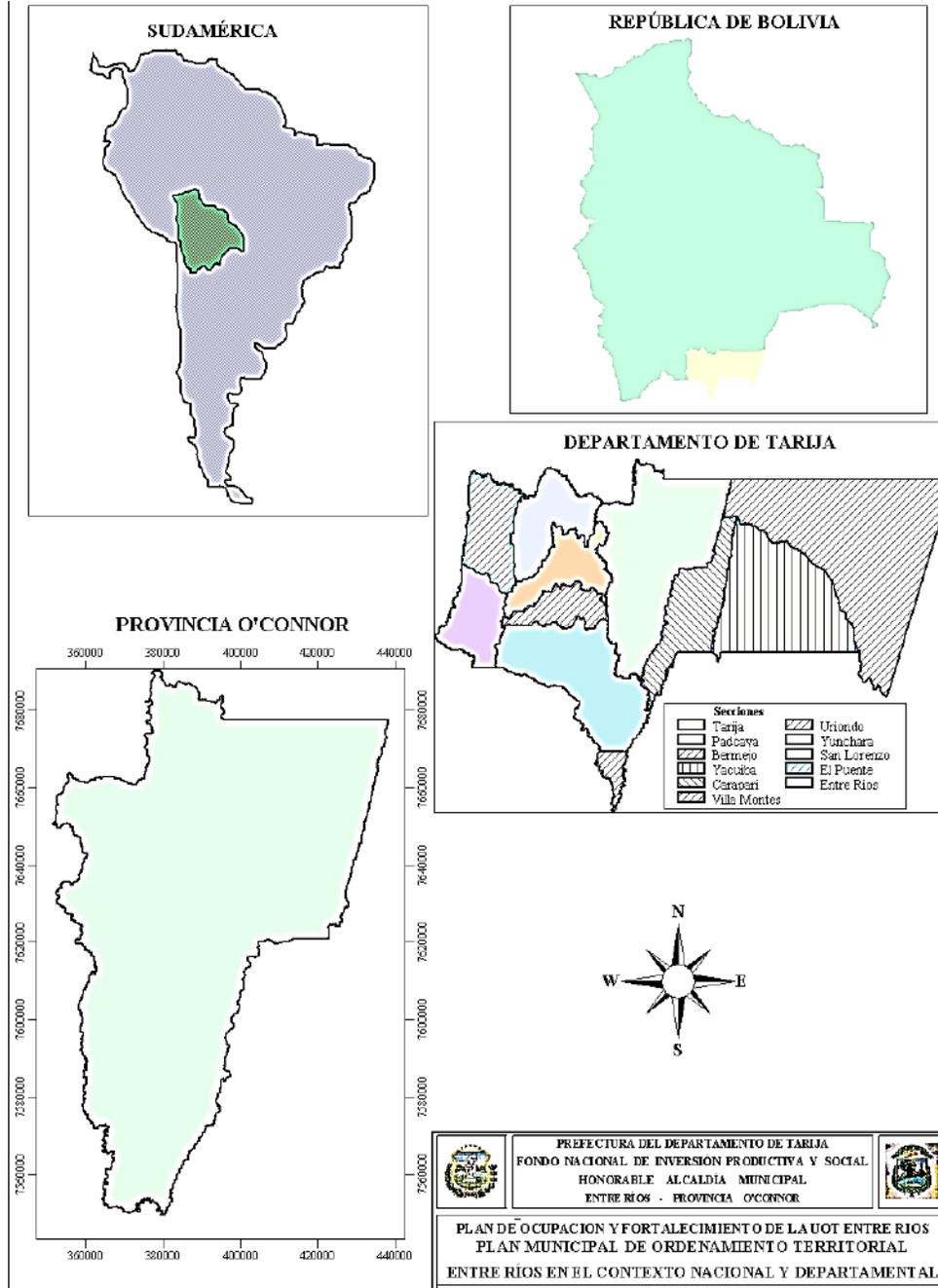


Imagen n° 42





El Municipio de Entre Ríos, pertenece a la Provincia O’ Connor del Departamento de Tarija, siendo de esta su Primera y única Sección Municipal.

- **Latitud y longitud.**

Geográficamente el Municipio de Entre Ríos se encuentra ubicado entre las coordenadas 20° 51’ 57’’ y 21° 56’ 51’’ de latitud sud, 63° 40’ 23’’ y 64° 25’ 6’’ de longitud oeste, en la parte central del Departamento de Tarija.

- **Límites territoriales.**

El Municipio está ubicado en la parte central del Departamento de Tarija, limitando al norte con el Departamento de Chuquisaca, al Sud y al Este con la Provincia Gran Chaco, al Oeste con la Provincia Cercado, hacia el Noroeste con la Provincia Méndez y hacia el Sudoeste con las Provincias Avilés y Arce.

- **Extensión.**

El territorio del Municipio de Entre Ríos comprende una extensión territorial de 6.406 km² aproximadamente, que representa el 17,2% de la superficie departamental y el 0,58% del territorio nacional.

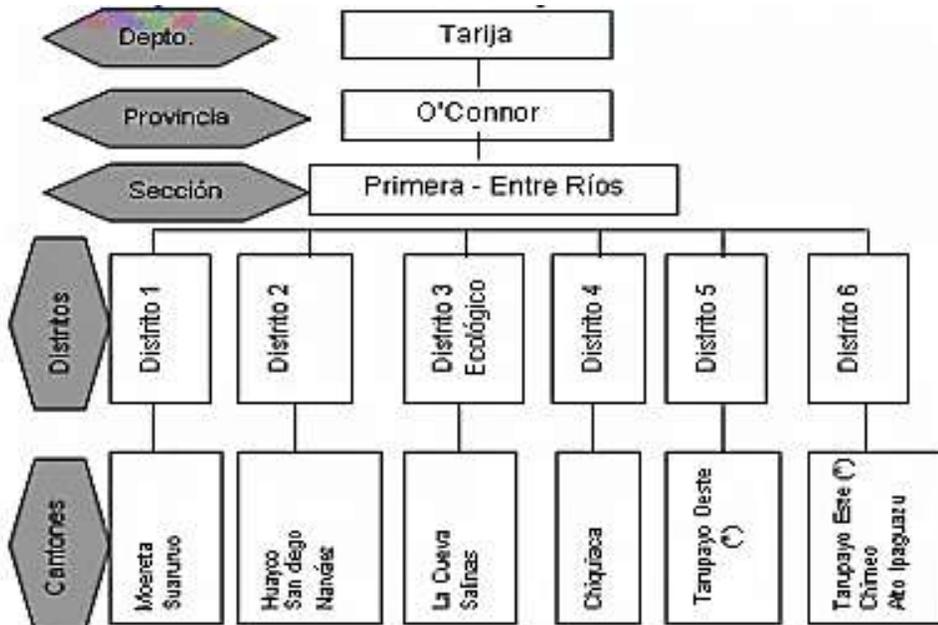
Datos que fueron proporcionados por Zonisig APDS

1.2.Organización política administrativa.





Estructura de la organización política:



Fuente: Diagnóstico comunal CCEDSE Srl. 20

Grafico n° 26

El Cantón Tarupayo con la Distritación fue dividido en 2 (oeste y este).

Para el año 2000 la jurisdicción territorial del Municipio de Entre Ríos, políticamente contaba con 11 Cantones con reconocimiento legal, 93 comunidades rurales, de las cuales 28 de ellas eran reconocidas como Guaraníes.

Actualmente (2008) se mantiene el número de los 11 cantones, existen 103 comunidades legalmente reconocidas, de los cuales 36 son comunidades de la Asamblea del Pueblo Guaraní – Región Itika Guasu.





Cuadro No.1: Superficie/ Distrito Municipal

Distritos municipales	Superficie en Km 2
Distrito 1	549.20
Distrito 2	1001.50
Distrito 3 Ecológico	1158.58
Distrito 4	1226.33
Distrito 5	904.10
Distrito 6 (Indígena)	1566.29
TOTAL	6406.00

Fuente: Elab. Propia, con datos PDM 2001 - Zonisig APDS (Tarija, abril/01)

Tabla n° 46

Gráfico No. 1 Superficie Municipal/ Distrito en %

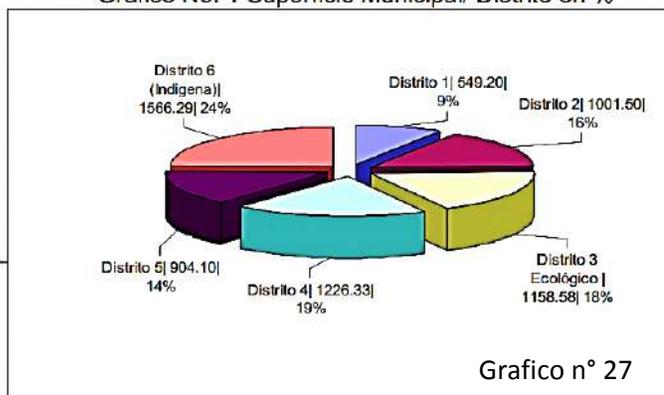


Gráfico n° 27

Sin embargo, es necesario aclarar que si bien la Distritación definió como Distrito Indígena al Distrito 6, en los hechos, las comunidades indígenas también se encuentran en el Distrito 5, por lo que, al momento de este diagnóstico (2008), la consolidación de los distritos municipales no fue posible, en los términos con los que fue creado los distritos “los cuales tendrán que constituirse en unidades administrativas y de ejecución descentralizada e integradas territorialmente”

El Distrito 3, tiene un área de 1158,58 Km y representa el 18% del Municipio, gran parte de este territorio pertenece a la Reserva Nacional de Flora y Fauna de Tariquía, reserva que tiene rango de Ley de la República No. 1328 de 23 de abril de 1992. Esta Reserva Nacional comprende las comunidades de la Provincia O'Connor, Aniceto Arce, Gran Chaco y Avilés.

1.3.Población de Tarija

El 67% de la población es del área urbana.





Por otro lado, sobre la documentación personal, el 2012 unas 63.613 personas no tenían cédula de identidad, 418.553 sí. Por otro lado, sólo 470.643 estaban inscritos al registro cívico y 11.553 no.

Población actual: 553.000 habitantes censo 2017 más del 10% respecto al 2012.

Índice de crecimiento: 1.86 %

Municipio	Personas
Cercado	247.00
Pactaya	19.000
Bermejo	39.000
Yacuiba	101.000
Caraparí	17.000
Villa Montes	48.000
Uriondo	16.000
Yunchará	16.000
San Lorenzo	26.000
El Puente	12.000
Entre Ríos	24.000

Tabla n° 48

Distritos, Cantones, comunidades y centros poblados.

Debemos dejar claramente establecido que los Distritos Municipales, son estructuras que corresponde a la estructura municipal. Y que los cantones corresponden a la estructura política administrativa, sin embargo en estas condiciones se ha logrado consolidar los distritos en base a los cantones y sus comunidades, aunque en algún caso no siempre se lo ha respetado. Del cuadro No. 2 se puede establecer:





Actualmente el municipio de Entre Ríos de la Provincia O’Connor cuenta con 6 Distritos, 11 Cantones y 105 comunidades.

Si bien solo el Distrito 6, es considerado como Distrito Indígena, sin embargo el 50% de las comunidades del Distrito No. 5, son poblaciones indígenas guaraníes (Agua Rica, Potrerillos, Mokomokal, Saladito de Ñaurenda, Ñaurenda, Tomatirenda, Yukiporo, Timboy y Agua Buena Yukupita). Como también en el Distrito Indígena 6, de las 30 comunidades 7 son campesinas. Lo cual implica que el Distrito 5 y 6 tiene características organizativas de las comunidades Guaraníes y campesinas. Con este propósito se muestra el cuadro No. 3 de la organización de la Asamblea del Pueblo Guaraní región Itika Guasu.

La estructuración de los Distritos Municipales ha desestructurado los cantones y los pueblos indígenas, Ejemplo de ello es la comunidad del Puesto que pertenece al Cantón

Moreta, pero que sin embargo es la única comunidad que forma parte el Distrito III, a diferencia de las demás comunidades del Cantón que forman parte del Distrito I, mucho peor el caso de los pueblos de la región Itika Guasu.

Distritos	Cantones	No	Comunidades
Distrito 1	Moreta	1	Entre Ríos (area urbana)
		2	El Baden
		3	Moreta
		4	Pajonal
		5	Las Lomas
		6	Alambrado
		7	Los Naranjos
		8	Valle del Medio
		9	Serere Sud
		10	Serere Limal
		11	Baizal
		12	Banda Mealla
		13	Alto Meleadero
		14	Buena Vista
Distrito 2	Suaruro	1	Suaruro
		2	Trancas
		3	San Francisco
		4	Acheral (*) (Trampita de Ñaurenda)
		5	Cañadas
		6	Bereti
		7	Tacuarandy
Distrito 2	Huayco	1	San Josecito Centro
		2	San Josecito Norte
		3	El Tunal
		4	Huayco Hacienda
		5	El Pescado
		6	Huayco Centro Aserradero
	San Diego	1	Sivingal
		2	Potrerros
		3	Rodelajitas
		4	Santa Lucia
		5	San Diego Sud
		6	San Diego
	Narvaez	2	Narvaez Centro
		3	Piedra Larga
		4	Canaleta
5		Gareca	

Distritos	Cantones	No	Comunidades
Distrito 5	Tarupayo Oeste	1	San Simón
		2	Taquillos
		3	Lajitas
		4	Saladito Centro
		5	Agua Rica (**)
		6	Potrerillos (* *)
		7	Medio Cañón
		8	Timboy (Itayuro) (**)
		9	Agua Buena Caldera
		10	Philadelphia
		11	Mokomokal (*)
		12	Saladito de Naurenda (*)
		13	Naurenda (*)
		14	Tomatirenda (*)
		15	Morteritos
		16	Yukiporo (*)
		17	Agua Buena Yukupita(*)
		18	Machigua
		19	Serere Norte





Distrito 2	Huayco	1	San Josecito Centro
		2	San Josecito Norte
		3	El Tunal
		4	Huayco Hacienda
		5	El Pescado
		6	Huayco Centro Aserradero
	San Diego	1	Sivingal
		2	Potrereros
		3	Rodelajitas
		4	Santa Lucia
		5	San Diego Sud
		6	San Diego
	Narvaez	2	Narvaez Centro
		3	Piedra Larga
		4	Canaleta
5		Gareca	
6		San Diego	
Distrito 3 Ecológico	La Cueva	1	El Puesto
		2	Huayco el Tigre
		3	Río la Sal
		4	San Antonio
		5	Fuerte Santiago
		6	CAPUCOL (Cañuelas, Colmena, Pucará)
	Salinas	1	La Mision, Sta. Clara, Lagunillas y Los Campos
		2	Vallecito Marquez
		3	Chiquiaca Norte
		4	Chiquiaca Centro
Distrito 4	Chiquiaca	3	Vallecito los Lapachos
		4	Chajillas
		5	Saykan
		6	Soledad Centro
		7	Loma Alta
		8	Pampa Redonda

Tabla n° 50

Distrito 6	Tarupayu Este	1	Tambo Tarupayo
		2	Salado Grande(**)
		3	Suarurito (*)
		4	Tentapiao (**)
		5	Tentaguazo (*)
		6	Ibopeti (**)
		7	Yukimbia (*)
		8	Naguanarendo (**)
		9	Cahuarina (*)
		10	Supitin
		11	Fuerte Viejo (Las Huertas) (**)
		12	Casa de Piedra (*)
		13	Yukimbia (*)
		14	Irenda (Karindi) (*)
		15	Yuati Itahuazuti
		16	Chalana Vieja (*)
	Alto Ipaguazú	1	Alto Ipaguazu (**) (Moboipitarendo)
		1	Chimeo (*)
	Chimeo	2	Lagunitas Tabareva (**)
		3	Palos Blancos (**) (Iguarati)
		4	Alto los Zarsos (*)
		5	Zapaterambia (Puerto Margarita) (*)
		6	Kumandaroti (*)
		7	Itaparara (*)
		8	Yuati (*)
		9	Arenal (*)
		10	Ivoca- Villa Mercedes

2. DELIMITACION DE LA ZONA DE ESTUDIO

2.1. Justificación de la delimitación

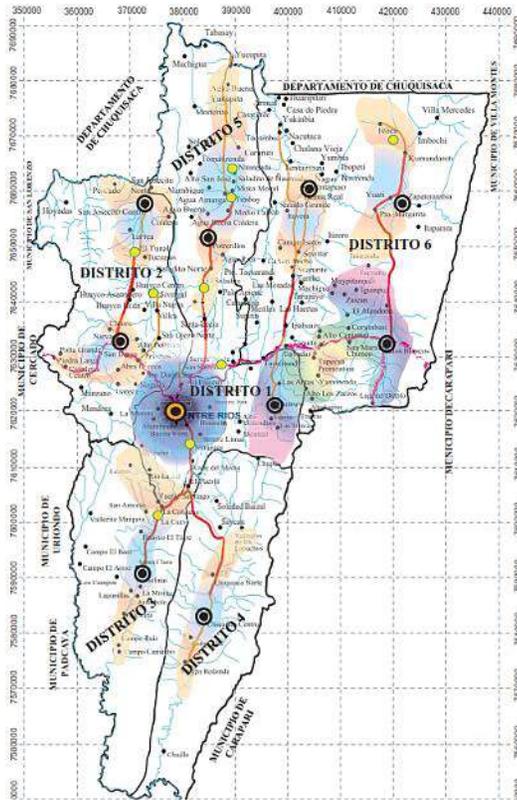
La provincia de Entre Ríos se encuentra ubicada en el centro del departamento de Tarija siendo uno de los conectores entre los diferentes departamentos y provincias como Cercado, Méndez, Gran Chaco.

- **Límites físicos**





“CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA DROGODEPENDIENTES EN ENTRE RÍOS - TARIJA”

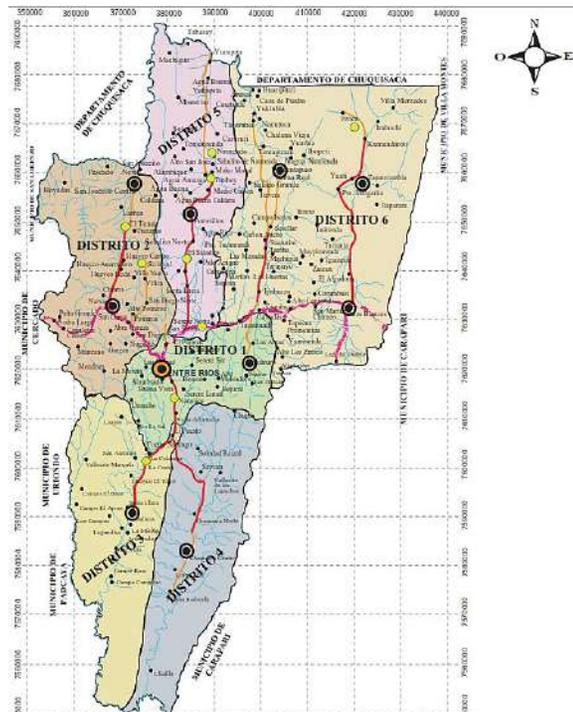


REFERENCIAS Y SIMBOLOGÍA:	
	Centro Poblado Primario
	Centro Poblado Secundario
	Centro Poblado Terciario
	Camino Principal (ripio)
	Camino Secundario (ripio)
	Camino Secundario (tierra)
	Ríos y Quebradas

MAPA No. 5
Jerarquización y Areas de
Influencia por Centros Poblados

Nota: Los mapas son solo referenciales (no oficiales)

- **Límites administrativos**





3. ASPECTOS SOCIO-ECONÓMICOS Y POLÍTICOS

El sistema económico municipal básicamente está compuesto de los siguientes sectores: agrícola, pecuario y forestal y con menor incidencia los sectores de: caza, pesca, recolección, artesanía, micro empresarial, minero, comercio y turismo.

Cada sector en forma variada contribuye el movimiento económico del municipio, los que participan con mayores aportes son el sector agrícola, pecuario, forestal y minero, en cambio los demás sectores como turismo, caza y pesca, son difíciles de estimar porque son actividades irregulares y poco constantes.

3.1. Características sociales y políticas de la población

a) Aspectos demográficos – población y proyecciones

La Provincia O’ Connor está conformada por una sección Municipal, cuenta con once Cantones legalmente reconocidos y con seis Distritos Municipales; estos últimos creados mediante Ordenanza Municipal N° 28/2000.

El Ajuste al Plan de Desarrollo Municipal 2001, planteo una proyección en base al Censo 1992 con una tasa de crecimiento anual de 1,06 anual, lo cual implicó una población de 21304 habitantes. Sin embargo el Censo llevado adelante en el mes de septiembre del 2001 (el mismo año) concluye que el municipio alcanza una población de 19339 habitantes y que la tasa de crecimiento anual es de 0,92.

Análisis histórico y proyección del comportamiento poblacional del Municipio.





A continuación se muestra en gráficos el comportamiento histórico poblacional del municipio, así como una proyección para el quinquenio (2008-2012);

Comportamiento poblacional histórico proyectado hasta el 2012

El Distrito con mayor población es el Distrito 1, seguido del Distrito 6 y el Distrito 2; los que menor población tienen son el Distrito Ecológico 3 y Distrito 4.

b) Total de proyección 2032

Total proyección al 2032			
Municipio	Año	Mes máx.	Día Grafico n° 29
Año		Nov./ dic	Máximo
Entre Rio 2032	5025 hab.	301 hab.	26 hab.
N° de turistas			
Entre Ríos 2032	18.558	1688	78 turistas
Sub. Total			104
Paquetes extras			28
Total			132 hab.

Tabla n° 51

Identificación de estratos socioeconómicos.





El Plan de Desarrollo Municipal

Ajustado 2001, muestra que el Municipio de Entre Ríos es esencialmente “Joven”, ya que agregados el grupo etareo de 0 a 5 años y de 6 a 15 años, llegan al 48%

(Solo tomando en cuenta 15 años).

Gráfico No. 12: Población por grupos etareos proyectado el 2001.

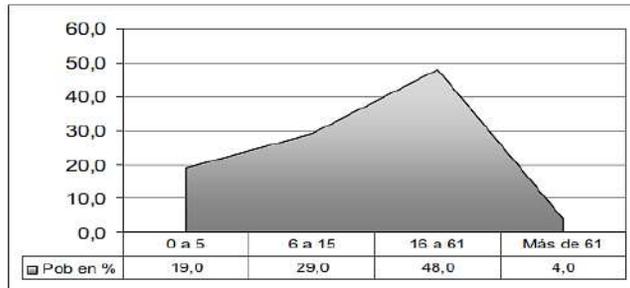


Gráfico n° 29

Para la gestión 2008 la presencia juvenil es aún más notoria, como se muestra en el siguiente gráfico. Ya que de 0 a 19 años prácticamente alcanzan al 50,04% y de 20 a más años, es el restante

49,96%.

Las mayores poblaciones se concentran entre los comprendidos 5 a 9 años

(15,6%), de 10 a 14 años (13,5%) y de

0 a 4 años (12,9%).

Gráfico No 13: Población por grupos etareos CENSO 2001

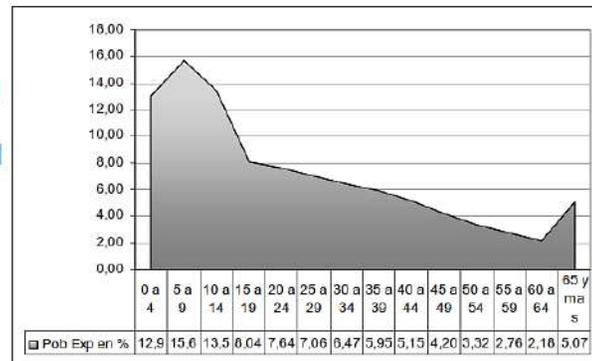


Gráfico n° 30





c) Ocupación de la población

Los sistemas productivos en el Municipio son diversificados, pues incorporan a la agricultura, pecuaria y el uso del bosque. Esta diversificación productiva es resultado de las condiciones de la zona (espacios territoriales, fisiografía y clima), además de la vocación de los productores, quienes aprovechan diversos espacios con condiciones productivas distintas.

Se puede indicar los siguientes tipos de sistemas productivos:

Sistema de producción agrícola. Con producción de especies anuales a secano con potreros en planicie cuyo principal producto es el maíz. Este tipo de sistema productivo familiar se halla representado más en el D-1, Cantón Moreta.

Sistema de producción pecuaria. Implica la producción de especies mayores y menores, además de aves de corral. Pocos productores cuentan con este tipo de sistema productivo, el distrito representativo es el D-6 cantón Chimeo.

Sistema de producción forestal. Describe las especies forestales que son extraídos del bosque, se desarrolla casi en la totalidad del Municipio, con fines comerciales y uso doméstico.

Sistema de caza, pesca y recolección. Describe algunas prácticas de los habitantes, como un factor complementario a su actividad común. Se lo realiza a nivel de todo el municipio, aunque no de manera significativa, la pesca principalmente en el río Pilcomayo.





Sistema de producción artesanal y micro empresarial. Analiza la producción artesanal a la que los habitantes del municipio se dedican, en algunos casos como una forma de incrementar sus ingresos. Describe también los emprendimientos micro empresarial de algunos pobladores. Este último se presenta sobre todo en la capital del municipio así como también en muchas poblaciones rurales del D-6.

Sistema de producción minera, aunque no es muy significativa, pero se describe la producción del yeso y la sal, principalmente en el D-2.

d) Pirámide de edades

El Censo de población y vivienda 2001 ha calculado para el municipio de Entre Ríos un índice de asistencia escolar del 74,23.

Lo que implica que solo 74 habitantes de cada 100 en edad escolar asisten a los establecimientos educativos.

Indicadores	Municipio de Entre Ríos	Departamento de Tarija
Asistencia escolar	74,23	74,91
Años promedio de estudio	4,65	6,98
Esperanza de vida	59 años	65
Pobreza	90,6	50,8
IDH	0,5	0,602
Tasa de fecundidad	6	4,14
Tasa de Mortalidad	68	48,9

Tabla n° 52





e) Procedencia de la población

Sistema de producción agrícola.

La actividad agrícola mayoritariamente es de tipo tradicional, por el tipo de explotación de tipo extensivo con escasa incorporación de maquinaria, técnicas e insumos mejorados, además la mayor parte de la producción es destinada al autoconsumo. La práctica agrícola tradicional, se debe a la reducida superficie plana, falta de capital, asistencia técnica y capacitación. Sin embargo la producción agrícola, se realiza con mayor intensidad en la zona del valle de Entre Ríos (distrito 1).

Los principales productos agrícolas, en orden de importancia son: el maíz, maní, papa y la arveja; estos cuatro productos abarcan aproximadamente el 92% de la superficie cultivada del municipio.

Entre otros productos agrícolas, se tiene: los cítricos, hortalizas, caña de azúcar, yuca, poroto y cebolla.

La producción y variedades de productos dependen de las características agroclimáticas de cada zona; en la zona de los valles y cabecera de valle (distrito 1) los principales cultivos son el maíz, maní, papa y hortalizas; en la zona húmeda y subtropical (distritos 3 y 4) se cultiva con mayor frecuencia el maíz, cítricos y maní; en la zona seca al norte del municipio (distrito 6) el maíz, poroto y soya son los cultivos predominantes.





En el municipio de Entre Ríos se encuentra una de las poblaciones guaraníes más importantes, la región de Itika Guasu, el diagnóstico del PGTI Itikaguazu describe al respecto lo siguiente:

Se ignora las causas exactas de las migraciones en varias olas migratorias, pero al momento de la conquista española en el siglo XIV y al principio del siglo XV, varias expediciones se encontraron con grupos guaraníes en movimiento hacia las cordilleras de los andes. Algunos autores contemporáneos mencionan como causa de las migraciones la búsqueda de la “tierra sin mal” o el “reino de Kandiri”, mientras otros se refieren a una búsqueda guaraní de las riquezas del imperio inca. Este último más bien parece una proyección de la búsqueda del “El Dorado” de los expedicionarios españoles.

En los intentos de alcanzar el imperio incaico desde el lado de Paraguay y La Plata, los expedicionarios españoles se unieron grupos guaraníes para alcanzar la cordillera, esto se hizo principalmente por tres caminos:

- Desde el sur, subiendo el río Paraná y posteriormente el río Pilcomayo con la expedición de Alejo García (1522-1526).

- Al norte des del Paraguay y Chiquitos hasta el río Guapay bajo el mando de Juan de Ayolas (1537) y cabeza de Vaca (1541).

- Al centro atravesando las llanuras chaqueñas desde Asunción con Domingo Martínez de Irala y Ñuflo Chávez (1543-1548)





De tal forma se vieron enlazadas las llanuras chaqueñas con la cordillera, donde se establecieron los guaraníes en una región habitada principalmente por los Chané, pueblo agricultor de origen Arawak.

