



## UNIDAD I

# VISIÓN GLOBAL DE LA TEMATICA DEL CONTEXTO ACTUAL PARA EL PROYECTO DE GRADO





## **I. UNIDAD 1: VISIÓN GLOBAL DEL CONTEXTO ACTUAL PARA EL PROYECTO DE GRADO**

### **1. INTRODUCCION**

El presente análisis tiene un enfoque sistémico, nos permite llegar a comprender y diagnosticar de forma consecuente la realidad actual de nuestra sociedad con el afán de lograr una “Visión global de contexto actual para el proyecto de grado” la cual se hará a través de aspectos generales en los diferentes niveles de competencia (Mundial, Sud América, Nacional, Regional y Local) siendo así para formular conclusiones y desarrollar un plan estratégico integral con una postura crítica propositiva en soluciones que apoyen y potencien el desarrollo humano de nuestra sociedad en conjunto, en el tema de tesis.

### **2. OBJETIVO GENERAL**

Comprender la realidad sobre la salud asumiendo una visión global mediante el análisis actual y temporal que permitan a través de sus conflictos y potencialidades identificar el área a intervenir y plantear soluciones urbano-arquitectónicas viables, en áreas urbanas y rurales considerando un desarrollo sostenible en beneficio de estas, para el proyecto de grado.

### **3. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir la situación actual que atraviesa la salud pública.
- Estudiar y analizar los diferentes aspectos de la salud dentro de los respectivos niveles de competencia (Mundial, Sud América, Nacional) de nuestro contexto.
- Obtener conclusiones en cuanto a los conflictos y potencialidades llegando a un diagnóstico integral de la situación actual.
- Proponer posibles soluciones correctivas mediante políticas, planes, programas y proyectos.





- Adopción de una política específica a desarrollar, identificando una red de proyectos sostenibles que vayan a solucionar un conflicto dentro de la mancomunidad.
- Con el presente análisis se llegara a la conclusión de un Diseño Arquitectónico Integral definido.

#### 4. ANALISIS DEL CONTEXTO

##### 4.1. LA SALUD A NIVEL MUNDIAL

La diseminación de una enfermedad no se detiene en las fronteras de los países. Con el mayor número de personas que viajan a otros países y viven en ciudades muy pobladas, es más fácil la propagación de los gérmenes. Las enfermedades infecciosas que surgen en cualquier lugar del mundo pueden llegar a otro país muy rápido. La resistencia a los medicamentos como los antibióticos va en aumento. Esto dificulta el tratamiento de algunas enfermedades. Los desastres naturales y los generados por el hombre crean poblaciones de refugiados con problemas de salud inmediatos y a largo plazo.

##### ¿Cuáles son los principales problemas de salud de la población mundial?

Las enfermedades transmisibles más prominentes son la filariasis linfática, la tuberculosis, el VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Las enfermedades que tienen consecuencias neurológicas, como la encefalitis, la meningitis y las enfermedades infantiles contagiosas entre ellas, el sarampión, la parotiditis y la poliomielitis.

Entre las no transmisibles y que conciernen a toda la población mundial se encuentran las la diabetes, las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y accidentes cerebrovasculares), trastornos mentales, cáncer y enfermedades respiratorias, que se registra en todo el planeta, las cuales tendrá un profundo efecto en la **discapacidad**. Se estima que estas enfermedades representan el 66,5% de todos en los países de ingreso bajo y mediano.





## ¿Por qué necesitamos saber las causas de muerte?

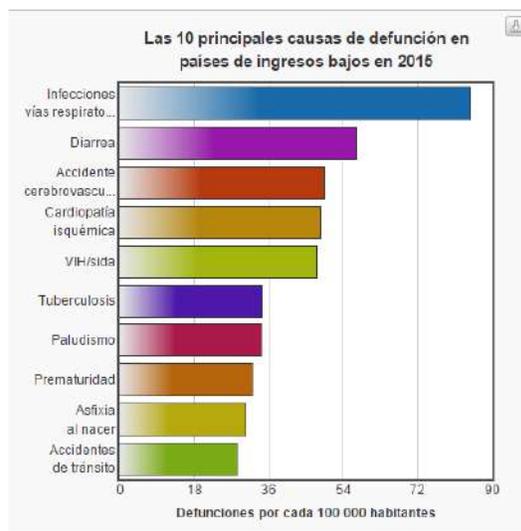
Además de saber cómo afectan las enfermedades y los traumatismos a la población, una de los indicadores más importantes para evaluar la eficacia de los sistemas de salud de los países es la cifra anual de muertes y su causa.

Las estadísticas sobre las causas de muerte ayudan a las autoridades sanitarias a orientar las actividades futuras en materia de salud pública.

Los países de ingresos altos cuentan con sistemas de recogida de información sobre las causas de muerte. No es el caso de muchos países de ingresos bajos y medianos, que necesitan estimar el número de muertes por causas específicas a partir de datos incompletos. Es fundamental potenciar la obtención de datos de calidad sobre las causas de muerte para mejorar la salud de la población y reducir la cifra de muertes evitables en estos países.

### 4.1.1. Las 10 principales causas de defunción en el mundo

De los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2015, más de la mitad (el 54%) fueron consecuencia de las 10 causas que se indican a continuación. Las principales causas de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que ocasionaron 15 millones de defunciones en 2015 y han sido las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años.



La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causó 3,2 millones de fallecimientos en 2015, mientras que el cáncer de pulmón, junto con los de tráquea y de bronquios, se llevó la vida de 1,7 millones de personas. La cifra de muertes





por diabetes, que era inferior a un millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2015. Las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron con creces entre 2000 y 2015, y esta enfermedad se convirtió en la séptima causa de muerte en el mundo en 2015.

Las infecciones de las vías respiratorias inferiores continúan siendo la enfermedad transmisible más letal; en 2015 causaron 3,2 millones de defunciones en todo el mundo. La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas, que se redujo a la mitad entre 2000 y 2015, fue de 1,4 millones de muertes en 2015. También han disminuido las muertes por tuberculosis durante el mismo periodo, pero esta enfermedad continúa siendo una de las 10 principales causas de muerte, con 1,4 millones de fallecimientos. En cambio, la infección por el VIH/sida, fallecieron 1,1 millones de personas por esta causa, en 2000 esta cifra se redujo hasta los 1,5 millones.

#### **4.1.2. Principales causas de defunción en cada grupo de países, en función de sus ingresos**

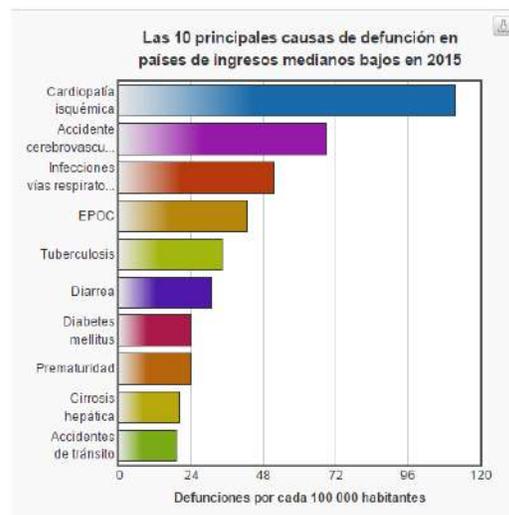
Más de la mitad (el 52%) de las muertes registradas en 2015 en los países de ingresos bajos se debieron a enfermedades del grupo I, que abarca las enfermedades transmisibles y las **afecciones maternas, perinatales y nutricionales**. Sin embargo, en los países de ingresos altos el grupo I causa solamente solo el 7% de las defunciones. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores se encuentran entre las principales causas de muerte, con independencia del nivel de ingresos.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) causaron el 70% de las muertes en el mundo, si bien esta proporción varió entre el 37% de los países de ingresos bajos y el 88% de los países de ingresos altos. En este último grupo de países, nueve de las 10 principales causas de muerte son ENT, aunque en cifras absolutas el 78% de las defunciones por estas enfermedades ocurrió en los países de ingresos medianos y bajos.





Los traumatismos causaron 5 millones de muertes en 2015, más de una cuarta parte (el 27%) como consecuencia de accidentes de tránsito. La mortalidad por estos accidentes, que a nivel mundial es de 18,3 defunciones por cada 100 000 habitantes, es más acusada en los países de ingresos bajos, donde alcanza las 28,5 defunciones por cada 100 000 habitantes. Los accidentes de tránsito también se encuentran entre las 10 causas principales de muerte en los países de ingresos medianos, tanto en la franja inferior como en la franja superior.



#### 4.1.3. 10 datos sobre la situación sanitaria mundial

La recopilación y la comparación de datos sobre la salud a nivel mundial permiten describir los problemas sanitarios, identificar las tendencias y ayudar a los responsables de tomar decisiones a establecer prioridades. Los estudios presentan la situación sanitaria mundial puesta de manifiesto mediante la determinación de la carga de morbilidad, es decir la pérdida de salud por todas las causas de enfermedad y defunción, a nivel mundial. Se indican de forma detallada las principales causas mundiales y regionales de defunción y se proporciona información sobre más de 130 enfermedades y lesiones en todo el mundo.

- ✓ **La esperanza de vida al nacer ha aumentado 6 años a nivel mundial desde 1995**

Un niño nacido en 2012 podía esperar vivir hasta los 70 años como promedio, desde unos 62 años en los países de ingresos bajos hasta 79 años en los países de ingresos altos. La esperanza de vida al nacer se calcula a partir de las tasas de mortalidad de





todos los grupos de edad de una población -niños y adolescentes, adultos y ancianos- en un año determinado.

✓ **Cada año mueren alrededor de 6,6 millones de menores de 5 años**

Casi todas esas vidas podrían salvarse si los niños tuvieran acceso a intervenciones simples y asequibles como la lactancia materna exclusiva, vacunas y medicamentos de bajo costo, agua salubre y saneamiento. La OMS está colaborando con gobiernos y asociados de todo el mundo para ofrecer una atención integral y eficaz y fortalecer los sistemas de salud, cosas ambas cruciales para salvar vidas infantiles.

✓ **Los partos prematuros son la principal causa de muerte de los recién nacidos en el mundo**

Cada año, 15 millones de bebés –aproximadamente 1 de 10 diez- nacen prematuramente (nacidos vivos antes de las 37 semanas de gestación). Las complicaciones del parto prematuro causan más de un millón de muertes cada año. Más de las tres cuartas partes de esas vidas podrían salvarse con medidas de atención sencilla y costo eficaces.

✓ **Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo**

Aproximadamente 3 de cada 10 muertes registradas en el mundo se deben a dolencias cardiovasculares: enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos que pueden causar ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Al menos el 80% de las muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares podría evitarse siguiendo una dieta sana, realizando regularmente una actividad física y evitando el tabaco.

✓ **La mayoría de las muertes por VIH/SIDA se producen en África**

Alrededor del 70% de todas las muertes por VIH/SIDA registradas en 2012 se produjeron en el África subsahariana. A nivel mundial, el número de personas que fallecen por causas relacionadas con el sida disminuye sin cesar, desde un máximo de 2,3 millones de muertes en 2005 hasta los 1,6 millones estimados en 2012. El recurso





a los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH ha mejorado, y ha aumentado el acceso a los antirretrovíricos, pero en los países de ingresos bajos y medios hay muchas personas afectadas por el VIH que aún no saben que son seropositivas.

- ✓ **Cada día, casi 800 mujeres mueren por complicaciones del embarazo y el parto.**

La mortalidad materna es un indicador sanitario que refleja brechas muy amplias entre ricos y pobres, tanto entre los países como dentro de ellos. La OMS trabaja en pro de la salud materna ayudando a los países a mejorar la atención antes, durante y después del parto.

- ✓ **Los trastornos mentales como la depresión figuran entre las 20 causas principales de discapacidad a nivel mundial**

La depresión afecta a unos 300 millones de personas en todo el mundo y se prevé que esta cifra aumente. Menos de la mitad de los afectados tienen acceso a una asistencia sanitaria y a un tratamiento adecuado.

- ✓ **El tabaco mata a casi 6 millones de personas cada año**

Más de 5 millones son o han sido consumidores del producto, y más de 600 000 son no fumadores expuestos a humo de tabaco ajeno. A menos que se tomen medidas urgentes, la cifra anual de muertes podría ascender a más de 8 millones en 2030.

- ✓ **Casi uno de cada 10 adultos padece diabetes**

Casi el 10% de la población mundial adulta tiene diabetes, definida por un aumento de la glucosa en sangre en ayunas ( $\geq 126$  mg/dl). Las personas diabéticas tienen un mayor riesgo de sufrir cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Las muertes por diabetes han aumentado desde el año 2000, habiendo alcanzado los 1,5 millones en 2012.

- ✓ **Cada día mueren a causa de accidentes de tránsito casi 3500 personas**

Se prevé que los traumatismos causados por el tránsito aumentarán a medida que aumente la propiedad de vehículos como consecuencia del crecimiento económico de





los países en desarrollo. Se requieren medidas enérgicas para mejorar las políticas de uso de las vías de tránsito y hacer cumplir las leyes de seguridad vial si deseamos evitar ese aumento de los traumatismos y muertes.

#### **4.1.4. Conclusiones**

Se puede identificar como está la salud a nivel mundial en la cual las diferentes enfermedades son la causa de muerte y los factores de riesgo que van aumentando considerablemente sobre todo en la salud materna y población infantil. Es una preocupación en la que la OMS (organización mundial de la salud) que se encarga de mostrar los índices de las enfermedades que más prevalecen y tratar de buscar la manera de prevenirlos, y sugerir que programas y planes poner en acción para contrarrestar tantos problemas de salud en el mundo.





## 4.2. LA SALUD A NIVEL LATINO AMERICANO

Las circunstancias desafortunadas han dado lugar a importantes retrocesos en la salud de los pueblos de esta zona geográfica. Las organizaciones de ayuda global continúan enfocando sus esfuerzos en la provisión de ayuda médica en esos países, lo cual implica la identificación de las causas directas de los problemas de salud.

Para determinar los desafíos que América Latina enfrenta, debemos reconocer los factores sociales que influyen en la salud pública. Los estándares de vida afectan enormemente el bienestar de las personas que habitan en ésta región. Desafortunadamente, la atención en salud resultó ser costosa e inaccesible para los sectores más pobres de la sociedad, dificultando la erradicación de los problemas de salud.

### 4.2.1. Problemas de Salud más comunes

Los problemas de salud más comunes que afectan a América Latina incluyen al VIH/SIDA, malaria, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles. Las estadísticas de las Naciones Unidas y de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos muestran que más de 1 millón de personas viven con el HIV en Latinoamérica. Solamente en 2001, estas enfermedades contagiosas ocasionaron el 23 por ciento de las muertes en América Latina y el Caribe. Las enfermedades no contagiosas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y la diabetes también afectan a las naciones de América Latina. En los años 70, **las muertes perinatales** azotaron la región con una asombrosa tasa de 81 por 1000 nacimientos. Afortunadamente esta cifra disminuyó hasta 38 por 1000.

- **VIH / SIDA**, La diseminación del VIH y SIDA es ocasionada principalmente por una alta incidencia de relaciones sexuales sin protección entre personas del mismo sexo; mayormente en los países de Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala, Perú, Colombia, Chile, Costa Rica y Ecuador. La prevalencia de la prostitución representa el mismo riesgo que las relaciones sexuales sin protección. América Latina también tiene problemas de abuso en consumo de





drogas; el uso de drogas inyectables ilegales ha incrementado tasa de transmisión del VIH.

- **La Malaria y otras enfermedades Transmisibles**, El medio ambiente ha contribuido al incremento de la malaria en Latinoamérica. Esta enfermedad es favorecida por a las altas temperaturas de la región, las bajas altitudes y las lluvias abundantes. Otros indicadores apuntan a la pobreza, malnutrición, falta de educación y limitado acceso a los servicios de salud. Otro factor es el incremento de la contaminación ambiental. De la manera en que países como Brasil o Perú han atraído a los industrialistas para establecerse en la región con costos bajos, el riesgo de los desechos tóxicos se ha convertido en un riesgo para la salud. Un ejemplo de esto, se ve en el río Amazonas, que está afectada con altos niveles de contaminantes.
- **Mortalidad Infantil**, El asombroso número de muertes de los niños durante el trabajo de parto continúa golpeando a Latinoamérica. La mortalidad infantil se ha caracterizado por una tendencia sistemática, según los últimos indicadores, el principal factor que engrosa las cifras de la mortalidad infantil es la mortalidad neonatal, que constituye un 68,9% de las muertes en menores de un año. Entre las causas de mortalidad en los niños y niñas menores de un año, siguen prevaleciendo aquellas originadas en el periodo perinatal (34%): malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (31,6%). Las enfermedades de origen infeccioso que antes prevalecían han disminuido, alcanzando un porcentaje de un 5,2%, gracias a la profesionalización del manejo de parto, manejo de terapia antibiótica, acceso a atención con equipos especializados de alto nivel, entre otros. Las causas de mortalidad en el grupo entre 1 a 10 años, siguen siendo de origen externo (accidentes, traumatismos y violencia), seguido de causas tumorales y del Sistema Nervioso Central.
- **La enfermedad de Chagas** o tripanosomiasis americana causada por el Protozoo flagelado *Trypanosoma cruzi* es endémica en América,





distribuyéndose desde México hasta Argentina. Se calcula que se infectan por año entre 15 y 17 millones de personas, de las cuales mueren unas 50,000. La enfermedad tiene mayor prevalencia en las zonas rurales más pobres de América Latina, y está centrada en un factor fundamental: las condiciones precarias de las viviendas donde el transmisor –la vinchuca– encuentra el mejor cobijo. El virus zika está causando numerosos problemas que afectan la salud de las madres y en muchos casos –aunque no en todos– provocan microcefalia en sus hijos.

- **Las enfermedades mentales y las que sufren alguna deficiencia motriz** continúan aumentando tanto en proporción como en números absolutos, aun cuando los casos declarados no representan la totalidad de las personas afectadas. Las personas con enfermedades mentales y con deficiencias físicas constituyen los pacientes más descuidados en la región, ya que en muchos casos sus necesidades básicas no son atendidas y además sufren el estigma de la discriminación social. Es por ello que entre las principales acciones que se recomiendan es integrar la enfermedad mental y la deficiencia física dentro de los cuidados primarios de salud, desarrollar más servicios comunitarios y combatir la discriminación.

#### 4.2.2. Los 10 padecimientos que más afectan a Latinoamérica

La idiosincrasia, el estilo de vida, las tradiciones, el clima, la genética, la alimentación, cultura y hasta la historia, pueden ser determinantes para el sufrimiento de algunos males y el alivio de otros. La sociedad latinoamericana no escapa a estas estadísticas, veamos cuáles son los 10 padecimientos que más afectan a América Latina.