Los registros coloniales confirman el establecimiento de aproximadamente 4 mil guerreros guaraníes en territorio Chané, de donde nació un pueblo nuevo: EL pueblo chiriguano.

Guaraníes e Incas.

La llegada de los guaraníes a la provincia Cordillera supuso entrar en contacto con el Estado Inca. Según Saignes (1996) los Guaraníes mantuvieron una lucha con el Estado Inca por diversas razones, las más importantes son las que tenían que ver con el espacio territorial, pero también por el dominio de otros pueblos, como el Chané que formaba parte del Estado Inca. El Inca Tupac Yupanqui (1471-1493) intentó realizar la conquista del Chaco, pero sin éxito y del ataque se pasó a la defensa con su sucesor Wayna Kapaj (1493-1525).

Nacimiento de una nueva identidad: el chiriguano.

El guaraní llegado a la cordillera se encuentra con poblaciones autóctonas instaladas desde hace tiempo en el lugar, entre ellos los Chané que eran de lengua arawak.

La “guaranización” de estos últimos se nota principalmente en la práctica de formar jóvenes guerreros cuyo comportamiento era más “guaraní” que el de los mismos





“guaraní” y sobre todo en la asimilación del idioma a pesar de tratarse de dos lenguas de troncos absolutamente distintos.

De este mestizaje nace una nueva identidad: el chiriguano. Sobre el significado hay muchas teorías y que vamos a profundizar aquí. Esta nueva sociedad se divide en dos componentes principales: los ava, los hombres por excelencia, y los tupi, los demás pueblos no tupigu*aranes que son considerados como esclavos, principalmente los Chané.

Hasta la actualidad se sigue utilizando el término para identificar las comunidades Guaraní-Chané de Isoso y del norte argentino (río Itiyuro).

Análisis de las prácticas sociopolíticas de la población

Prácticas sociales y políticas.

Estructura política del Gobierno Departamental y Nacional en el Municipio de Entre Ríos.

Gobierno departamental o prefectural.

La estructura política administrativa de la Provincia O’ Connor, está definida y organizada de la siguiente forma: Diagrama No. 6: Estructura política Administrativa Provincia O’ Connor



Grafico n° 31





- **Orígenes de los movimientos**

Breve historia de esta organización.

Las culturas más importantes existentes en nuestra región (hoy Bolivia), indudablemente fueron los Aymaras,

Quechuas y los Guaraníes, desarrollando grandes civilizaciones expresadas en sus organizaciones sociales y políticas, sus culturas altamente desarrolladas, su tecnología en la agricultura, la ingeniería y la ciencia.

La llegada de los españoles en 1492, destruyó sus organizaciones, su cultura, se apropiaron de sus tierras, riquezas, sus esclavos, imponiendo formas de gobierno y su religión. Con la creación de la república, la situación no cambió para los pueblos y naciones originarias, seguían siendo esclavos solo que de otro “amo”, Las condiciones de explotación, saqueo y marginación permanecen hasta nuestros días.

Frente a este panorama la Guerra del Chaco, fue un punto determinante en la historia del ser campesino e indio.

Este acontecimiento significa el reencuentro, el descubrimiento de una nueva identidad y conciencia de ser campesino. Con esta nueva visión y conciencia de clase, en 1936 se organizan los primeros sindicatos campesinos en el valle de Cochabamba. Consecuentemente, la revolución de 1952 fue resultado de un proceso largo de fortalecimiento de la conciencia y de las organizaciones campesinas, las que fueron determinantes para el logro de medidas como:

El voto universal, la nacionalización de las minas, la Ley de la Reforma Agraria, el Código de la Educación Boliviana; aunque estas conquista no tardaron de ser utilizadas por el MNR y la nueva rosca política.





Base social, medios y formas de acción

Bases, principios, valores y líneas para el desarrollo.

La Central Sindical Única de Comunidades Campesinas de la Provincia O’ Connor, está fundada sobre las siguientes bases, principios y valores (describe su Estatuto Orgánico):

La comunidad: base de la organización.

Reconociendo su identidad y sus orígenes.

Recuperando las formas originarias de organización, de manejo y administración de sus recursos naturales, sus costumbres de sobre vivencia y manejo de su economía.

Con participación plena de hombres, mujeres, jóvenes y niños.

La comunidad integrada por agricultores, ganaderos, artesanos, pequeños comerciantes y otros que viven en la comunidad.

Se identifica con los siguientes principios.

Sus principios son propios de ellos y practicados en cada una de sus comunidades y se traducen en:





Unidad Sindical y Comunal – Basada en los objetivos comunes de la comunidad y sus habitantes.

Solidaridad de Clase – Solidaridad al interior (de sindicatos, sub. centrales, y niveles superiores), así como fuera de ella (con otros sectores identificados con sus principios y lucha común).

Independencia Política Sindical – la organización deslinda toda subordinación política, económica o cualquier forma de dependencia.

Pluralismo Ideológico – no interesa su credo político, religioso u otra forma de pensamiento para ser parte de esta organización, sino solamente el interés de defender los derechos al trabajo, a la vida, a la alimentación.

Democracia Sindical – Se postula la libertad de expresión, respeto al derecho de las personas, respeto a los usos y costumbres, cultura y tradiciones.

Disciplina Sindical – Todas las acciones del sindicato comunal deben estar enmarcadas en los principios que rige nuestra institución establecidos en el estatuto orgánico, así mismos se debe acatar disciplinadamente todas las determinaciones emanadas de las instancias correspondientes para el logro de los objetivos históricos.

Lucha Consecuente y Unitaria – Todos los afiliados a la organización, tienen la obligación material y moral de luchar por la conquista de nuestros derechos económicos sociales, políticos y culturales.





- **Efectos urbanos y políticos de esos movimientos.**

En su Estatuto Orgánico la organización campesina deja claramente establecido los siguientes valores que rigen:

- Solidaridad
- Honestidad
- Respeto
- Justicia
- Igualdad
- Equidad
- Identidad de clase.
- Líneas para el desarrollo.

La organización campesina en su proceso de maduración y de redefinición de roles se ha propuesto no solamente luchar por conquistas sociales y políticas, sino que además incursionar en el desarrollo sostenible e integral de la provincia, por lo que en su Estatuto orgánico define sus líneas para el desarrollo en los siguientes términos:

Los hombres y las mujeres, son parte de las organizaciones campesinas, viven haciendo producir la tierra, respetando la naturaleza y protegiendo sus recursos naturales y el medio ambiente. Es decir viven de la agricultura, la ganadería y la artesanía. Con sus principios, valores basan su accionar de desarrollo en las siguientes líneas fundamentales:

- Tenencia, uso y aprovechamiento de la Tierra.
- Producción y tecnología.
- Comercialización y/o mercadeo





- Transformación e industria.
- Educación, cultura y deporte.
- Salud y educación.
- Vialidad y transporte
- Político orgánico
- Estructura orgánica.
- Niveles de decisión y coordinación.

b) OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DE ALGUNOS INDICADORES DE DESARROLLO ECONÓMICO

- **Población económica activa, ramas de actividad por edad y por sexo**

Ocupación

La población porcentualmente se ocupa en:

- El 40.37 % trabaja como obrero.
- El 43.71 % trabaja por su cuenta.
- El 2.72 % patrones, socios empleadores.

El 4.94 % trabajadores familiares o aprendices sin remuneración.

Analizando el tipo de actividad a la que se dedica el habitante de esta micro región, lo más representativo son las organizaciones productivas o Económicas dedicadas a crear riquezas, de manufacturar bienes y proporcionar servicios al público en general o a sectores específicos.

Grado de desarrollo industrial, evolución y potencialidades, aporte al PIB





- **Recursos hidrocarburíferos.**

En el D-6 se encuentran importantes recursos hidrocarburíferos, los mismos que son explotados por las transnacionales quienes controlan desde la prospección sísmica, perforación, explotación, transporte, explotación, transporte y comercialización de los crudos, gas natural y productos refinados, además se tienen recursos hidrocarburíferos en el D-3 (Campo Castellón en el cantón La Cueva-San Antonio y Salinas) y en el D-2 (San Diego).

Las empresas que operan en el municipio (D-6) son: Repsol (Maxus, Pluspetrol y YPF), Petrobrás, British Gas, Total, Andina S.A.M., Chaco S.A.M., Total E.P.B. y Matpetrol.

En la actualidad se tienen 5 pozos perforados X-I, X-II, X-III, X-IV, X-V, de los 21 programados para el Campo Margarita. Como infraestructura se tiene: pista para pequeñas aeronaves, tres helipuertos, cinco campamentos, Una planta de bombeo del gas y un gasoducto que empalmará hacia con Yacuiba-Río Grande. La Empresa Maxus planea la exploración sísmica de la región Guaraní.

El mega campo Margarita tiene una extensión de 400 km²

La exploración fue conferida a las Empresas Maxus Brithis, Gas, Brithis Petroleum y Repsol, desde 1998 (X-1) hasta el 2003. Las profundidades finales son: X1 4850 mts, X2 4870 mts, X3 5445 mts. y X4 5018 mts. El X3 se halla en conflicto con el departamento de Chuquisaca.

El grado de tecnificación en la explotación de hidrocarburos es muy alta y ampliamente especializada, por una parte por la enorme producción de este elemento y por otro por





el incremento y la importancia como recurso estratégico a nivel nacional e internacional.

Se realizó importantes prospecciones en las siguientes comunidades: Caratindi, Salinas, Ivoca, La Cueva, Potrerillos, Tacuarandi, Cahuarina, Caratindi, Las Huertas, Tambo Tarupayo, Palos Blancos y Berety, en los cuales en muchos se cuenta con información de que existe hidrocarburos.

- **Índice de Pobreza.**

Las condiciones de vida de la población del municipio de Entre Ríos no son las más adecuadas. Las mayores necesidades son electrificación, saneamiento básico, eliminación de excretas, salud y educación.

Gráfico No. 130: Pobreza por distritos por la carencia de servicios

Distritos	Agua	Electricidad	Saneamiento	Promedio
D-1	10,8	17,2	15,7	15
D-2	45,9	100	44,1	63
D-3	58,8	84,8	85,9	77
D-4	42	100	81,1	74
D-5	35	65	54,4	51
D-6	28	77,5	64,8	57
Promedio	37	74	58	56

Tabla n° 53

El D-3, es el que tiene mayor carencia de servicios, le sigue el D-4, en tercer lugar con un 51% el D-2, le siguen los distritos D-6 y D-5, en tanto que el D-1 tiene mayor cobertura de servicios, además de tener la menor tasa de analfabetismo del municipio.





Según el método de la Línea de la Pobreza (LP), que compara el nivel de ingresos de una familia con el costo de una canasta de bienes (alimentos), sin tomar en cuenta los otros bienes esenciales (vivienda, transporte, salud, etc.), determinando si una población es pobre, se toman en cuenta los siguientes aspectos: la canasta básica familiar, la población total, la incidencia de pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) (considerando el acceso de ciertos servicios básicos y los resultados de este son los niveles de educación, salud, vivienda, saneamiento básico, nutrición, etc. Cada grupo tiene la misma ponderación (25%) e incluye las siguientes variables:

- Vivienda (número de ambientes, calidad de material: techo, muro, piso).
- Servicios e insumos básicos (acceso al agua, electricidad, combustible para cocinar, sanitario).
- Educación (años aprobados, asistencia escolar, tasa de alfabetización).
- Atención en salud (tipo de servicios utilizados).

Tomando en cuenta el porcentaje de 9.44% de hogares que no son pobres en el área del municipio de Entre Ríos

(1.94% con Necesidades Básicas Satisfechas (NBS) y 7.50% en el umbral de la pobreza), INE/2005.

4. Aspecto Físicos – Naturales

a) Topografía





El municipio cuenta con colinas, que en sus depresiones van formando valles, estas colinas medias limitan en muchos casos la accesibilidad a las comunidades, según el Zonosig el 55% del territorio municipal tiene pendientes mayores al 45%.

Cuadro No. 8: Condiciones de topografía en el municipio

Pendiente	0-2	2,1-10	10,1-15	15,1-30	30,1-45	45,1-60	mayor a 60	Total
Area (km2)	44.84	800.75	384.36	768.72	896.84	960.9	2549.59	6406
% del territorio	0.7	12.5	6.0	12.0	14.0	15.0	39.8	100.0

Fuente: Diagnóstico PDM - CCEDE 2007

Tabla n° 54

De la superficie total del municipio tan sólo el 19.2% presenta pendiente menor al 15%, el cual permite realizar labores agrícolas sin afectar mucho el medio ambiente. No obstante el 68.8% de superficie municipal presenta pendiente superior al 30%, que compromete seriamente las labores agrícolas.

b) Edafología

El padre de familia en promedio participa en un 45% en la actividad agrícola, le sigue la mamá con un 31%, seguido del hijo mayor (joven) con un 11%, la hija con un 5% y los niños cada uno con un 4 y 3%, en síntesis toda la familia participa del proceso productivo agrícola.

c) Hidrología

La superficie que comprende el municipio de Entre Ríos forma parte del gran sistema hidrográfico de la cuenca del río de La Plata. En el comprenden los sistemas hidrográficos del Pilcomayo y Bermejo. Los ríos que fluyen en sentido norte a la cuenca del río Pilcomayo comprenden un área de cuenca aproximada de 3970 Km², representando aproximadamente el 62% del total de la superficie de la Provincia y los ríos que fluyen en sentido sur a la cuenca del río Bermejo con un área de 2438 Km², constituyendo el 38%.





La división de los sistemas, subsistemas, cuencas y subcuencas hidrográficas del Municipio de Entre Ríos tiene la siguiente forma y definición:

- Sistemas hídricos principales Sistemas de los ríos Pilcomayo y Bermejo
- Subsistemas hídricos
- Subsistemas de los afluentes importantes de los sistemas de los Ríos Pilcomayo y Bermejo
- Cuencas hidrográficas Unidad hidrológica de los cursos de agua de 6to orden; unidades hidrológicas de manejo regional; rango referencial 20.000-100.000 ha.
- Subcuencas hidrográficas

Unidad hidrológica de los cursos de agua de 4to y 5 orden; unidades hidrológicas de manejo local; rango referencial 5.000-20.000 ha.

En este marco, los principales ríos del Departamento, desde el punto de vista de su potencial para el aprovechamiento con fines de riego, consumo humano y generación de energía eléctrica, son:



Imagen n° 43





Río Pilcomayo (sistema del Pilcomayo),

Río Bermejo (sistema Bermejo),

Río Tarija (sistema del Bermejo),

Río Pilaya (sistema del Pilcomayo),

Río San Juan del Oro (sistema del Pilcomayo),

Río Guadalquivir (sistema del Bermejo),

Río Camacho (sistema del Bermejo),

Río Salinas (sistema del Bermejo),

Río Yuquirenda (sistema del Pilcomayo y subsistema de la llanura chaqueña)

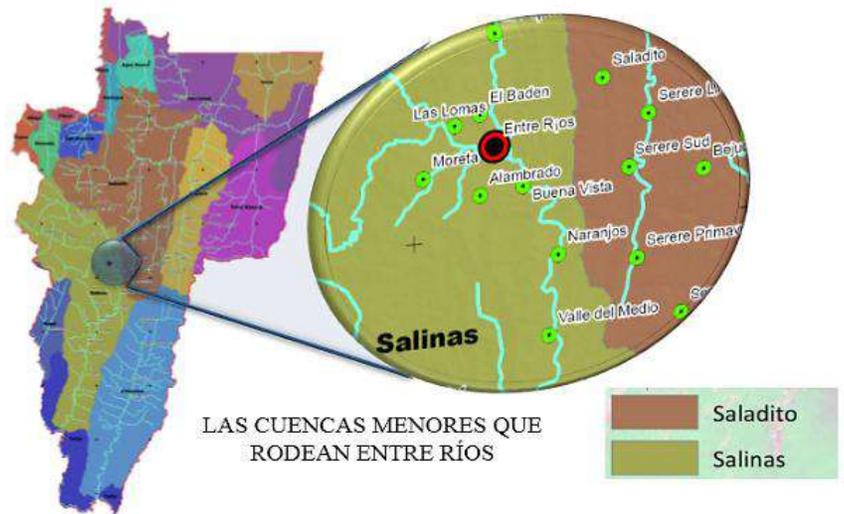


Imagen n° 44

d) Geología

De acuerdo al ZONISIG 2000, el Municipio de Entre Ríos forma parte de dos provincias fisiográficas: la Cordillera Oriental (13.8%) y las Serranías del Subandino (86.2%) consecuentemente predominan los paisajes de montañas y serranía respecto a los valles formados por piedemontes y llanuras.





Cuadro No. 19: descripción del mapa geológico

Edad	Litología	Superficie	
		Ha	%
Terciario	Conglomerados, areniscas, limonitas y calizas	259.583	40.5
Cretácico	Lavas basálticas, areniscas, conglomerados, calizas y limonitas	132.152	20.6
Triásico	Areniscas, calizas margas, yeso y conglomerados	96.562	15.1
Carbonífero	Diamictitas, limonitas, areniscas y conglomerados	118.971	18.6
Devónico	Lutitas, areniscas y limonitas	33.350	5.2
Total		640.618	100

Tabla n° 53

Terciario.

Este Sistema es el que caracteriza mayor superficie de la provincia (aproximadamente el 40,5%), se distribuye en tres sectores principalmente.

- El primero, al sur de la provincia desde la comunidad el río La Sal hasta la desembocadura del río Salinas con el río Tarija.
- El segundo sector desde Yuquiporo hasta las proximidades de Valle del Medio.
- El tercer sector al este de la provincia desde las comunidades Caratindi y Villa Mercedes hasta Pampa, Redonda (ríos Salinas, Pajonal y Chiquiacá).

Cretácico.

Las rocas atribuidas a estos sistemas e integradas en el Grupo Tacurú, afloran en la provincia en varios sectores, por un lado flanqueando los principales valles de la provincia como el valle del Pajonal por el Este y Oeste.

Triásico.





Las rocas del triásico afloran en varios sectores, como ser en el Cerro Ovejería, los cerros Gareca, Yugos, San Diego, Catedral, Loma Alta y la serranía de San Simón. Un sector en el cerro Tovar.

Carbonífero.

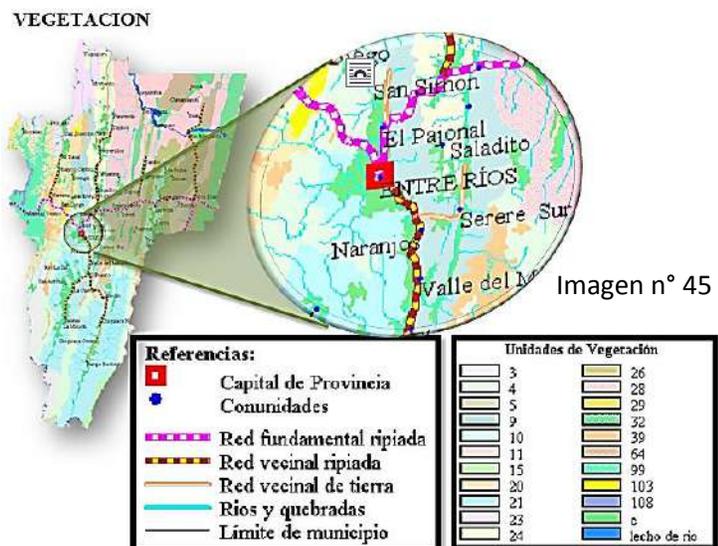
En la provincia se encuentra en la Cordillera Oriental, desde Canaletas, Narvárez, Gareca, Mendoza hasta San Diego, y el sector Suroeste, en la pendiente superior y cima del cerro Alto Nogal, además en los alrededores de las comunidades de Palos Blancos, Acheral, Cahuarina y Zaican.

Devónico

Aflora en el sector oeste de la provincia, en la parte correspondiente a la Cordillera Oriental, configurando las elevaciones de la serranía El Cóndor, Gareca, Toldorillos y Campanario.

e) Vegetación

La vegetación natural tiene múltiples relaciones con los componentes bióticos y abióticos del medio como protector del suelo, estabilizador de pendientes, regulador de la calidad y cantidad de agua en las





cuencas, hábitat de la fauna silvestre; expresión de las condiciones locales ambientales y estabilidad ecológica y calidad general del ecosistema.

Para la elaboración del mapa de vegetación se ha tomado en cuenta al mapa tipológico elaborado por ZONISIG 2.000), del cual se ha definido las siguientes unidades de vegetación:

f) Flora.

Aproximadamente el 80% del territorio del Municipio de Entre Ríos está cubierto por bosques de diferente tipología y potencialidad. El 20% restante tiene cobertura de matorrales, pastizales y cultivos.



Imagen n° 46

En el caso de infraestructura de los centros de salud, podemos afirmar que estos están en buenas condiciones (77%) y aún existen posibilidades de seguir mejorando estas, con el concurso de instituciones como PROHISABA y USAID (estos van construyendo o han comprometido su financiamiento).

Respecto a las condiciones de equipamiento, podemos decir que un 85% de los centros de salud en el municipio tienen equipamiento en condiciones regulares, y solo el 15% cuentan con lo más básico.



Imagen n° 47





VEGETACIÓN MEDIA			
VISTA EN PLANTA	ELEVACIÓN	NOMBRE (familia, botánico, común)	CARACTERÍSTICAS
		MINOSACEAE PITHECELLOBIUM SAMAN PENACO	ORIGEN: América tropical. CRECIMIENTO: Rápido. USO: Aislado o en grupos. FOLLAJE: Compacto de verde claro. FLORES: Rosado blanquesino.
		MIRTACEAS BLEPHAROCALYX SALICIFOLIUS BARROSO	ORIGEN: Sur América. CRECIMIENTO: Rápido. USO: Cualquier tipo de suelo. FOLLAJE: Apilte acuminado. FLORES: Blanquesinas.
		SOLANACEAE DATURA ARBOREA L. FLORIPONDIO	ORIGEN: América tropical: Bolivia-Perú. CRECIMIENTO: Rápido. USO: Follaje, floración para decotar. FOLLAJE: Color verd medio, denso. FLORES: Blancas, rosadas o rojo anaranjadas.
		LEGUMINOSAE BAHUNIA CANDICANS PARA DE VACA, FALSA CADABA	ORIGEN: Sud este Indiviano. CRECIMIENTO: Lento. USO: Grupos o aisladas. FOLLAJE: Copa irregular, verde oscuro. FLORES: Hojas abundantes de color blanco.
		RUTACEAE CITRICOS AURANTIUM NARANJO	ORIGEN: Asiático, china, indonesia. CRECIMIENTO: Medio. USO: Alisación y como ejemplar aislado. FOLLAJE: Persistentes, verde oscuro brillante, elípticas, lanceoladas y ciliadas. FLORES: Hojas blancas y muy aromáticas (Flor de Azahar), de unos 2 cm de diámetro.
		ROSACEAS ERYOBDTRIA JAPONICA NISPERO	ORIGEN: Del sueste de China. CRECIMIENTO: Medio. USO: Alisación y como ejemplar aislado. FOLLAJE: persistentes, hojas coriáceas, muy largas y grandes, lanceoladas, subdentadas y extremadamente pilosas. FLORES: Blancas y con intenso olor a heliotropo.

Imagen n° 48

VISTA EN PLANTA	ELEVACIÓN	NOMBRE (familia, botánico, común)	CARACTERÍSTICAS
		SOLANACEAE DATURA ARBOREA L. FLORIPONDIO	ORIGEN: América tropical: Bolivia-Perú. CRECIMIENTO: Rápido. USO: Follaje, floración para decotar. FOLLAJE: Color verd medio, denso. FLORES: Blancas, rosadas o rojo anaranjadas.
		LEGUMINOSAE BAHUNIA CANDICANS PARA DE VACA, FALSA CADABA	ORIGEN: Sud este boliviano. CRECIMIENTO: Lento. USO: Grupos o aisladas. FOLLAJE: Copa irregular, verde oscuro. FLORES: Hojas abundantes de color blanco.
		RUTACEAE CITRICOS AURANTIUM NARANJO	ORIGEN: Asiático, china, indonesia. CRECIMIENTO: Medio. USO: Alisación y como ejemplar aislado. FOLLAJE: persistentes, verde oscuro brillante, elípticas, lanceoladas y ciliadas. FLORES: Hojas blancas y muy aromáticas (Flor de Azahar), de unos 2 cm de diámetro.
		ROSACEAE ERYOBDTRIA JAPONICA NISPERO	ORIGEN: Del sueste de China. CRECIMIENTO: Medio. USO: Alisación y como ejemplar aislado. FOLLAJE: persistentes, hojas coriáceas, muy largas y grandes, lanceoladas, subdentadas y extremadamente pilosas. FLORES: Blancas y con intenso olor a heliotropo.

Imagen n° 49

VEGETACIÓN BAJA			
VISTA EN PLANTA	ELEVACIÓN	NOMBRE (familia, botánico, común)	CARACTERÍSTICAS
		LABIADAS TOMILLO	ORIGEN: Regiones templadas de Europa, Asia. CRECIMIENTO: Rápido. USO: Hierba aromática. FOLLAJE: Rosado y blanco. FLORES: blanquecinas o amarillas.
		ROSA	FOLLAJE: ALTO 1- 0,40 1,50
		CAPPARIDACEAE CLEOME SPINOSA L. IRCHIPA, CLEOME	ORIGEN: Centro valle carabombino. CRECIMIENTO: Rápido. USO: En jardines. FOLLAJE: Anual. FLORES: Rosadas o blancas.
		GRAMINEAE CORTADERA SELLOANA SIBUERA, CORTADERA	ORIGEN: Sud América, abundante en las valles, a orillas de ríos y arroyos. CRECIMIENTO: Rápido. USO: Aislado o en grupos. FOLLAJE: Verde claro abundante foliosa. FLORES: Panicoles.

Imagen n° 50





Cuadro No. 15: Leyenda de tipos de vegetación en el Municipio

Código UNESCO	Clase de formación	Subclase	grupo	Piso	Superficie	
					Ha	%
1A2b	Bosque Denso	Siempre verde	Estacional	Submontano	24.943	3,9
1A2e	Bosque Denso	Siempre verde	Estacional	Nublado	51.931	8,1
1A3b	Bosque Denso	Siempre verde	Semideciduo	Submontano	821	0,1
1B3b	Bosque Denso	Caducifolio	Semideciduo	Submontano	25.920	4,0
1B3c	Bosque Denso	Caducifolio	Semideciduo	Montano	8.153	1,3
1B4b	Bosque Denso	Caducifolio	Deciduo por sequía	Submontano	606	0,1
2A2b	Bosque ralo	Siempre verde	Estacional	Submontano	3.668	0,6
2A3e	Bosque ralo	Siempre verde	Semideciduo	Nublado	40.768	6,4
2B2b	Bosque ralo	Caducifolio	Estacional	Submontano	94.300	14,7
2B4b	Bosque ralo	Caducifolio	Deciduo por sequía	Submontano	27.424	4,3
2B5b	Bosque ralo	Caducifolio	Espinoso	Submontano	32.778	5,1
2C3b	Bosque ralo	Xeromorfo	Semideciduo	Submontano	19.990	3,1
2C4b	Bosque ralo	Xeromorfo	Deciduo por sequía	Submontano	122.782	19,2
2C4c	Bosque ralo	Xeromorfo	Deciduo por sequía	Montano	1.797	0,3
2C5b	Bosque ralo	Xeromorfo	Espinoso	Submontano	39.983	6,2
3A3e	Matorral	Siempre verde	Semideciduo	Nublado	19.450	3,0
3C5b	Matorral	Xeromorfo	Espinoso	Submontano	44.563	7,0
5F9c	Herbácea	Graminoide baja	Sinusia arbustiva	Montano	25.176	3,9
5F9e	Herbácea	Graminoide baja	Sinusia arbustiva	Nublado	1.431	0,2
5F12d	Herbácea	Graminoide baja	Sin sinusia	Subalpino	1.751	0,3
6	Áreas agrícolas y pasturas (sembradas y de sucesión secundaria)				48.642	7,6
Ríos					3.741	0,6
Total superficie					640.618	100,0

Tabla n° 54

Cuadro No. 16: Caracterización de la vegetación del municipio de Entre Ríos

Clave	Zona - Comunidad	Altitud (msnm)	Clima	Temp. (°C)	Precip. (mm)	Especies Forestales	Arbustivo
1Ab	SurOeste de Entre Ríos a Norte y Sud de V. Marquez	1000 a 2000	Templado semihúmedo	19 a 20	1500 a 1700	Denso alto (Barroso, Guayabo, Saúco)	Lecheron, Arrayan, Anta, pasto monteño, mechudo bandera
1A2e	Sudeste y Sudoeste del Municipio	500 a 2500	Templado semihúmedo a frío húmedo	20.5	900 a 1700	Denso alto (chirimolle, guaya palo lanza)	Arrayan, Piatapita, Chalacha, Tinajero, pasto arroz, pasto mechudo.
1B3b	Centro de Entre Ríos	500 a 2000	Templado semihúmedo	20 a 21	900 a 1100	Lanza, naranjillo, tala, palo zapallo, palo troja	Jarquilla, garrancho, coca de cabra, limoncillo, chilca pasto arroz, pampeño, grama dulce, orqueta
1B3c	Al este de Entre Ríos	501 a 2000	Templado semiárido semihúmedo	20.5	600 a 800	Lanza, naranjillo, duraznillo, palo troja	Coca de cabra, chilca, pitadita, chalchal, grama dulce, selaginella
1B4b	Extremo noreste de Entre Ríos	500 a 1500	Templado semiárido	21 a 22	600 a 700	Yuruma colorada, tala tala, morocha, garbancillo, porotillo	Cheroque, duraznillo, rulado, uña de gato, tusca, pasto pampeño, grama dulce, orqueta, mechudo, bandera, arroz, borreguilla
2A2bc	Extremo sudeste de Entre Ríos y Pampa Redonda	1001 a 2000	Templado semihúmedo	20	1000 a 1700	Aguay, laurel, pacay, guayabo,	Cañuela, caña del cerro, pasto alto, arroz
2A3e	Oeste de Entre Ríos	501 a 3000	Templado semihúmedo a frío semihúmedo	18.5	501 a 1000	Tipilla, viraru, tipa, tala, blanquillo	Thola, pitadita, chalchal, pata de gallo, arrayán, pasto monteño, vaina, arroz, mechudo
2B2b	Extremo sur de Entre Ríos	501 a 2000	Templado semihúmedo	19 a 21	1000 a 1700	Tetón, saúco, lanza amarilla, yuruma,	Hediondilla, mata gusano, moradillo, arrayán, pasto capullo, arroz, zarzamora
2B4b	Norte de Entre Ríos	501 a 2000	Templado semiárido	19.5	700 a 900	Yuruma, duraznillo, laurel,	Arrayan uña de gato, , pasto pampeño, grama dulce, orqueta, arroz

Tabla n° 55





Clave	Zona - Comunidad	Altitud (msnm)	Clima	Temp. (°C)	Precip. (mm)	Especies Forestales	Arbustivo
2B5b	Del centro al norte de Entre Ríos	501 a 2000	Templado semiárido	20 a 22	700 a 900	Tala garbancillo, tala	Cheroque, tusca, pasto pampeño borraquilla, pega pega, jazmín,
2C3b	Este de Entre Ríos	501 a 2000	Templado semihúmedo	20 a 22	500 a 800	Lanza amarilla, algarrobo, tala	Arrayan, palo huanca, sacharosa, pasto pampeño, grama dulce
2C4b	Del centro hacia el este de Entre Ríos	500 a 2000	Frío semiárido a frío semihúmedo	20 a 23	500 a 800	Afata, lanza amarilla, algarrobo, algarrobilla	Moradillo, iscallante, cola de zorro, pasto pampeño.
2C4c	Extremo noroeste de Entre Ríos	500 a 2000	Templado semiárido	17.5	800	Mara chaqueña, mara sota	Jazmín, agatilla, malva
2C5b	Noreste de Entre Ríos	501 a 1000	Templado semihúmedo	23	600 a 700	Algarrobo, guayacan, quebracho	Moradillo, ibobe, naranjillo, cardón rojo, pasto sambito, canutillo
3A3e	Sectores de Entre Ríos	1000 a 2500	Templado semihúmedo	19 a 22	800 a 1600	Guayabo, pino del cerro, aliso	Coca de monte, clavelillo, thola,
3C5b	Este de Entre Ríos	500 a 1000	Cálido árido	21.5	500 a 800	Algarrobo, mistol	Cheroque, duraznillo, moradillo, garrancho, sacarosa, parralillo
5F9c	Extremo oeste de Entre Ríos	1501 a 3000	Frío semihúmedo a Frío húmedo	17 a 18	700 a 1300		Thola, pichana, romerillo, , cola de zorro, paja colorada, pasto grande, carqueja
5F9e	Noreste de Entre Ríos	1000 a 2000	Templado semihúmedo	19	1100		Pasto en capullos, paja colorada, trementina, lapapa
5F12d	Extremo oeste de Entre Ríos	> 3000	Frío semihúmedo	16.5	850		Paja cerreña, paja amarilla, orqueta, rojo, colcha
6	Sectores del municipio	500 a 3000	Frío a cálido	16.5 a 22	500 a 1700		Maiz, mani, papa, hortalizas, frutales, thola, lapa lapa,

Tabla n° 56

g) Clima

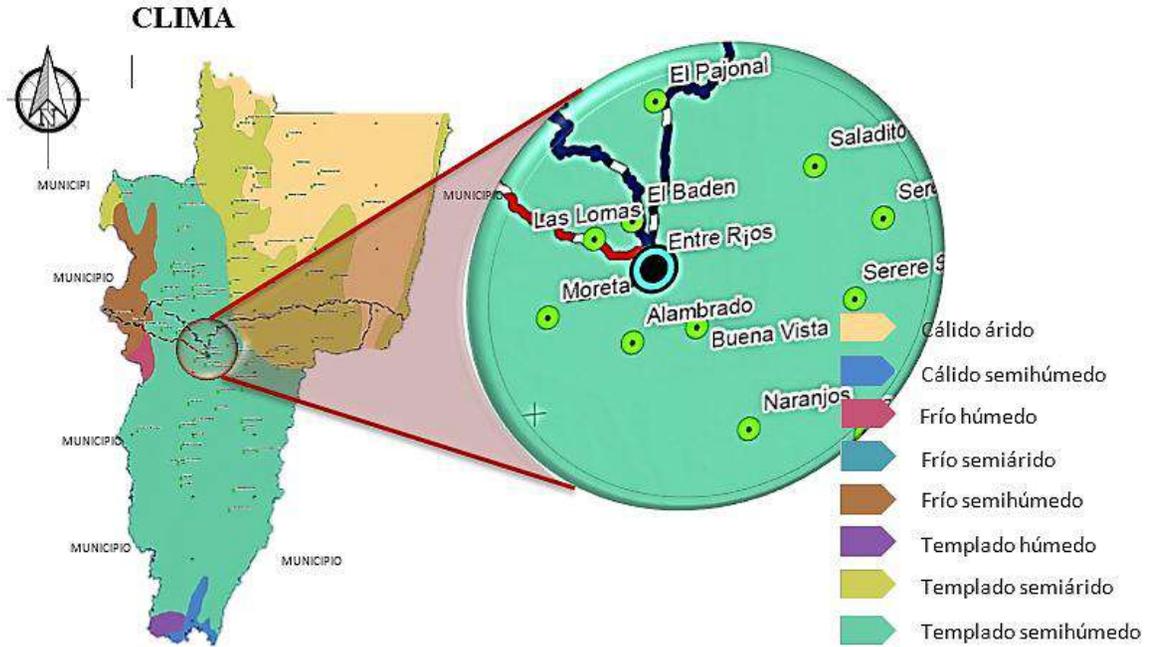
De manera general el municipio de Entre Ríos presenta un clima templado cálido-húmedo en primavera y verano en tanto que en otoño e invierno templado-seco.

- **Temperaturas máximas y mínimas.**

La temperatura media anual es de 19 °C, en verano 22,5 °C y en invierno de 14,7 °C.

Con máximas que superan los 40,9 °C y mínimas extremas que bajan hasta -7,2 °C.





- **Precipitaciones fluviales**

La precipitación anual alcanza a 1.314 mm en Salinas y baja hasta 674.8 mm en Palos Blancos. Se puede observar una marcada estacionalidad en la precipitación pluvial, de noviembre a abril se acumula el 82% de la precipitación total.

- **Tipos climáticos.**

De acuerdo al (ZONISIG 2000) en base al modelo propuesto por Caldas – Lang, tenemos los siguientes tipos climáticos:





Cuadro No.11: Tipos climáticos/distrito en el municipio

Unidad	D-1	D-2	D-3	D-4	D-5	D-6	Total
Frío Semihúmedo	5.49	233.67	42.59	0.00	0.00	0.00	281.75
Templado semiárido	98.08	167.24	0.00	0.00	772.53	465.73	1503.58
Templado semihúmedo	428.17	600.59	557.95	548.22	50.20	59.12	2244.25
Templado húmedo	0.00	0.00	64.67	111.03	0.00	0.00	175.70
Cálido semiárido	17.46	0.00	0.00	0.00	81.37	901.45	1000.28
Cálido semihúmedo	0.00	0.00	493.37	567.08	0.00	139.99	1200.44
Total	549.20	1001.50	1158.58	1226.33	904.10	1566.29	6406.00

Fuente: ZONISIG 2000

Tabla n° 57

- **Frío semi húmedo**

Este tipo climático caracteriza el sector noroeste del Municipio de Entre Ríos conformada generalmente por paisajes de serranías altas con pendientes elevadas, niveles altitudinales que varían entre 1.000 a 2.500 msnm, alcanza a 281.75 km² (4.40% del total de superficie del municipio).

- **Templado húmedo**

Se localiza al extremo sur del Municipio de Entre Ríos, concretamente al norte del río Tarija, con 175.7 km² de superficie (2,74 % del territorio municipal), caracterizando paisajes de serranías medias y parte de

Gráfico No. 7: Tipos climáticos expresado en %

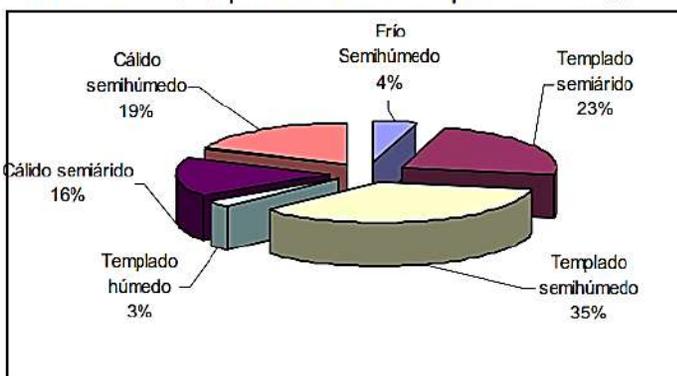


Gráfico n° 32

valles coluvio aluvial, alcanzando alturas de 501 a 1.500 msnm.

- **Templado semi húmedo**





Esta unidad climática caracteriza una amplia faja del Municipio de Entre Ríos, desde el oeste hacia el sur y sudeste, representa más de la tercera parte del municipio, aproximadamente 2244.25 km² (35,03% de la superficie total), caracterizando una serie de paisajes de montañas y serranías altas, colinas medias a bajas, además se encuentra paisajes de valles, las altitudes oscilan entre los 500 – 2.500 msnm.

- **Templado semiárido**

Este clima caracteriza una extensión de 1503.58 km² (23.47% del área total) en el extremo oeste y centro este extendiéndose hacia el noreste, constituida por paisajes de montañas altas, serranías y colinas medias a bajas, y llanuras de piedemonte; los rangos altitudinales varían desde los 501 a 3500 msnm.

- **Cálido semi húmedo**

Esta unidad climática caracteriza principalmente al extremo sud del Municipio de Entre Ríos con una superficie de 1200.44 km² (18,74% de la superficie total), caracteriza generalmente paisajes de colinas medias y valles coluvio aluvial, con altitudes que oscilan entre los 501 – 1000 msnm.

- **Cálido semiárido.**

Extendiéndose por el sector este hacia el noreste del Municipio formado generalmente por paisajes de serranías, colinas medias y llanuras de piedemonte, con niveles altitudinales que varían entre 500 a 1.500 msnm, se extiende en 1000.28 km² de superficie (15.61% del área total).





- **Medio ambiente**

Los servicios como agua potable, eliminación de excretas y desechos sólidos tiene aún muchas limitaciones, sobre todo en el área rural del municipio, y consecuentemente provocan enfermedades en sus habitantes y provocan la contaminación al medio ambiente. Además el excesivo uso de la leña para la cocción de sus alimentos por falta de los servicios de gas y energía eléctrica en el área rural.

5. Estructura urbana

a) Crecimiento histórico

Durante la época de la independencia la provincia fue escenario de feroces batallas libradas entre realistas y patriotas del lugar y otros valerosos tarijeños muchos de ellos pertenecientes a los Montoneros de Uriondo.

Los Jesuitas como en muchos lugares, tempranamente incursionaron en el territorio de O'Connor expandiendo su legado religioso. Las más importantes fueron:

- La Misión de Salinas. La primera y más antigua fundada el 26 de agosto de 1660.
- La Misión de Chimeo. Fundada en el año 1660.
- La Misión de Concepción. Entre Ríos Fundada en 1660.
- La Misión de Chiquiacá. Fundada en 1700.
- La Misión de Santa Clara. Salinas Fundada en 1792.

La provincia O' Connor, del cual el municipio de Entre Ríos, es su primera y única sección, fue fundado por cuatro oportunidades, siendo arrasada en dos oportunidades





por las hordas salvajes Chirihuanos, por esta razón fue denominado “El pueblo de los cuatro nombres”.

- “Ciudad de Las Vegas de la Nueva Granada” Fundada en 1616.
- “Villa de San Carlos” 3 de julio de 1872.
- “San Luis” 25 de agosto de 1800
- “San Luis de Entre Ríos” 10 de noviembre de 1832.

La primera fundación la hizo el capitán español Juan Porcel de Padilla el 1 de noviembre de 1616.

La Provincia fue creada oficialmente, el 10 de noviembre de 1832 durante el gobierno del Mariscal Andrés de Santa Cruz, con el nombre de Provincia Salinas, posteriormente el 3 de diciembre de 1.903 en el gobierno de Ismael Montes, su nombre fue cambiado por el de Provincia O’Connor.

El nombre de la provincia se debe al General Francisco Burdett O’Connor militar irlandés de nacimiento, quien fue un combatiente de la guerra de la independencia, amigo personal del Libertador Simón Bolívar, y que participó en importantes batallas, como la de Ayacucho, las batallas de Iruya y Montenegro, que consolidaron la anexión de Tarija a Bolivia. Fue un hombre idealista lo cual lo llevó a sumarse a la causa emancipadora. En su testamento figuran la compra de varias propiedades en la Provincia de Salinas hoy O’Connor, excepto la estancia de Sereré que abarca hasta el río Salado y el Pilcomayo, le fue asignado por el gobierno del Mariscal Andrés de Santa Cruz, en premio a su intervención en la guerra de la independencia.

b) Usos de suelo urbano





Existen dos modalidades de utilización de la tierra, en Pro indiviso e Individual. El Pro indiviso (propiedad grande con muchos dueños, los cuales tienen los mismos derechos de acceso y uso), que bajo acuerdo han definido algunas normas y límites de utilización por cada productor.

c) Densidad de población

El CENSO 2001 atribuye al Municipio de Entre Ríos una población de 19.339 habitantes, de los cuales el 55,17% son varones y el 44,83% son mujeres.

Para la gestión 2008 se ha proyectado una población de 20619 habitantes, en función a la tasa de crecimiento anual previsto por el INE 2001 para el municipio que es de 0,92; para la gestión 2012 alcanzaría una población de 21389 habitantes (si la tasa de crecimiento se mantiene, ya que históricamente aquello va disminuyendo).

d) Intensidad de uso de suelo.

Existen dos modalidades de utilización de la tierra, en Proindiviso e individual. El proindiviso (propiedad grande con muchos dueños, los cuales tienen los mismos derechos de acceso y uso), que bajo acuerdo han definido algunas normas y límites de utilización por cada productor. Individual (propiedad con un solo dueño), siendo la misma reconocida y respetada de alguna manera por los vecinos circundantes a la propiedad.

La superficie del municipio de Entre Ríos es de 640,680 hectáreas, de los cuales los pobladores los ocupan en función de las características edafológicas, y bajo las dos formas de ocupación de la tierra:





Cuadro No. 64: Tipo de ocupación de la tierra/ rango en Has.

Tipo	Rango (Ha)
Proindiviso (comunal)	700 a 2600
Individual	0.2 a 800

Fuente: Elab. Propia Diagnóstico CCEDSE 2007

Tabla n° 58

e) **Coefficiente de utilización de suelo.**

Descripción	Codigo de mapa	Superficie	
		ha	%
USO AGROPECUARIO INTENSIVO			
Agrícola intensivo con cultivos anuales	1	9.300	1,45
USO AGROPECUARIO EXTENSIVO			
Ganadero extensivo con ovinos	4	75.063	0,79
Ganadero extensivo con ovinos y caprinos	7	20.541	3,20
Agropecuaria extensiva con cultivos anuales y perennes y vacunos, ovinos y caprinos	9	45.850	7,16
USO AGROSILVOPASTORIL			
Silbo pastoril con vacunos y tala selectiva	12	387.659	60,51
Silbo pastoril con vacunos, caprinos y extracción de productos del bosque	13	34.583	5,40
Agrosilvopastoril con vacunos, caprinos, cultivos anuales y tala selectiva	16	137.622	21,48
TOTAL		640.618	100,0

Tabla n° 59

f) **Tenencia de la tierra.**

El tamaño de la propiedad familiar varía ampliamente en función al tipo de uso que se le asigna, existen extremos en los cuales en primer lugar no tienen superficie alguna y en el otro extremo bajo porcentaje de familias pero que poseen inmensas superficies.

Por ejemplo el pueblo Guaraní ocupa una superficie de 235.950 hectáreas de los cuales sólo el 0.18% se encuentra en forma legalizada.

La tenencia de tierras se encuentra dada por las formas proindiviso (comunal) y particular, estas formas se encuentran dadas en todas las comunidades del municipio.





La demanda de Tierras Comunitarias de Origen en una superficie 216.002 hectáreas, por lo que se han declarado la existencia 67.000 de has libres, divididas en 32 áreas discontinuas, se encuentran en las mismas 31 comunidades de las 36 comunidades demandantes, no obstante la demanda a partir de la Investigación de Necesidades Espaciales (EINE) el mismo que sugiere 293.000 hectáreas para una población de 33435 habitantes guaraníes, no obstante estas tierras se encuentran en espacios topográficamente accidentados y con poca aptitud para la ganadería y agricultura.

Tamaño de la propiedad familiar.

Cuadro No. 66: Tamaño de la propiedad por familias y expresado en %

Superficie (ha)	N° de Familias	Porcentaje (%)
0	345	8.52
0.1 a 1	758	18.72
1.1 a 5	1147	28.32
5.1 a 10	742	18.32
10.1 a 20	458	11.31
20.1 a 30	196	4.84
30.1 a 50	154	3.80
50.1 a 100	126	3.11
> a 100.1	122	3.01
Total	4050	100

Fuente: Elab. Propia Diagnóstico CCEDSE 2007

Tabla n° 60

El tamaño de superficie varía enormemente en el municipio, se ha identificado la existencia de 8.52% de familias que no poseen propiedad alguna, en tanto que el mayor porcentaje 30.79% posee una superficie dentro del rango de 1.1 a 5 hectáreas, no obstante que existe un 3.01% de familias que poseen más de 100.1 hectáreas. Existen algunas personas que tienen superficies mayores de terreno.





g) Baldíos urbanos

Entre Ríos no cuenta con baldíos urbanos a los cuales dirigirse o encontrar ya que la mayoría de los terrenos son usados para la agricultura o sembradíos para el consumo propio.

h) Infraestructura

• **Agua potable**

El suministro de agua potable para Entre Ríos se capta por gravedad (Quebrada Trancas); el cual es sometido a un proceso de cloración en dos tanques con una capacidad de 50 y 70 m³

, para luego suministrarlo a los cinco barrios a través de una red hasta las conexiones domiciliarias. El caudal que se registra es de 170 lts/seg. en época húmeda y de 3.5 lts/seg en época de estiaje, afectando en esta época al barrio Manantial. Además se abastece a parte de las comunidades de Banda Mealla y el Badén, además de las urbanizaciones proyectadas.

El costo de acuerdo a las categorías es la siguiente: domiciliario Bs 7, comercial Bs 12 e industrial Bs 80. Además se incrementa por grifo adicional Bs 2 y por cada depósito de 1000 litros Bs 2 de acuerdo al Sistema Municipal de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario SMAPAS.

En las comunidades del área rural donde existe agua por cañería, los beneficiarios cuentan con las Empresas Prestadoras de Servicio en Agua Potable y Saneamiento Básico (EPSAS) el mismo que fue conformado para la construcción del sistema posteriormente para la operación y mantenimiento, los que se encuentran conformados: por un presidente, operador, secretario de hacienda y vocales, el costo del servicio es de Bs 5





i) Drenaje sanitario y pluvial

Tan sólo un 31% en el área rural cuenta con este servicio básico. La infraestructura es rústica, consta de hueco de 2 m de profundidad con una tapa en el exterior, en algunos casos con paredes. Por otra parte la mayoría de la población no está acostumbrada a utilizar letrinas, porque defecan a campo abierto, además los pobladores permanecen más durante el día en el campo (áreas de producción agrícola y ganadero), en los que es difícil contar con el servicio de letrinas.

Tan sólo un 31% en el área rural cuenta con este servicio básico. La infraestructura es rústica, consta de hueco de 2 m de profundidad con una tapa en el exterior, en algunos casos con paredes. Por otra parte la mayoría de la población no está acostumbrada a utilizar letrinas, porque defecan a campo abierto, además los pobladores permanecen más durante el día en el campo (áreas de producción agrícola y ganadero), en los que es difícil contar con el servicio de letrinas.

j) Electricidad y alumbrado público

- **Energía Eléctrica.**

Respecto al uso de energía a nivel municipal podemos mostrar el siguiente gráfico:

El 87.7% de la población del municipio de Entre Ríos utiliza la leña como fuente de energía principalmente para la cocción de sus alimentos, le sigue el uso del gas (domiciliario y en garrafa) con un 22%, la electricidad simplemente con un 1%.

En un futuro inmediato se prevé incrementar las instalaciones hasta 640 domicilios (180 en Entre Ríos y 150 en el Pajonal, Palos Blancos, Moreta y Pueblos Guaranies).

- **Consumo de la energía eléctrica y costos.**

El servicio de energía eléctrica es administrado por la empresa SETAR (Servicios Eléctricos Tarija), y tiene una cobertura del 32% (1300 conexiones domiciliarias) con una generación actual de 400 Kva., aunque su capacidad instalada es de 950 Kva., lo





que equivaldría actualmente a 3087 familias con instalación eléctrica. La tarifa que se paga por este servicio se muestra en el siguiente gráfico:

k) Recojo de basura

El suministro de agua potable para Entre Ríos se capta por gravedad (Quebrada Trancas); el cual es sometido a un proceso de cloración en dos tanques con una capacidad de 50 y 70 m³, para luego suministrarlo a los cinco barrios a través de una red hasta las conexiones domiciliarias.

El caudal que se registra es de 170 lts/seg en época húmeda y de 3.5 lts/seg en época de estiaje, afectando en esta época al barrio Manantial. Además se abastece a parte de las comunidades de Banda Mealla y el Badén, además de las urbanizaciones proyectadas.



Imagen n° 52

El costo de acuerdo a las categorías es la siguiente: domiciliario Bs 7, comercial Bs 12 e industrial Bs 80. Además se incrementa por grifo adicional Bs 2 y por cada depósito de 1000 litros Bs 2 de acuerdo al Sistema Municipal de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario SMAPAS.

l) Tratamiento De La Basura.





La Alcaldía se encuentra a cargo del aseo urbano; el recojo de la basura en forma diaria, el barrido de vías y plazuelas está a cargo del personal.

Los residuos sólidos no cuentan con un adecuado tratamiento, son vertidos a cielo abierto en las márgenes del Río Salinas a una distancia de 1.4 km del radio urbano. Cubre el 95% de la población, con un costo de Bs 4.5 por usuario.

No obstante a este servicio todavía se puede apreciar que existen algunas personas que arrojan la basura y aguas servidas a las calles, además de la presencia de escombros sobre las veredas, aunque conforme va pasando el tiempo este aspecto se va reduciendo en el área urbana.

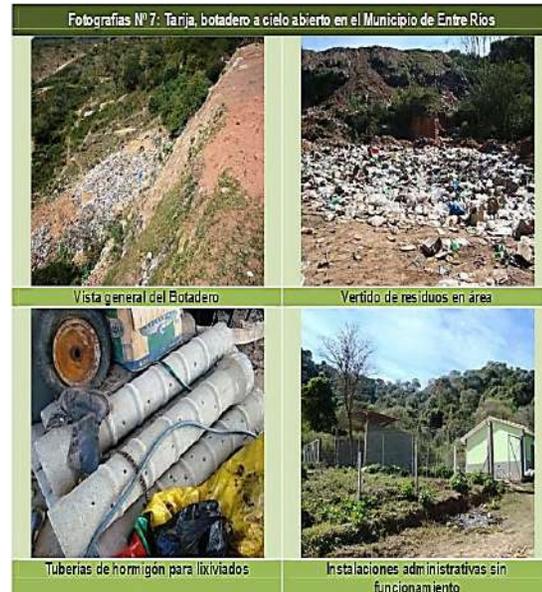


Imagen n° 53

m) Equipamiento urbano

Las nuevas infraestructuras de salud cumplen óptimamente su radio de acción abasteciendo en totalidad gran parte de la urbe. El emplazamiento de los equipamientos se sitúa sobre vías de 2do orden, desarrollando correctamente su función y brindando conformidad al usuario.

Las infraestructuras de educación existentes no pasan desapercibido respecto a sus dinámicas, analógicamente comparte el uso del suelo con el sector administrativo.

Las nuevos equipamientos de deporte se encuentran alejados del casco viajo pero dentro del radio urbano, con intención de descomprimir el movimiento den centro de la ciudad, y a la vez adquiriendo una continuidad espacial. Vinculando las infraestructuras con usos de suelos compatibles.





Imagen n° 54



Imagen n° 55



Imagen n° 56

Vivienda

En el área urbana las edificaciones antiguas representan al 80% y que datan de hace unos 50 años, donde el uso del material predominante es el adobe, cubiertas a dos aguas con patios al fondo; las edificaciones modernas cubren un 15% y se tiene tan sólo un 5% de viviendas coloniales.





El estado de las viviendas se manifiesta con la siguiente relación: Viviendas en mal estado 40%, regular 50% y en buen estado 10%.

Cuadro No. 54: Uso de materiales de construcción en las viviendas

Ítemes constructivos	Tipo de material	N° Viviendas Urbano		N° Viviendas Rural	
		No de viviendas	%	No. de viviendas	Rural
Cimiento	H°C°	177	0	1524	43
	Barro-piedra	266	40	1347	38
	Mortero-piedra labrada	166	25	680	19
Sobrecimiento	H°C°	232	35	1737	49
	Barro-piedra	266	40	957	27
	Mortero-piedra labrada	166	25	886	25
Piso	Cemento	332	50	1949	55
	Mosaico	279	42	135	4
	Tierra	33	5	1382	39
	Tablón de madera	0	0	7	0
	Cerámica	20	3	71	2
Revestimiento exterior	Cemento-cal	299	45	1453	41
	Ladrillo visto	100	15	188	5
	Sin revoque	232	35	1311	37
	Barro	33	5	602	17
Muros	Adobe	531	80	1772	50
	Ladrillo	106	16	1063	30
	Piedra	13	2	106	3
	Caña-palma	0	0	248	7
	Tabique quinche	0	0	248	7
	Madera	13	2	106	3
Cubierta	Losa	20	3	35	1
	Duralit	80	12	35	1
	Teja cerámica	100	15	142	4
	Teja rústica	398	60	1453	41
	Paja-caña-palma	0	0	284	8
	Calamina	66	10	1595	45
Cielo falso	Tela de azucar	33	5	319	9
	Caña hueca	66	10	425	12
	Sin tumbado	120	18	461	13
	Yeso	412	62	2339	66

Tabla n° 61

En el área urbana el piso es de cemento en un 50%, seguido del mosaico en un 42%, en tanto que en el área rural en un 55% es de cemento, 39% de tierra. Los muros en el área urbana en un 80% son de adobe en tanto que en el rural un 50% pero se incorpora en este la caña y el tabique quinche sumando ambos un 10%. El techo en el área urbano es de teja rústica en un 60%, en tanto que en el área rural el 45% es de calamina, paja 8% y teja rustica 41%.





n) Tipo de vivienda.

La vivienda es el hábitat de la vida familiar y su importancia radica en que protege del medio exterior y sus inclemencias climáticas, proporcionando privacidad, etc.