- ✚ **Alcoholismo**, Beber alcohol con moderación resulta hasta beneficioso para la salud. En América Latina el consumo de tequila, ron, cerveza y pisco, son hábitos muy arraigados. Además de ser un acto social, el alcohol es utilizado como válvula de escape de problemas laborales, familiares, económicos y





amorosos, según los estudios realizados por el investigador David Coombs en "Alcohol Use and Alcohol in Latino América".

- ✚ **Cáncer**, Lamentablemente, Latinoamérica es uno de los lugares donde existe menos cultura de prevención contra el cáncer. Entre los problemas más frecuentes que derivan en cáncer están el tabaquismo, sedentarismo, sexo sin protección, alcoholismo, exposición al sol, genética y envejecimiento (datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Una de las causas influyentes en la mortalidad en la niñez y la adolescencia, es por tumores o cáncer. Durante el 2010 se registraron 126 defunciones por cáncer de menores de 15 años solo en Chile, de los cuales 31% correspondía a Leucemia Aguda, 21% a tumores del Sistema Nervioso central y 17% Rabdomiosarcoma
- ✚ **Diabetes** A pesar de que la diabetes no discrimina raza, género o edad, en Latinoamérica esta enfermedad afecta a sus pobladores, debido a causas como: falta de información, y mala alimentación.
- ✚ **Enfermedades diarreicas**, El 70% de los casos de enfermedades diarreicas en Latinoamérica se debe a las terribles condiciones sanitarias y a algunos problemas ambientales, así también a la falta de lactancia materna y a condiciones sociodemográficas.
- ✚ **Hepatitis**, Es una enfermedad muy común en el mundo entero, en Latinoamérica se desarrolla por la falta de calidad del agua y la contaminación de algunos alimentos, así como los virus, bacterias, el consumo de alcohol y la intoxicación con gas.
- ✚ **Desnutrición**, En Latinoamérica existen alrededor de 72 millones de personas con problemas de desnutrición (Organización Mundial de la Salud). Los factores principales de la desnutrición en esta parte del planeta son: desigualdad económica, malas cosechas, desastres naturales y escasa información acerca de una alimentación sana.
- ✚ **Enfermedades respiratorias**, Las enfermedades de índole respiratoria son muy comunes en Latinoamérica, una de las más padecidas es la tuberculosis





(segunda causa de muerte en el mundo). Entre otros factores que predisponen a los latinoamericanos a sufrir este tipo de enfermedades están: la contaminación ambiental, el alto índice de fumadores y la escasa higiene.

- ✚ **Hipertensión**, Este mal es uno de los más difíciles de controlar debido a los múltiples factores que pueden ocasionarlo, desde la carga genética hasta un ambiente de estrés y problemas.
- ✚ **Lupus**, Esta enfermedad autoinmune no contagiosa pero es la culpable de la inflamación de distintas partes del cuerpo. Los más propensos a sufrirla son los asiáticos, afroamericanos y mestizos, debido a que en Latinoamérica existe una gran mezcla racial.
- ✚ **Sida**, Esta enfermedad sigue cobrando víctimas por todo el mundo, los factores fundamentales que hacen que esté entre los 10 padecimientos que más afectan a Latinoamérica, son la falta de información y de recursos económicos para prevenir y educar a la población.

#### 4.2.3. Conclusiones

Las soluciones más factibles para una mejor calidad de salud en Latinoamérica es actuar considerablemente desde el modelo médico, sino que debe abordarse en forma integral y social, con una orientación plural e interdisciplinaria, que tenga presente los cambios que se producen en el perfil epidemiológico de la población como: el aumento de personas con discapacidad debido al incremento de la esperanza de vida y que favorece la aparición de enfermedades crónicas, el crecimiento de los accidentes de tránsito que impactan preferentemente en edades productivas, la desnutrición y la niñez abandonada que integran el “círculo viciosos de la exclusión social”.

No debemos olvidar además, la población que se ubica por debajo de la línea de pobreza que genera las enfermedades discapacitantes de los trabajadores informales.





### 4.3.LA SALUD A NIVEL NACIONAL (BOLIVIA)

Los indicadores de salud de la población sitúan a Bolivia en el último o penúltimo lugar latinoamericano. El estado de salud del país es malo, y está definido por las determinantes sociales y la deficiente capacidad de la red sanitaria.

#### 4.3.1. Mortalidad en Bolivia

En Bolivia la tasa bruta de mortalidad 2005–2010 según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) fue de 7,29 muertes por 1.000 habitantes. En 2008 el país continuó con una de las tasas más altas de mortalidad infantil en

CAUSA DE HOSPITALIZACION	% DE POBLACION
1.Enfermedades del sistema circulatorio	10%
2.Enfermedades infecciosas y parasitarias	9%
3.Enfermedades por Tumores malignos /benignos	15%
4.Enfermedades del sistema digestivo	14%
5.Afecciones originadas en el periodo perinatal	10%
6.Enfermedades del aparato respiratorio	7%
7.Enfermedades endocrinas	9%
8.Trastornos mentales y del comportamiento	8%
9.Sintomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.	11%
10. Otros	7%

América Latina, aunque entre 2003 y 2008 registró una reducción 54 a 50 fallecimientos de menores de un año por 1.000 nacidos vivos.

El componente de mortalidad neonatal fue de 27 por 1.000 nacidos vivos, representando más de 50% de la mortalidad infantil y 42,8% de la mortalidad en menores de 5 años en 2008, grupo en que la tasa llegó a 63.

La mortalidad infantil fue de 36 por 1.000 nacidos vivos en las zonas urbanas y de 67 en las rurales, mientras que la de menores de 5 años fue de 43 por 1.000 nacidos vivos en las zonas urbanas y de 87 en las rurales. La razón de mortalidad materna estimada para los cinco años anteriores (período 2003–2008) fue de 310 defunciones por 100.000 nacidos vivos.

#### 4.3.2. Morbilidad

**Enfermedades transmisibles Enfermedades transmitidas por vectores:** En 2009 Bolivia sufrió la mayor epidemia de dengue registrada desde la década de los ochenta. Incidió en 130 municipios del país, notificándose más de 84.000 casos





sospechosos y 7.421 confirmados, y notificándose además 25 defunciones por dengue severo. Dos terceras partes del total de casos y 69% de las muertes ocurrieron en departamento de Santa Cruz. En 2010 se reportaron cuatro muertes en brotes esporádicos ocurridos en 12 municipios, con una disminución de casos de 93% con relación a 2009.

Los casos de malaria durante el período 2006–2010 se redujeron en 27%. En 2010, el 77% (10.062 de 13.769) de los casos confirmados de malaria procedieron de la zona amazónica del país que comprende todos los municipios de Pando, y los de Riberalta y Guayaramerín del Beni e Ixiamas del departamento de La Paz. En cuatro municipios (Guayaramerín, Sena, Riberalta y Santos Mercado) se concentra más de 75% (7.952 de 10.062) de los casos.

✚ **VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual.** La epidemia de VIH/sida en Bolivia se concentra en grupos vulnerables (gays, bisexuales y travestis [GBT] y otros hombres que tienen sexo con hombres [HSH]) y en la población de nivel socioeconómico bajo. La prevalencia en población GBT y HSH es de 12,7% y en trabajadoras sexuales de 0,4%. En 2010 había 6.176 casos registrados, con una prevalencia en población general fue de 0,05%, equivalente a 59 casos por 100.000 personas. Según las estimaciones presentadas por el Programa Nacional de ITS/VIH/Sida a UNGASS 2008–2009, en el país hay unas 12.000 personas con VIH/sida. En jóvenes de 20 a 24 años se estimó una prevalencia de 0,02% y en mujeres embarazadas que se sometieron a la prueba de VIH, 0,16%. El 89% de los casos detectados fueron en tres departamentos del país. La razón hombre/mujer es de 2 a 1, en tanto la distribución proporcional por edad muestra que 6 de cada 10 personas con VIH/sida tienen entre 15 y 34 años. El registro de casos de VIH/sida en el país refleja un aumento paulatino, influido probablemente por una mejor notificación y por la utilización creciente de la prueba rápida de VIH.

✚ **Tuberculosis.** La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública. La incidencia de la tuberculosis en todas sus formas fue 76,1 por 100.000





habitantes, la pulmonar 59,9 y la pulmonar con baciloscopía positiva (BAAR [+]) disminuyó desde una tasa de 80,1 por 100.000 habitantes en 2001 a 53,8 en 2010. Tal descenso podría estar parcialmente influido por el subregistro y la baja detección de casos. Los departamentos de Santa Cruz, Pando, Tarija y Beni presentaron tasas de incidencia acumulada de TB BAAR (+) superiores al promedio nacional. Del total de casos de tuberculosis en todas sus formas, 81,29% fueron pulmonares y de estos, 70,5% correspondieron a TB BAAR (+). Las mayores tasas de incidencia acumulada específicas por edad y sexo se presentaron en pacientes masculinos por encima de 55 años y en el grupo de 15 a 25 años, lo que indica persistencia de la transmisión del bacilo en la comunidad. Los estudios mostraron resistencia general en 16,2%.

- ✚ **Enfermedades gastrointestinales.** En 2006 se diseñó un plan piloto para tratar la fascioliasis mediante el uso masivo del triclabendazole (TCZ). En 2008 se aplicó este plan en una comunidad Aymara del altiplano norte de La Paz que demostró el uso seguro del TCZ en poblaciones con cargas altas de fasciola. En 2008 se iniciaron desparasitaciones masivas con 71.456 personas, en 2009 con 223.946 personas y en 2010 con 106.936 personas.
- ✚ **Enfermedades transmitidas por los alimentos.** En 2010 en 53 muestras de alimentos colectadas en los departamentos de La Paz y Tarija se detectó la presencia de *Escherichia coli* productora de toxina Shiga, responsable del síndrome urémico hemolítico.

### **Enfermedades crónicas no transmisibles.**

Según datos del SNIS para 2010 el 60% de la producción de servicios sanitarios del sistema público fue dirigida a atender las enfermedades crónicas no transmisibles algunos de sus factores de riesgo como sobrepeso y obesidad y consumo de tabaco y trastornos de salud mental y neurológicos priorizados, como los derivados del consumo de alcohol y de sustancias psicotrópicas, episodios depresivos, ansiedad y epilepsia.





✚ **Enfermedades nutricionales.** Según grupos de edad, la desnutrición crónica tiende a aumentar con la edad, con una tasa de 9,4% hasta los 6 meses de edad y de 35,4% entre los 24 y 35 meses de edad. Asimismo, en el quintil de mayor pobreza la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años llegó a 46%, y en el quintil de menor pobreza apenas a 6,5%

Entre 2003 y 2008 la prevalencia de anemia aumentó de 51% a 61,3%. En ese último año la prevalencia fue de 83,1% en niños de 12 a 17 meses y de 53,6% en niños de 2 a 5 años de edad. Los niños de áreas rurales tuvieron una prevalencia de 67,6%, superior a la de los niños de áreas urbanas (55,7%). En población con bajos niveles educativos y quintiles de mayor de pobreza se constató mayor frecuencia de anemia.

✚ **Accidentes y violencia.** La violencia en todas sus expresiones constituye un serio problema de salud pública. Según datos de la Policía Boliviana, los homicidios y asesinatos mostraron una tendencia creciente de 2006 a 2010, con una tasa de mortalidad que subió de 5,4 por 100.000 habitantes en 2006 a 8,7 en 2010. Las formas de violencia más frecuentes fueron el maltrato a menores y la violencia doméstica. Según datos de la ENDSA 2008, casi la mitad (47%) de las mujeres casadas o unidas fueron víctimas de algún tipo de violencia domestica ocasionada por la pareja u otra persona. De ellas, solo 9% buscó ayuda institucional. La violencia psicológica contra mujeres de 15 a 49 años de edad llegó a 40% y la violencia física o sexual representó 24%. La tasa de delitos de violencia sexual en adolescentes fue de 14,69 por 100.000 habitantes. La frecuencia de esos delitos fue ocho veces superior en mujeres

✚ **Trastornos mentales.** Hay ausencia política de salud mental, y de leyes específicas. De acuerdo a estudios realizados, el hábito de fumar cigarrillos estuvo presente en 35% de la población general. En algunas poblaciones específicas (universitarias) 83% fumó alguna vez en su vida (90,3% en varones y 75% en mujeres). Si bien la legislación vigente prohíbe fumar en lugares públicos cerrados, su aplicación es aún muy incipiente. El consumo de





alcohol reporta una prevalencia de vida de 67,83% en personas entre 12 y 50 años (74,65% en varones y 62,71% en mujeres)

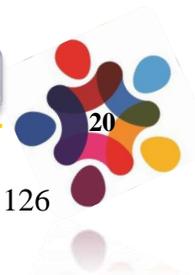
- ✚ **Enfermedades cardiovasculares.** El 49,2% de la población mayor de 20 años de edad atendido en hospitales urbanos y rurales presentó algún grado de hipertensión arterial. El Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, señala que desde 2002 hubo un crecimiento del 7 % de las enfermedades cardiovasculares en todo el país. Cada año fallecen más de 4 mil personas por esta causa.

El responsable del Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles, Absalón Pacheco, informó que los males en el corazón generan un gran número de muertos; sin embargo, la cantidad asciende cada vez más debido a los malos hábitos alimenticios, la reducida actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y sal, además de otros factores.

Existen varios tipos de cardiopatías, pero los bolivianos tienen tendencia a la hipertensión arterial, que representa el 26 por ciento.

- ✚ **Neoplasias malignas.-** De acuerdo a la ENDSA 2008, el cáncer cérvico-uterino tuvo una de las tasas más elevadas de prevalencia (22 por 100.000). Los cánceres de órganos digestivos alcanzaron a 4,6 por 100.000 y los relacionados con órganos genitales masculinos 3,5 por 100.000. La tasa de mortalidad por neoplasias fue de 57,4 por 100.000 habitantes para hombres y 89,7 para mujeres. Durante los primeros seis meses de 2011 el SNIS registró un total de 1.956 casos de cáncer cervicouterino y 6.125 casos de otros tipos de cáncer (2.302 en varones y 3.823 en mujeres). De acuerdo al SNIS, el número de mujeres que se hicieron prueba de papanicolaou durante 2009 y 2010 fue de 336.644 y 344.893 respectivamente, y durante este último año 54% correspondió al sector público, 19% a organismos no gubernamentales, 17% a la seguridad social, 6% a la iglesia y 4% al sector privado y fuerzas armadas





- ✚ **Diabetes.** La prevalencia de hiperglicemia en ayunas (igual o mayor a 126 mg/dl) llegó a 7,3% en la población mayor de 20 años

#### 4.3.3. Conclusiones

Cada vez es más preocupante la situación de la salud en Bolivia, como vemos se aumentan año a año la mortalidad y lo único que se puede hacer sería como en todos los niveles latinoamericano y mundial actuar en base a los factores de riesgo, crear programas, proyectos que ayuden a evitar que más personas sufran enfermedades que no se puedan curar.

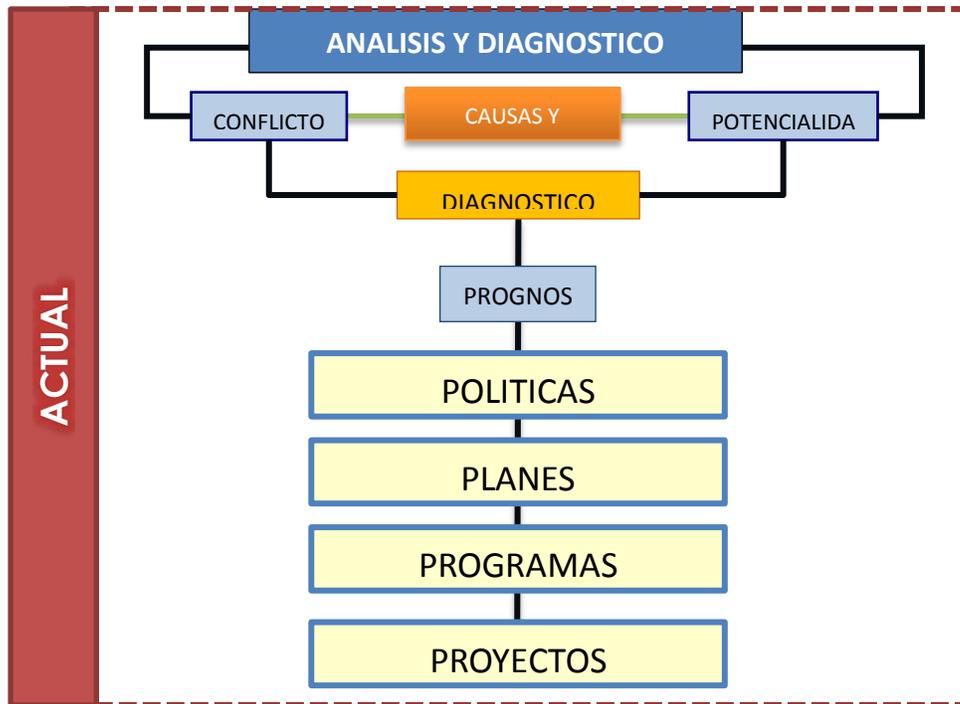
Existe muchas áreas en la que se puede trabajar para mejorar como sociedad, empezando en el sector salud es un aporte muy beneficioso para todos los campos de intervención en una ciudad, ya que gozar de buena salud contribuye en que una persona sea más efectiva en lo que hace y así aportar más a la sociedad a la que pertenece.