Como indicamos anteriormente existen características distintas entre el área rural y el urbano. En el primer caso la mayoría de los pobladores son propietarios de sus viviendas, utilizan adobe y/o ladrillo; como agregados arena, grava, cemento; utilizan mayormente en el techo teja; el piso es cemento. También es importante reconocer que en los últimos años la construcción de viviendas está mejorando ostensiblemente, especialmente en los sectores de mayor movimiento económico (plaza principal, mercado y camino carretero, etc.) En cambio en el área rural los materiales de construcción están en gran proporción en base al material local como ser: adobe, barro, madera, caña, etc.

El siguiente cuadro refleja las condiciones de tenencia de vivienda:

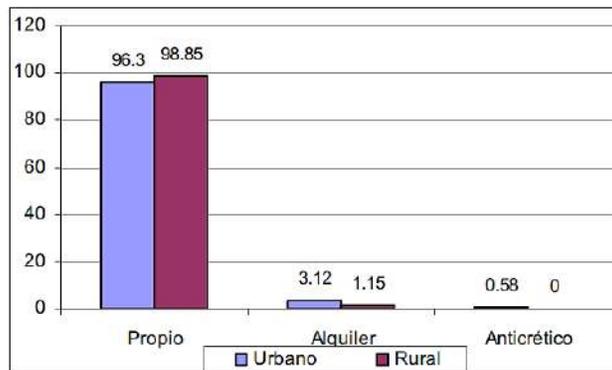


Grafico n° 32

Grafico n° 33





Grafico n° 33

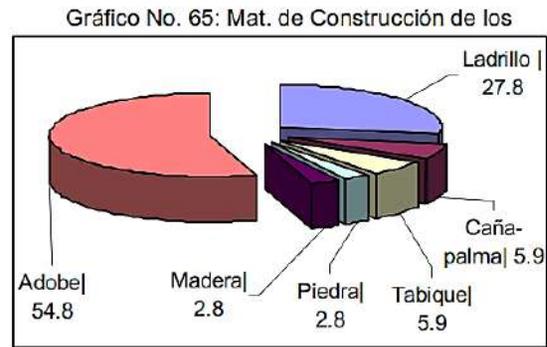
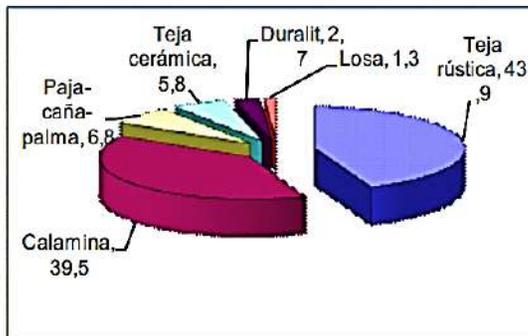


Grafico n° 34

El piso en un 54.21% es de cemento, seguido por el de tierra en un 33,62% y en último lugar la madera con tan sólo 0,2%.

Gráfico No. 66: Mat. de construcción de las cubiertas en las viviendas



La cubierta es de teja rústica en un 43.9%, calamina en un 39.47%, seguido por la paja-caña-palma en un 6.75%, en tanto que la losa tan sólo representa un 1.3%.

Fuente: Diagnóstico comunal PDM CCEDSE 2008

Grafico n° 35

Los muros de las viviendas del municipio en un 54.74% están contruidos con adobe, le sigue el ladrillo con un 27.8%, tabique-quinche con 5.9%, en tanto que el de piedra representa solo el 2.83%.

o) Vialidad y transporte

• Red vial

Principales tramos, longitudes y estado de caminos.





El Municipio de Entre Ríos cuenta con las siguientes categorías de red de caminos: Interdepartamental, interprovincial, vecinales y sendas.

Red Fundamental. En el primer caso se encuentra la principal vía nacional, que lo vincula con las Provincias Cercado y Gran Chaco (Tarija – Villamontes), que forma parte del corredor bioceánico central (Iquique-Tarija Paranaguá), que comunica el Pacífico con el Atlántico. Se encuentra bajo tuición de la Prefectura a través del

SEDECA.

TRANSPORTE VIGENTE DEL ÁREA URBANA.-

✦ En transporte público motorizado tenemos:



MINIBÚS

FLOTA

✦ En transporte privado motorizado tenemos:



AUTO

CAMIONETA

VAGONETA

MOTOCICLETA

Imagen n° 58

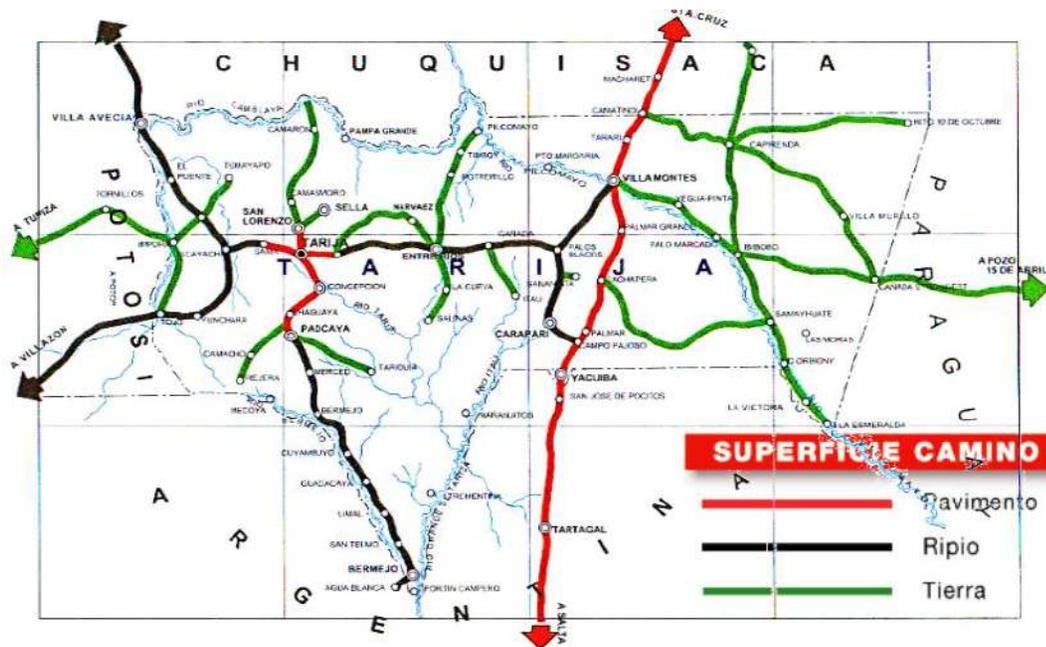


Imagen n° 59





Red Departamental. Que se encuentra bajo la responsabilidad del SNC (Ruta F11) Comienza en Cercado, Abra el Cóndor (km 46+823) y termina en Palos Blancos, Abra Cuesta Vieja (km 187+840) con una longitud de 141.02 km. Este atraviesa al municipio de Oeste hacia el Este. Se encuentra bajo tuición de la Prefectura a través del SEDECA.

Cuadro No. 57: Red Departamental: Bajo responsabilidad del SNC en el municipio de Entre Ríos

Inicio	Final	Distancia (km)	Condición Epoca seca	Epoca húmeda	Comunidades
San Simón	Tabasay	75.96	Ripio-Transitable	Crecidas de las quebradas	San Simón, Taquillos, Lajitas, Saladito Centro, Saladito Norte, Santa Rosa agua Rica, Potrerillos, Agua Buena Caldera, Timboy, Naurenda, Filadelfia, Tomatirenda, Morteiro, Machigua, Soledad, Guasurenda, Agua Buena Yukupita, Tabasay
Entre Ríos	Pampa Redonda	77.71	Ripio hasta Chiquiaca Centro Buen estado	Plataforma inestable (escorrentia superficial)	Serere (Sud, Primavera, Maizal y Limal), Naranjos, Valle del Medio, Salinas, Soledad, Zaican, Vallecito los Lapachos, Chiquiacá Norte, Chiquiaca Centro y Loma Alta
Palos Blancos	Ivoca	55.46	Ripio-Bueno	Bueno (señalización vertical (obras de drenaje necesitan mantenimiento)	Zapaterambia, Itaparara, Puerto Margarita, Yuati, Villa Mercedes, Cumandaroti, Rosario del Ingre, Ivoca, Pozo Margarita X1, Ibopeiti, Yumbia
Narváez	San Josecito Norte	39.10	Ripio- Transito regular a bueno	Quebradas y ríos imposibilitan el paso	Potrerros, Huayco Hacienda, Huayco Aserradero, Tunal, San Josecito Sud, San Josecito Centro, San Josecito Norte, Acherai, La Rea
Palos Blancos	Abra de la piedra volcada	11.00			

Tabla n° 62

Red de Camino Provincial y/o municipal. Interconecta a las unidades territoriales del municipio, los mismos se encuentran bajo la responsabilidad de la sub prefectura y el municipio de Entre Ríos.

Cuadro No. 58: Principales rutas de la provincia

Ruta	Camino	Importancia
302	Narváez-Entre Ríos	Conecta a la zona agrícola y forestal del D-2.
3310	Entre Ríos Salinas	Da acceso a la zona turística de la Reserva Nacional de Flora y Fauna Tariquía, zona forestal y agropecuaria.
3306	Entre Ríos-Chiquiaca	Da acceso a la zona turística de la Reserva Nacional de Flora y Fauna Tariquía, zona forestal y agropecuaria.
3120	Palos Blancos –Puerto Margarita	Da acceso al yacimiento petrolero principal del Mega Campo Margarita.
3120	Entre Ríos-Suaruro	Conecta a la zona agrícola productora de cítricos, maíz y papa.
3060	Narváez-San Josecito	Da acceso a la zona de producción frutícola y forestal.

Fuente: Diagnóstico PDM CCEDESE 2008

Tabla n° 63





p) Imagen urbana

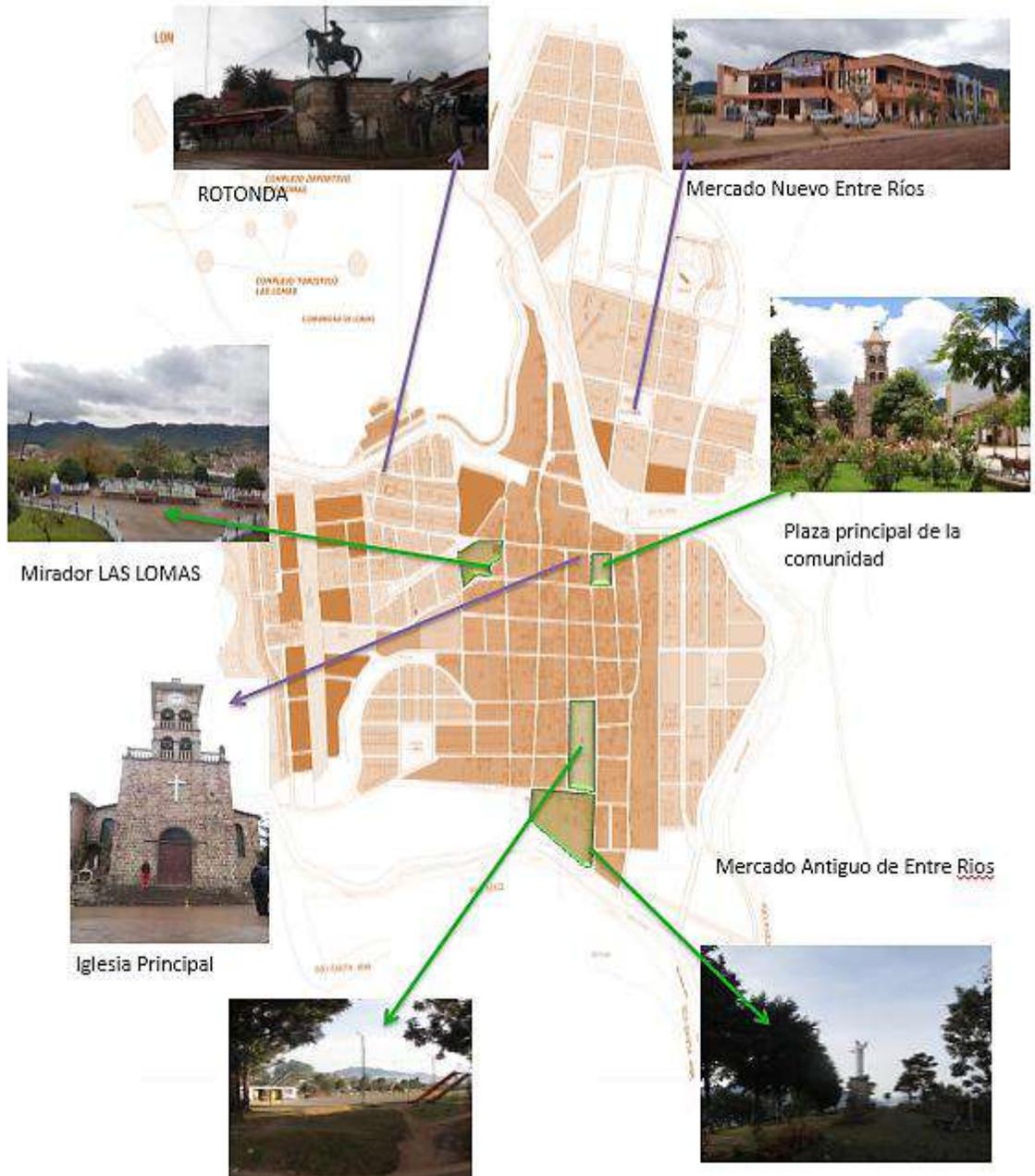
La provincia O’ Connor se caracteriza por tener lugares paisajísticos naturales de gran atractivo, imponente fauna y flora, actividades culturales, religiosas que expresan las costumbres y tradiciones de sus pobladores.

La ubicación que tiene como eje hacia el Chaco y la distancia de tan sólo 108 km respecto de Tarija hacen de Entre Ríos un potencial turístico. Por otra parte se tiene como oferta el Ecoturismo en el Parque Nacional de Flora y Fauna Tariquía (parte de Chiquiaca y Salinas) que alberga bosques vírgenes con amplia biodiversidad.

El Etnoecoturismo constituye un referente importante de la parte noreste con el asentamiento del pueblo Guaraní donde su cultura se encuentra viva (ritos y costumbres).

Imagen n° 64







Cuadro No. 117: Servicios de apoyo a la actividad turística

Actividad	Referencia
Hospedaje	
Hotel	Plaza, Tarija
Residencial	Lozano, Familiar, San Jorge, El Paraiso del Tordo, Solano, El Carmen
Alojamiento	Campeño
Gastronomía	
Restaurantes	Doña Charito, Don Guido, El Cruce, La Plaza, Entre Ríos, Los Lapachos, Los Gemelos, El Algarrobo
Puestos de comida	Mercado Central, Zona La Pampa
Transporte	
Micros	Guadalupana; Entrerriana
Taxis	Taxis 8 de septiembre, Estrella del Sur
Flotas	Expreso del Sur, Tarija, Sama, San Lorenzo, San Roque
Telecomunicación y financiero	
Telefonía	COSSET, ENTEL, Tigo (Internet)
Financieros	FADES, PRODEM, Cooperativa Magisterio Rural, Banco Unión

Fuente: Diagnóstico Municipal CCEDSE 2007.

Tabla n° 64

- **Políticas públicas de fomento al turismo.**

El Plan Estratégico de Desarrollo Turístico en sus partes más sobresalientes sostiene: Es imprescindible que el turismo se constituya en una palanca del desarrollo socio económico del municipio, adoptándolo como operador de la actividad turística y la comunidad como beneficiaria principal, dentro del Plan Nacional de Turismo 2006 a 2011 que prioriza el desarrollo turístico sostenible de base comunitaria. Para esto el municipio se encuentra:

- **Demanda Turística.**

De acuerdo al Viceministerio de Turismo del 100% de turistas que arribarán a territorio nacional para el año 2008, llegarán a Tarija el 1.5% y al municipio de Entre Ríos tan solo el 0.09%.

Los turistas extranjeros llegan por las fiestas de fin de año además de las festividades de San Roque y Chaguada. Gustan de visitar los sitios naturales, el clima y departir con la amabilidad con la amabilidad y hospitalidad de su gente.





- **Demanda Nacional.**

Del total de turistas nacionales (Turismo interno), arribaran a Tarija el 2.9%, en tanto que a Entre Ríos tan sólo el 0.25%.

Los turistas nacionales prefieren llegar en las fiestas de fin de año y carnaval, además de las festividades de Chaguaya y San Roque en vacaciones de invierno y de fin de año.

- **Demanda Local.**

Es el turismo que practican los pobladores del departamento de Tarija en la Provincia Entre Ríos, del total de turistas del departamento para el 2008 un 17.96% arribarán al municipio.

Los turistas locales visitan el municipio principalmente en las festividades de la Virgen de Guadalupe, por fin de año, y en verano por el clima benigno de la provincia.

El total de turistas que arribarán a la Provincia O' Connor (extranjera, nacional y local) suman un total de 9.280 personas para el año 2008, demandarán alojamiento, transporte, alimentación, recreación, artesanías, servicios de comunicación (teléfono e internet) y gasolinera.

B-ANÁLISIS DE SITIO





El uso del suelo está destinado principalmente a la producción agropecuaria, la superficie utilizada para los cultivos alcanzan al 2% de acuerdo al siguiente detalle:

Cuadro No.4: Uso y ocupación del espacio pos distritos

Uso del suelo	D-1	D-2	D-3	D-4	D-5	D-6	Total
Tierras cultivadas	2700.20	1662.90	1829.30	2827.51	2241.10	1539.70	12800.71
Pastos naturales	2022.00	1764.00	2096.00	2041.00	2269.00	2912.00	13104.00
Tierras en descanso	862.00	845.00	1139.00	1158.00	962.00	939.00	5905.00
Uso forestal	10125.00	36567.00	30355.00	30355.00	35484.00	37324.00	180210.00
Silvopastoril	39210.80	59311.10	80438.75	86251.75	49453.90	113914.00	428580.30
Total	54920.00	100150.00	115858.05	122633.26	90410.00	156628.70	640600.01

Fuente: Zonisig 2000. Diagnóstico PDM - CCEDSE 2007

Tabla n° 65

Gráfico No. 2: Ocupación del espacio por Distritos

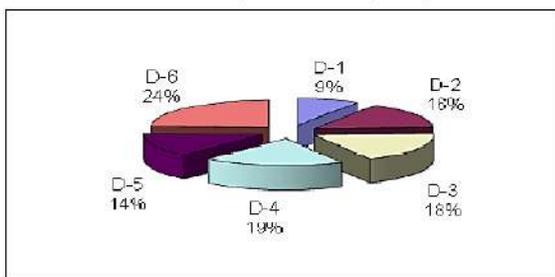
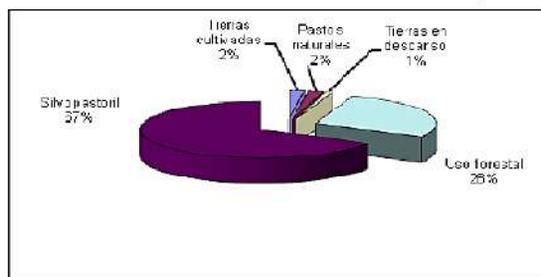


Gráfico n° 36

Gráfico No. 3: Uso del suelo a nivel municipal



Fuente: Diagnóstico PDM - CCEDSE 2007

Gráfico n° 37

Recursos y atributos naturales

- **Áreas protegidas**

El área protegida existente en la provincia O'Connor es la Reserva Nacional de Flora y Fauna de Tariquia (RNFFT), es el área protegida más extensa e importante de Tarija.

Geográficamente corresponde a la vertiente oriental andina, representada en su mayoría por el bosque



Imagen n° 61





tucumano-boliviano y bosques secos del Chaco Serrano (Ribera 1995, Morales & Sarmiento 1999).

La superficie total de la Reserva es de *246.870 hectáreas*, de las cuales el 30% (75.208 hectáreas) pertenece al municipio de Entre Ríos. Fue creada el 1 ° de agosto del 1989.

Declarada mediante DS 22277 de 02-08-1989 y Ley 1328 del 23-04-1992.

La Reserva Nacional de Flora y Fauna Tariquía ofrece una notable belleza escénica conferida por el relieve montañoso y sus bosques mayormente bien conservados. Existen ruinas de las misiones jesuíticas y dominicas al interior.

La población está conformada por campesinos inmigrantes de otros valles y del Chaco.



Imagen n° 66

Imagen n° 65

Infraestructuras y obras sobre el terreno

La infraestructura urbana de Entre Ríos se ha visto con déficit en cuanto a vías se refiriere ya sean estas de primer, segundo o tercer orden causando un impedimento en el cumplimiento de las normas, no permitiendo así el flujo correspondiente tanto en el desplazamiento peatonal y vehicular.





Cabe resaltar también la falta de soluciones por parte de las autoridades a las problemáticas más visibles en el centro urbano como ser:

- Falta de señalizaciones
- Mantenimiento de las calles
- Iluminación pública
- Apertura de conexiones terciarias
- Mantenimiento y mejoramiento de aceras
- Asfaltado de calles
- Buena iluminación
- Atención para los servicios de la ciudad
- Mantenimiento de los las infraestructuras ya construidas



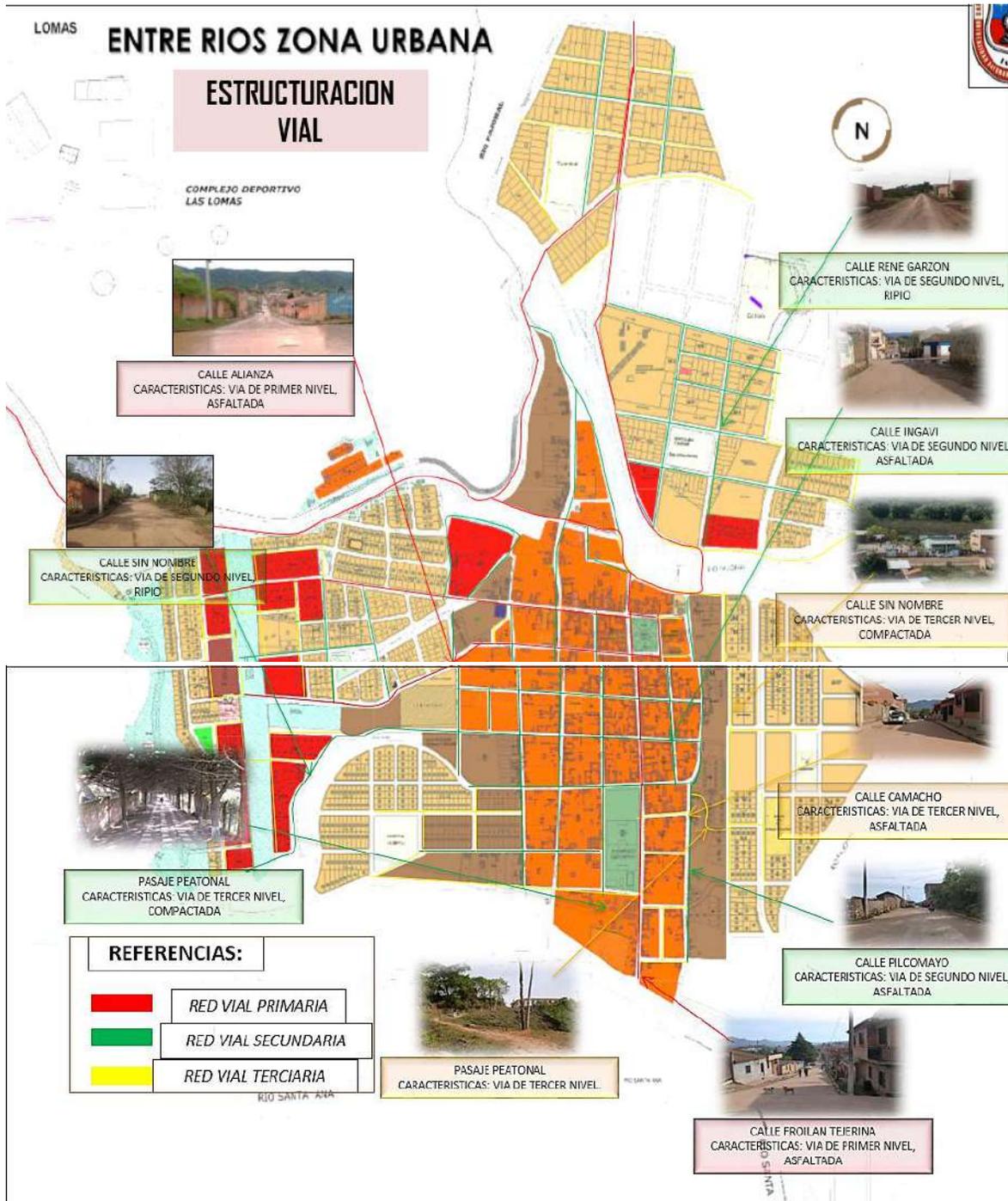


Imagen n° 64

Los servicios básicos con la que cuenta Entre Ríos abarcan en su totalidad los servicios de agua, luz y telecomunicaciones, y en ciertos porcentajes gas, alcantarillado dependiendo su ubicación y crecimiento.





6. Elementos naturales y artificiales

a) Pendientes

El municipio cuenta con colinas, que en sus depresiones van formando valles, estas colinas medias limitan en muchos casos la accesibilidad a las comunidades, según el Zonosig el 55% del territorio municipal tiene pendientes mayores al 45%.

Cuadro No. 8: Condiciones de topografía en el municipio

Pendiente	0-2	2,1-10	10,1-15	15,1-30	30,1-45	45,1-60	mayor a 60	Total
Area (km2)	44.84	800.75	384.36	768.72	896.84	960.9	2549.59	6406
% del territorio	0.7	12.5	6.0	12.0	14.0	15.0	39.8	100.0

Fuente: Diagnóstico PDM - CCEDSE 2007

Tabla n° 66

b) Suelos

El suelo es vital en el medio físico de un ecosistema, cumple las siguientes funciones:
Soporte de la vegetación.

Lugar para la vida del hombre, para la agricultura, ganadería, agroforestería, siendo la interface entre los Componentes bióticos y abióticos del ecosistema.

Uso de Suelos

- **Uso Residencial:**

De uso habitacional, destinado a albergar todo tipo de vivienda.

- Zona I Residencial Estudiantil
- Zona B II Residencial Estudiantil
- Zona III Residencial Habitacional
- Zona V Recreacional Turística
- Zona VI Industrial
- Zona VII Agrícola



Imagen n° 65





Uso Industrial:

El sector norte del área suburbana, cuya actividad será netamente de aplicación industrial como apoyo a la agricultura o depósito del mismo.



- **Uso Mixto:**

De uso combinado habitación con una actividad destinada de acuerdo a la zona.



- Zona Residencial – Administrativa
- Zona Iv. Residencial Comercial



Uso Agropecuario Urbano:

Para el uso agropecuario urbano se debe seguir las siguientes normas y reglamentos impuestos por la alcaldía.



Notificación al interesado.-

La O.T.C.U, notificara al propietario o responsable del inmueble, o a quien ejerce la actividad que configura un uso no conforme, instruyéndole sobre las disposiciones del Reglamento y las previsiones que deberá adoptar.

Determinando las zonas protegidas, zonas de preservación agrícola, zonas de preservación natural paisajística.



Imagen n° 66

- **Características**





Las características físicas de los suelos varían de acuerdo a la posición fisiográfica en que se encuentran.

De acuerdo al mapa elaborado por ZONISIG 2000, el municipio de Entre Ríos tiene unidades de suelos, los cuales se presentan a continuación:

Los suelos de entre ríos tienen una profundidad media a muy profundo Franco arenoso a arcilloso arenoso y limoso de color Pardo rojizo oscuro, rojo amarillento con un pH de 4.5 a 6.5.

c) Hidrografía

En el área a intervenir se encuentra a cercanías del río de las Lomas que divide la ciudad de O'Connor en dos partes.



Imagen n° 67

d) Vegetación





Las especies arbóreas-arbustivas tiene presencia en casi todo el municipio, en tanto que la thola y canlli kiska en las partes más elevadas D-2. Conforme va disminuyendo la altitud en el municipio las especies arbóreas son más frondosas y la presencia de especies vegetales menores se incrementa.



Imagen n° 68



Imagen n° 69



Imagen n° 70

e) **Clima**

La localidad de Entre Ríos se encuentra dentro de un clima templado semihumedo. Con los siguientes datos registrados:

- **Temperatura media**

Presenta una media de 19 °C con un aumento de temperatura en los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero. (1973 – 2012).