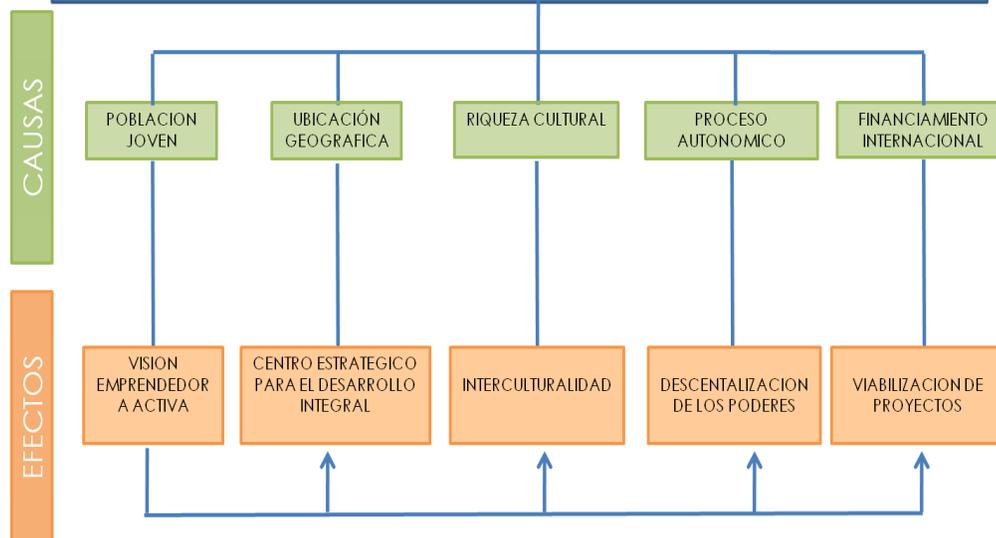


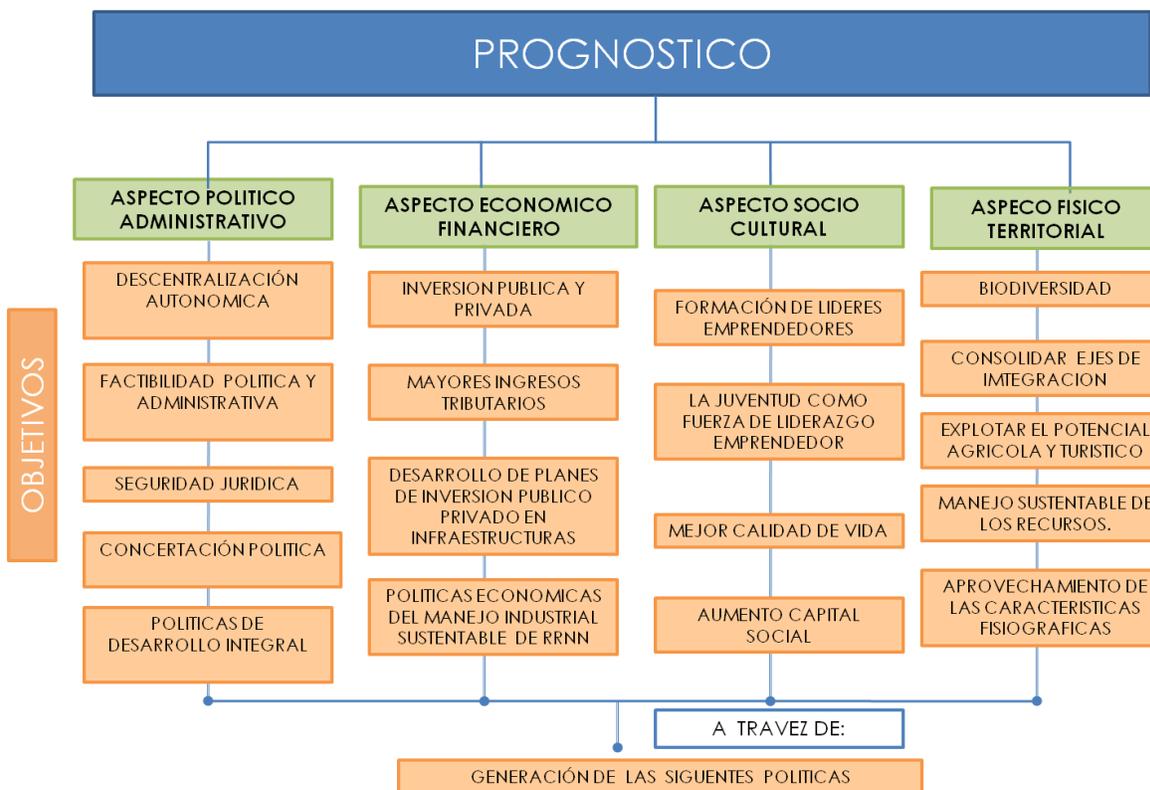
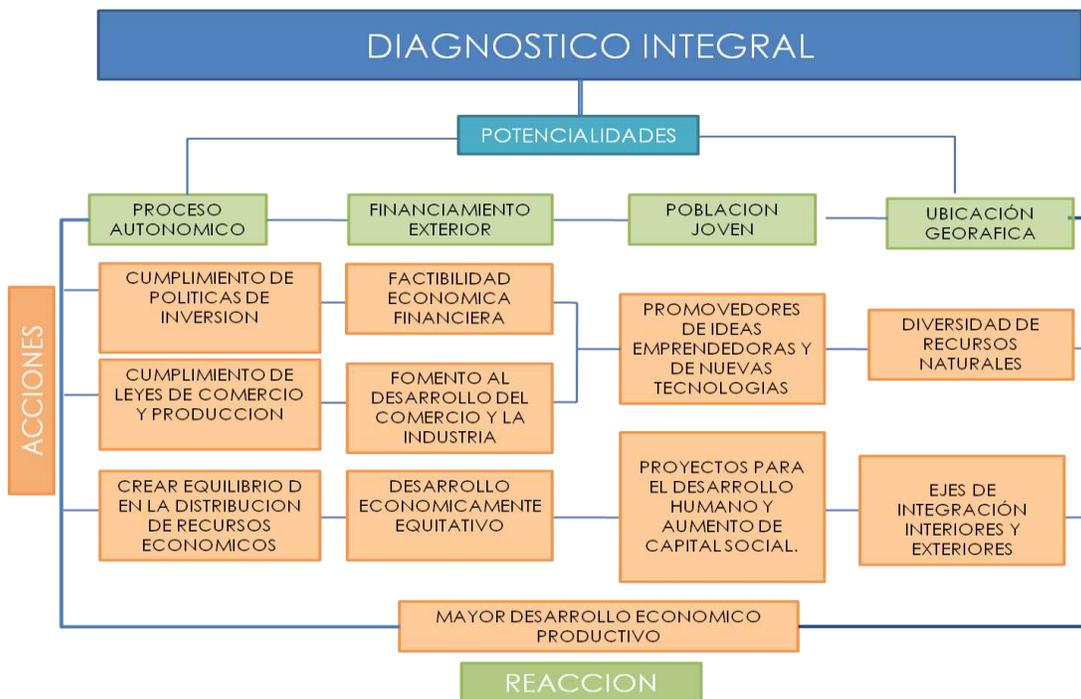
## 5. DIAGNOSTICO

Al realizar planes y programas para solucionar la problemática en cualquier lugar del mundo es necesario hacer un diagnóstico en base a los conflictos y potencialidades de cada región



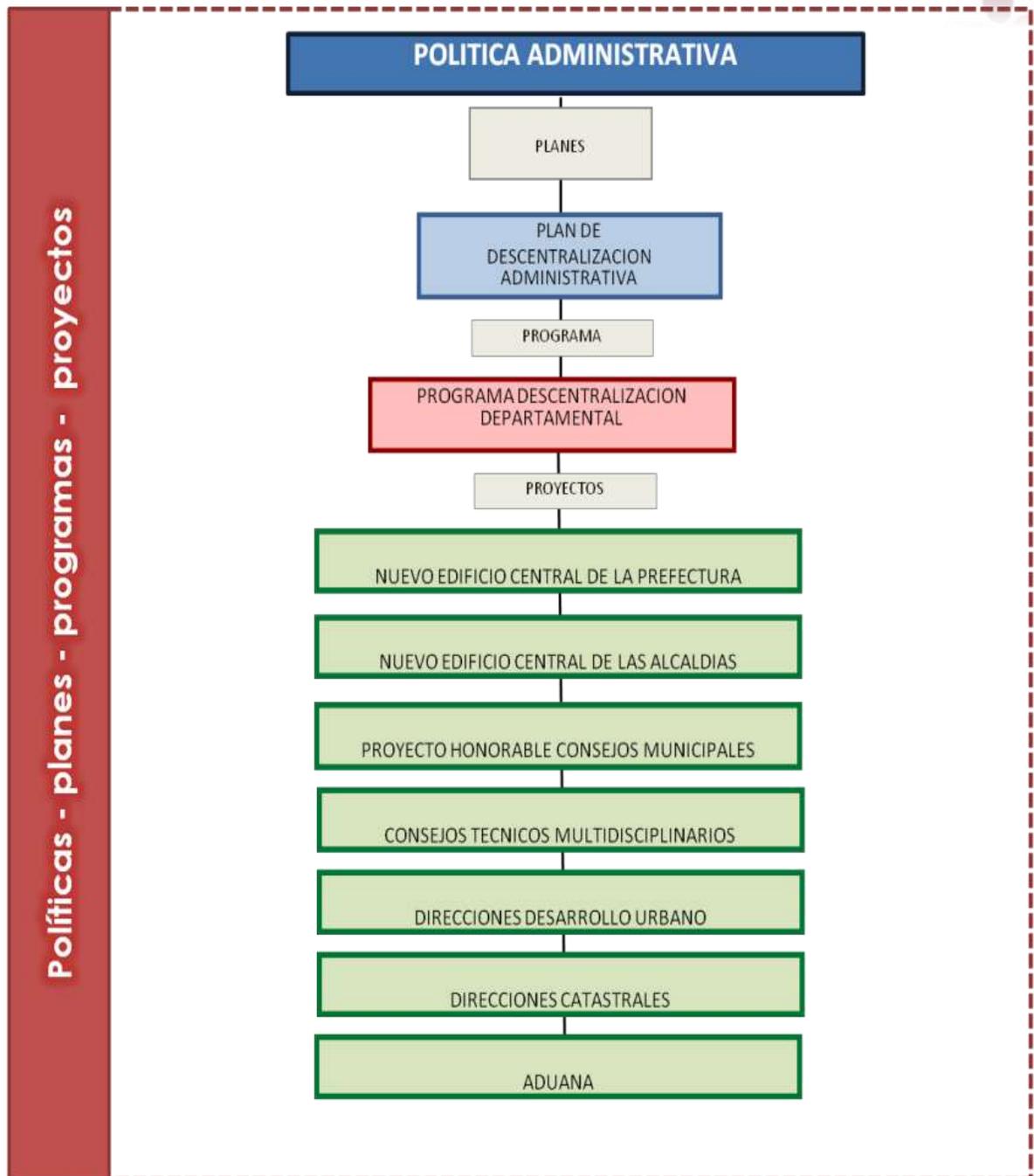
### DIAGNOSTICO EN CUANTO A LAS POTENCIALIDADES

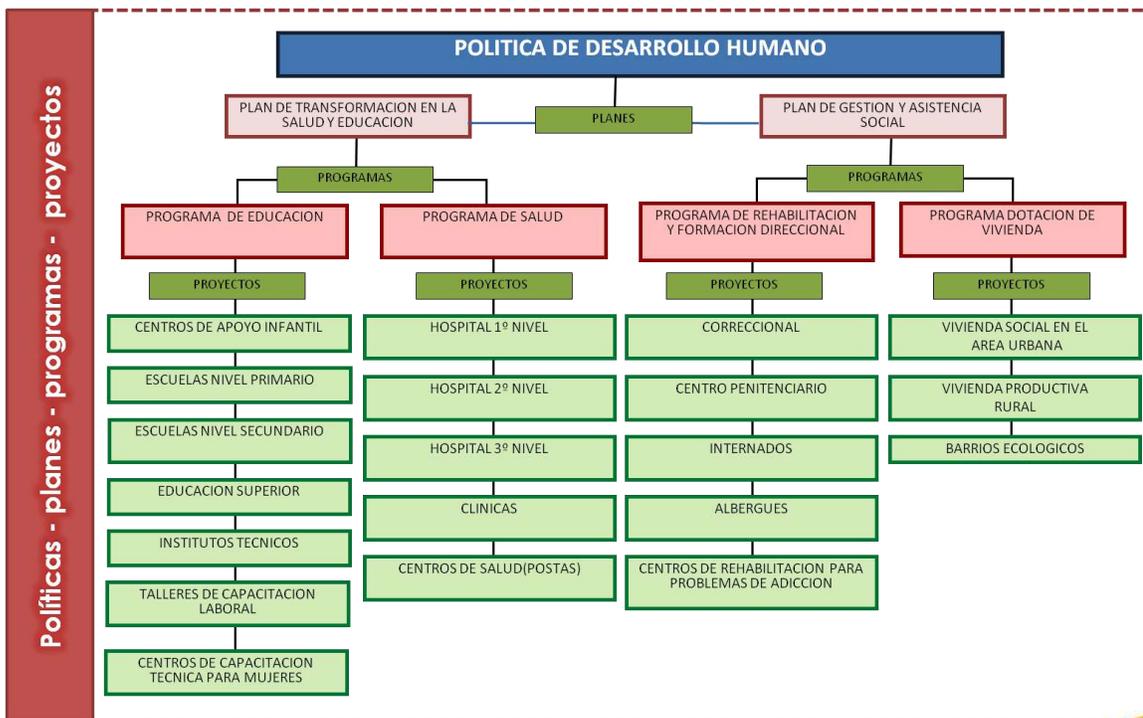
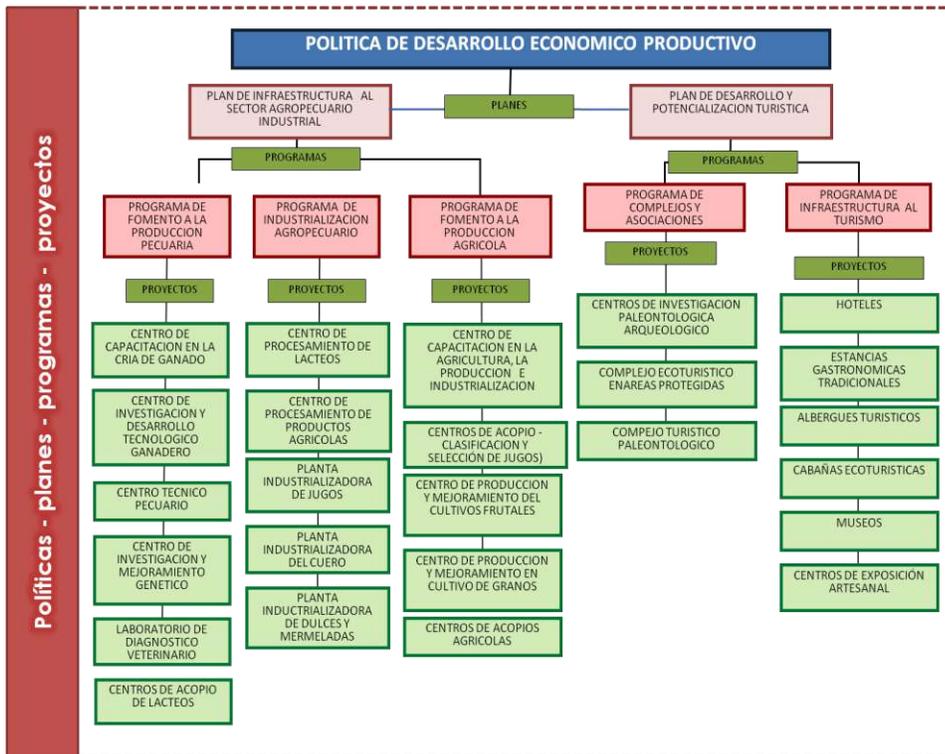


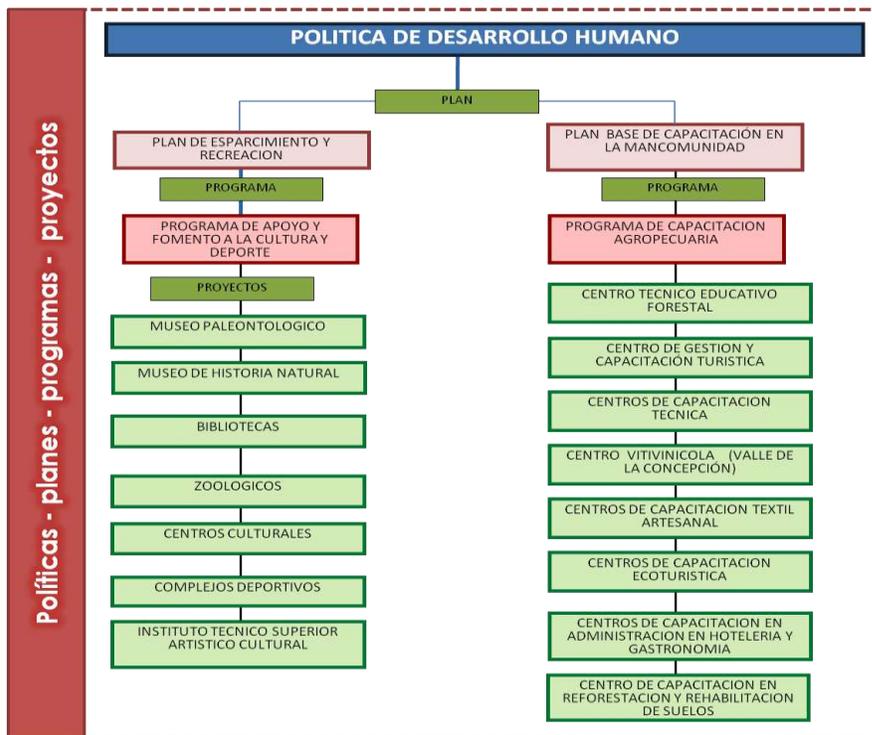




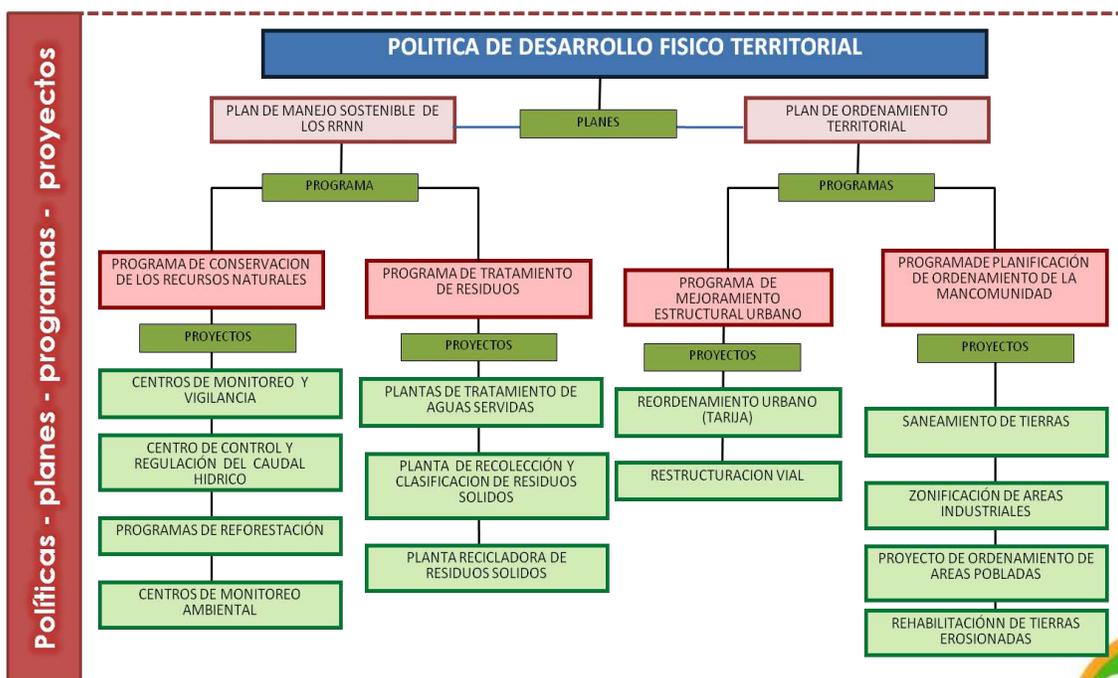
### 5.1. POLÍTICAS – PLANES – PROGRAMAS – PROYECTOS





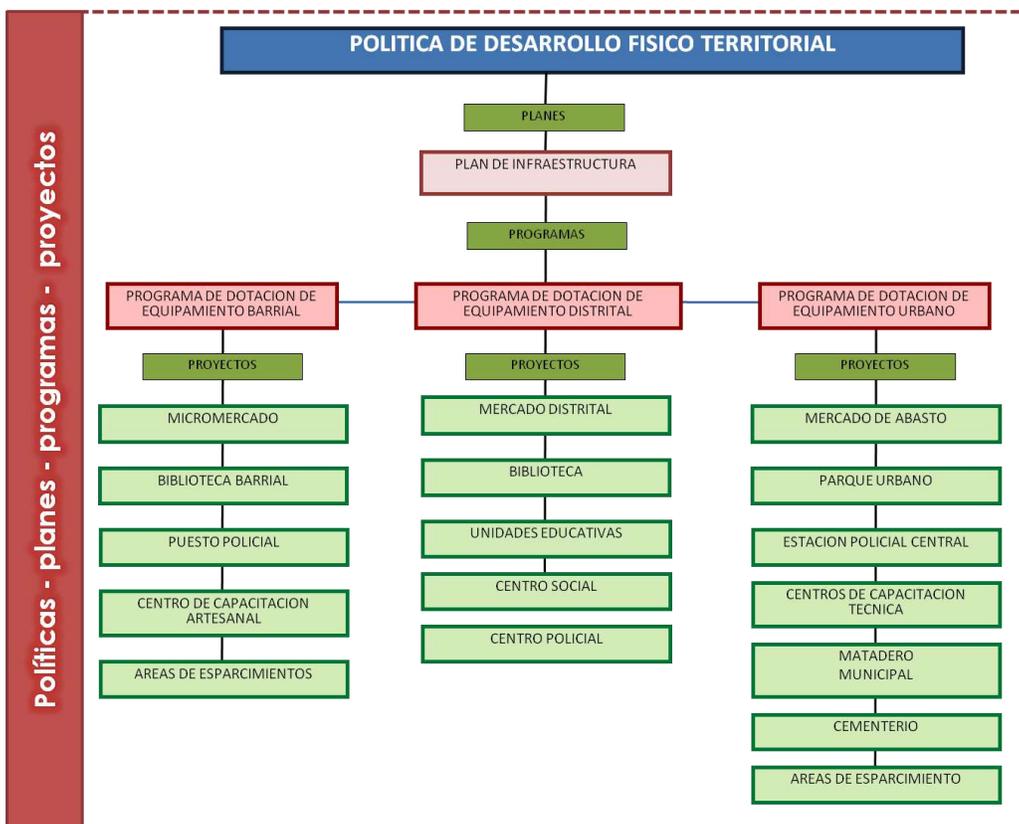
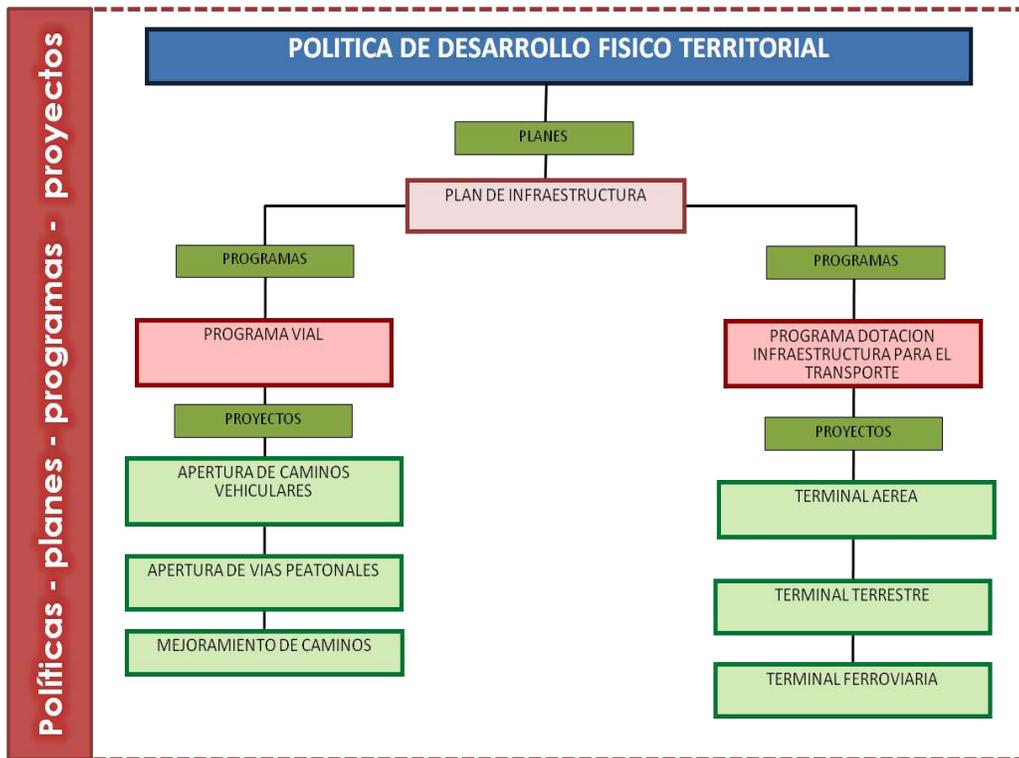


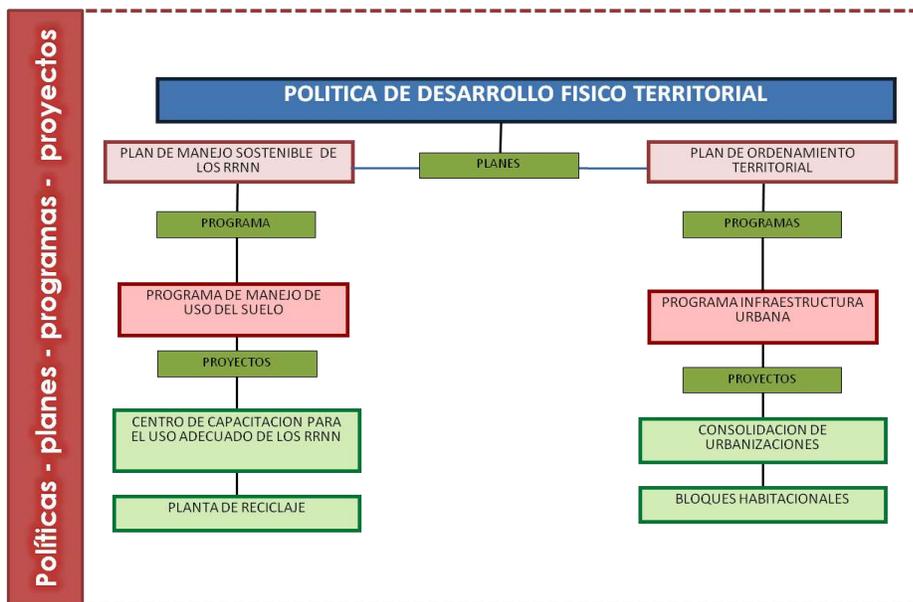
Políticas - planes - programas - proyectos



Políticas - planes - programas - proyectos

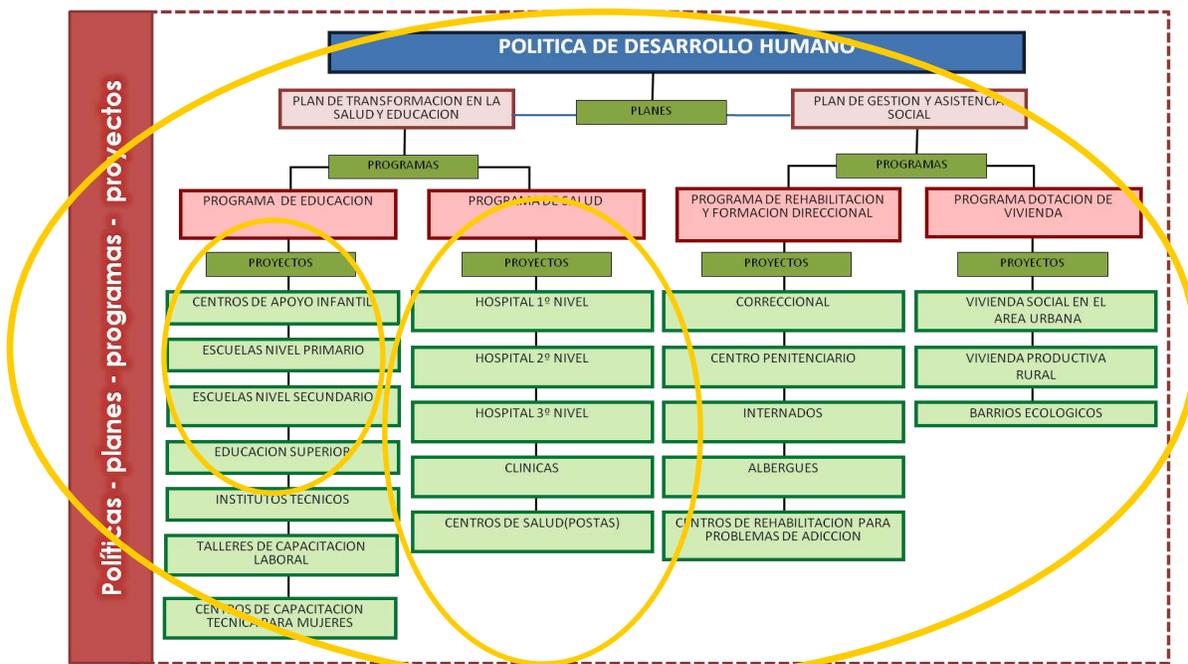






## 6. CONCLUSIONES

De las políticas de desarrollo se ha priorizado el sector salud mediante la actuación de dos planes; el plan de infraestructura de salud y el plan de prevención y tratamiento de la procedencia de las enfermedades y como contrarrestar las mismas.





La Red Nacional de establecimientos de salud está conformada en total por los 2167 establecimientos de salud de estos el 93% corresponden al primer nivel de atención, el 5% al segundo nivel, y el 2% al tercer nivel, y el crecimiento de la población y los requerimientos espaciales para atender a la demanda ha provocado que las instalaciones actuales con las que cuenta el departamento en la especialidad sean pequeños y provoque deficiencia en la calidad y cobertura, según el presidente de la Sociedad

Sin embargo a pesar de contar con este plan se carece de proyectos que coadyuven a mejorar la atención de las principales enfermedades que causan el mayor número de defunciones en el país.

Con el fin de fortalecer a la atención pública en la salud se propone una cadena de proyectos, con el cual se ayude a minimizar el porcentaje de población afectada por alguna de estas enfermedades o patologías, relacionándose directamente con las funciones de diagnóstico, prevención y rehabilitación de las diferentes infecciones agudas o crónicas de este sistema en individuos sanos, enfermos y lesionados.

De estos factores encontrados, concluimos en la necesidad de crear una cadena productiva sostenible de proyectos que permitirá proporcionar espacios dedicados a diversos estudios a favor del mejoramiento de la red de salud y atención pública, con infraestructuras las cuales son:

- ✓ Centro de Especialización en Medicina Cardiovascular
- ✓ Centros de rehabilitación integral para niños con discapacidad física
- ✓ Centro de educación especial para niños con capacidades diferentes





## UNIDAD II

### MARCO TEORICO





## II. UNIDAD 2: MARCO TEORICO

### 1. INTRODUCCION

La discapacidad es un tema complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

La preocupación por el problema de la oferta de servicios hacia la población con discapacidad se enmarca dentro de un tema que muy recientemente se ha constituido en marco y guía para el diseño de políticas públicas hacia los grupos socialmente excluidos; el tema de desarrollo inclusivo.

El abordar los servicios de salud que brindan los centros de rehabilitación hacia las personas con capacidades diferentes, son bastante determinantes las acciones emprendidas. La discapacidad no ha logrado convertirse en un asunto de interés público, ni se ha constituido en prioridad para el gobierno y la sociedad en general. Por lo tanto, ha sido tratado como un asunto privado, confinado directamente a los espacios familiares.

Las acciones a favor de las personas con discapacidad, han sido consideradas parte de las tareas de beneficencia pública, solidarias, recursos que se convierten en insuficientes y no otorgan soluciones correspondientes a la magnitud del problema, manteniendo los mismos en los márgenes privados de la sociedad.

Frente a esta situación, cobra vital importancia replantear políticas, abrir los horizontes y disponer voluntades para producir la anhelada integración social de las personas con discapacidad.

Se hace indispensable contar con centros de rehabilitación especialmente diseñados, que ofrezcan los servicios adecuados a personas con discapacidades físicas de esta manera rescatar la dignidad humana con un concepto de rehabilitación, creando condiciones favorables para la integración social de las personas con discapacidad. Desarrollar un centro de rehabilitación para niños con discapacidad física ayudara con





la demanda que requiere la ciudad ya que ellos están en proceso de crecimiento y de mayor oportunidad en el desarrollo tanto físico como intelectual.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La población con capacidades diferentes en este caso los niños con discapacidad física motriz aumenta y actualmente en nuestro departamento se hace un esfuerzo sobrehumano por tratar de cubrir la demanda lo cual se hace imposible porque solo se cuenta con un centro para la rehabilitación física motriz. Tales son las razones por las cuales se busca cubrir la demanda, para que más niños puedan ser atendidos con todas las comodidades que necesitan y de esta manera lograr una mejor rehabilitación.

Ante el déficit de servicios de prevención y rehabilitación integral especialmente en lo que se refiere a discapacidad se quiere realizar un proyecto capaz de cubrir las demandas planteando un “Centro de Rehabilitación integral para niños con discapacidad física motriz”.

## **3. HIPÓTESIS**

El “CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA MOTRIZ” dará una solución a los que sufren una deficiencia o patología tanto, temporal o transitoria a niños(as) que viven en completa dependencia de sus familias ya que ellos no pueden desenvolverse solos y mediante la orientación y rehabilitación física, apoyo psicológico y pedagógico, proporcionara beneficios para mejorar su vida y así podrán desarrollar actividades específicas al asistir a este centro.

## **4. JUSTIFICACION**

En el Departamento de Tarija, no se cuenta con un equipamiento adecuado que brinde servicios de prevención y rehabilitación integral a las personas con capacidades diferentes y mucho menos a niños sobre todo en lo relacionado a la calidad y cantidad de ambientes como se puede ver en el único centro de rehabilitación de CERFI ANET. Por cuenta debido a la creciente demanda para este servicio se hace





indispensable dotar de un nuevo Centro para la población infantil que presenta algún tipo de discapacidad física y motriz. No existe un plan de rehabilitación para niños con alguna limitante física por esto se considera necesario abordar la problemática de la carencia de instalaciones adecuadas para niños con discapacidad física y motriz y buscar la respuesta correcta que cubran todas sus necesidades.

## 5. OBJETIVOS

### 5.1.OBJETIVO GENERAL

Poder brindar la ayuda necesaria a la población infantil con discapacidad física motriz considerando los servicios de rehabilitación integral que responda a las necesidades actuales de los niños que padecen este tipo de discapacidad y nos permita ayudar a solucionar la problemática de cobertura que sufren estos niños a través de la creación de un espacio adecuado que les permita su desarrollo físico, psicológico e intelectual y así poder lograr reinsertarlos a la sociedad.

### 5.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer y buscar una solución que rodea a los niños con este tipo de discapacidad, tanto física como motriz en el Departamento de Tarija, para formular propuestas de solución en el campo de la Arquitectura.
- Desarrollar una propuesta urbanística que determine la ubicación del centro de rehabilitación para niños con discapacidad física y motriz en la ciudad de Tarija.
- La estructura espacial integrara todos los elementos arquitectónicos dentro de un conjunto morfológicamente coherente e interrelacionado con un contexto de la zona.
- Implementar una infraestructura arquitectónica donde se generen ambientes adecuados para la rehabilitación de estos niños con discapacidad física motriz con las condiciones necesarias y características arquitectónica, tecnológica y morfológica brindando al usuario comodidad y seguridad en sus diversas actividades.





## 6. VISIÓN

Promover y facilitar en la ciudad servicios de rehabilitación biopsicosocial mediante la implementación de políticas programas y acciones las cuales se verán realizadas a través de un proyecto arquitectónico que fomente la rehabilitación integral para niños con discapacidad física, con equidad, calidad, integridad, para lograr su máxima funcionalidad facilitando su integración a futuro.

## 7. MISIÓN

Brindar asistencia, asesoría y apoyo a los niños con discapacidad física y sus familias en sus distintos niveles, en el caso de tipo inicial movilizadas por elementos complementarios, como ser muletas, bastones, andadores, etc. Y en el siguiente caso, que requieran de una silla de ruedas para su movilización.

## 8. DELIMITACION DEL TEMA

El centro de rehabilitación integral para niños con discapacidad física-motriz ofrecerá servicios de rehabilitación y habilitación bio-psico-social, de excelencia como rectores y modelos para el sistema de atención a niños con problemas de discapacidad físico-motriz de (0 a 14 años), mediante un centro diseñado para hacer más cálida su estancia durante la visita, para estimularlos y brindarles una mayor seguridad, mediante la creación del centro, en el que los pacientes reciban atención bajo los criterios de calidez médica y humana, cumpliendo con un tratamiento integral neuromusculo –esquelético con énfasis en su cuidado y autovalencia, de esta manera favorecer su inclusión familiar, escolar, social y laboral.

La ejecución del proyecto “ implementación centro de rehabilitación integral para niños con discapacidad físico-motriz» beneficiara a la población con discapacidad del departamento de Tarija, tanto en su área urbana como rural.