- **Temperatura máxima media**

Se registra una temperatura de 22 °C con un ascenso entre los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero. (1973 – 2012).

- **Temperatura mínima media**

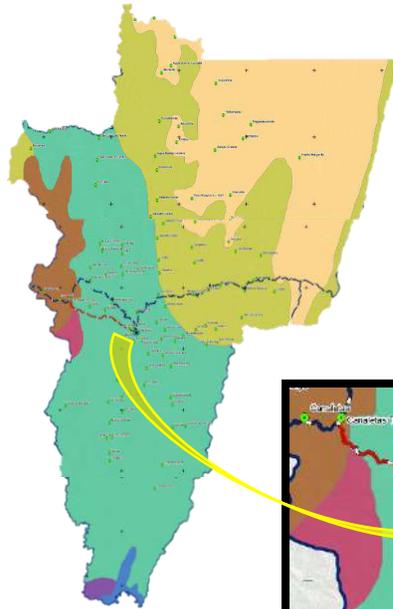
La temperatura mínima media alberga los 12 °C, con descensos entre los meses de junio, julio y agosto. (1973 – 2012).

- **Temperatura máxima extrema**





La máxima extrema media es de 40 °C con ascensos en los meses de octubre, noviembre, diciembre, enero y febrero. (1973 – 2012).



Humedad relativa

El promedio humedad es de 71,6 % en los meses de febrero, marzo, abril y mayo sea registran los porcentajes más altos de humedad.



Imagen n° 71

f) Accesibilidad

Respecto a su ubicación geográfica, el Municipio se constituye en una zona de vinculación entre la provincia Gran Chaco, la capital del departamento.

El grado de participación ciudadana constituye un elemento positivo, en tanto coadyuva en los programas de desarrollo. En ese contexto, el Plan de Desarrollo Municipal ha definido como prioridades el mejoramiento de la infraestructura vial y de riego; la asistencia técnica y, en menor proporción, los procesos industriales y servicios de crédito.





PROCESO DE DISEÑO

1. Premisas legales

a) Políticas Departamentales

- **Desarrollo y Justicia Social**

Política 4. Mejorar y garantizar la protección y desarrollo integral de grupos vulnerables en el Departamento

a) Fortalecer y ampliar la red de gestión y asistencia social a grupos vulnerables

Se construirán y equiparán más centros de atención con una visión territorializada, que, además, considere el recurso humano para su operación y funcionamiento. Se atenderá con igual prioridad en todas las regiones del Departamento.

Se institucionalizará la Red de Gestión y Asistencia Social con un enfoque integral de género, generacional, terapia alternativa y terapia ocupacional, que garantizará la implementación y continuidad de las políticas públicas y asignación de recursos para este sector.

Se diseñarán programas para crear una cultura de prevención del maltrato en todas sus formas y de solidaridad hacia los grupos vulnerables, a través de servicios asistenciales y educativos en salud, psicología, educación, entre otros, que promuevan la igualdad de oportunidades y la lucha contra la discriminación de estos grupos.

Con ello se protegerá y se conseguirá la reinserción social, familiar, laboral y reducir los índices de abandono y violencia en los grupos más vulnerables como lo son los





niños, niñas y adolescentes, discapacitados, adultos mayores y mujeres en situación de riesgo.

Esta política requiere del trabajo intersectorial y coordinado de instituciones del Gobierno Departamental a través del SEDEGES, CODEPEDIS, Ministerio de Salud y Deportes, de Gobiernos Municipales y locales como la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia entre otros, la cooperación internacional, los organismos no gubernamentales y la sociedad civil, por lo tanto, es de responsabilidad de las instituciones mencionadas la operativización de la presente política.

b) Apoyar el desarrollo integral de los niños y niñas y adolescentes

Se consolidará un sistema departamental de protección a niños, niñas y adolescentes, el fortaleciendo las instancias responsables de la protección y defensa de los derechos de la niñez y adolescencia, la difusión de una cultura de respeto de los derechos de la niñez y adolescencia con activa participación de la población.

Se fortalecerán los centros de atención integral para el cuidado de la salud, la educación, la alimentación de niños y niñas para lograr un adecuado crecimiento y la posibilidad de los padres de acceder a una fuente de empleo.

Se fortalecerán los mecanismos para prevenir y reducir el maltrato, la violencia, el abuso sexual, la explotación y el trabajo infantil, incrementando la cobertura y calidad de programas institucionales de reinserción y rehabilitación para niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situaciones de riesgo y vulnerabilidad.

Apoyar el desarrollo integral de los niños y las niñas menores para potenciar sus capacidades individuales y comunales y su inclusión social, como ejercicio pleno de sus derechos, a través de la consolidación de la política se tiene un ámbito de acción





departamental y es de responsabilidad del Ministerio de Educación, Salud y Deportes, Gobierno Departamental a través del SEDEGES, Defensoría del Niño, Niña y Adolescente y las instancias nacionales encargadas de la temática, con la colaboración de organismos no gubernamentales, internacionales y población en general.

c) Promover la atención integral a personas con discapacidad

Se implementarán, fortalecerán y ampliarán los centros y servicios de atención en medicina, psicología, educación, terapia ocupacional y terapia alternativa para garantizar la atención integral y una vida digna a todas las personas con discapacidad en condición de vulnerabilidad, para que accedan, en igualdad de condiciones, al ejercicio de sus derechos económicos, educativos, culturales y sociales, fomentando su participación e integración social.

Se promoverán programas para educar, concientizar y sensibilizar a la sociedad respecto a la capacidad de integrarse positivamente que poseen todas las personas con discapacidad a una vida social y laboral sin prejuicios ni discriminación alguna.

A nivel departamental será la Secretaría de Desarrollo Social, el SEDEGES y CODEPEDIS las instancias encargadas de la ejecución de estas acciones, en coordinación con instancias del Gobierno Nacional y municipales para generar sinergias con distintos tipos de aportes.

d) Promover la atención integral del adulto mayor.

Brindar asistencia y atención psicológica, social y legal, de calidad, a personas de la tercera edad, de bajos recursos para evitar su deterioro físico y mental y atender las necesidades de cuidado, comprensión, esparcimiento y productividad de nuestros adultos mayores, través de la implementación de centros de acogida como espacios





dignos para que vivan en plenitud, desarrollándose en las diferentes actividades y talleres programados que propicien el uso y aprovechamiento positivo de su tiempo libre: terapia ocupacional, actividades recreativas, nutrición y salud.

Se fortalecerán, mejorarán y ampliarán los centros existentes para atender mejor a la actual población buscando

También calidez en la atención que reciben, a través de la capacitación permanente del personal.

El Servicio Departamental de Salud, el SEDEGES, conjuntamente los DILOS, serán los responsables de la ejecución de estas acciones a través del SSPA y la construcción de una red de actores con los Municipios, la seguridad social, organismos internacionales, no gubernamentales y centros privados.

b) Estructura programática

Política 4. Mejorar y garantizar la protección integral de grupos vulnerables en el Departamento.

a) Programa: Integración social y productiva solidaria

Este programa tiene como objetivo lograr mayor cohesión social para la población en situación de riesgo y vulnerabilidad, a través de intervenciones específicas en las diferentes temáticas, que se refieren a la gestión y la protección social solidaria.

Abarca proyectos relacionados con servicios sociales de atención integral e inclusión, de los sectores sociales más vulnerables, evitando cualquier forma de discriminación, principalmente la protección de la mujer y la familia; asistencia social para la drogodependencia y el alcoholismo; protecciones de niños, niñas y adolescentes en





situación de riesgo y vulnerabilidad; rehabilitación de niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo; asistencia social para los discapacitados con rehabilitación integral y el bienestar para el adulto mayor.

La intervención de programa considera el reconocimiento y el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres, jóvenes, niños y ancianos, orientados a favorecer la protección contra la violencia, abandono y discriminación, además brindando asistencia en salud, atención psicológica, nutrición, educación y vivienda.

2. Premisas de Diseño

Las premisas de diseño aunque se las especifique en varios aspectos como ser: morfológicas, funcionales, tecnológicas, etc. Para una mejor comprensión deben ser entendidas como integradas e interrelacionadas debido a que cualquiera de estos aspectos son los elementos básicos para el diseño arquitectónico.

3. Premisas morfológicas

Diseñar una unidad morfológica, que sobresalga del lugar y que mantenga cierta neutralidad dentro del entorno. Esto quiere decir que se deberá interpretar y abstraer conceptos formales, morfológicos ya sean artificiales o naturales.



Imagen n° 72





La morfología nacerá del contexto referencial, es decir de los ejemplos encontrados, con la integración de los patios centrales de la época colonial para tratar de conservar los rasgos de la identidad del lugar y no descontextualizar en su interior con la armonía del lugar y su exterior

Al mismo tiempo tomando en cuenta elementos de la arquitectura del entorno, para su posterior abstracción y geometrización.

Hexágono, polígono de seis lados, seis vértices, seis triángulos y nueve diagonales. Conjuntamente con el triángulo y el cuadrado son los únicos polígonos regulares que pueden recubrir un plano, siendo de los tres el que mayor área tiene a igual perímetro.”

Esta podría ser una de las definiciones y causas por las que esta figura ha sido tan utilizada en infinidad de proyectos y ha enamorado a muchos creativos.

Desde el punto de vista personal y por mi experiencia de más de 14 años en el sector cerámico, yo diría que realmente es **una geometría que fascina por su personalidad, contundencia y sensaciones transmitidas**. Puedes recubrir un plano sin tener que recurrir a otras piezas especiales que ayuden a rellenar huecos pero puedes querer no recubrirlo por completo y sigue funcionando como un conjunto, cómo un todo que da consistencia estructural y visual a tu composición.

Está entre nosotros desde tiempos inmemorables, claro ejemplo de ello es nuestra querida madre [naturaleza](#), sabía consejera y gran pensadora.

4. Premisas Funcionales

Valorizar y reinterpretar las características y tipologías de emplazamiento que existen de los diferentes modelos encontrados de otros países en el exterior y la forma que tienen de relacionarse e integrarse con su entorno.

Además de pensar en una adecuada organización, la distribución funcional del proyecto, estará dirigido a crear recorridos, interiores como exteriores que nos posibiliten la integración y conexión entre el usuario y su entorno natural.





Sostener los espacios y buscar la integración del diseño con el paisaje exterior por sus potencialidades es una alternativa a explorar.

La arquitectura pretenderá encontrar sus ideales y objetivos a través de la integración con el contexto.



Imagen n° 83

5. Premisas Tecnológicas

Trabajar con materiales tradicionales como ladrillo, hormigón y el acero así mismo se incorporara materiales constructivos del lugar los cuales son amables con el medioambiente garantizando la adaptabilidad del proyecto con el sitio, creando una combinación entre los materiales. La nobleza de los materiales del lugar con los materiales modernos intervendrá de una manera sutil sin quitar protagonismo al contexto, además por ser materiales no contaminantes es ideal para mantener la sostenibilidad del proyecto.

a) Vidrios de seguridad

Un vidrio puede ser clasificado de seguridad cuando en caso de ruptura por el impacto humano, no presenta potencial para la causar heridas de consideración a las personas.

La seguridad personal tiene una segunda vertiente que se refiere – no a las lesiones que puede sufrir una persona a consecuencia de la rotura accidental del vidrio- sino a los





daños que puede sufrir una persona o su propiedad como consecuencia de la **acción delictiva de terceras personas**.

- **Niveles de seguridad**

En función del nivel de seguridad que se requiera, el vidrio de seguridad doble puede ser **fuerte** (2 lunas de 4mm o 6mm), **anti-robo** (3 lunas de 4mm o 6 mm) y **anti-bala** (4 lunas de 6mm). Es muy importante no sólo el grosor y el número de las lunas, sino la composición y el grosor de la capa o film de plástico intermedio que une las láminas.

Aplicaciones del vidrio de seguridad doble

- Embajadas, museos, aeropuertos, hospitales, **psiquiátricos**, centros comerciales, bancos y oficinas de correo.

- Viviendas aisladas o en viviendas sin elementos de protección en el exterior (valla exterior, persianas o mallorquinas de seguridad)

- Viviendas con objetos de alto valor en su interior

- Viviendas habitadas por personas con riesgo específico (políticos, empresarios, periodistas, policías, altos funcionarios)

- personas que tienen una fuerte preferencia por la seguridad y eligen el vidrio de seguridad doble a pesar de su mayor coste económico.



Imagen n° 74



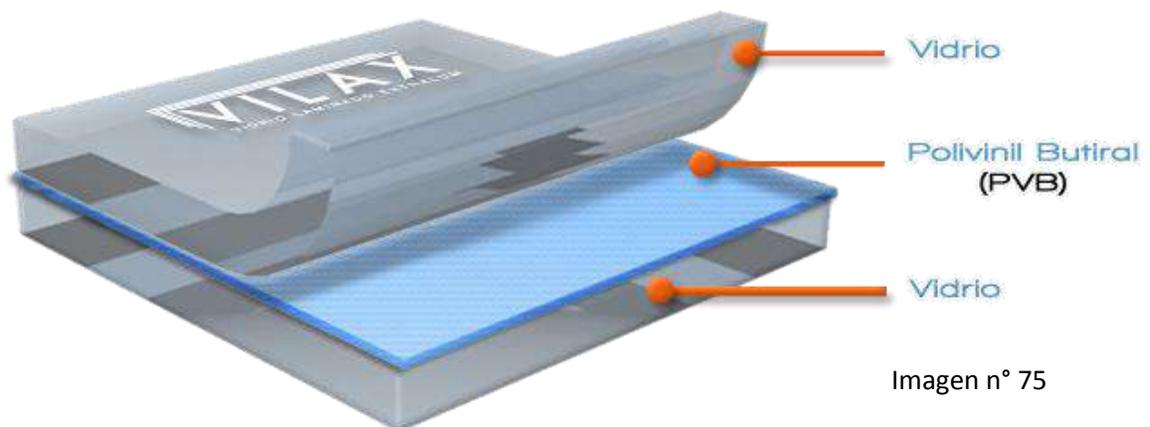


El vidrio de seguridad doble puede ir con cámara de aire: se puede añadir un segundo vidrio en la cara interior y se puede combinar la seguridad con otras funciones: baja emisividad, control solar, aislamiento acústico, y auto-limpieza.

Vidrio Laminado

Consiste en la unión de varias láminas de [vidrio](#) de cualquier grosor, mediante una película intermedia realizada con [butiral de polivinilo](#) (PVB), [etil-vinil-acetato](#) (EVA). Esta lámina puede ser transparente o translúcida, de colores e incluir prácticamente de todo: papel con dibujos, [diodos LED](#), telas, etc.

Pueden recibir un tratamiento acústico y de control solar. Esta lámina le confiere al vidrio una seguridad adicional ante roturas, ya que los pedazos quedan unidos a ella.



Vidrio templado

El **vidrio templado** es un tipo de [vidrio](#) de seguridad, procesado por tratamientos térmicos o químicos, para aumentar su resistencia en comparación con el vidrio normal. Esto se logra poniendo las superficies exteriores en compresión y las superficies





internas en tensión. Tales tensiones hacen que el vidrio, cuando se rompe, se desmenuce en trozos pequeños granulares en lugar de astillar en grandes fragmentos dentados. Los trozos granulares tienen menos probabilidades de causar lesiones.

b) ALUCOBOND

Las fachadas de alucobond son unos paneles de Composite que están compuestos por dos chapas fabricadas con una aleación de aluminio de magnesio mezclado con el núcleo de una resina termoplástica o también a veces de un compuesto mineral.

Las denominadas fachadas de alucobond son un tipo diferente de fachadas de casas que están ligereza unida a una alta resistencia a la rotura. 100% homologadas para ser utilizadas en todo tipo de edificios, lo cual está haciendo que cada día sean más usadas.

- Planitud del panel.
- Resistencia a la intemperie.
- Amortiguación de las vibraciones.
- Limpieza y mantenimiento simples.
- Suministro en grandes dimensiones (hasta 1.500 mm. x 5.000 mm.).
- Diversidad de acabados.
- Gran facilidad de manipulación.

Ventajas del Panel Alucobond:

- Revestimiento de fachadas.
- Cubiertas y marquesinas.
- Balcones y cerramientos.
- Revestimiento de túneles.
- Decoración interior.
- Fabricación de stands y expositores.



Imagen n° 87





- Paneles publicitarios. Imagen corporativa.
- Revestimiento de vehículos.
- Construcción de maquinaria y equipos.

El versátil ALUCOBOND; es ideal para aplicaciones arquitectónicas como: Detalles en muros, Terminaciones de techos, Cubiertas especiales, Vestíbulos, Muros cortina, Recubrimiento de columnas, etc.

ALUCOBOND es fácilmente instalable por ser un material de compuestos ligeros consistentes en dos placas de aluminio y un centro de plástico o mineral altamente tratado.

ALUCOBOND tiene una superficie lisa y está disponible en una amplia gama de colores estándar y metalizados. Con más de 90 millones de m2 instalados desde 1969, ALUCOBOND es uno de los materiales más exitosos mundialmente.

ALUCOBOND es diseñado y desarrollado como un material rígido y flexible para recubrimiento de muros y cubiertas para uso en aplicaciones arquitectónicas y de diseño. Aparte de ser resistente al clima, a la perforación, es plano, resistente a las vibraciones, posee cierta resistencia a la flama, irrompible, resistente al impacto, absorbe las vibraciones y es fácil de instalar. Por estas razones es el material ideal para fachadas lisas y suspendidas, detalles arquitectónicos y remates de cubiertas y fascias.

Carta de colores del ALUCOBON DECORATIVO

c) Uso del color





Realizar según las premisas de diseño realizar las funciones de los ambientes

Según el terreno específico hacer las premisas



Terapia del Color / Cromoterapia

Mucho antes que la ciencia

reconociera la influencia que ejercen sobre los cuerpos los rayos ultravioleta e infrarrojos, hubo terapeutas que trataron ya a sus pacientes con la ayuda de los colores.

Decía Hipócrates que "el ser humano debe armonizar espíritu y cuerpo". Hoy, algunos adeptos de la Medicina Natural, el cromo terapeuta, siguen este precepto procurando devolver a sus pacientes el equilibrio alterado. Para ello utilizan la Cromoterapia, método suave que es como si pulsaran las diversas "cuerdas" del arco iris, según las necesidades de cada caso.

Estando, según Albert Einstein, en estrecha relación la energía y la materia, no debería sorprender que las longitudes de ondas emitidas por los colores puedan tener efectos tanto psíquicos como físicos.

No todas las habitaciones admiten el mismo tono de color. Ello depende de la orientación y del uso que se vaya a hacer de las mismas. En general, se aconseja lo siguiente:

- Pasillos: Deben predominar los colores cálidos.
- Comedor: Mezcla de colores cálidos y fríos.
- Estancia: Deben predominar los colores cálidos.
- Dormitorios: Deben predominar los colores fríos.
- Cocina: Mezcla de colores cálidos y fríos.

Iluminación





Es así mismo de gran interés para el decorador tener en cuenta, al elegir los colores que se han de combinar, los cambios de intensidad de luz que se producirán en cada habitación, pues según la intensidad de luz cambiará el color. He aquí el coeficiente de reflexión de diversos colores a la iluminación natural media:

- Cadmio: 80%
- Amarillo y verde: 60%
- Salmón: 40%
- Siena: 35%
- Naranja 32%
- Púrpura y carmín: 30%
- Bermellón: 25%
- Rojo y escarlata: 20%
- Azul: 16%
- Violeta: 12%

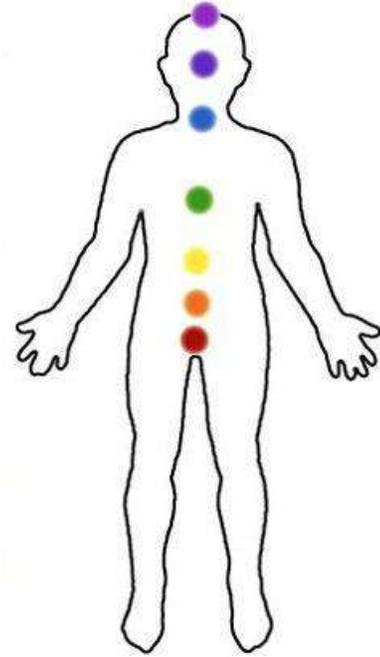


Imagen n° 77

Rojo

- Ayuda a superar pensamientos negativos.
- Estimula y calienta el cuerpo.
- Ayuda a sentirse con más energía.
- Ayuda a mejorar el rendimiento de los atletas ya que ayuda a generar una cantidad rápida de energía.
- Ayuda a personas que padecen de decaimiento y pasividad, ya que ayuda al estado de ánimo a agilizarse.(mentira)
- Incrementa la circulación sanguínea, por lo que estimularía el corazón.
- Estimula el [hígado](#) y el [bazo](#).
- Ayuda a tratar enfermedades crónicas como [reumas](#), problemas digestivos y de estreñimiento
- Demasiado color rojo puede hacer a la persona sentirse irritable, nerviosa e impaciente.
- No se recomienda para personas [hipertensas](#).





Verde

Se considera un color relajante, tranquilo y refrescante.

- Produce una sensación de alegría, calma, confianza y esperanza (tradicionalmente se habla de «verde esperanza»).
- Ayuda a crear armonía y equilibrio.
- Ayuda a estabilizar emociones.
- Ayuda a aumentar defensas del cuerpo.
- Estimula el crecimiento por lo que ayuda en fracturas de huesos.
- Ayuda al sistema muscular y al aparato motriz.
- Ayuda en terapias contra el dolor y lesiones de la piel
- Ayuda a calmar y relajar los nervios sobre todo para personas con problemas de corazón.
- Ayuda en problemas de [hígado](#).
- No se recomienda en casos de [anemia](#).

Azul

Es un color relajante que ayuda a despejar la mente. Es frío y sereno.

- Actúa en contra del [estrés](#) y el [insomnio](#).
- Ayuda en tratamientos de las [glándulas tiroideas](#) y [paratiroides](#).
- Ayuda a refrescar y calmar, por ejemplo ayuda a calmar irritaciones en la piel.
- Ayuda a reducir la fiebre.
- Ayuda en [estrés](#), [hipertensión](#), miedos, cólicos y espasmos estomacales.
- Ayuda para mejorar llagas, dolores de muelas e inflamación en ojos.
- Ayuda a bajar la presión sanguínea.
- Ayuda a cicatrizar quemaduras.

Índigo

- Ayuda a mejorar la inteligencia.
- Ayuda a la persona a sentirse con más coraje y autoridad.
- Ayuda a «purificar» la sangre.
- Ayuda a tratar enfermedades del oído, nariz y ojos.
- Ayuda a curar [várices](#), [úlceras](#) y problemas en la piel.

Morado

- Es bueno para problemas nerviosos, así que ayuda a algunas personas que sufren de [epilepsia](#).
- Ayuda en dolores y en sanación de huesos.





Violeta

El color violeta es el color de la intuición y la espiritualidad.

- Ayuda en problemas emocionales como cólera, miedos o nerviosismo.
- Ayuda a comedores compulsivos.
- Ayuda en la fabricación de [leucocitos](#).
- Ayuda a tratar problemas de insomnio.
- Ayuda a eliminar toxinas.
- Ayuda en problemas con la [ciática](#).

Amarillo

- Ayuda a mejorar la concentración.
- Ayuda a estimular el cerebro.
- Ayuda a mejorar los reflejos.
- Ayuda con problemas de [depresión](#).

Ayuda en la [digestión](#), estreñimiento, inflamación del abdomen y [reumatismo](#).

- Ayuda con problemas en el [hígado](#), la [bilis](#) y el [páncreas](#).
- Algunos alimentos de color amarillo ayudan a bajar de peso.
- No se recomienda para personas con irritabilidad.

Naranja

- Influye en el intelecto.
- Influye en la fuerza física.
- Ayuda a lidiar con pérdidas emocionales y problemas de introversión.
- Ayuda a tratar el [asma](#).
- Ayuda a mejorar problemas de [calambres](#), dolor de ligamentos, [reumas](#) y espasmos intestinales.
- Ayuda en problemas de artritis.

Turquesa

El color turquesa se relaciona con la garganta, el pecho y la [tiroides](#).

- Ayuda a tranquilizar.
- Se usa en infecciones.
- Ayuda a reforzar el [sistema inmunológico](#).
- Ayuda a disminuir la inflamación de la garganta.





Magenta

El color magenta crea un sentimiento de amabilidad, de gentileza, de amor y compasión.

- Ayuda a personas con [sinusitis](#), zumbido de oídos y quistes benignos.

Plata

Es un color de paz y perseverancia.

- Ayuda psicológicamente a lidiar con problemas del pasado.

Oro

En la cromoterapia, el color oro es considerado el color más fuerte para curar enfermedades. Es tan intenso su efecto que algunas personas no lo toleran por periodos muy largos.

Lavanda

Es el color del equilibrio.

- Ayuda con sanaciones espirituales.
- Es usado con el objetivo de limpiar el [karma](#) de vidas pasadas.

Blanco

- Ayuda a «purificar» el cuerpo.
- Ayuda a generar paz y confort.

Café

- Representa realidad, estabilidad y honestidad.

Negro

Este color significa desaliento y desagrado.

- Las ropas negras generan una barrera para esconderse del mundo.
- Aumenta la autoconfianza.

Rosa





- Ayuda a pensar positivamente, sin miedos y sin restricciones.
- Ayuda en conflictos de confianza.
- El color es relacionado al amor no egoísta.
- Ayuda contra la agresividad o la ansiedad.
- Hospitales Y Clínicas
- Estas instituciones han sido pintadas tradicionalmente, y aun se siguen pintando con un blanco deslumbrante, porque así se entiende que son mejor satisfechos los requerimientos higiénicos. En el hospital o la clínica moderna ya no se usa el blanco, porque produce una sensación deprimente y yerta, y son utilizados colores, porque estos ejercen sobre el paciente una acción de bien reconocida terapia y también por sus efectos en el confort visual de aquel.
- El color no es simplemente un factor de satisfacción estética, sino el medio que sirve para crear, tanto en enfermos y visitantes, como en el personal clínico, un efecto psicológico, peor, a estos fines, no todos los colores tienen análoga potencia ni utilidad; en su selección debe intervenir una razón de función, ya que en unas partes o sectores habrán de actuar de manera estimulante y alegre y en otras deben servir para calmar y manifestarse discretamente. Los colores serán escogidos conociendo sus propiedades terapéuticas, considerando sus potencias psicológicas y fisiológicas y tratando de evitar esa impresión severa y fría que es característica en las instituciones anticuadas.
- Las salas de espera o visita pueden ser tratadas con variedad, aunque sin excesos en el color. Las paredes podrán ser pintadas con colores diferentes, pero que sean armónicos; si en dos de ellas se hace uso de un color gamuza, gris o verde-azul claro, las otras dos pueden ser resueltas con un color más estimulante en rosa o melocotón. También es posible romper la impresión de un efecto monótono con un cambio menos ostensible, pudiéndose contrastar el melocotón o crema de las paredes con verdes o azules suaves en cortinajes y muebles o inversamente, si las paredes son en colores fríos pálidos con cortinas y muebles o alfombras en rosa o melocotón.





- Los pasillos y escaleras algo oscuros tienen que ser pintados con colores claros y luminosos: crema, melocotón pálido, etc., para que reflejen la luz y la iluminación se intensifique. En las habitaciones de los pacientes las paredes se resuelven con matices suaves y agrisados: marfil, crema, rosa, gamuza, etc., que crean un ambiente refrescante, serán utilizados los tonos verdes, verdes-azules, porque estos ayudan a calmar el nerviosismo y la angustia. De manera general los tonos cálidos son adecuados para las habitaciones con poco sol y luz del Sur y los fríos para las soleadas y orientadas al Norte; los primeros convienen para convalecientes o pacientes de corta estancia y los segundos para aquellos de larga permanencia o enfermos crónicos. La impresión de calidez en un espacio cerrado y de poca luz podrá ser acentuada usando colores fríos en las habitaciones contiguas, o a la inversa.
- Los techos no deben ser blancos, porque para los pacientes que están muchas horas o muchos días en el lecho y mirando aquellos, el blanco es deprimente y deslumbrante; su color debe ser en el mismo color que la pared, aunque en tonalidad más clara.
- Los quirófanos o salas de operaciones no serán pintados de blanco ni tampoco deberán estar revestidos en azulejos con ese brillo molesto y deslumbrante, que trastorna la función ocular. En las clínicas modernas, tanto las paredes y superficies como el indumento de los operadores y personal ayudante, son en verde-azul claro, porque es el color complementario de la sangre y al quedar suprimido el fenómeno del contraste sucesivo descansa la visión del operador y de sus colaboradores cuando apartan la mirada del área de trabajo.
- Las piezas destinadas a fisioterapia, masajes y radioterapia habrán de ser pintadas con colores fríos, refrescantes y tranquilos, pero las de recuperación de miembros y ortopedia requerirán colores estimulantes. Las salas o habitaciones de pediatría deben complementarse con dibujos atractivos en





colores brillantes y alegres; estos dibujos serán pintados en paredes y también en los techos para recrear la imaginación de los niños en su forzada pasividad.