## 9. POLÍTICAS DE INTERVENCIÓN

En lo que se refiere a políticas de intervención para el “Centro de Rehabilitación Integral para niños con discapacidad física y motriz”, nos planteamos las siguientes interrogantes:

### ➤ ¿Por qué intervenir?

Porque se hace necesario la implementación de un nuevo centro de rehabilitación para poder cubrir la demanda actual, ya que solo se cuenta con el Centro de Enseñanza y Rehabilitación Física (CERFI), mismo que no cuenta con una infraestructura óptima ni equipamiento necesario para llevar a cabo una buena rehabilitación física.

### ➤ ¿Para quién intervenir?

Para todo el departamento de Tarija, para todos los niños que necesiten un tratamiento biopsicosocial y que sufra alguna discapacidad física ya sea temporal o permanente.

### ➤ ¿Para que intervenir?

A través del diagnóstico realizado se pudo determinar la necesidad de realizar un proyecto para la discapacidad física y motriz. Aprovechando al máximo el sitio de emplazamiento para así poder dar una correcta respuesta morfológica acorde a la zona.

### ➤ ¿Dónde intervenir?

En la ciudad de Tarija distrito 9, barrio el constructor que el mismo cuenta con buena accesibilidad para la ubicación de dicho equipamiento.

### ➤ ¿Cuándo intervenir?

Debido a la creciente demanda, a corto plazo se hace necesario que la población en este caso niños con discapacidad físico motriz cuente con un equipamiento con los ambientes adecuados para poder rehabilitarse correctamente.





➤ **¿Qué entidades serán las encargadas de Supervisar este Centro?**

Es de conocimiento público que este tipo de Centros son de carácter social, por tanto las instituciones encargadas de supervisar serán instituciones estatales:

- ✓ SEDES( Servicio Departamental de salud)
- ✓ SEDEGES(Servicio Departamental d gestión Social)
- ✓ CODEPEDIS ( Comité Departamental de la Persona con discapacidad)





## UNIDAD III

### MARCO INVESTIGATIVO





### III. UNIDAD 3: MARCO INVESTIGATIVO

#### 1. ANTECEDENTES

Se calcula que cada año 276.000 recién nacidos fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida en el mundo debido a anomalías congénitas.

Las anomalías congénitas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad.

Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down.

Las anomalías congénitas pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa.

Es posible prevenir algunas anomalías congénitas; por ejemplo hay medidas de prevención fundamentales como la vacunación, la ingesta suficiente de ácido fólico y yodo mediante el enriquecimiento de alimentos básicos o el suministro de complementos, así como los cuidados prenatales adecuados.

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

#### 1.1. CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

No es posible asignar una causa específica a cerca de un 50% de las anomalías congénitas. No obstante, se han identificado algunas de sus causas o factores de riesgo.

##### ✓ Factores socioeconómicos y demográficos

Aunque los ingresos bajos pueden ser un determinante indirecto, las anomalías congénitas son más frecuentes en las familias y países de ingresos bajos. Se calcula





que aproximadamente un 94% de las anomalías congénitas graves se producen en países de ingresos bajos y medios, en los que las mujeres a menudo carecen de acceso suficiente a alimentos nutritivos y pueden tener mayor exposición a agentes o factores que inducen o aumentan la incidencia de un desarrollo prenatal anormal, en especial el alcohol y las infecciones. La edad materna avanzada también incrementa el riesgo de algunas alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down, mientras que el riesgo de determinadas anomalías congénitas del feto aumenta en las madres jóvenes.

#### ✓ **Factores genéticos**

La consanguineidad aumenta la prevalencia de anomalías congénitas genéticas raras y multiplica casi por dos el riesgo de muerte neonatal e infantil, discapacidad intelectual y otras anomalías congénitas en los matrimonios entre primos hermanos. Algunas comunidades étnicas, como los judíos asquenazíes o los finlandeses, tienen una mayor prevalencia de mutaciones genéticas raras que condicionan un mayor riesgo de anomalías congénitas.

#### ✓ **Infecciones**

Las infecciones maternas, como la sífilis o la rubéola, son una causa importante de anomalías congénitas en los países de ingresos bajos y medios

#### ✓ **Estado nutricional de la madre**

Las carencias de yodo y folato, el sobrepeso y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas. Por ejemplo, la carencia de folato aumenta el riesgo de tener niños con defectos del tubo neural. Además, el aporte excesivo de vitamina A puede afectar al desarrollo normal del embrión o del feto.

#### ✓ **Factores ambientales**

La exposición materna a determinados plaguicidas y otros productos químicos, así como a ciertos medicamentos, al alcohol, el tabaco, los medicamentos psicoactivos y la radiación durante el embarazo, pueden aumentar el riesgo de que el feto o el





neonato sufra anomalías congénitas. El hecho de trabajar en basureros, fundiciones o minas o de vivir cerca de esos lugares también puede ser un factor de riesgo, sobre todo si la madre está expuesta a otros factores ambientales de riesgo o sufre carencias alimenticias.

### ✓ **Prevención**

Las medidas de salud pública preventivas ofrecidas en los servicios de atención reducen la frecuencia de algunas anomalías congénitas. La prevención primaria de las anomalías congénitas implica:

Mejorar la dieta de las mujeres en edad fecunda, garantizando un aporte suficiente de vitaminas y minerales en la alimentación, en especial de ácido fólico, mediante el suministro diario de complementos por vía oral o el enriquecimiento de alimentos básicos como las harinas de maíz o de trigo;

Asegurar que las mujeres eliminan o restringen el consumo de sustancias nocivas, particularmente el alcohol;

- Controlar la diabetes preconcepción y gestacional, a través de asesoramiento, control del peso, dieta y administración de la insulina cuando sea necesario;
- Evitar la exposición ambiental a sustancias peligrosas, como los metales pesados y los plaguicidas, durante el embarazo;
- Garantizar que durante el embarazo la exposición a los medicamentos y a radiaciones por razones médicas (por ejemplo, para el diagnóstico por la imagen) esté justificada, basándose en un análisis cuidadoso de las ventajas y los riesgos para la salud.
- Mejorar la cobertura vacunal, en especial contra el virus de la rubéola, en las niñas y las mujeres. La rubéola es prevenible mediante vacunación en la infancia. La vacuna antirrubéólica también puede administrarse al menos 1 mes antes del embarazo a las mujeres no vacunadas que no hayan sufrido esta enfermedad en su infancia.





- Aumentar y fortalecer la formación del personal sanitario y de otros interesados en el fomento de la prevención de las anomalías congénitas.

### ✓ **Detección**

La atención en los períodos preconceptivo (antes de la concepción) y periconceptivo (en las fechas de la concepción) consta de prácticas básicas de salud reproductiva, así como del consejo y las pruebas genéticas. Estas pruebas se pueden realizar durante los tres periodos siguientes:

- En el periodo preconceptivo, las pruebas pueden servir para identificar a las personas en riesgo de padecer determinados trastornos o de transmitirlos a sus hijos. La estrategia consiste en el uso de los antecedentes familiares y la detección del estado de portador, y es particularmente valiosa en países en los que el matrimonio consanguíneo es frecuente.
- En el período periconceptivo, los resultados de las pruebas deben utilizarse para determinar la atención más adecuada en función del riesgo asociado a determinadas características maternas, tales como la edad temprana o avanzada o el consumo de alcohol, tabaco u otros medicamentos psicoactivos. La ecografía permite detectar el síndrome de Down durante el primer trimestre y las anomalías fetales graves durante el segundo trimestre. Además, la amniocentesis y otras pruebas pueden ayudar a detectar los defectos del tubo neural y las anomalías cromosómicas durante el primero y el segundo trimestres.
- En el periodo neonatal se puede realizar una exploración física y pruebas para detectar trastornos hematológicos, metabólicos y hormonales. Las pruebas para detectar la sordera y las malformaciones cardíacas y la detección precoz de las anomalías congénitas pueden facilitar la instauración de tratamientos capaces de salvar la vida y prevenir la evolución hacia discapacidades físicas, intelectuales, visuales o auditivas. En algunos países se somete a los recién





nacidos a pruebas sistemáticas de detección de anomalías tiroideas y suprarrenales antes de que abandonen la maternidad.

### ✓ **Tratamiento y atención**

Muchas anomalías congénitas estructurales se pueden corregir mediante la cirugía pediátrica, y a los niños con problemas funcionales como la talasemia (un trastorno hematológico hereditario recesivo), la drepanocitosis o el hipotiroidismo congénito (función tiroidea reducida) se les pueden administrar tratamientos precozmente.

## **1.2. CONCLUSIONES**

Las anomalías congénitas son en muchos países causas importantes de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad por lo cual hacemos este marco investigativo para ver la realidad que se vive hoy en día los factores de riesgo de los niños recién nacidos las cuales sufren de alguna deficiencia o patología infantil.





## 2. MARCO HISTÓRICO

### 2.1. CRONOLOGIA DE LA EVOLUCION SOBRE LA DISCAPACIDAD

<b>CRONOLOGIA DE EVOLUCION DE LA HISTORIA</b>	
<b>Historia</b>	En la antigüedad se caracterizó a las personas por la fuerza física, por lo tanto una persona con limitación física era considerada poseída o inservible.
<b>Algunas culturas</b>	
<b>Asia</b>	Los abandonaban en el desierto y los bosques
<b>Grecia</b>	Era un culto a la belleza y a la perfección física a los discapacitados los expulsaban, o los exterminaban
<b>Los hebreos</b>	Ellos daban un tratamiento diferente a las personas con limitaciones podían participar en los asuntos religiosos, el cristianismo al elevar la dignidad de la persona humana hizo que se convirtiera en deber la atención a las personas con discapacidad. Se creó nosocomios una especie de hospital donde se brinda techo, comida y ayuda espiritual
<b>Edad media</b>	
Se considera a la discapacidad como un castigo de dios La sociedad no tenía responsabilidad con las personas discapacitadas No hubo ningún proceso en esta época a favor de los discapacitados	
<b>Edad moderna</b>	
Comenzó un cambio de actitud, el cual se reflejó cuando la sociedad comienza a	





<p>reconocer que tienen responsabilidad ante esta población</p> <p>En España se crea el primer hospital donde se le facilita a los soldados prótesis y aparatos terapéuticos y se les reconoció el pago de un salario.</p>	
<p><b>Siglo XVIII</b> <b>La revolución industrial</b></p>	<p>Se permitió que las personas discapacitadas fueran vistas como responsabilidad publica</p>
<p><b>Siglo XIX</b></p>	<p>Se inició con el estudio de las causas de la discapacidad.</p> <p>La sociedad adquiere más claramente conciencia sobre el problema social que presentaban estas personas</p>
<p><b>Siglo XX</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para este siglo este criterio cambia de forma positiva gracias a estos factores:</li> <li>• Avances en la medicina donde se puede citar tres tipos de discapacidad: congénita. Genética ,adquirida</li> <li>• Mejor educación de la comunidad frente a las personas con discapacidad</li> <li>• El avance de la ciencia Surge la fisioterapia como especialidad medica</li> </ul>
<p><b>Edad contemporánea desde 1789 hasta nuestros días</b></p>	
<p>Surge lo que se entiende como rehabilitación profesional a partir de 1914 cuando los países europeos y más tarde los estados unidos vieron regresar del frente a numerosos jóvenes integrantes de sus ejércitos con secuelas físicas y mentales adquiridas en los enfrentamientos.</p>	





## 2.2. ANTECEDENTES HISTORICOS

### ANTECEDENTES MUNDIALES

Se realizaron estudios científicos el cual se indica que mucho más antes de los registros de guerras ya existía la asociación de fisioterapia y sociedad de fisioterapeutas médicos pero el primer centro de rehabilitación FUE EL CENTRO DE REHABILITACIÓN MILITAR creado en la última fase de la segunda guerra mundial con la intención de atender a los heridos de la guerra.

### ANTECEDENTES DE AMERICA LATINA

En 1954 un grupo de la sociedad carioca se empeñó a crear el primer centro de rehabilitación destinado a la atención de menores y adultos portadores de deficiencia física con el objeto de implantar y desarrollar la rehabilitación en su práctica de una forma integrada dentro de un moderno concepto definido por la organización mundial de la salud.

### ANTECEDENTES DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Las personas con discapacidad fueron integradas a actividades de agricultura artesanías y otras que podían desarrollar en la década de los 70 el presidente Hugo Banzer Suarez amplia la ley incorporando contenidos de la educación en el año 2012 el presidente evo morales promulga la ley para las personas con discapacidad. existen centros de rehabilitación que se caracterizan por atender a niños y adultos con discapacidad además de pacientes que requieren el servicio de rehabilitación según una disposición medica

### ANTECEDENTES DEL DEPARTAMENTO DE TARIJA

En el departamento se cuenta con una institución sin fines de lucro que se dedica a las personas con discapacidad niños y adultos están son :ANET(asociación de niños





excepcionales , CERFI (centro de educación y rehabilitación física)

### 2.3. CONCLUSIONES

La salud avanza paulatinamente integrando a las personas sin distinción alguna lo cual se implica la transformación intelectual en todas las áreas de la sociedad. Se establece normas y leyes conforme a la integración de salud que existe conformando un desarrollo para todos integrando a las personas con discapacidad en niños, jóvenes y adultos.





### **3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **3.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA**

En este capítulo se presenta las directrices teóricas que guían el estudio describiendo claramente el panorama global de teorías que aborda el tema y las principales evidencias teóricas – empíricas existentes en la literatura nacional e internacional. Para podernos adentrar en la realidad que viven las personas con capacidades diferentes, es necesario que tengamos muy claros los conceptos que existen y la diferencia que hay entre ellos, pudiendo así tomar conciencia de las necesidades que tiene cada uno de estos grupos.

#### **3.2. DISCAPACIDAD**

Es un término genérico que incluye déficits, limitación en la actividad y restricción en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales).

#### **3.3. TIPOS DE DISCAPACIDAD**

##### **3.3.1. DISCAPACIDAD FÍSICA – MOTRIZ**

En este grupo se ubican las personas que presentan alteración en las funciones neuromusculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso y relacionadas con el movimiento, viéndose limitada la capacidad de ejecución de actividades que implican movilidad.

##### **3.3.2. DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL**

Alteración en las funciones sensoriales visuales y/o estructuras del ojo o del sistema nervioso, que limitan al individuo en la ejecución de actividades que implican el uso exclusivo de la visión.

##### **3.3.3. DISCAPACIDAD SENSORIAL AUDITIVA**

En este grupo se ubican las personas que presentan alteración en las funciones sensoriales auditivas y/o estructuras del oído o del sistema nervioso y que tienen





limitaciones principalmente en la ejecución de actividades de comunicación en forma sonora.

### 3.3.4. DISCAPACIDAD COGNITIVA

En este grupo se ubican las personas que presentan alteración en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, encontrándose limitaciones principalmente en la ejecución de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento.

### 3.3.5. DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

En este grupo se ubican las personas que presentan alteraciones en dos o más funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limiten en la ejecución de diversas actividades.

## 3.4. ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA

La discapacidad física se origina por una deficiencia física es decir, la pérdida o anomalía en la estructura anatómica de los sistemas osteo-articular (huesos y articulaciones), nervios o muscular.

Las causas del daño cerebral que interfiere con la motricidad se clasifican de acuerdo con la etapa en que se presentan:

- **Prenatales o antes del nacimiento:** Incluyen malformaciones con las que nacen los bebés (por convulsiones maternas). Ocurren cuando la sangre de la madre es diferente a la del bebé; también por la exposición a la radiación o a sustancias tóxicas, restricción del crecimiento en la etapa de formación del bebé; infección y presión alta durante el embarazo o embarazo múltiple (gemelos, trillizos, etc.).
- **Perinatales o durante el nacimiento:** Nacimiento prematuro antes de las 32 semanas de embarazo), falta de oxígeno (asfixia o hipoxia neonatal), mala posición del bebé, infecciones en el sistema nervioso central o hemorragia cerebral.





- **Posnatales:** Se debe principalmente por golpes en la cabeza, convulsiones, toxinas e infecciones virales o bacterianas que afectan el sistema nervioso central.

### 3.5. CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD FISICA

Las deficiencias que originan cualquier discapacidad física pueden ser:

- **Genéticas:** Se pueden transmitir de padres a hijos.
- **Congénitas:** se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen solo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación.
- **Adquiridas:** ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento.
- **Temporales:** se trata de deficiencias adquiridas a consecuencia de algún accidente que provoca una inmovilidad limitada y cuyo pronóstico de recuperación es predecible, considerando aspectos la inmovilidad, terapia física, etc.
- **Permanentes:** aquellas cuyo diagnóstico no contempla mejoría independiente del tratamiento.

### 3.6. CLASIFICACION DE LAS DISCAPACIDADES FISICAS

#### 3.6.1. MOTRICES

##### A) Sin afectación cerebral

- **Secuelas de la poliomielitis**

Enfermedad infecciosa producida por un virus que ataca la medula espinal. Viral. Puede producir parálisis motora sin trastorno de las sensaciones y de las funciones vegetativas.

- **Lesión medular**

Daño presentado en la medula espinal ocasionado por una enfermedad o por un accidente y origina perdida de algunas de las funciones movimientos y/o sensibilidad, estas pérdidas se presentan por debajo del lugar donde ocurrió la lesión.





- ❖ Paraplejía: Es una lesión completa en el área dorsal produce parálisis completa en las piernas pero no afecta los brazos.
- ❖ Tetraplejía: Una lesión completa entre la vértebra cervical 4 y cervical 7 produce debilidad en los brazos y parálisis completas en las piernas.
- **Espina bífida**

Anomalía congénita cuyo común denominador es un defecto en el desarrollo de la columna vertebral, manifestado por una falta de fusión entre los arcos vertebrales. Influencias conocidas durante la vida del embrión cuando se está formando la columna, la medula y sus cubiertas. \_Dificultad o incapacidad para la marcha; deformación esqueléticas de columna, articulaciones y pies: predisposición a úlceras por decúbito; problemas de control intestinal y urinario.

- **Miopatías**

Grupo de enfermedades caracterizadas por el debilitamiento y generación progresiva de los músculos voluntarios.

Los músculos van perdiendo progresivamente efectividad en su fuerza contráctil y esto es lo que da lugar a los síntomas que presenta el enfermo ( niños bebés-retraso en el desarrollo psicomotor).

- **Anomalía congénita**

Una enfermedad Congénita es aquella que se manifiesta desde el nacimiento, ya sea producida por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de un defecto hereditario. Las exposiciones a productos químicos en el medio ambiente pueden perjudicar la función reproductiva humana. La amplia progresión de resultados reproductivos adversos incluye una reducción en la fertilidad, abortos espontáneos, bajo peso al nacer, malformaciones y deficiencias del desarrollo.





- **Distrofia muscular de duchenne**

Enfermedad genética que evita que los músculos se desarrollen correctamente en las etapas de la niñez y puede provocar invalidez.

- **Malformación congénita**

Son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser, alternaciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencia en la captación de nutrientes, o buen consumo de sustancias nocivas.

- **Luxación congénita de la cadera**

Defecto Congénito ortopédico en el que la cabeza del fémur no se articula con el acetábulo como consecuencia de la disminución de la profundidad acetabularia.

- **Displasia de la cadera**

La displasia de la cadera es una enfermedad ósea congénita, hereditaria y degenerativa; producida por una malformación de la articulación coxofemoral (unión del acetábulo de la cadera y la cabeza femoral); que puede producir dolor e incluso cojera en el que la padece.

- **Pie zambo**

Es todo pie que no reposa en el suelo sobre sus apoyos normales; si bien cuando hablamos de pie zambo, generalmente nos estamos refiriendo al que es Equinovaro-Adducto y Supinado.

- **Mielo meningocele**

Es una malformación Congénita del tubo neural, que se caracteriza porque uno o varios arcos vertebrales posteriores no han fusionado correctamente durante la gestación y la médula espinal queda sin protección ósea.

- **Traumatismos**





El traumatismo es una situación con daño físico al cuerpo. En la medicina por ejemplo se identifica por lo general como paciente traumatizado a alguien que ha sufrido heridas serias que ponen en riesgo su vida y que pueden resultar en complicaciones secundarias tales como shock, paro respiratorio y muerte.

- **Espasticidad**

Un trastorno motor de los sistemas nerviosos en la que algunos músculos se mantiene permanentemente contraídos. Dicha contracción provoca la rigidez y acortamiento de los músculos e interfiere sus distintos movimientos y funciones de ambulación, manipulación equilibrio, habla, deglución, etc.

- **Atetosis**

Es un síntoma que se da en un 25% de los casos de parálisis cerebral. Son lesiones en el sistema extra piramidal que se manifiesta en movimientos lentos, involuntarios, incontrolados. Los atetósicos presentan trastornos del lenguaje, pero son buenos formadores de conceptos y su inteligencia no se ve afectada.

- **Ataxia**

Es un síntoma o enfermedad que se caracteriza por provocar la descoordinación en el movimiento de las partes del cuerpo. Esta desordenación puede afectar a dedos y manos, a los brazos y piernas, al cuerpo, al habla, a los movimientos oculares, al mecanismo de deglución, etc.

- **Escoliosis**

Es una desviación de la columna vertebral, que resulta curvada en forma de “s” o de “c”. Generalmente se clasifica en congénita (causada por anomalías vertebrales presentes al nacer), idiopática (de causa desconocida, sub- clasificada a su vez como infantil, juvenil) o neuromuscular (habiéndose desarrollado como síntoma secundario de otra enfermedad, parálisis cerebral, atrofia muscular espinal o trauma físico).





- **Parálisis braquial obstétrica**

Es una lesión en el conjunto complejo de nervios que controlan los músculos de los dedos, mano, brazo y hombro en el momento del nacimiento.

- **Encefalopatía**

El término de enteropatía significa desorden o enfermedad del encéfalo. En el uso moderno enteropatía refiere a un síndrome de disfunción cerebral, el cual puede ser causado por múltiples etiologías.

- **Alteración neurológica**

Son trastornos del cerebro la médula espinal y todos los nervios de todo el cuerpo.

- **Poliomielitis**

Es una enfermedad contagiosa, también llamada parálisis infantil, que afecta principalmente el sistema nervioso. Se llama infantil porque las personas que contraen la enfermedad son especialmente niños entre 5-10 años. Se transmite de persona a persona a través de secreciones respiratorias o por la ruta fecal oral.

- **Meningitis**

Inflamación de las capas meninges que recubren el cerebro y la médula espinal.

**B) Con afectación cerebral**

- **Parálisis cerebral**

Trastorno de la postura y del movimiento debido a una lesión no degenerativa del encéfalo, antes de que su crecimiento y su desarrollo se completen. Resulta de problemas antes o en el momento o después del nacimiento. Puede afectar miembros inferiores y/o superiores.

- **Accidente cerebro-vascular**

Es la pérdida de las funciones cerebrales producto de interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada.





### **3.6.2. POR ENFERMEDAD**

- **Asma infantil**

El asma es un padecimiento bronquial crónico que inicia generalmente en la infancia. El asma es una enfermedad crónica inflamatoria de las vías respiratorias, que se caracteriza por obstrucción reversible o parcialmente reversible de estas, además de hiper respuesta a diferentes estímulos y se caracteriza clínicamente por: tos, disnea, y sibilancias (sonido).

- **Epilepsia**

Es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suelen dejar consecuencias neurológicas, cognitivas psicológicas y sociales.

- **Dolor crónico**

Se considera un dolor crónico al que dura más de 6 meses y que no responde a las terapias habituales para su control, como las cirugías, los medicamentos, el reposo, la fisioterapia u otros medios y por lo mismo los médicos consideran que ya no es un síntoma, sino una enfermedad en sí.

- **Enfermedad renal**

Es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente. La insuficiencia renal es la paralización de la función que llevan a cabo los riñones y que suele seguir a distintos tipos de lesiones renales. Una causa de insuficiencia renal serían los agentes tóxicos, es decir todas esas sustancias que hacen que el riñón se intoxique. Otra causa puede ser una enfermedad infecciosa que se derive a los riñones. También podemos decir que una falta grave de líquidos perjudica a la función de los riñones ya que estos son esenciales. Y por último un shock traumático por una herida grave también es otra causa que puede hacer que los riñones dejen de funcionar con normalidad

### **3.6.3. MIXTAS**





- **Plurideficiencias**

Limitación en diferentes áreas del desarrollo, especialmente en los aspectos relativos a la motricidad, cognición, sensorial y la comunicación. Se trata, por tanto, de alumnos y alumnas con un desarrollo global gravemente afectado lo cual repercuten solo en la posibilidad de desplazarse, manipular y comunicarse sino también en comprender los fenómenos que se producen en su entorno más cercano. Partimos del niño o niña plurideficiente como un todo valorando su idiosincrasia, no como la suma de las distintas deficiencias. Nos centramos en cada persona en concreto con sus capacidades, dificultades y valorando sus potencialidades.

- **Secuelas por hospitalización**

Es una disminución de capacidad o función que queda luego de una lesión ocasionada en un hospital.

### **3.7. INDICE PARA MEDIR LA DISCAPACIDAD FISICA**

#### **Índice de Barthel**

El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD (actividades de la vida diaria) incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El





rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente)

### **Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.**

<b>Comer</b>
0 = incapaz
5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
<b>Trasladarse entre la silla y la cama</b>
0 = incapaz, no se mantiene sentado
5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
15 = independiente
<b>Aseo personal</b>
0 = necesita ayuda con el aseo personal.
5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
<b>Uso del retrete</b>
0 = dependiente
5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.
10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
<b>Bañarse/Ducharse</b>
0 = dependiente.
5 = independiente para bañarse o ducharse.
<b>Desplazarse</b>
0 = inmóvil
5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.
10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).
15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
<b>Subir y bajar escaleras</b>
0 = incapaz
5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.





10 = independiente para subir y bajar.
<b>Vestirse y desvestirse</b>
0 = dependiente
5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.
10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
<b>Control de heces:</b>
0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)
5 = accidente excepcional (uno/semana)
10 = continente
<b>Control de orina</b>
0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.
5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
10 = continente, durante al menos 7 días.
Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

La interpretación sugerida por Shahet al sobre la puntuación del IB es:

0-20:	Dependencia	total
21-60:	Dependencia	severa
61-90:	Dependencia	moderada
91-99:	Dependencia	escasa
100:	Independencia	

Este índice ha sido aplicado tanto por profesionales sanitarios como por entrevistadores no sanitarios entrenados. Se requiere una sesión única de aproximadamente una hora para aprender a puntuar el IB.

### 3.8. DEFINICIONES

Existen niveles de atención reconocidos por el Programa de acción Mundial para la atención para personas con discapacidades.

#### 3.8.1. CENTRO





Institución o lugar donde se reúnen, acuden o concentran personas por motivo y/o con alguna finalidad social

### **3.8.2. REHABILITACIÓN**

Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida.

Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional por ejemplo (ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

Los objetivos de la medicina de la rehabilitación son de dos tipos primarios y secundarios.

- Primarios: Combatir la incapacidad.
- Secundarios: Desarrollar o mantener la máxima movilidad posible.

Retrasar el deterioro.

Evitar las complicaciones e incapacidades.

Preservar dignidad de las personas.

### **3.8.3. REHABILITACION INTEGRAL**

La rehabilitación integral es un proceso terapéutico, educativo y social, que busca el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona en condición de discapacidad al medio familiar, social y ocupacional. Está articulada en el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales.

#### **3.8.3.1. FISIOTERAPIA**

Es la ciencia que se basa en el conocimiento del cuerpo humano sano, de su anatomía, su fisiología y su biomecánica así también conociendo los niveles máximos de funcionalidad, potencialidad y autonomía es capaz de ayudar al paciente a mantenerlos o a recuperar los arcos de movilidad, fuerza y equilibrio; mediante métodos naturales (como el agua, el aire y la luz) o medios mecánicos (gimnasia,





masaje etc.), por lo tanto la terapia física puede llegar a reducir el dolor aumentar la movilidad y evitar mayor discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la fisioterapia como: "la ciencia del tratamiento a través de: medios físicos, ejercicio terapéutico, maso terapia y electroterapia.

Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución"

### **3.8.3.2. HIDROTERAPIA**

La hidroterapia es el "Método curativo por medio del agua" el cual consiste en el tratamiento del cuerpo o de algunas partes en forma de baños .El agua puede relajar, estimular, anestesiar y aumentar la presión sanguínea consiguiendo de esta manera la recuperación del organismo del paciente a tratar. Es por ello que ha sido útil en el tratamiento de diversos problemas del aparato locomotor como lesiones óseas, fracturas, esguinces, lesiones musculares, lesiones articulares, enfermedades reumáticas y lumbalgias.

### **3.8.3.3. EDUCACIÓN ESPECIAL**

Es aquella que está dirigida aquellas personas afectadas por una deficiencia (sordera, psicomotrices, emocionales o cognitivas) los cuales no pueden adaptarse a la enseñanza regular quedando fuera de ella, por tanto precisan de una especial educación. Esta se imparte con el objetivo de integrar posteriormente al alumno a la educación "normal" para que de esta forma evitar su aislamiento y diferenciación.

### **3.8.3.4. TERAPIA OCUPACIONAL**

Es la disciplina que se encarga de analizar las ocupaciones del hombre para tratar su salud, este tipo de terapia aborda el déficit en los componentes motores, cognitivos, sensorceptivos y psicosociales que afectan al individuo en su desempeño.





Este tipo de terapia se practica en un espacio el cual se asemeja a una casa de habitación real, con el objeto de propiciar la mayor independencia posible en actividades de la vida diaria de forma normalizada, saludable y acorde a su edad, sexo y contexto. Por lo consiguiente ayuda a que el individuo pueda posteriormente pueda tener una ocupación.

### 3.9 CONCLUSIONES

La Discapacidad física como hasta ahora hemos visto afecta las posibilidades de movimiento y desplazamiento por lo que la accesibilidad y habilitación de medios representan las principales necesidades a las que se enfrentan las personas que se ven afectadas por esta discapacidad. Es por esta situación que la familia, las instituciones educativas y las instancias gubernamentales tienen la responsabilidad de condicionar los espacios, vías de tránsito, mobiliario y apoyos específicos para el adecuado uso y acceso de los bienes y servicios que le permitan satisfacer sus necesidades básicas, educativas, sociales y emocionales. También necesitan distintos apoyos y recursos que faciliten su autonomía y favorezcan su comunicación, participación y logro educativo.





## **4. MARCO NORMATIVO**

### **4.1. LEYES GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**

El 13 de diciembre de 2006 acordaron formalmente la convención de los derechos de las personas con discapacidad, el primer tratado de derechos humanos del siglo xxi para proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de 650 millones de personas estimada a nivel mundial en 2010 más del 70% de países han ratificado el tratado incluyendo nuestro país. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

### **4.2. LEYES Y DECRETOS NACIONALES DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

#### **4.2.1. Nueva constitución política del estado**

El Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, toda persona tiene derecho a recibir educación en todos los niveles de manera universal, productiva, gratuita, integral e intercultural, sin discriminación. Las persona con discapacidad goza de los siguientes derechos: A ser protegido por su familia y por el Estado, a una educación y salud integral gratuita, a la comunicación en lenguaje alternativo, a trabajar en condiciones adecuadas, de acuerdo a sus posibilidades y capacidades, con una remuneración justa que le asegure una vida digna, al desarrollo de sus potencialidades individuales. Se promoverá y garantizará la educación permanente de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, o con talentos extraordinarios en el





aprendizaje, bajo la misma estructura, principios y valores del sistema educativo, y establecerá una organización y desarrollo curricular especial. (Art. 17, Art. 70, Art 71, I, Art. 72, Art. 85CPE)

#### 4.2.2. Ley General para Personas con Discapacidad N° 223

El Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso de las personas con discapacidad a los servicios integrales de promoción, prevención, atención, rehabilitación y habilitación, con carácter gratuito, de calidad y con calidez, en la red de Servicios Públicos y en los tres niveles de atención.

Garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio pleno de sus derechos y deberes, bajo un sistema de protección integral, en igualdad de condiciones, equiparación de oportunidades y trato preferente. (Art. 12)

#### 4.2.3. Ley general de 2 de marzo de 2012

Todas las personas con discapacidad participan plena y efectivamente en la sociedad en igualdad de oportunidades, en los ámbitos: económico, político, cultural, social, educativo, deportivo y recreacional.

**Accesibilidad.** Por el que los servicios que goza la sociedad puedan también acomodarse para ser accedidos por las personas con discapacidad, sin restricción alguna, sean arquitectónicas, físicas, sociales, económicas, culturales, comunicacionales.

**Equidad de Género.** Por el que se equiparan las diferencias en razón de género existentes entre hombres y mujeres con discapacidad, reconociendo la orientación sexual e identidad de género, en el marco del ejercicio de los derechos reconocidos.

**Igualdad de Oportunidades.** Las personas con discapacidad tienen las mismas posibilidades de acceso al ejercicio de los derechos económicos, sociales, políticos, religiosos, culturales, deportivos, recreacionales y al medio ambiente, sin discriminación alguna El Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso y permanencia de estudiantes con discapacidad en el Sistema Educativo Plurinacional, en el marco de la educación inclusiva e integral. (Art. 4, Art. 10)





#### **4.2.4. Ley No. 2344 Eliminación de Todas las formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, (26 de abril de 2002)**

Los Estados parte se comprometen a adoptar medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral, para eliminar la discriminación contra las PCD y propiciar su plena participación en la sociedad.

#### **4.2.5. Ley N° 045 contra el racismo y toda forma de discriminación**

Promover la implementación de procesos de formación y educación en derechos humanos y en valores, tanto en los programas de educación formal, como no formal, apropiados a todos los niveles del proceso educativo, basados en los principios señalados en la presente Ley, para modificar actitudes y comportamientos fundados en el racismo y la discriminación; promover el respeto a la diversidad; y contrarrestar el sexismo, prejuicios, estereotipos y toda práctica de racismo y/o discriminación.

#### **4.2.6. Ley 1551 de la participación popular**

Dotar el equipamiento, mobiliario, material didáctico, insumos, suministros, incluyendo medicamentos y alimentos en los servicios de salud, administrando y supervisando su uso, para un adecuado funcionamiento de la infraestructura, y de los servicios de salud, saneamiento básico, educación, cultura y deporte.

#### **4.2.7. Ley n° 548 de 17 de julio de 2014**

El código niño, niña, adolescente establece y regula el régimen de prevención protección y atención integral que el estado y la sociedad deben garantizar a todo niño niña o adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico ,mental , moral, espiritual ,emocional y social en condiciones de libertad respecto dignidad equidad y justicia .Las niñas, niños y adolescentes en situación de discapacidad física, cognitiva, psíquica o sensorial, además de los derechos reconocidos con carácter universal, gozan de los derechos y garantías consagrados acceder a una educación inclusiva con oportunidad, pertinencia e integralidad, de acuerdo con sus necesidades, expectativas e intereses, preferentemente al sistema educativo regular o a centros de educación especial; y ser parte de un programa de detección y prevención temprana. (Art. 29, I, II)





#### **4.2.8. Ley N°. 1333 ley del medio ambiente**

El Ministerio de Educación y Cultura incorporará la temática ambiental con enfoque interdisciplinario y carácter obligatorio en los planes y programas en todos los grados niveles ciclos y modalidades de enseñanza del sistema educativo, así como de los Institutos Técnicos de formación, capacitación, y actualización docente, de acuerdo con la diversidad cultural y las necesidades de conservación del país.

### **4.3. LEYES DEL DEPARTAMENTO DE TARIJA Y DEL MUNICIPIO DE CERCADO:**

#### **4.3.1. Ley del dialogo nacional 2000 (fondo solidario municipal para la educación escolar y salud públicas)**

El 20% de los recursos de la Cuenta especial Diálogo 2000 se destinará al mejoramiento de la calidad de los servicios de educación escolar pública, según la realidad, priorización y decisión de cada Municipio, dentro del Plan de Desarrollo Municipal y el programa de Operaciones Anual, a través de la inversión en las siguientes áreas: Equipamiento escolar, que incluye equipos y sistemas de informática; Adquisición de materiales; Mantenimiento de infraestructura escolar, y, Dotación de incentivos a programas que eviten la deserción escolar primaria, sujetos a reglamentación mediante Decreto Supremo lo cual también implica la ampliación, refacción y construcción de infraestructura escolar, infraestructura de salud y sistemas de alcantarillado y saneamiento básico; Programas de educación Alternativa; Alimentación complementaria pre-escolar y escolar y programas de atención a la niñez . (Art. 10, Art. 13)

#### **4.3.2. Ley N° 2028 - ley de municipalidades**

Supervisar, de acuerdo con el Reglamento, el desempeño de las autoridades, personal docente, médico, paramédico y administrativo de los sectores de salud y educación. Construir, equipar y mantener la infraestructura en los sectores de educación. Dotar el uso del equipamiento, mobiliario, material didáctico, medicamentos, alimentos y otros insumos que usan los servicios de educación.