- Las oficinas, laboratorios y cocinas son resueltos con el color adecuado a la luz que reciban: marfil o rosa claro para las de iluminación natural intensa y verde-gris para aquellas otras de luz débil. En las habitaciones de enfermeras o personal femenino rigen los principios de la decoración de interiores; en ellas puede intervenir la preferencia o el gusto particular. En la sala de espera un fondo general en gris perla suave podrá ser animado por un rojo o un azul de tonalidad alegre o por ambos combinados.
- Las cornisas, frisos y zócalos de las paredes forman parte de estas y deben ser resueltos con colores que armonicen con los de aquellas, pues los contrastes son inconvenientes; tanto estos como el ancho o la altura deben ser moderados, puesto que pueden alterar aparentemente las proporciones de la pieza. Los muebles, mesas, radiadores, etc., serán en colores que armonicen. Los lavaderos o piezas de esterilización es conveniente que sean blancos, para que así se estimulen la limpieza y el orden.
- El color habrá de ser usado siempre con conocimiento, para favorecer la recuperación de los pacientes y también para facilitar las tareas del personal.

Ejemplo más relevantes de la clínica medusa-fisu, realizada por los alumnos De Corso Leandro y Marqués J. Manuel para la cátedra Diseño Arquitectónico IV Arq. LLUMA.

Planta baja. Nivel acceso

1. Oficina Gral., archivo, historias clínicas, Admisión y egreso, Secretarías, Oficinas.

Paredes: beige.

Techo: blanco neutralizado.

Piso: marrón.

Amueblamiento: gris claro.





Enfermería. 23. Sala de médicos. 29. Mucamas.

Paredes: Mostaza.

Techo: Amarillo claro.

Piso: marrón.

Consultorios externos. 8. Consultorios multiuso.

Paredes: Azul verdoso claro.

Techo: Verde agua.

Piso: Azul.

Amueblamiento: Blanco

Vestuarios. / Radiología.

Paredes: Azul claro.

Techo: Blanco.

Piso: Azul.

Amueblamiento: Blanco

Observación y recuperación del paciente.

Paredes: Crema.

Techo: Marfil.

Piso: Beige

Recuperación del paciente.

Verde azulado claro, inclusive la indumentaria de los médicos.

19. Auditorio

Borravino.





20. Bar. 32. Cocina.

Cocina: Rosa claro.

Comedor: Verde, con mobiliario marrón.

25. Rayos x.

Gris plomo.

26. Laboratorio.

Paredes: Verde grisáceo claro.

Techo: Blanco neutralizado.

Piso: Verde.

28. Internación.

50 % gamuza con muebles blancos.

50 % verde azulado con muebles blancos.

Salas de espera.

- Verde azulado.
- Durazno.

En Fachadas

El origen de la fachada, va tomar forma según el color del entorno en el cual se encuentra el proyecto con los colores matices del verde.

El proyecto en sí también busca generar ese acorde con la naturaleza y en cierta manera mimetizarse con la vegetación y el ambiente.

Tomando como ejemplo el **Animal Refugie Center**.



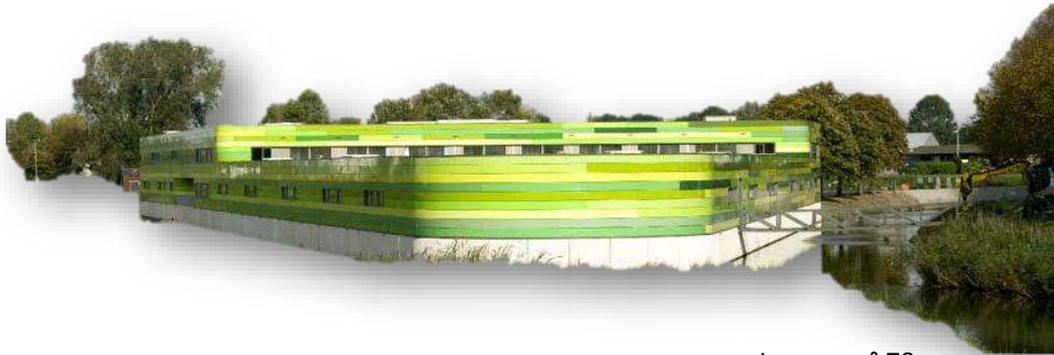


Imagen n° 78

Apuntando a generar un lugar que sea acorde para un tratamiento de adictos, pero para eso el usuario se debe sentir cómodo y en un espacio agradable, y creo que la opción de ello es ubicarlo primero que nada en un sector se áreas verdes, grandes espacios para espaciarse y además un edificio que tenga luminosidad y color, por ello que este proyecto lo tomo como ejemplo para mi proyecto ya que se relaciona con el lugar y las áreas verdes por su color más natural.

6. Concepto generador (Evolución de la forma)

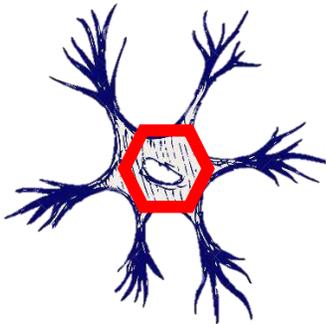


Imagen n° 79

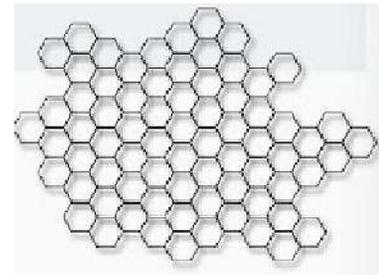
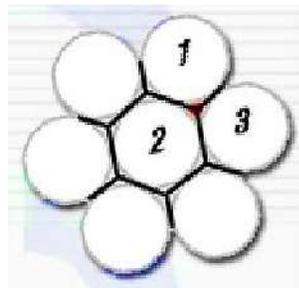


Imagen n° 80





Imagen n° 95

Permite uniones exactas generando un patrón y una composición formal de ritmo y equilibrio en los muros y muros cortina que se encuentran en el frente del centro

6.1.1. Vitrales Panorámicos

Muro cortina compuesto por vitrales en forma hexagonal que proponen iluminación y ventilación natural y se aprovechan las vistas panorámicas del entorno en donde se encuentra emplazado el edificio.



Imagen n° 81

7. Aspectos espaciales

Diagrama de estructuración general

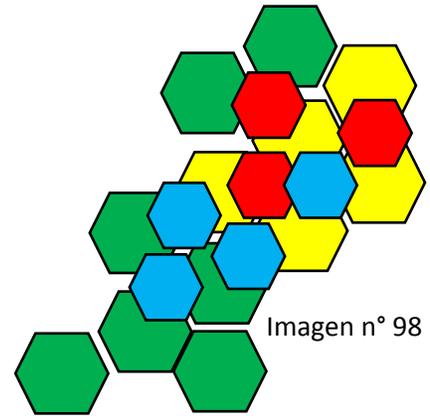


Imagen n° 82





-  Servicios generales
-  Área administrativa
-  Área de recreacion
-  Servicios de apoyo
-  Área de descanso



Jerarquía espacial

- 1.- Serv. Ambulatorio
- 2.- Administración
- 3.- Hospitalización
- 4.- Comedor
- 5.- Rehabilitación
- 6.-Gimnasio
- 7.- Servicios

8. Horizontalidad y verticalidad



Imagen n° 84

9. Interior / exteriores

Interior con relación de áreas verdes para el recorrido de los pacientes como de los visitantes.





Las líneas en los pabellones deben ser puras y bien definidas. Para no formar demasiados cuestionamientos a los habitantes. Estos ambientes deben hablar a los enfermos, dándoles claridad, paz, y tranquilidad.

Los materiales que se usará; serán generalmente tres: El vidrio: que es utilizado en su forma de transparencia total, para dar la sensación de apertura de los ambientes, y dejar entrar, en lo

máximo, la luz al interior de ellos.



Albañilería simple vs. Concreto

Expuesto: para dar un contraste a las áreas se utilizarán estos dos materiales en contraposición uno con otro. Esto permitirá al paciente, sentido de ubicación y

familiaridad con sus habitaciones. El color estará ubicado en puntos y planos a lo largo del hospital refrescando la vista de los habitantes. El color de la albañilería a usar será blanco.





10. Zonificación general

a) Generación de la forma como significado

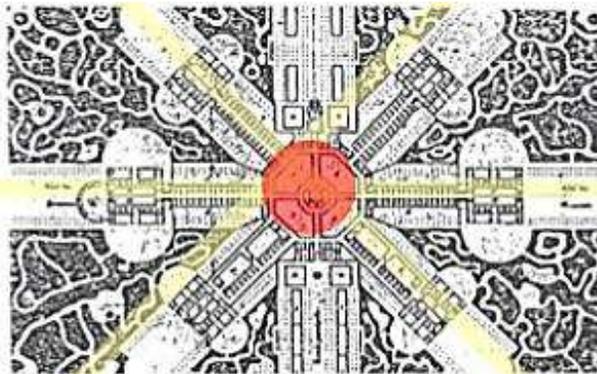
a) Lenguaje

Entonces la arquitectura a plantear no solo será una edificación que albergue a los pacientes; a la vez, esta, ayudará y será parte de las terapias de ellos. Por medio de diferentes elementos como espacios libres, espacios de privacidad para los pacientes, colores, texturas, etc.

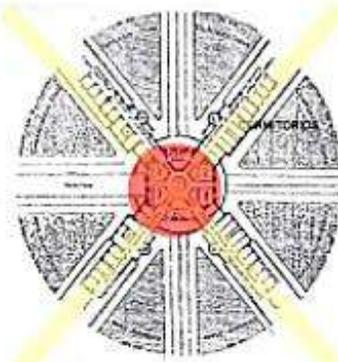
Terminar con el Mito de hospital Psiquiátrico = Cárcel.

b) Evolución de la forma genérica

Como ya hemos mencionado, en la historia de los hospitales, los primeros llamados manicomios, eran de una tipología carcelaria. Esto conllevaba a que los pacientes no tengan un tratamiento individual.



*Hospital psiquiátrico
Asilo para locos, 1835(Moulins)*



*Hospital Psiquiátrico
Asilo de locos de Glasgow
1810*

Imagen n° 85





Tipología Radial La forma primigenia era una tipología radial la cual permitía un control máximo; pero a cambio de eso, los pacientes no obtenían la libertad que debían tener para sus actividades al aire libre.

El hacinamiento era característico en este tipo de plantas; el desarrollo de estos espacios con corredores largos y falta de interrelación lo asemejan a una prisión.

El objetivo de estos tipos de edificios no era de rehabilitar al paciente. Estos modelos son conocidos como máquinas de control, una forma de represión de la locura
Tipología de Pabellones Al comprobarse la inutilidad de estas tipologías, se estudiaron nuevas opciones para la atención terapéutica dándole un poco de importancia al espacio de ocio de los pacientes (área libre).

Es así que se crean la hospitalización por pabellones.

c) Evolución de la forma generada

Estos modelos son conocidos como máquinas de control, una forma de represión de la locura
Tipología de Pabellones Al comprobarse la inutilidad de estas tipologías, se estudiaron nuevas opciones para la atención terapéutica dándole un poco de importancia al espacio de ocio de los pacientes (área libre).

Es así que se crean la hospitalización por pabellones.

Estas áreas libres, entonces, eran aprovechadas por los enfermos y por los familiares para la espera. Así es que se creaba la interacción controlada entre el público y los pacientes.

Toma la idea de los pabellones para crear áreas verdes las cuales pueden ser utilizadas por los pacientes a horas específicas.





d) ¿Porque la forma hexagonal es la mejor para diseñar?

Supongamos que se dispone de un muro cortina
FACAHADA AUTOPORTANTE de x
cantidad de metros de alto y 120 metros de largo
de perímetro...

¿Cuál imagina que es la geometría regular que
le permitiría tener una mayor superficie de
planta?..¿Un triángulo, un hexágono o un cuadrado?



Imagen n° 86

- Con planta cuadrada, con 30m de lado obtendrá una superficie de 900 m².
- Con planta triangular, con 40m de lado obtendrá una superficie de 692.82 m²
- Con planta hexagonal, con 20m de lado obtendrá una superficie de 1039.23m² (la abejas no son tontas ni tienen ganas de trabajar tiempo extra como nosotros porque sí).



Imagen n° 87

La naturaleza conoce bien las matemáticas, o mejor, las matemáticas conocen bien la naturaleza, que siempre la avala y fundamenta. El caparazón de una tortuga, la morfología de la trama del ananá, el nido de avispa, el panal de abejas, las grietas en la piedra, las marcas del salar, el copo de nieve, la unión de las burbujas...los hexágonos se encuentran presente en cualquier lugar donde miremos. Conformado por la rotación de un triángulo, combina las propiedades firmes y económicas de éste con las ventajas del círculo, a quien aventaja por no



Imagen n° 88





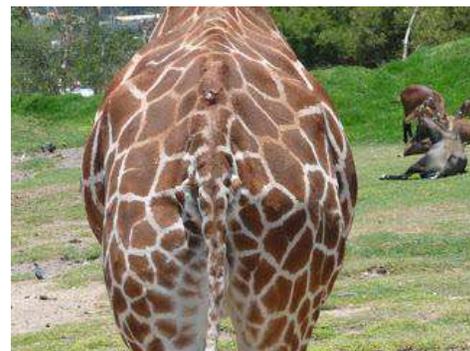
dejar en su teselado ningún lugarcito libre al azar. Los hexágonos se complementan perfectamente y arman infinitas tramas sólidas.

En el Eden Project de Grimshaw, de comienzos de milenio, la estructura de los grandes invernaderos también tenía el módulo hexagonal. Sugestivamente inspirados por este último, al WaterCube del Beijing Olímpico se liberó de la regularidad pero no de los principios, y hasta en el Maestro Gaudí encontramos una declaración decorativa con la misma morfología. Los desafiamos a encontrar proyectos -o partes de- con forma hexagonal, que los hay aunque no tanto como debiera. Mucha Suerte.



Las imágenes fueron tomadas de la web y de Flickr, el autor de cada una figura en el nombre del archivo.

Editado por el Arq. Martín Lisnovsky.





Casas de los pobres (Reino Unido)

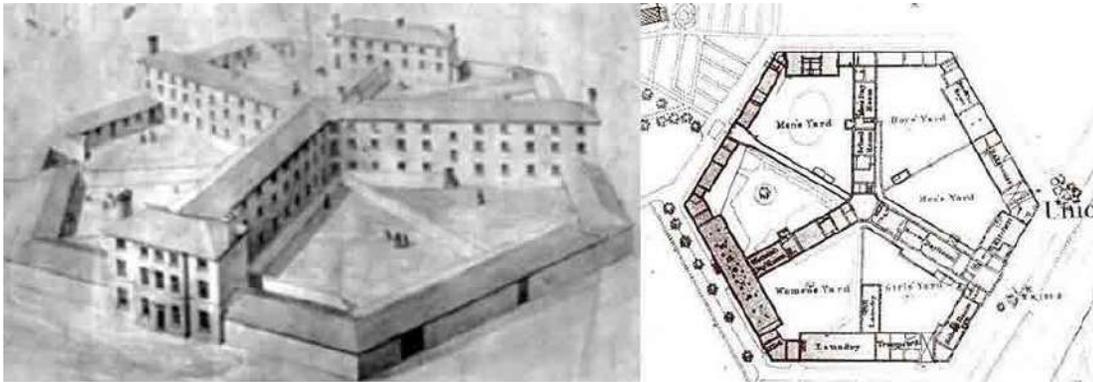


Imagen n° 89

Casa-de-los-pobres-en-Reino-Unido

En la época victoriana, en el Reino Unido, se obligaba a la gente que no podía pagar sus deudas a vivir en un hospicio (casa de pobres) o en un asilo de pobres (casa de trabajo). A efectos prácticos, las casas de este tipo eran prisiones donde se controlaba a la población más desfavorecida.

En ocasiones estas construcciones eran de tipo hexagonal para poder separar a los adultos físicamente válidos, de los enfermos y ancianos. Cada grupo tenía su propio patio para ejercitarse, rodeado de altos muros.





Nuevamente la seguridad como detonante de la forma hexagonal.

11. Aspectos tecnológicos

Trabajar con materiales tradicionales utilizando sistemas constructivos modernos mejorados los cuales son amables con el medioambiente garantizando la adaptabilidad del proyecto con el sitio, como el hormigón y el acero.

Según las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y sobre las experiencias extranjeras como España, sería necesario contar con 1 cama por cada 10 000 habitantes, es decir que la tasa recomendada es de 0.1camas x 1000 habitantes.

11. Determinación De Usuarios

Se determina dos tipos de usuarios para el centro de tratamiento integral entre las edades de 16 y 55 años, los de Terapia Ambulatoria y los de Internación que incluye tratamiento de rehabilitación, desintoxicación y recuperación integral residencial.

12. Cantidad de Usuarios

Según normativa de plazola y entrevista a psicólogos especializados en el tema, se sabe que lo más recomendable es que un centro de estas características cuente con una capacidad limitada, generalmente oscila entre las 90 y 120 camas.

De esta manera se evita una situación de hacinamiento y una atención personalizada.

Es recomendable que exista uno cada 150.000 habitantes.





2. PROGRAMA CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

2.1. Programa general

TORRE ADMINISTRATIVA			
Cant	Ambiente	Área m2	Area parcial
	DIRECCION GENERAL		52
1	Director General	30	
	SSH	4	
2	Secretaria	9	
	Sala de espera	9	
	CONSEJO CONSULTIVO		74
3	Consultores	40	
	SSH	4	
	Sala de Reuniones común	30	
	OFICINA DE CONTROL INTERNO		37
1	Jefe de Oficina	12	
4	Audidores	25	
	OFICINA DE CAPACITACIÓN		24
1	Jefe de Oficina	12	
2	Auxiliares	12	
	OFICINA DE PLANIFICACIÓN		37
1	Jefe de Oficina	12	
6	Auxiliares	25	
	OFICINA DE ASESORIA LEGAL		47
1	Jefe de Oficina	12	
6	Auxiliares + Sala de Reun.	35	
	OFICINA DE ADMINISTRACIÓN		
	Unidad de Personal		52
1	Jefe de Unidad	12	
8	Auxiliares + Mesa de Trab.	40	





	Unidad de Logística		58
1	Jefe de Personal	12	
10	Auxiliares + Mesa de Trab.	46	
	Unidad de Economía		59
1	Jefe de Personal	12	
1	Caja interna	12	
8	Auxiliares	35	
	Unidad de SSGG		25
2	Auxiliares + Mesa de Trab.	25	
	Unidad de Informática		42
1	Jefe de Unidad	12	
8	Auxiliares	30	
	SSHH Hombres	15	30
	SSHH Mujeres	15	

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS			
Cant	Ambiente	Área m2	Area parcial
	OFICINA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (EPIDEMOLOGÍA) Privado		
	RADIODIAGNÓSTICO		154
	Hall	30	
	Espera	12	
1	Jefe de Oficina	20	
	Tomografía Axial	20	
	Encefalograma	12	
	Electroradiograma	12	
	Rayos X	18	
	Negatoscopio	9	
	Revelado	9	
	Lavado y Esterilización	6	
	SSHH Hombres	3	
	SSHH Mujeres	3	
	LABORATORIO		183
1	Jefe de Oficina	20	
	Examen de muestras	20	
	Lavado y Esterilización	12	
	Bacteriología	12	
	Histología	16	
	Banco de Sangre	35	
	Almacén	25	
	Archivos Privados	16	
	SSHH Hombre	9	
	SSHH Mujeres	9	
	Secretaría compartida	9	





OFICINA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - Público en	
--	--

General		
CONSULTORIO EXTERNO		612
	Hall - Sala de espera	70
1	Secretaría	12
2	oficina de admisión	24
1	Tópico	12
2	Detección y Diagnóstico	24
8	Consultorio Psicología	96
8	Consultorio Psiquiatría	96
	Espera a Consultorios	36
	Medicina General + SSHH	20
	Neurología	20
	Jefatura de Registros Médicos	12
	Jefatura de Historias Clínicas	12
	Salas de Terapias Grupales	50
	Estar Cuerpo Medico	20
	Estar Cuerpo Enfermería	20
	SSHH + Camerinos	40
2	SSHH Hombres	24
2	SSHH Mujeres	24
	Deambulatorio exterior - Sempúblico	

Cant	Ambiente	Área m2	Area parcial
EMERGENCIA			322
	Hall - Espera	60	
	Farmacia	28	
2	Entrevistas	40	
2	Consultorio	28	
2	Evaluación y Diagnóstico	28	
2	Diagnóstico	22	
	Estación de enfermeras	22	
1	Cuarto Limpio	8	
1	Cuarto sucio	8	
2	Salas de Cirugía menor	40	
1	Cuarto de Equipos	14	
	SSHH hombres	12	
	SSHH mujeres	12	





DIRECCIÓN DE LÍNEA			
Cant	Ambiente	Área m2	Area parcial
	CUERPO MÉDICO - DOCENCIA Y DESARROLLO DE RRHH		244
	Hall y Recepción	24	
1	Director	40	
2	Auxiliares	20	
2	Secretaría	12	
1	Médico residente	12	
	Estar Medico	48	
	Sala de Reuniones	18	
	Vestidores Hombres	40	

	Vestidores Mujeres	30	
	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CENTRAL		52
	Hall y Recepción	10	
	Enfermería	14	
	Estar Enfermería	25	
	SSHH	3	
	DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA		61
1	Jefe de Departamento + Sala de Reun.	28	
3	Auxiliares	33	
	DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN		57
1	Jefe de Departamento + Sala de Reun.	24	
2	Auxiliares	18	
	SSHH	15	





HOSPITALIZACIÓN			
Cant	Ambiente	Área m2	Area parcial
	DEPARTAMENTO NIÑOS ADOLESCENTES - MIXTO - 20 HABITANTES		
	Hospitalización		358
	Hall	20	
1	Jefe de Pabellón	18	
2	Consultorio	18	
1	Tratamiento	20	
1	Enfermería + Tópico	14	
10	Habitaciones Niños	100	
10	Habitaciones Niñas	100	
2	Habitaciones Aisladas	20	
	SSHH Niños + Duchas	24	
	SSHH Niñas + Duchas	24	
	Servicios Complementarios		261
1	Enfermería	9	
2	Consultorios	24	
1	Psiquiatría	12	
	Salas de Terapias		
	- Psicoeducación (con Padres)	70	
	- Pintura y Escultura		
	- Teatro		
	- Sala Ludoterapia	80	
1	Comedor + Recepción de comidas	60	
	SSHH Niños	3	
	SSHH Niñas	3	
	Areas Libres		
	DEPARTAMENTO ADULTOS - MIXTO - 40 HABITANTES		634
	Hall	40	
2	Jefe de Pabellón	40	
4	Consultorio	36	
2	Enfermería + Tópico	30	
20	Habitaciones Hombres	200	
20	Habitaciones Mujeres	200	
4	Habitaciones Aisladas	40	
	SSHH Hombres + Duchas	24	
	SSHH Mujeres + Duchas	24	





Cant	Ambiente	Área m2	Area parcial
	Servicios Complementarios		376
1	Enfermería	9	
4	Consultorios	36	
1	Psiquiatría	9	
	Salas de Terapias		
	- Psicoeducación	30	
	- Laborterapia	45	
	- Gimnasio	90	
	- Taller de Madera	75	
1	Comedor	70	
2	SSHH Hombres	6	
2	SSHH Mujeres	6	
	Areas Libres		
	DEPARTAMENTO GERIATRÍA - MIXTO - 20 HABITANTES		406
	Hall	24	
	Area de Ocio	20	
1	Jefe de Pabellón	18	
2	Consultorio	18	
1	Tratamiento	20	
1	Enfermería + Tópico	14	
10	Habitaciones Hombres	100	
10	Habitaciones Mujeres	100	
2	Habitaciones Aisladas	20	
	Estar Enfermería	24	
	SSHH Hombres + Duchas	24	
	SSHH Mujeres + Duchas	24	
	Servicios Complementarios		352
1	Enfermería	9	
3	Consultorios	36	
1	Psiquiatría	12	
	Salas de Terapias		
	- Psicoeducación	35	
	- Labiorteria	60	
	- Gimnasio	65	
	- Sala de Lectura y Escritura	65	
1	Comedor	40	
	SSHH Hombres	15	
	SSHH Mujeres	15	
	Areas Libres		





SERVICIOS GENERALES			
Cant	Ambiente	Área m2	Area parcial
	Auditorio + Foyer + SSHH	260	1226
	Biblioteca	96	
	Cafetería + Cocina	120	
	Cocina Central	80	
	Lavandería Central	35	
	Camerinos SSGG - Hombres	30	
	Camerinos SSGG - Mujeres	25	
	Area de Maniobra - Descarga		
	Estacionamiento Techado	450	
	Comercio exterior	70	
	Farmacia Público	60	

Area Parcial	5835
AREA TOTAL (muros+circulaciones : 35%)	7877.25

Tabla n° 67

2.2. Programa Final

ÁREA ADMINISTRATIVA			
Ambiente	N° de ambientes	Dimensiones	Área m²
Dirección	1	3 x 7	21
Sala de espera	1	6 x 7	42
Secretaria	1	3 x 7	21
Información	1	3 x 7	21
Administración	1	3 x 7	21
Archivos	1	3 x 7	20
Sala de reuniones	1	6 x 7	42
Cocineta	1	3 x 7	21
Baños p /personal M.	1	3 x 7	21
Baños p /personal H.	1	3 x 7	21
Deposito	1	2 x 4	8
Total			259 m²
Muros y Tabiques 5 %			12.95
Circulación 20%			51.8
Total área construida			323,75 m²

Tabla n° 68





ÁREA DE TERAPIAS			
AMBIENTE	Nº DE AMBIENTES	DIMENCIONES	AREA m²
Cuarto de llegada	1	3 x 7	21
Enfermería	1	6 x 6	36
Farmacia	1	6 x 6	36
Laboratorio	1	5 x 7	35
Electroencefalograma	1	6 x 6	36
Neurología	1	3 x 7	21
Psiquiatría	1	3 x 7	21
Psicología	1	3 x 7	21
Sala de terapia familiar	1	3 x 7	21
Sala de terapia grupal	1	6 x 6	36
Trabajo social	1	6 x 6	36
Baños mujeres	1	3 x 7	21
Baño hombres	1	3 x 7	21
Total			362 m²
Muros y Tabiques 5 %			18.1
Circulación 20%			72.4
Total área construida			452.5 m²

Tabla n° 69

ÁREA DE APOYO			
AMBIENTE	Nº DE AMBIENTES	DIMENCIONES	AREA m²
Sala audiovisual	1	7 x 18	126
Auditorio	1	16 x 17.7	291
Vestuarios	1	17 x 4	21
Cocina	1	5 x 7	35
Entrega	1	5 x 2	10
Recepción	1	4 x 2	8
Despensa	1	2 x 3	6
Frigorífico	1	2 x 2	4
Deposito	1	2 x 3	6
Cuarto de basura	1	2 x 3	6
Comedor de servicio	1	2 x 3	6
Lavado	1	4 x 3	12
Comedor principal	1	15 x 14	210
Baños mujeres	1	4 x 3	12
Baños hombres	1	4 x 3	12
Total			691 m²
Muros y Tabiques 5 %			34.55
Circulación 20%			138.2

Tabla n° 70





Total área construida	863.75 m²
------------------------------	-----------------------------

ÁREA HABITACIONAL			
AMBIENTE	N° AMBIENTES	DIMENCIONES	AREA m²
Dormitorios simples H.	4	3 x 7	84
Dormitorios simples M.	4	3 x 7	84
Dormitorios dobles	8	3 x 7	168
Dormitorios triples	12	3 x 7	252
Estar	2	3 x 7	42
Central enfermeras c/ baño privado	2	3 x 7	42
Descanso doctor c/ baño privado	2	3 x 7	42
seguridad	2	3 x 7	21
Deposito	2	2x4	16
Baños	4	3 x 7	84
Duchas / vestidores jóvenes	4	3 x 7	84
Cuarto de servicios	1	3 x 7	21
Cuarto de lavado	1	3 x 7	21
Total			961 m²
Muros y Tabiques 5 %			48.05
Circulación 20%			192.2
Total área construida			1.201,25 m²