### 4.3.3. Plan de desarrollo municipal. Pdm

Implementación de programas y proyectos orientados a mejorar las condiciones de la educación, salud a través de la dotación y/o mejoramiento de infraestructura escolar, equipamiento moderno, y uso de tecnología de la comunicación, que permita una educación acorde con el avance y niveles de los procesos educativos a nivel mundial.

## 4.4. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta el contexto y la situación en que se encuentran estas personas. Es responsabilidad de las Autoridades Gubernamentales que establezcan políticas de acción que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas. El mejor camino para avanzar este desafío es abordado desde la perspectiva del ciclo de vida, enfatizando el potencial preventivo, de las intervenciones y del trabajo coordinado entre instituciones y organizaciones de personas con discapacidad. La prevención para evitar el aumento de personas con discapacidad es una política ausente en las comunidades, en el departamento en sí y claro está en las acciones de las autoridades en general.



## 5. ANÁLISIS DE MODELOS REALES

### 5.1. EQUIPAMIENTO INTERNACIONAL

#### 5.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

**Nombre:** Centro de Rehabilitación Infantil Teletón

**Arquitecto:** Arq. Javier Sordo Madaleno.

**Ubicación:** Tamaulipas, México

**Área:** 5.272m<sup>2</sup>

**Año de Realización:** 2009

Es una Fundación que respeta y salvaguarda la dignidad de la persona y busca servir a los menores con discapacidad ofreciéndoles una rehabilitación integral que promueva su pleno desarrollo e integración a la sociedad



#### 5.1.2. ENTORNO

Ubicada en una zona residencial, entre dos vías.



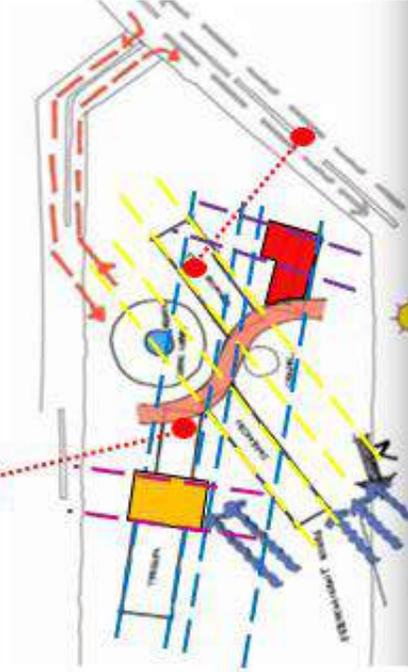
Vía de 1er orden  
Vía de 2do orden  
Vivienda  
Área Verde

Posee una escala adecuada la cual no rompe con la composición general de la zona.



#### 5.1.3. PLANTA

Es de forma alargada y conjunta la cual responde a su entorno

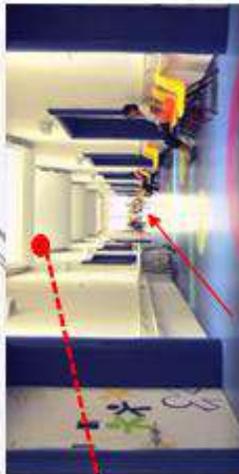
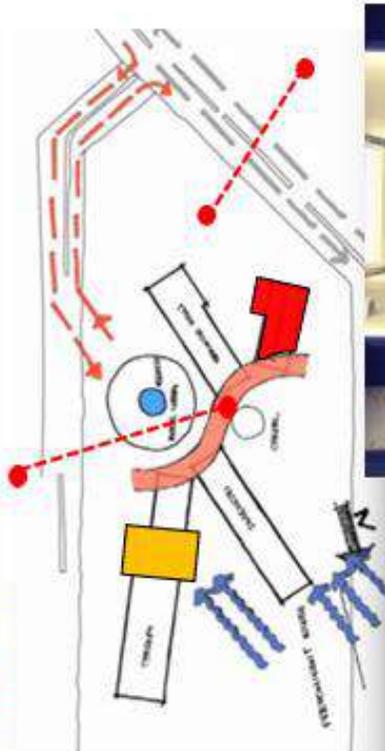


La orientación y distribución de ambientes responde a la composición urbana del entorno



**5.1.4. ESPACIO**

Su organización espacial, generara una sensación de movimiento, de crecimiento, de dirección y de ubicación, puntos importantes para un centro de rehabilitación.



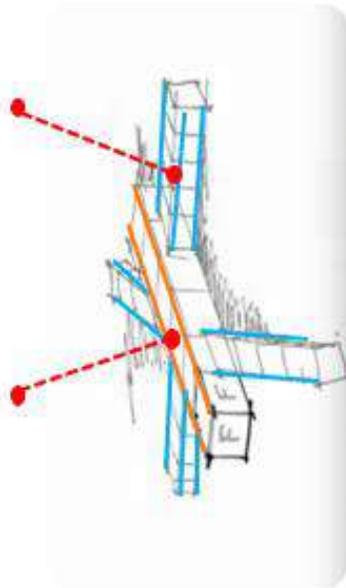
Sensación de continuidad y movimiento gracias a la presencia de la luz natural al borde.



Existe una clara dirección visual

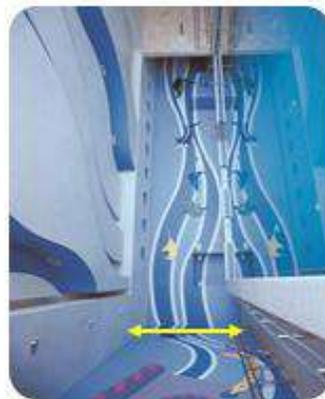
**5.1.5. VOLUMEN**

Volumen en rectangular con diversas posiciones insertadas



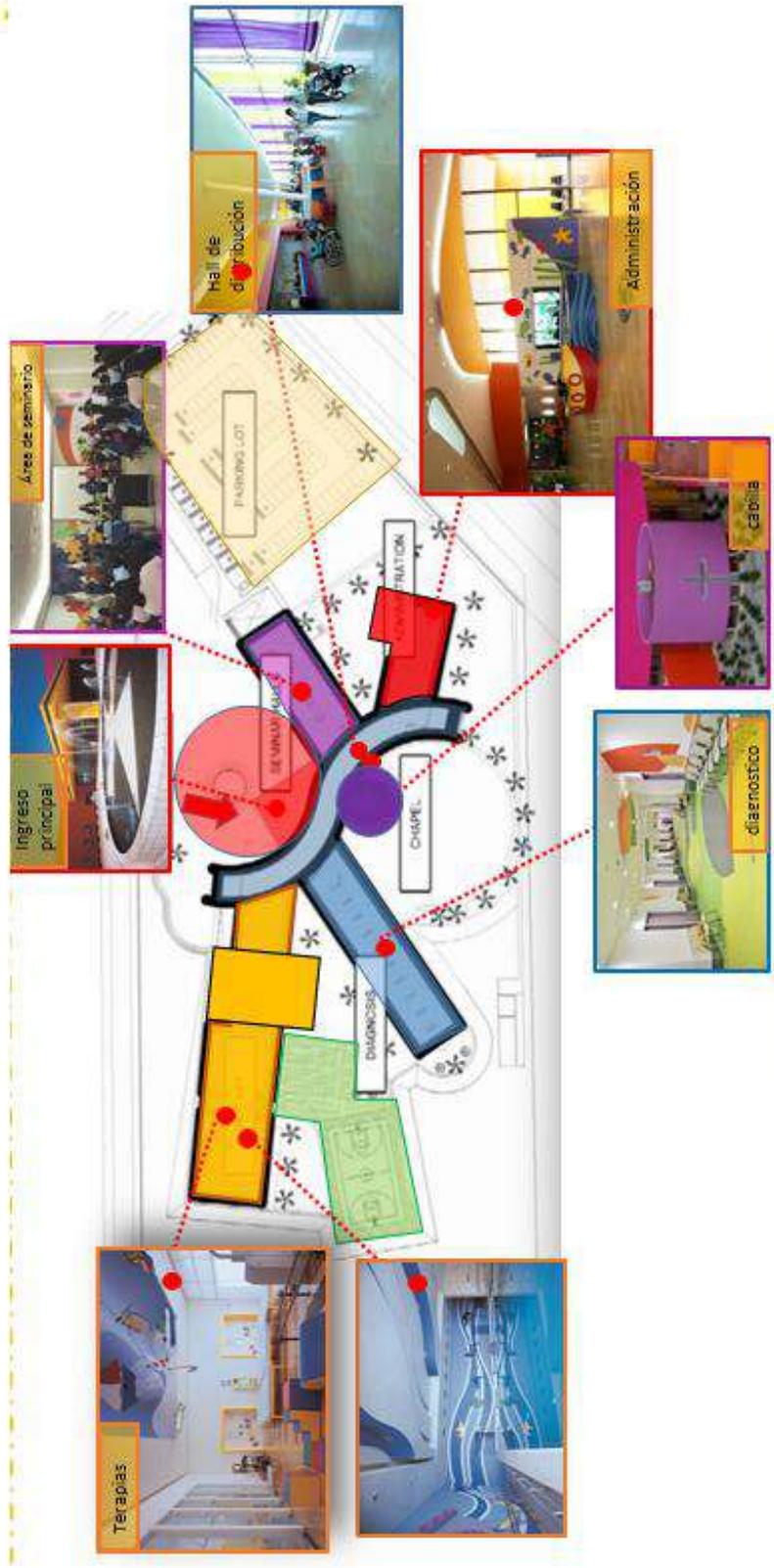
**5.1.6. PROPORCIÓN**

Algunos ambientes internos guardan la misma escala humana



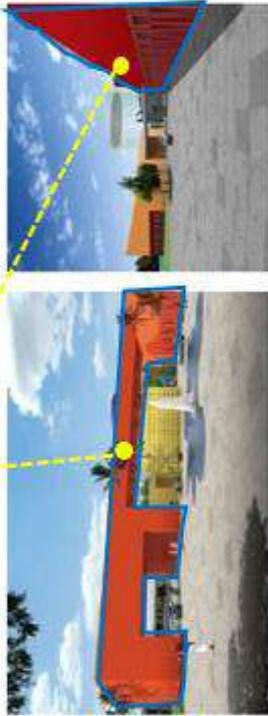
### 5.1.7. DISTRIBUCIÓN DE AMBIENTES

Es un complejo arquitectónico que se compone de 6 edificios, mismos que convergen en una galería curva en un juego armónico de volúmenes. Cuenta con 4 áreas interiores principales distribuidas en: Diagnóstico, Tratamiento, Administración y Servicios; mientras que las áreas verdes exteriores juegan un papel importantísimo también, ya que el contacto de los niños con la naturaleza representa la vida, hace del ambiente un lugar más fresco y alegre, además de que ahí se desarrollan actividades al aire libre, consideradas un complemento o una parte integral de la terapia física.



**5.1.8. SUPERFICIE**

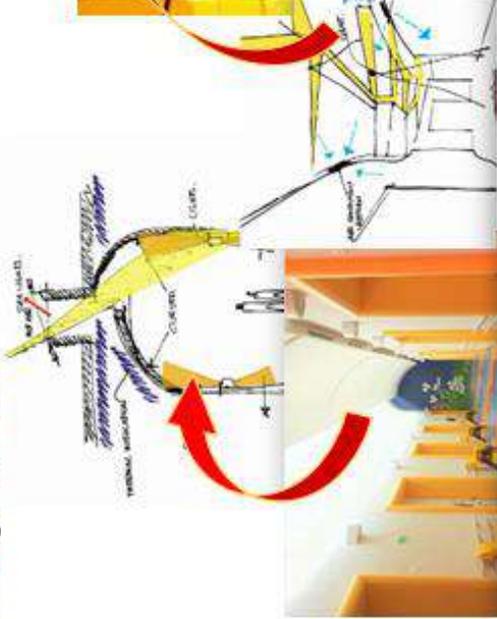
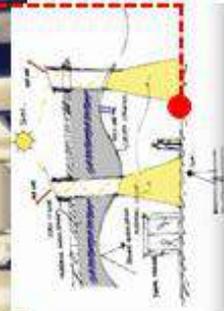
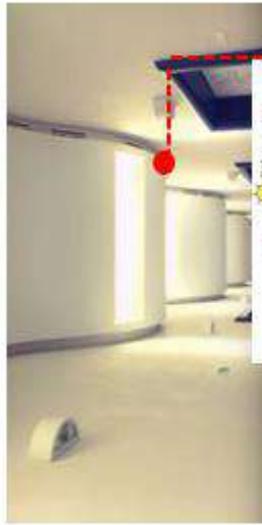
La superficie llena en casi todas sus partes genera la sensación de perspectiva y esta una sensación de continuidad el material utilizado fue concreto y cemento.



Existe CONTRASTE DE LLENOS Y VACÍOS, gracias al uso de aberturas.

**5.1.9. APORTE MEDIO AMBIENTAL**

La utilización de ventilación natural en casi todo el centro utilizando aberturas en las cubiertas con la integración de la luz natural con la utilización de la Claraboya de plástico (ayuda a la conexión de espacios, como de ingreso de luz natural).



Un respaldo muy importante en este sentido es el complemento que significa la luz, que amplía los espacios y brinda seguridad a quienes circulan por el edificio.

**5.2. EQUIPAMIENTO NACIONAL**  
**5.2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

**Nombre:** Centro Integral de Rehabilitación Infantil (CIRI)  
**Arquitecto:** Arq. Wálter Álvarez.  
**Ubicación:** Miraflores, La Paz  
**Área:** 3.391m<sup>2</sup>  
**Año de Realización:** 2015



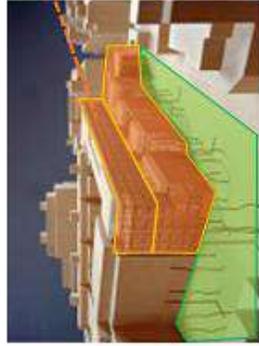
Este centro médico, único en su género, es ya considerado de referencia nacional por la cantidad de profesionales y equipos sofisticados que tiene en rehabilitación.

**5.2.2. ENTORNO**

Ubicado en frente de una plaza, en una zona urbana ya consolidada, en medio de una zona residencial de



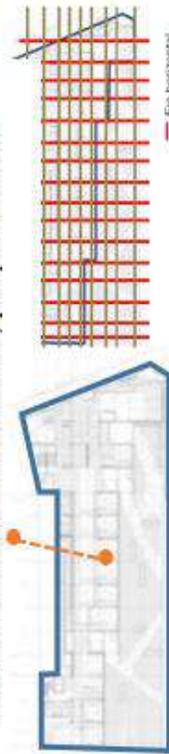
Cuerpo horizontal de 2 niveles, volumen integrador relacionado al área verde



Debido al contraste de alturas de los edificios continuos, el proyecto se integrara al entorno adquiriendo una doble escala en un mismo edificio.

**5.2.3. PLANTA**

Planta de FORMA ALARGADA E IRREGULAR, que responde a su entorno.



**5.2.4. PROPORCIÓN**

Todos los ambientes internos guardan la misma escala humana.

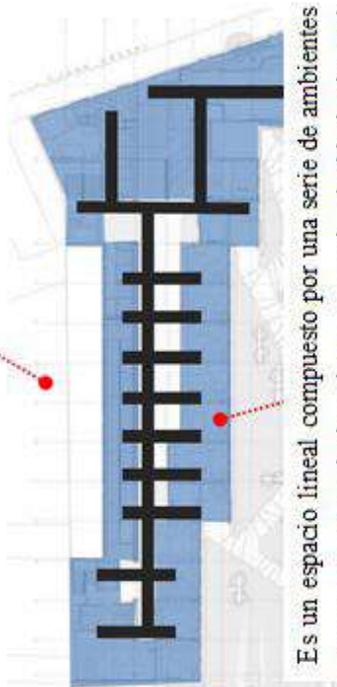




### 5.2.5 ESPACIO

Su organización espacial, generara una sensación de movimiento, de crecimiento, de dirección y de ubicación, puntos importantes para un centro de rehabilitación.

Todos los ejes forman una geometría rectangular que define los espacios interiores



Es un espacio lineal compuesto por una serie de ambientes que van a estar relacionados por una circulación horizontal en común: «RAMPA».

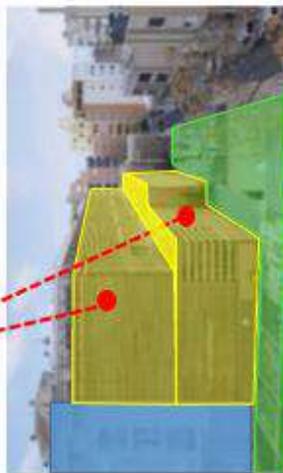


Sensación de continuidad y movimiento gracias a la presencia de la luz artificial al borde.



### 5.2.6 VOLUMEN

DOS PRISMAS, que responden a la relación con los edificios vecinos.



### 5.2.7. MATERIALES

Losa de H<sup>o</sup>A<sup>o</sup>.