Tabla n° 71

ÁREA DE APRENDIZAJE			
AMBIENTE	N° DE AMBIENTES	DIMENCIONES	AREA m²
Vivero	1	9 x 12	108
Taller de manualidades	1	8 x 9	72
Serigrafía	1	5 x 11	55
Computación	1	8 x 8	64
Sastrería	1	5 x 11	55
Taller de carpintería	1	8 x 9	72
Taller de metalúrgica	1	7 x 10	55
Control	1	3 x 4	12
Biblioteca	1	10 x 10	100
Lectura y escritura	1	5 x 8	40
Baños mujeres	1	4 x 8	32
Baños hombre	1	4 x 8	32
Total			697 m²
Muros y Tabiques 5 %			34,85





Circulación 20%	139,4
Total área construida	871,25 m²

Tabla n° 72

ÁREA DE RECREACION			
AMBIENTE	N° DE AMBIENTES	DIMENCIONES	AREA m²
Sala de tv Cine	1	8 x 5	52
Sala de karaoke	1	8 x 5	52
Tenis de mesa	1	8 x 9.5	85.5
Gimnasio	1	13 x 14	182
Sala de yoga	1	9.5 x 12	112
Sala de Box	1	11 x 12	132
Sala de juegos de mesa	1	12 x 7	84
Vestidores	2	4 x 4	32
Total			731.5 m²
Muros y Tabiques 5 %			36.58
Circulación 20%			146.3
Total área construida			914.38 m²

Tabla n° 73

AL AIRE LIBRE			
Zona de parrillas	6	4 x 4	96
Piscina cerrada	1	10 x 8	80
Piscina aire libre	1	10 x 20	200
TOTAL			376
Muros y Tabiques 5 %			18.8
Circulación 20%			75.2
Total área construida			94 m²
Cacha de basquetbol	1	28 x 15	420
Cancha de futbol	1	65 x 45	2.925
TOTAL			3.439 m²

Tabla n° 74





ÁREA DE SERVICIO			
AMBIENTE	N° DE AMBIENTES	DIMENSIONES	AREA m²
Portería	3	4 x 2	24
Deposito	2	4 x 4	32
Vivienda de sereno	1	10 x 5	50
Cuarto de maquinas	1	6 x 3	18
Parqueo	1	74 x 22	1.628
Total			1.718 m²
Muros y Tabiques 5 %			85.9
Circulación 20%			343.6
Total área construida			2.147,5 m²

Superficie a Diseñar	6.868,38 m²
Superficie construida	10.307,38 m²

Tabla n° 81





TABLA CUALITATIVA –CUANTITATIVA DE ÁREAS

SE CT OR	SUBSECTO R	AMBIENTES	ACTIVIDADES	USUAR IOS	MOBILIARI O	M2
ADMINISTRATIVO	Sala de espera	Sala de espera	Esperar sentados	Variable	Asientos y mesas	42
	Secretaria	Of. Secretaria	Apoyo al área administrativa	1	Escritorio y sillas	21
		Archivo	Información estadística	1	Libreros y archivadores	21
	Dirección	Privado del director	Supervisión/coordinación	1	Sofá mesa escritorio	21
		secretaria	Trabajo de apoyo a adm.	1	Trabajo de apoyo a adm.	21
	Información	Información al usuario	Información del lugar y las características del lugar	1	Escritorio Mesa, librero	21
	Administración	Of. Administrador	Administra	1	Sofá mesa escritorio	21
	Cocineta	Zona de comida	Cocina para los de administración	1	Cocina, mesón, heladera.	21
	Deposito	Adjunto a la cocina	Guardado de objetos	1	----- -----	8
	Sala de reuniones	Sala de juntas	Reuniones de personal adm.	12	Mesa y sillas	42
	Sanitarios p/ personal de adm.	Sanitarios mujeres	Higiene y aseo personal	2	W.C. Lavados	21
Sanitarios hombres		Higiene y aseo personal	2	W.C. Lavados	21	

TERAPIA OCUPACIONAL	Vivero	Cuarto	Calces de cultivo de alimentos	Variable	plantas	108
	Taller de manualidades	Aula-Taller	Clases de pintura de óleo y acuarela	Variable	Caballetes y sillas	72
	Taller de serigrafía	Aula-Taller	Clases y practica de viñetas	Variable	Sillas mesas estantes espejos	55
	Taller de Carpintería	Taller	Trabajos en madera/muebles	Variable	Mesas y maquinarias	72
	Taller de metalúrgica	Taller – aula	Trabajo en metales y de soldadura	variable	Mesas y maquinarias	55
	Taller Sastrería	Talles – aula	Clases de costura y refacción de prendas	Variable	Mesas y maquinas	55





	Biblioteca	Salón de libros	Área de estudio de libros	Variable	Estantes y libreros	100
	Lectura y escritura	Salón	Zona de lectura	Variable	Mesas	40
	Computación	Informática	Clases de computación	Variable	Muebles y computadoras	64
	Sanitarios p/ personal de adm.	Sanitarios mujeres	Higiene y aseo personal	2	W.C. Lavados	21
		Sanitarios hombres	Higiene y aseo personal	2	W.C. Lavados	21

Tabla n° 83

ÁREA DE RECREACIÓN	Sala de TV cine	Televisión	Películas	Variable	Televisión Asientos	52
	Sala de karaoke	Sala de música	Canto y música	Variable	Parlantes, equipo de karaoke asientos	52
	Tenis de mesa	Sala de juego de tenis	Tenis de mesa	Variable	Mesas y asientos	85.5
	Sala de yoga	Sala de yoga	Meditación	Variable	Colchonetas	112
	Sala de box	Sala box	Defensa personal	Variable	Ring, estantes	132
	Gimnasio	Sala de gimnasio	Práctica de ejercicio	Variable	Aparatos de ejercicio	182
	Sala de juegos de mesa	Sala de juegos	Juegos de ajedrez y demás	Variable	Mesas y asientos	84
	Cancha de césped futbol	Cancha	Práctica de deporte	Variable	arcos	2.925
	Cancha de básquet	Basquetbol	Basquetbol	Variable	Aros	420
	Zona de parrillas	Parrillas	Parrilla para los familiares	Variable	Mesas asientos y parrillas	96
	Piscina cubierta	Piscina atemperada	Relajación corporal	Variable	Piscina	80
	Piscina exterior	Piscina al aire libre	Nado y diversión	Variable	piscina	200
	Sanitarios y vestidores	Sanitarios duchas Vestidores hombres	Aseo y cambio de ropa	15	W.C. Lavados y guarda ropa	32

Á R	Sanitarios públicos	Sanitarios mujeres	Higiene y aseo personal	6	W.C. Lavados	21
------------	---------------------	--------------------	-------------------------	---	--------------	----





		Sanitarios hombres	Higiene y aseo personal	6	W.C. Lavados	21
	Cuarto de llegada	cuarto	Ambientación e información para el paciente	3	Escritorio, sillón	21
	Enfermería	Sala de atención al paciente	Atención personal	3	Escritorio, camilla, estante, asientos.	36
	Farmacia	Área de drogas controladas y medicamentos	Medicamentos y pastillas	2	Estantes, librero, escritorio,	36
	Laboratorio	Análisis	Estudio del paciente	2	Computadora, mesa de estudios, mesa de análisis, estantes.	35
	Electroencefalograma	Rayos x	Estudio de la actividad cerebral	2	Electroencefalógrafo, escritorio, camilla, estante.	36
	Neurología	Estudio para el cuerpo humano	Anatomía, fisiología y enfermedades del sistema nervioso.	2	Camilla, escritorio, mesa, asientos	21
	Psiquiatría	Diagnóstico del paciente	Examen psicológico	1	Sofá y escritorio	21
	Psicología	Oficina del psicólogo	Proceso del estudio del comportamiento humano	1	Sofá y escritorio	21
	Sala de terapia familiar	Sala de conversaciones	Charlas entre familiares del paciente	4	Mesa, sillones	21
	Sala de terapia grupal	Sala de conversaciones	Charlas entre los las personas del internado	6-10	Mesa, sillones	36
	Trabajo social	Sal de charlas personales	Intervención individual o colectiva	4 - 10	Mesa, sillones	36

ÁREA HABITACIONAL	Internación	Dormitorios	descanso	60	Camas W.C. Lavados	588
	Estar	sala	descanso	8	sillones	42
	Central de enfermera	dormitorio	descanso	2	Cama ropero	42
	Descanso doctor	dormitorio	descanso	2	Cama ropero	42
	seguridad	Cuarto	descanso	2	Cama ropero	21





	deposito	deposito		1		16
	sanitarios	Baños		18	Baños duchas	84

SECTOR	SUB SECTOR	AMBIENTE S	ACTIVIDADES S	USUARIOS	MOBILIARIO	M2
AREA DE APOYO	Sala audio visual	Sala	Tv, cine, música	88	Estante, sillones, asientos.	126
	Auditorio	salón	Reuniones, exposiciones	240	Asientos	291
		Vestuario	Cambio de vestimenta	6	Bancas	68
	Cocina	Cocina	Preparado de comidas	2	Mesón, mesas, sillas, electrodomésticos.	35
		Entrega	Salida de comida	1	Estante	10
		Recepción	Entrega de	1	Restante	8
		frigorífico	Heladera	1	6
		Deposito	Deposito	Variable	4
		Cuarto de basura	Basurero de la cocina	Variable	Vagón de basura	6
		Comedor de servicios	Mesa de servicio	6	Mesa con sillas	6
		lavado	Lavandería	1	Lavaplatos	6
		despensa		Variable		12
		Comedor principal	Comedor	Servido de comida	Variable	Mesas, sillas, basureros
	Baños	Hombres	aseo personal	6	WC, lavamanos, bidets	12
		Mujeres	aseo personal	6	WC, lavamanos	12

Área de servicio	Portería	Seguridad de entrada	Cuidado de la zona	1	Silla, mesa	24
	Deposito	deposito	herramientas	variable	32





Vivienda del sereno	Vivienda	Dormitorio y comedor del sereno	1	Cama, baño, ropero, cocina comedor,	50
Cuarto de maquinas	Cuarto	Generadores, taque térmico, etc.	1	Generadores, taque térmico.	12
Parqueo	Estacionamiento	Parada vehicular	12	1.628

Tabla nº 76

3. ELECCIÓN DE SITIO

3.1. Aspectos del entorno físico natural

Ubicación

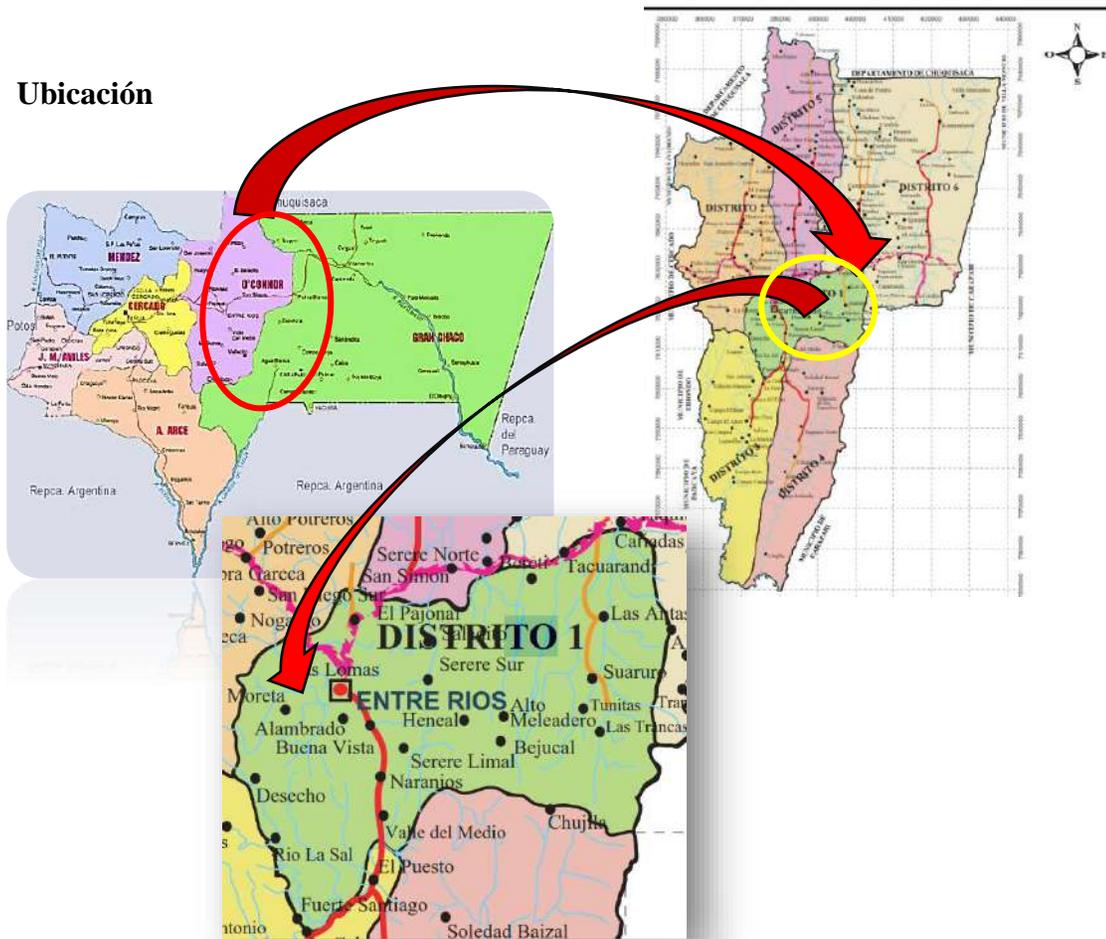


Imagen nº 90

Tarija – Provincia O´Connor





Distrito 1

La zona a intervenir se encuentra ubicada en Bolivia en el departamento de Tarija-
Provincia Entre Ríos, en el distrito 1 ciudad de O´Connor.

3.2. Opciones de terrenos a elegir

OPCIÓN A



OPCIÓN C

Imagen n° 92



OPCIÓN

Imagen n° 93

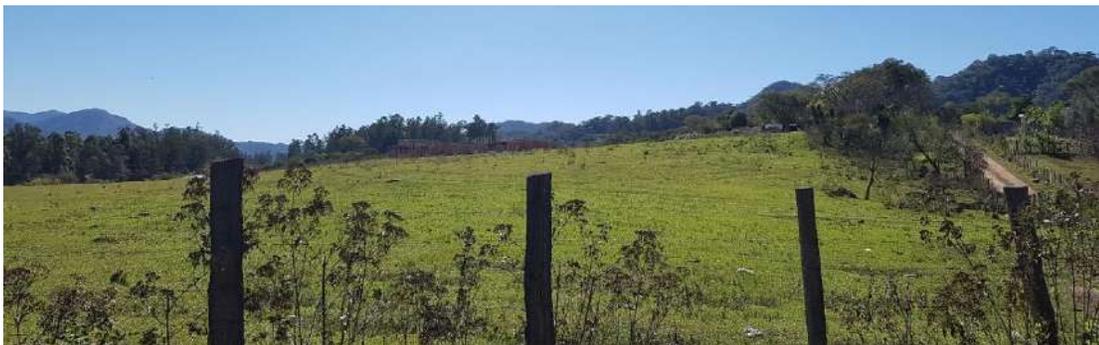


Imagen n° 94

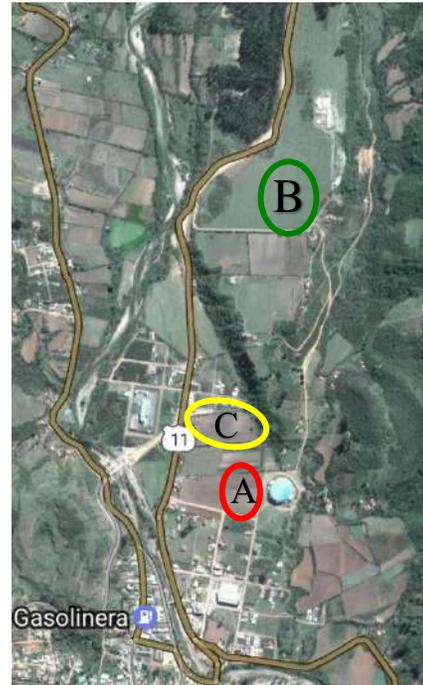


Imagen n° 91

B





Opción ·B·	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
VIALIDAD	Cuenta con dos vías de acceso, una de primer orden y otra de segundo orden.	Tiene un buen acceso al lugar el cual se encuentra sobre una avenida	El segundo acceso al lugar se encuentra sin asfaltar siendo de tierra	La vía donde el cual se tiene que llegar al terreno se encuentra en pendiente pronunciado de 20%
TOPOGRAFIA	El terreno tiene una pendiente de un 10 % semi plano Se encuentra en una posición alta	Tiene una gran extensión el cual no cuenta con irregularidades y sin vegetación. Brindaría un buena vista a su alrededores	El camino que sube al terreno es pronunciada	
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS	Cuenta con los todos los servicios al lugar	Implementación de otros servicios que mejoren la calidad de vida que se desarrolla en el barrio.	Carece del servicio de seguridad ciudadana.	
FACTORES AMBIENTALES	-El distrito cuenta con una variada vegetación -La luz del sol se ubica encima la mayores horas del día -El aire es completamente puro y limpio.	Tiene un muy buena iluminación la mayor parte del día Buenas corrientes de aire.	en temporadas de lluvias el lugar se torna mayormente húmedo	Humedad media en mayor parte del año

Tabla n° 77





Opción “A”	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
VIALIDAD	Cuenta con dos tipos de vías de 2do orden y la otra más cercana de 1er orden	Buena circulación de moviidades y accesos fáciles al lugar	Los caminos no se encuentran asfaltados Tampoco cuenta con aceras definidas	Se encuentra un poco obstruida por las calles pequeñas y sin señalización
TOPOGRAFIA	El terreno es totalmente plano	Presenta una forma regular, la cual facilita la elaboración del diseño del equipamiento.		
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS	Cuenta con todos los servicios básicos	Implementación de otros servicios que mejoren la calidad de vida.		
FACTORES AMBIENTALES	Buena iluminación casi en su totalidad Corrientes de aire un poco escasas		en temporadas de lluvias el lugar se torna mayormente húmedo	Humedad media en mayor parte del año

Tabla n° 78





Opción “C”	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
VIALIDAD	Se encuentra sobre vías de segundo orden	Tiene solo un acceso de gran facilidad	Ningún acceso cercano se encuentra asfaltado	Con el tiempo muestran accesos sin salidas en el lugar
TOPOGRAFIA	El terreno semi plano con irregularidades	Tiene un forma casi irregular	Se encuentra a los pies de la montaña. Se encuentra en una parte muy baja.	En tiempo de lluvia podría presentar un gran problema al terreno por la humedad y desbordes de tierra.
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS	Cuenta casi con todos los servicios básicos	Implementación de otros servicios que mejoren la calidad de vida	No cuenta con los servicios de alcantarillado y gas a domicilio.	
FACTORES AMBIENTALES	El terreno es usado para la agricultura como el sembradío de maíz	El aire es fresco y limpio para el lugar	en temporadas de lluvias el lugar se torna mayormente húmedo	Humedad media en mayor parte del año

Tabla n° 79





3.3. Topografía

La topografía tiene una pendiente relativamente plana y desniveles en su extensión degradada. Se puede observar en el extremo Oeste tiene una topografía más accidentada, esto como consecuencia del proceso erosivo.

DISTRITOS DEL MUNICIPIO/ALTITUD (MSNM)	
Distrito	D-1
Altitud (msnm)	1000-1800

El área de intervención tiene una topografía suavemente ondulada a la vez también está comprendido por dos quebradas

Tiene una pendiente de 5 a 10 %.

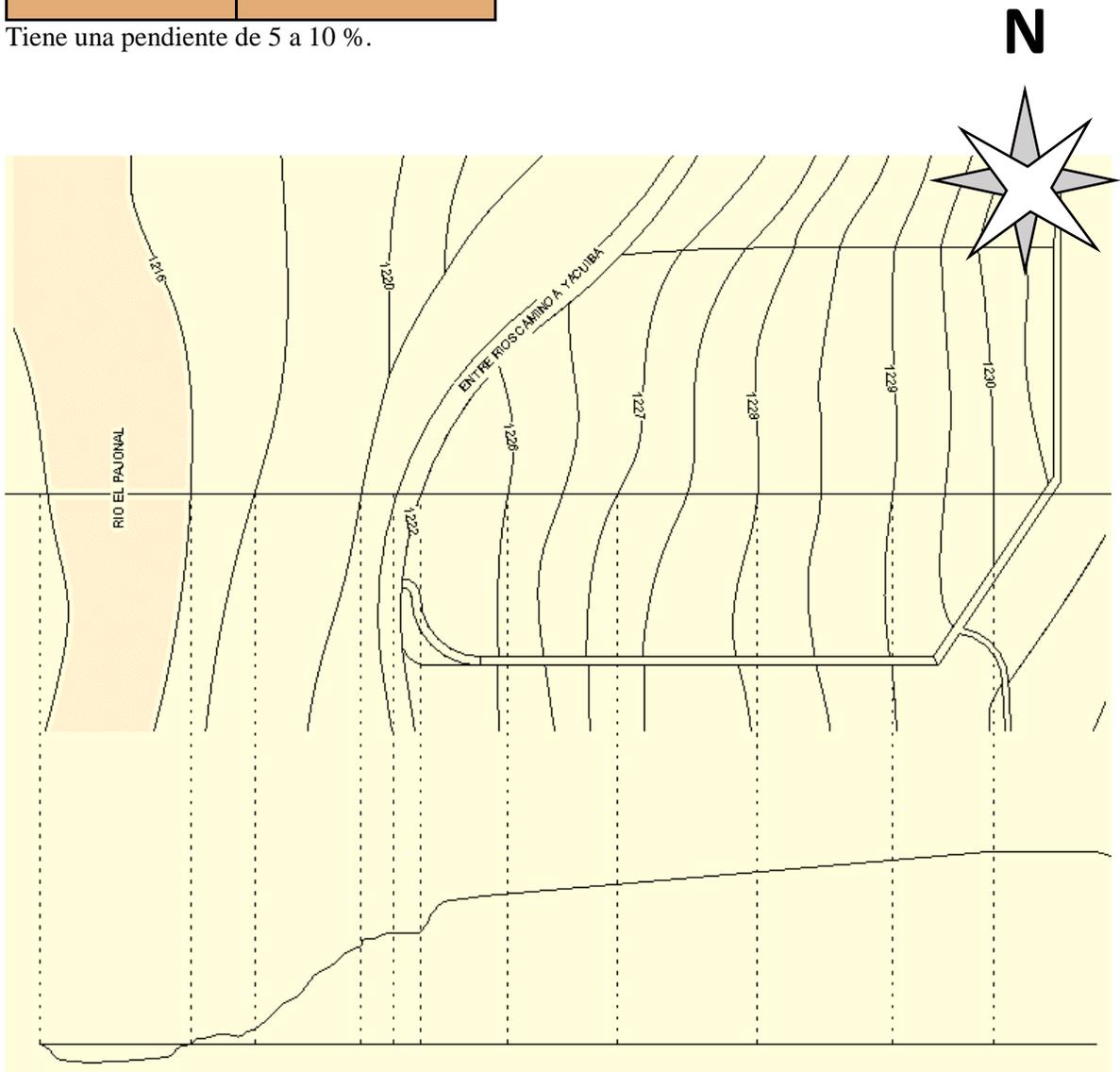


Imagen n° 95





PARTE BAJA

PARTE ALTA



Fotografía tomada del lugar a intervenir

Imagen n° 96

El terreno a intervenir tendrá 245 m. x 140 m. con un total de 36.000 m²

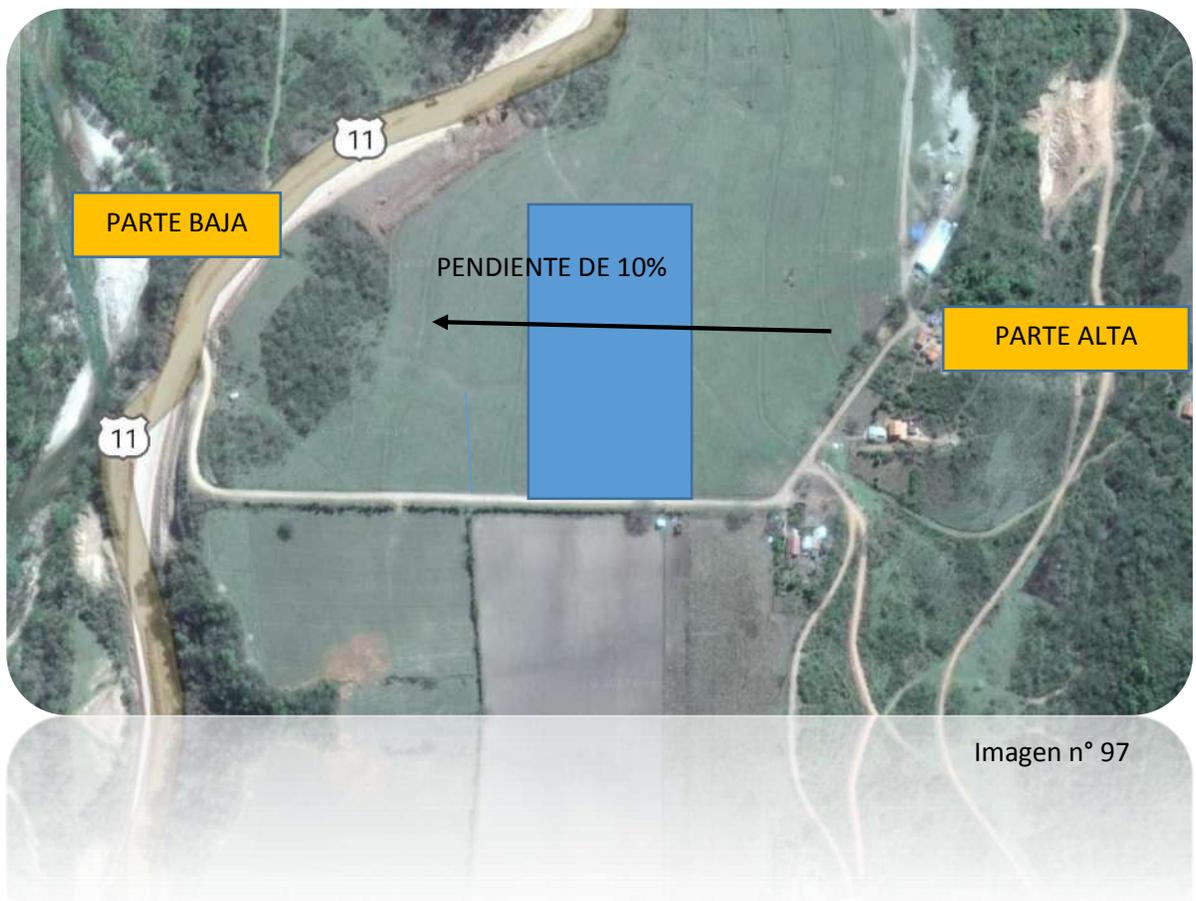


Imagen n° 97



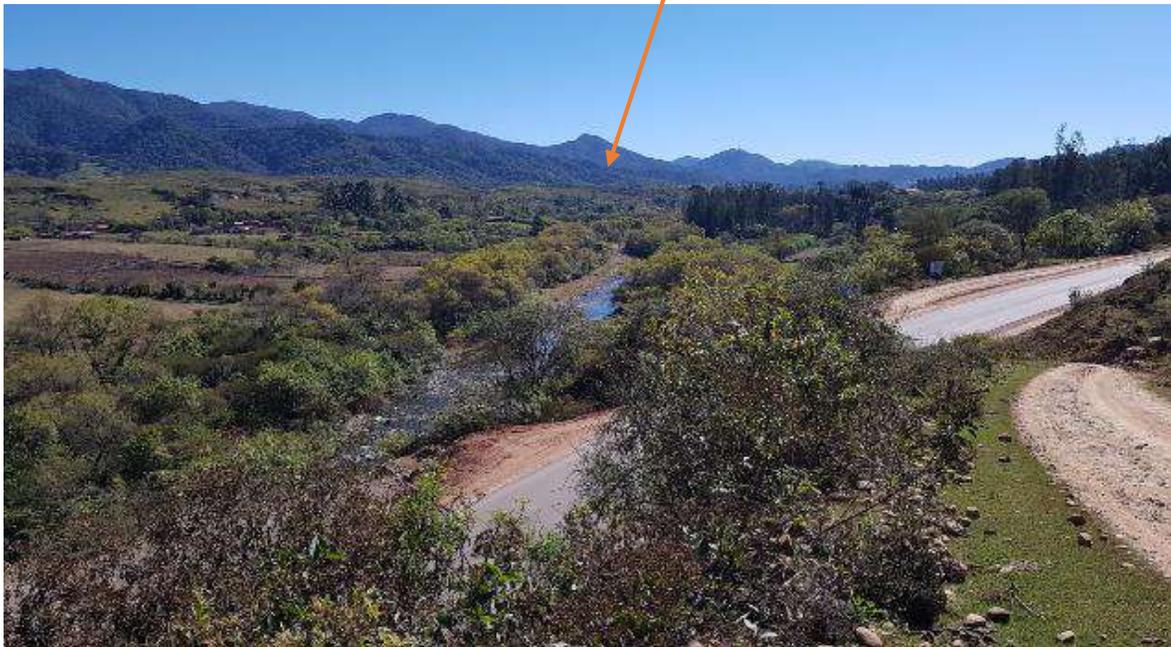


3.4. Hidrografía

En el área a intervenir se encuentra a cercanías del río de las Lomas que divide la ciudad de O'Connor en dos partes.



Imagen n° 98



El terreno se encuentra ubicado al costado derecho de la fotografía. El cual vendría a ser al Este del río y de la carretera Entre Ríos camino Yacuiba





3.5. Vegetación

Las especies arbóreas-arbustivas tiene presencia en casi todo el municipio, en tanto que la thola y canlli kiska en las partes más elevadas D-1. Conforme va disminuyendo la altitud en el municipio las especies arbóreas son más frondosas y la presencia de especies vegetales menores se incrementa.



En el sector donde se encuentra emplazado el terreno se puede observar y apreciar la variedad de distintos tipos de vegetación ya sea alta, media y baja.



Vegetación existente



Imagen n° 99





3.6. Paisaje



Vista desde el terreno hacia la carretera de camino a Villa Montes, el cual tiene un paisaje a los campos de sembradío que se encuentran al Oeste del terreno

El cual también se encuentra con una vista hacia el río Salinas que se encuentra fluyendo desde el Norte hacia el Sur de la ciudad.

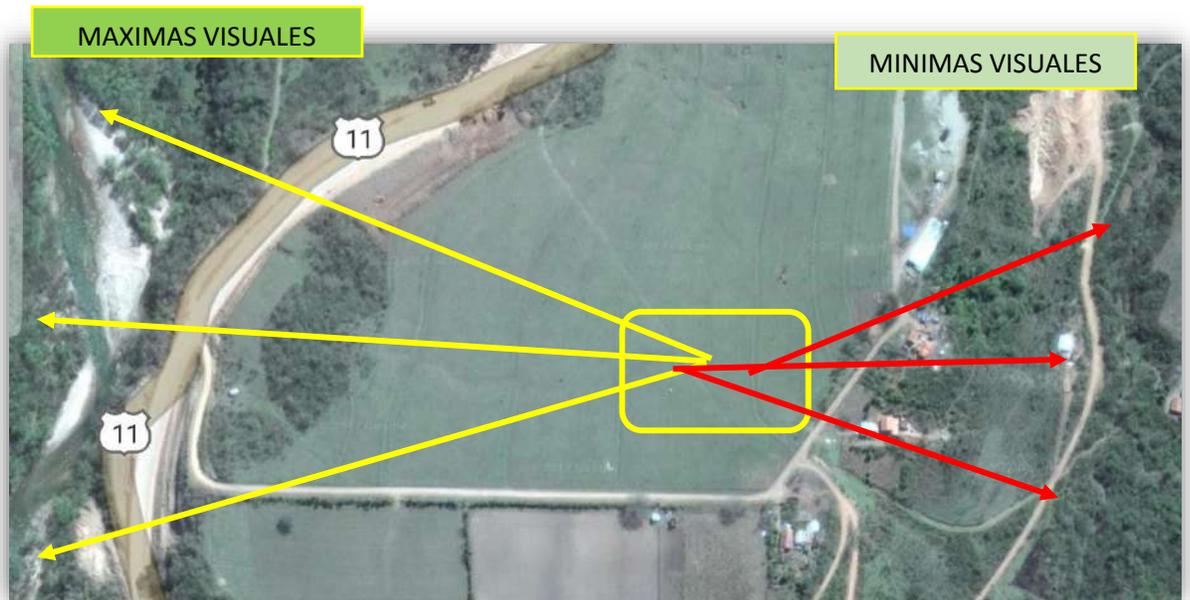


Imagen n° 100





3.7. Asolamiento

Los rayos de sol que inciden en el lugar se proyectan de este a oeste teniendo en cuenta que el terreno se encuentra inclinado hacia el oeste en una altura aprovechable la cual brinda una buena iluminación al lugar.

Con esta alternativa el asoleamiento es favorable, porque nos permitirá captar los rayos solares la mayor parte del día.

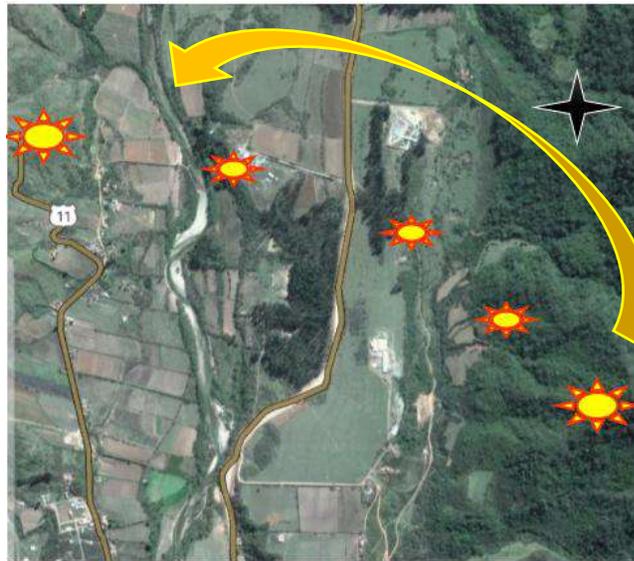


Imagen n° 101

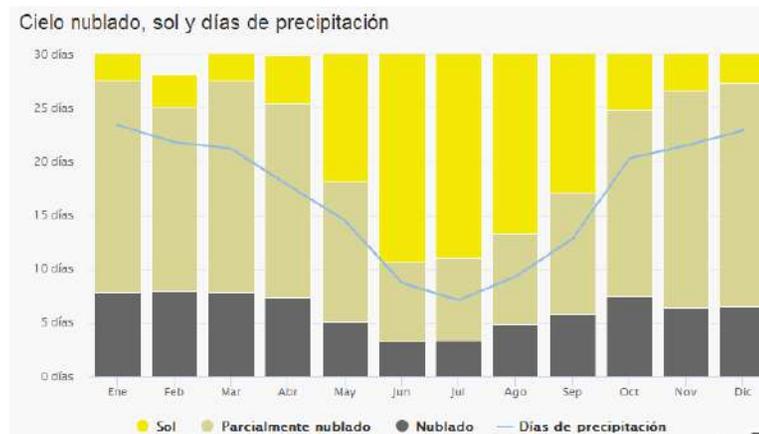


Grafico n° 138





Tipo	Color	Orientación, captación y protección solar
------	-------	---

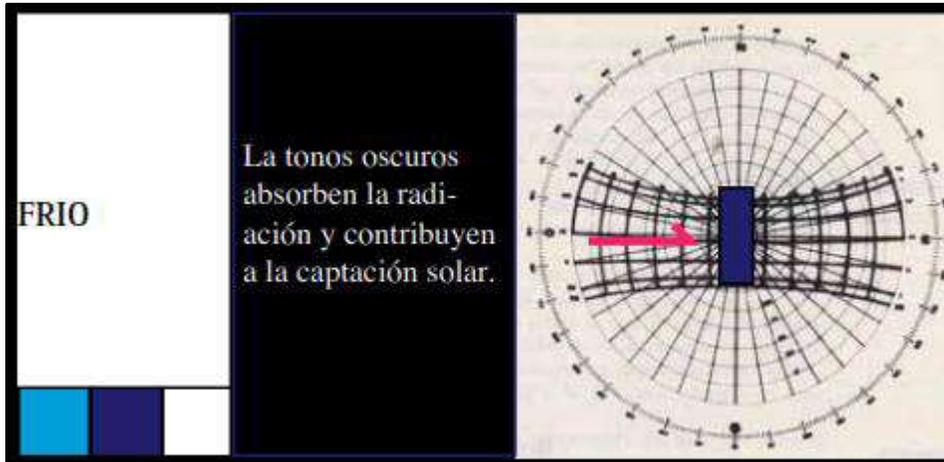


Imagen n° 102

Entre más frío, la orientación debe responder a la captación estratégica de radiación solar directa, al igual que a exponer la mayor cantidad de masa del edificio a la radiación. Por tal razón la orientación más conveniente es exponiendo las caras a Este y Oeste.

También es importante tener en cuenta que el sol sale por la mañana por el Este y se oculta por el Oeste, esto combinado a las temperaturas del día sugiere que las caras pueden tener un tratamiento distinto. Es importante cuidarse de pérdidas de calor y tener buen aislamiento térmico en las fachadas Norte, Sur.

La fachadas este y cubierta pueden ser buenos elementos captadores en la mañana y durante el día, mientras que la fachada Oeste debe procurar captar la mayor cantidad de calor para guardar para la noche.



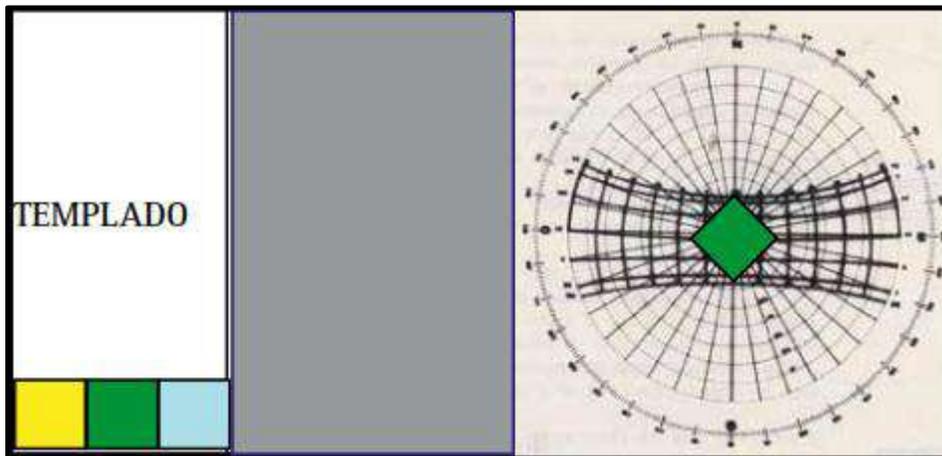


Imagen n° 103

La arquitectura en los climas agradables debe procurar adaptarse a las variaciones de temperatura. La orientación puede ser equilibrada en todas sus caras. Es interesante tener la opción de recibir la radiación solar en momentos fríos del día, especialmente en las mañanas. Así mismo asegurarse de proyectar buenas protecciones solares para evitar ganancias de calor especialmente en días calurosos.

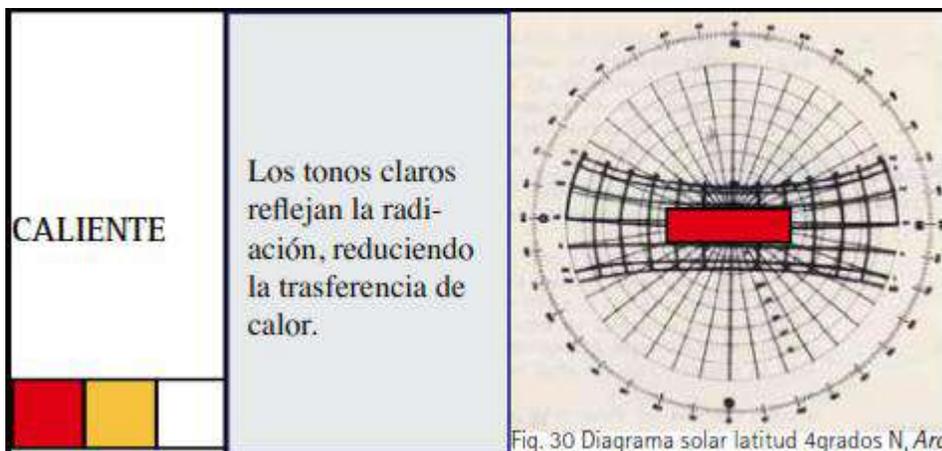


Imagen n° 104

Los climas calientes deben procurara exponerse al mínimo a la radiación, la orientación más conveniente es con las fachadas más importantes mirando a Norte y Sur, que son las menos expuestas a la radiación.

El factor de forma en este clima no es una variable tan determinante.





Sombra del Día 10:00 am Mes de septiembre Noviembre

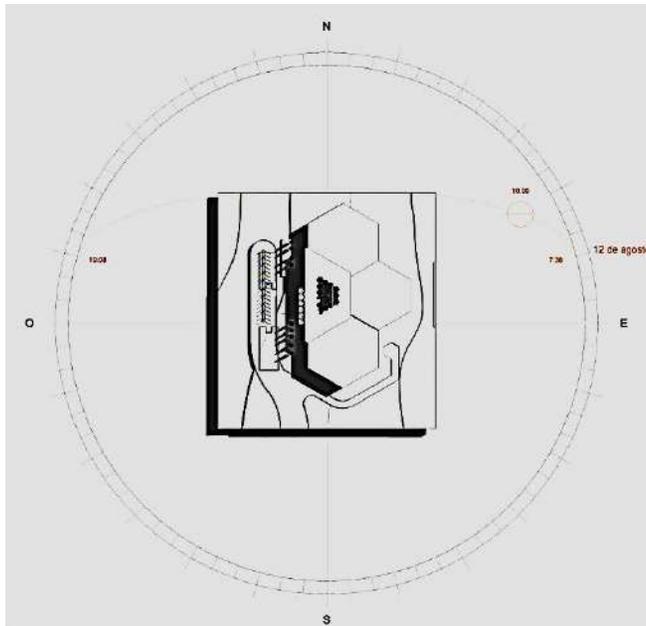


Imagen n° 105

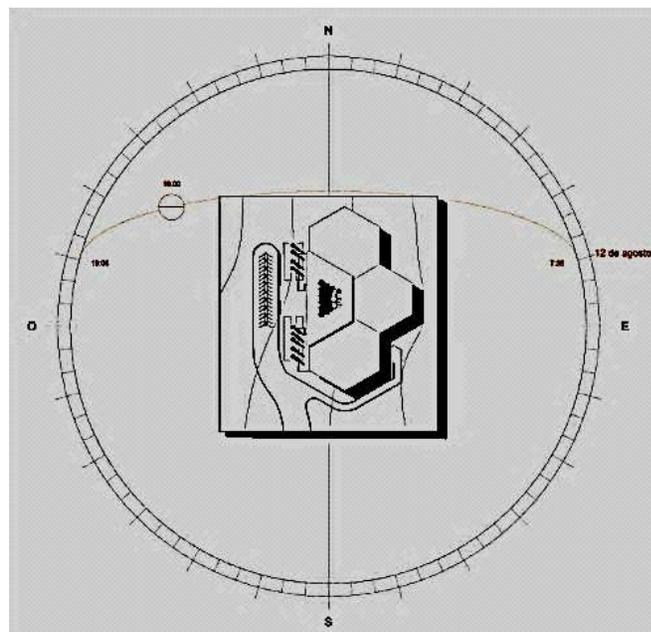


Imagen n° 106

Sombra del Media tarde 16:00 pm.

Sombra de mañana 10:00 am. Diciembre - marzo



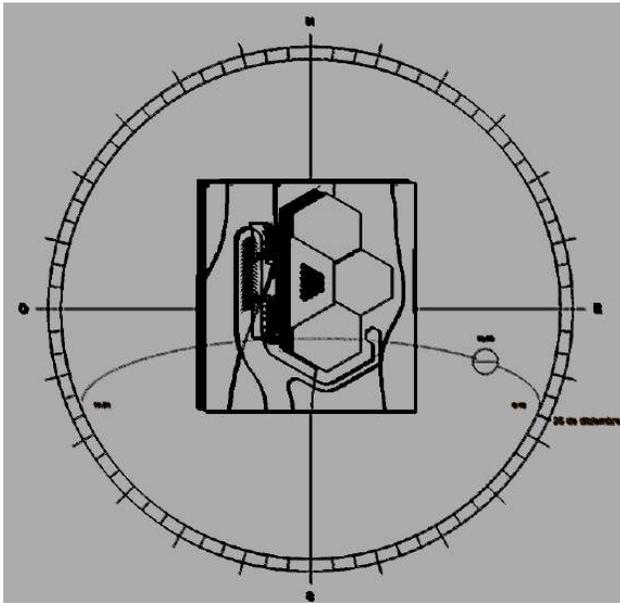


Imagen n° 138

Sombra de mañana 16:00 pm. Diciembre – marzo

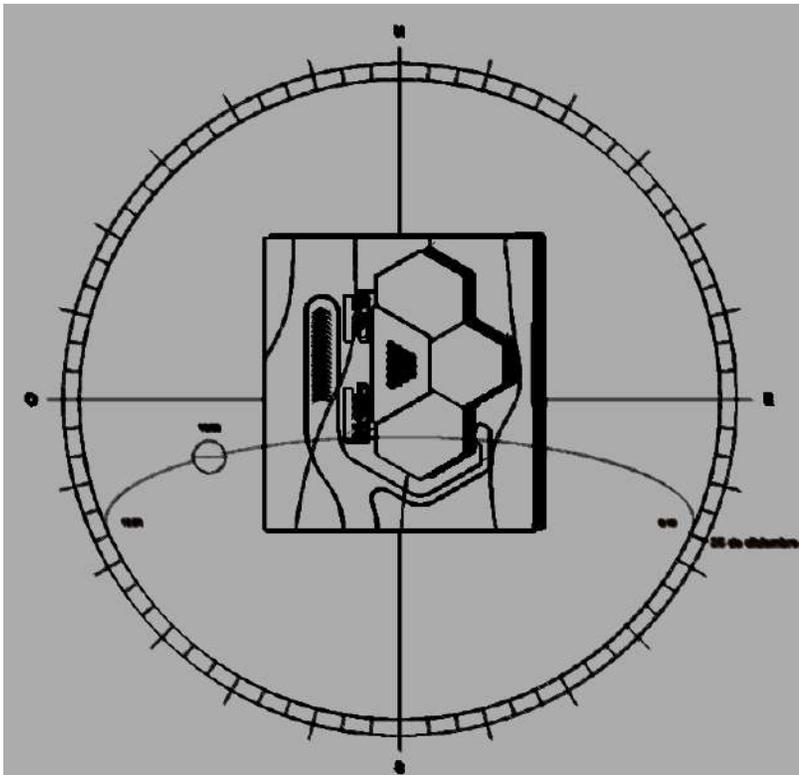


Imagen n° 139





3.8. Vientos

La potencia y la dirección de los vientos se encuentran dirigidos con dirección de la corriente de río.

Dando al lugar una muy buena ventilación y corriente de aire fresco durante todo el día.

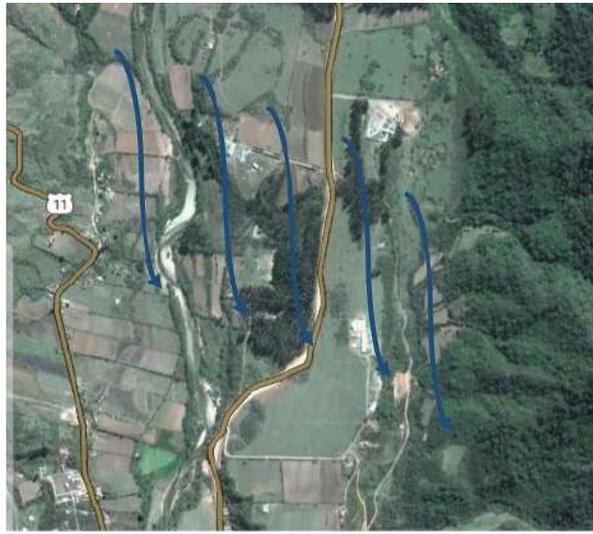


Imagen n° 109

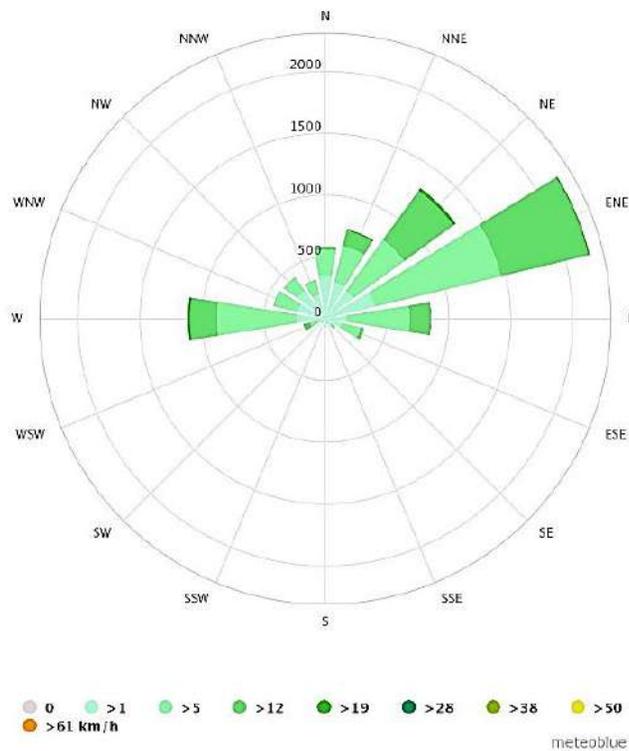
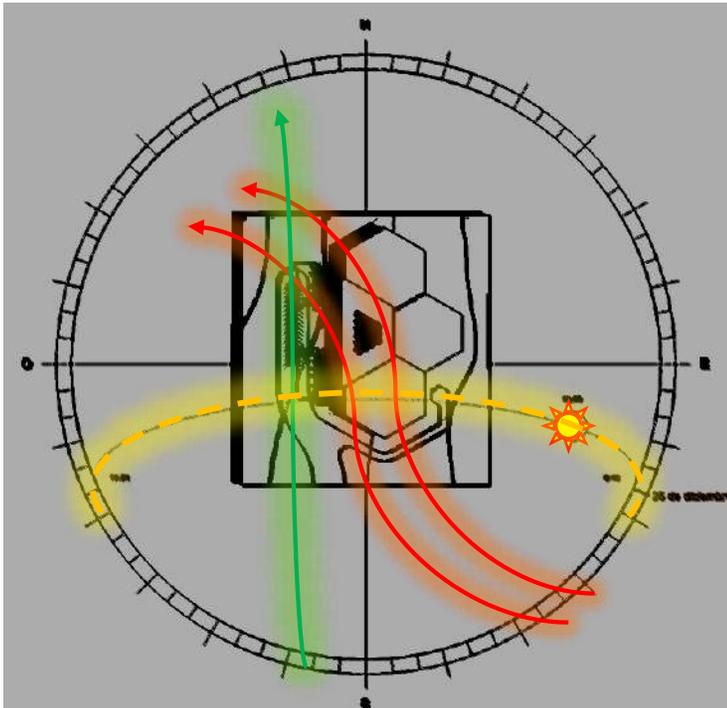


Imagen n° 110





La Rosa de los Vientos para Tarija muestra el número de horas al año que el viento sopla en la dirección indicada. Ejemplo SO: El viento está soplando desde el Sureste (SE) para el Noroeste (NO). [Cabo de Hornos](#), el punto de la Tierra más meridional de América del Sur, tiene un fuerte viento característico

del Oeste, lo cual hace los cruces de Este a Oeste muy difícil, especialmente para los barcos de vela.

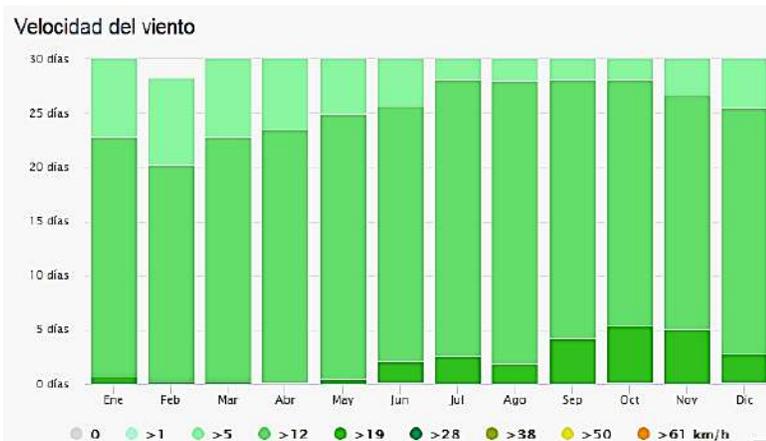


Imagen n° 111

La Rosa de los Vientos para Tarija muestra el número de horas al año que el viento sopla en la dirección indicada. Ejemplo SO: El viento está soplando desde el Suroeste (SO) para el Noreste (NE). [Cabo de Hornos](#), el punto de la Tierra más meridional de América del Sur, tiene un fuerte viento característico del Oeste, lo cual hace los cruces de Este a Oeste muy difícil, especialmente para los barcos de vela.





3.9. Accesibilidad

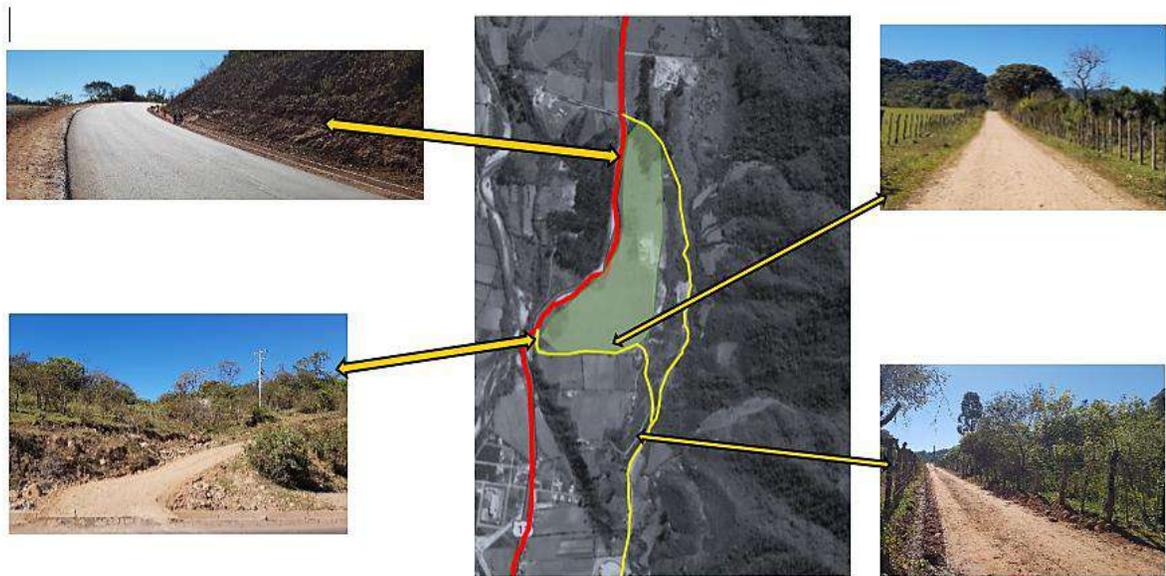


Imagen n° 112

El lugar se encuentra establecido a un costado de la avenida y a sus laterales se encuentra provisto de caminos secundarios que se dirigen a otras viviendas y lugares.´

- El cual cuenta con vías de 1er. y 2do. Orden.
- Una avenida de 15 metros de ancho.



Salida hacia la Ciudad de Yacuiba





Acceso hacia el terreno a intervenir

Imagen n° 113

4. Relación entre exterior e interiores

El terreno a emplazar se encuentra relacionado con lugares de Entre Ríos y Yacuiba que se encuentra sobre la carretera que las conecta, siendo el centro de ambas localidades como también de la ciudad de Tarija y otros departamentos

Terreno a emplazar



Salida hacia la Ciudad de Yacuiba

Entrada hacia la Ciudad de Entre Ríos





Al Este de terreno se encuentran localizadas las montañas y áreas verdes de Entre Ríos con un acceso un paralela a la carretera que se encuentra al Oeste del terreno.

VISTA SUR ESTE DEL TERRENO



Camino que se encuentra al sur este del terreno siendo un segundo acceso al terreno el cual se conecta con el coliseo y así al centro de la ciudad y los puentes.

VISTA ESTE DEL TERRENO



Imagen n° 114

El cual no cuenta con una superficie irregular permitiéndome la realización del proyecto proporcionando así una vista paisajista hacia el crecimiento de la ciudad de Entre Ríos.