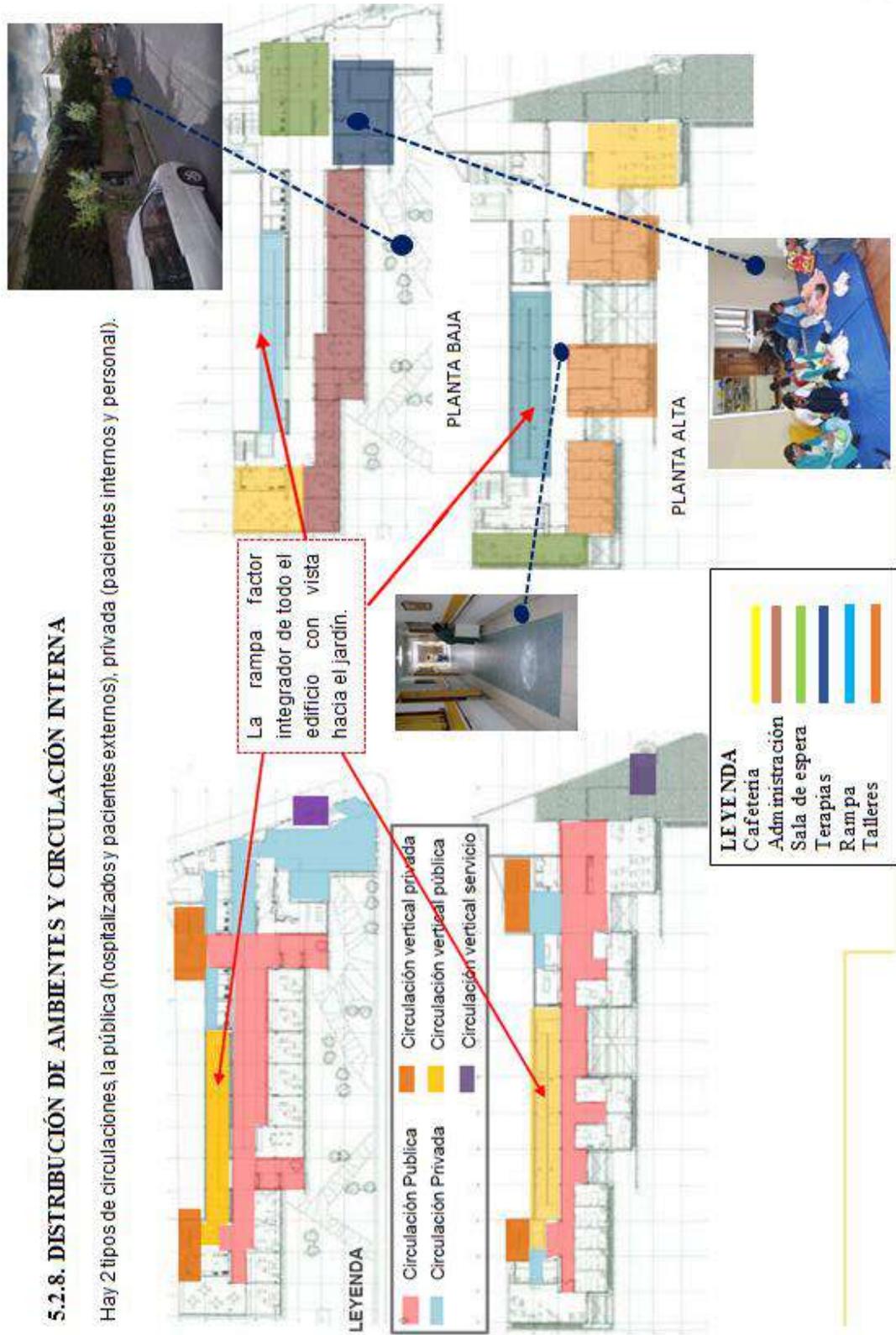
Uso de Vidrio

Muros de hormigón armado



### 5.2.8. DISTRIBUCIÓN DE AMBIENTES Y CIRCULACIÓN INTERNA

Hay 2 tipos de circulaciones, la pública (hospitalizados y pacientes externos), privada (pacientes internos y personal).





**5.3. EQUIPAMIENTO LOCAL**  
**5.3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

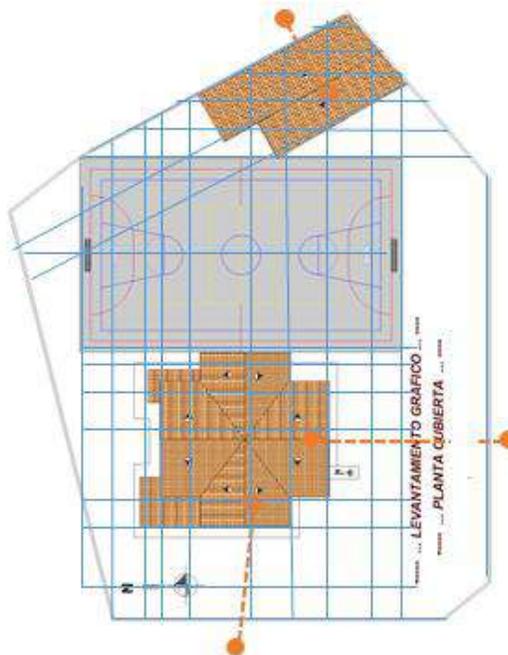
**Nombre:** Centro de Educación y Rehabilitación Física – CERFI  
**Fundador:** Padre Miguel Donahue  
**Ubicación:** Bartolomé Attard, Tarija.  
**Área:** 1.824-m<sup>2</sup>  
**Año de Realización:** 1.992



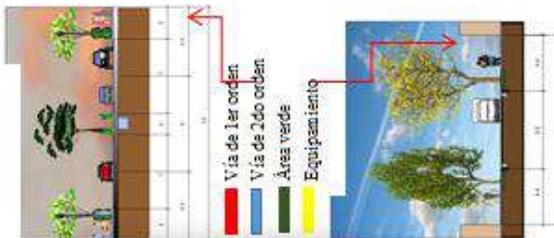
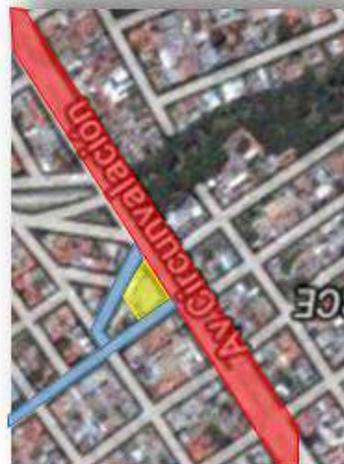
Objetivo central "Brindar una atención integral en procesos de Rehabilitación y Educación a personas con Discapacidad Física promoviendo su integración e inclusión familiar, educativa y social".

**5.3.3. PLANTA**

Planta de forma irregular tiene relación con su entorno



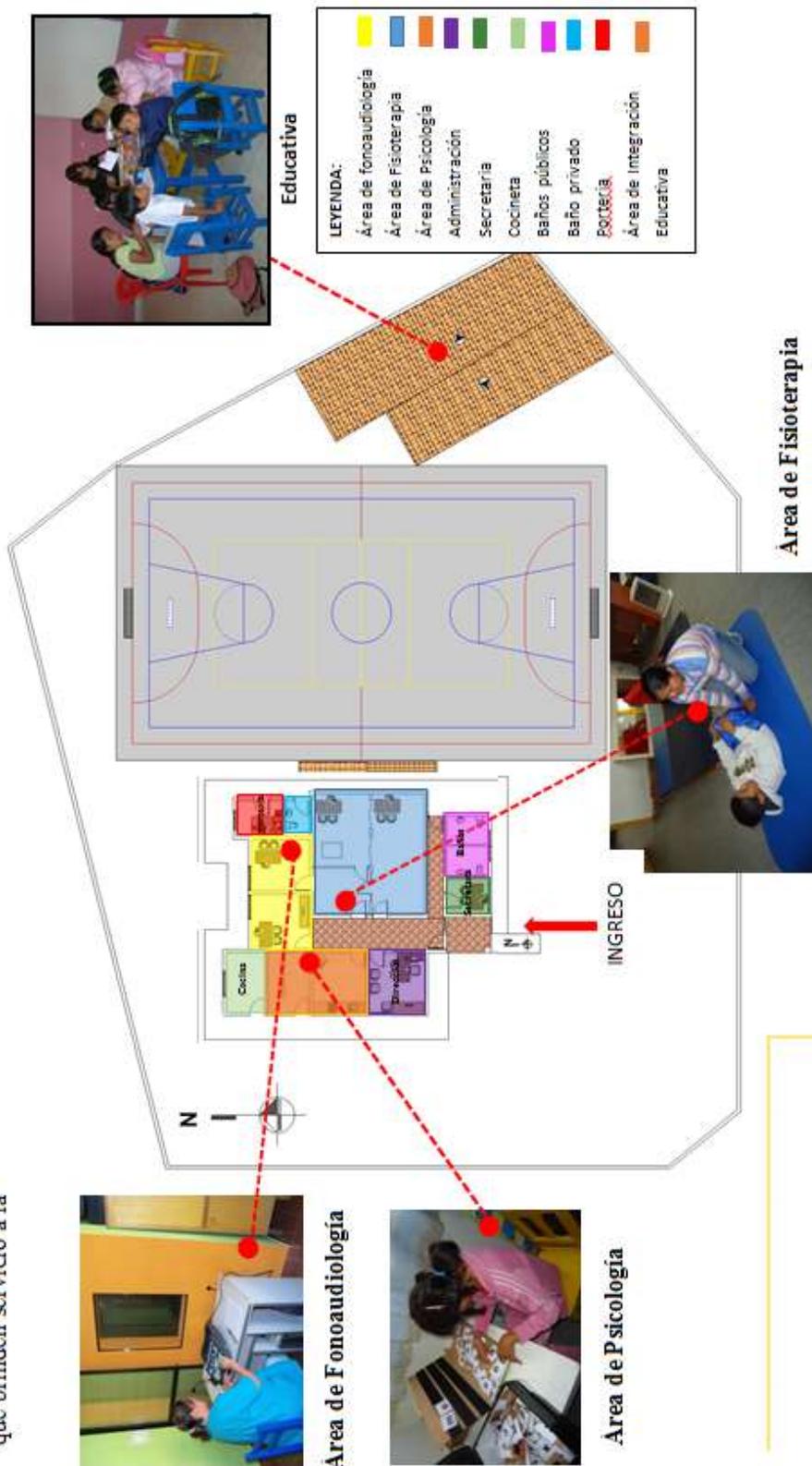
**5.3.2. ENTORNO**  
 Ubicado en "Bartolomé Attard" en la ciudad de Tarija consolidada, en medio de una zona residencial de baja y media altura





### 5.3.4. DISTRIBUCIÓN DE AMBIENTES

La actual infraestructura donde funciona el CERFI, ha sido adecuada para brindar el servicio en sus diferentes áreas de atención. En los últimos 3 años se ha tenido un considerable incremento por la demanda del servicio. debido a que en el Departamento de Tarija son pocas las instituciones que brinden servicio a la







## UNIDAD IV

## MARCO REAL





#### IV. UNIDAD 4: MARCO REAL

##### 1. SITUACION ACTUAL DE LA DISCAPACIDAD EN BOLIVIA

La situación de la discapacidad en Bolivia, se caracteriza porque la mayoría de las personas con capacidades diferentes, se encuentran en situación de desigualdad, excluidas y en condición de pobreza. Son víctimas de discriminación en los diferentes espacios de la vida social, no tienen efectiva igualdad de oportunidades y se encuentran sometidas a una permanente vulneración de sus derechos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Bolivia existen 741.328 personas con discapacidad distribuidas en: 3% con discapacidad mental, 3% con discapacidad física, 3.5% con discapacidad sensorial y 0.5% con otro tipo de discapacidad.

Las personas con discapacidad en Bolivia viven en constante exclusión y desigualdad, siendo víctimas de discriminación en los diferentes procesos de desarrollo económico social del país, situación agravada por las condiciones de pobreza en las que viven la mayor parte que son el 60% de las personas con discapacidad.

Los niños y niñas con discapacidad son víctimas de la exclusión escolar. No existen espacios, métodos ni profesores calificados para revertir esta realidad educativa. Los casos más alarmantes se encuentran en el área rural porque las familias prefieren que los niños y niñas con alguna discapacidad permanezcan lejos de la sociedad.

En los últimos años el número de personas con capacidades diferentes se ha incrementado, debido a que en el país aumentaron las enfermedades cardiológicas, hipertensas y renales que afecta a una parte de la población.

##### 1.1. ÓRGANOS GUBERNAMENTALES QUE SE OCUPAN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- **Denominado C.O.N.A.L.P.E.D.E.D.I.S:** Busca una mejor aplicación del Programa de acción Mundial, para personas con discapacidad, Normas Uniformes sobre la Equidad de Oportunidades y otras Normas que coadyuven a una mejor integración de las personas con discapacidad a la sociedad.





### **El Consejo Departamental para las Personas con Discapacidad (CODEPEDIS):**

Cuyo objetivo es la difusión de la ley 1678 y demás disposiciones legales, las cuales contienen los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, y establecen las normas y procedimientos para la ejecución de esta ley.

#### **1.2. REGISTRO ÚNICO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD**

Luego de los datos alarmantes publicados por la Organización Mundial de la Salud. El Estado implementó un programa piloto de Registro Único de Personas con Discapacidad, donde se firmó un convenio entre el Ministerio de Salud y Deportes en Bolivia y la Agencia de Cooperación internacional del Japón en Bolivia (JICA).

##### **1.2.2. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA**

El objetivo del Convenio es el de mejorar la calidad de vida y la inclusión social de las personas con discapacidad y sus familiares a través de la implementación de Programas y Proyectos diseñados basados en el único Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad, para un mayor nivel de inclusión social.

#### **1.3. PROGRAMA MOTO MÉNDEZ**

Establece el acceso de las personas con discapacidad a los programas de salud y rehabilitación. Incentiva a las instituciones formadoras de Recursos Humanos en Salud para que incrementen, la formación de profesionales del equipo multidisciplinario de rehabilitación.

##### **1.3.1. LA MISIÓN MOTO MÉNDEZ**

Tiene el objetivo de estudiar el universo de las personas con discapacidad y sus peculiaridades biopsicosociales en el país; determinar las causas principales de discapacidad intelectual y de otras discapacidades; identificar la promoción de personas con requerimientos de atención médica especializada, ayudas técnicas u otras necesidades desde el punto de vista psicosocial y generar estrategias de incorporación a la sociedad.

Cabe destacar que en nuestro país 8 de cada 10 personas sufren de alguna discapacidad a causa de lesiones por accidentes laborales o vehiculares. Muchas de las discapacidades son adquiridas después del nacimiento. Así lo revela el último



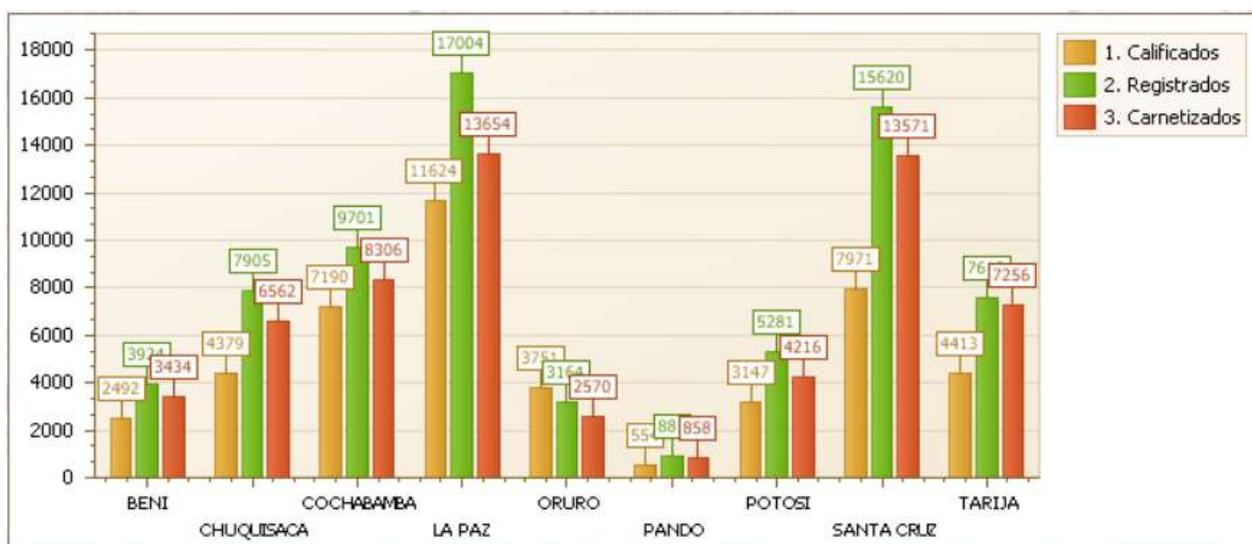


censo de la misión Moto Méndez, programa gubernamental que busca conocer el número real de personas con discapacidad, en el país, lo que permitirá asumir políticas en beneficio de ellas.

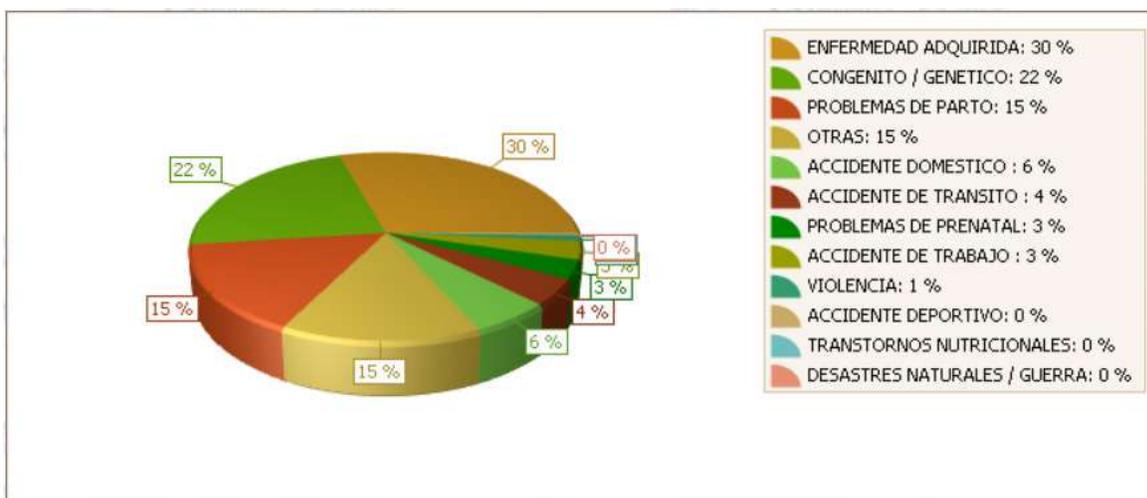
### 1.4. DATOS ESTADÍSTICOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN BOLIVIA

Los resultados del Censo Programa Moto Méndez nos muestran cifras alarmantes que los mostramos a continuación:

#### ✓ Número de Calificados, Registrados y Carnetizados en SIPRUNPCD

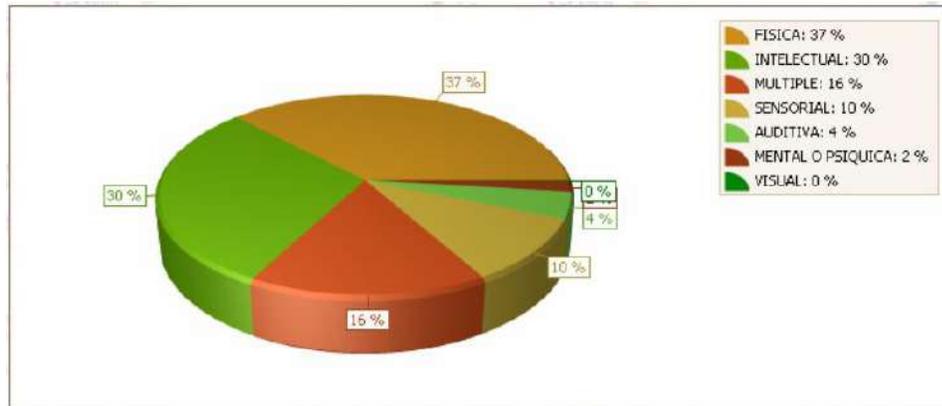


#### ✓ Distribución Porcentual de Causas que producen Deficiencias

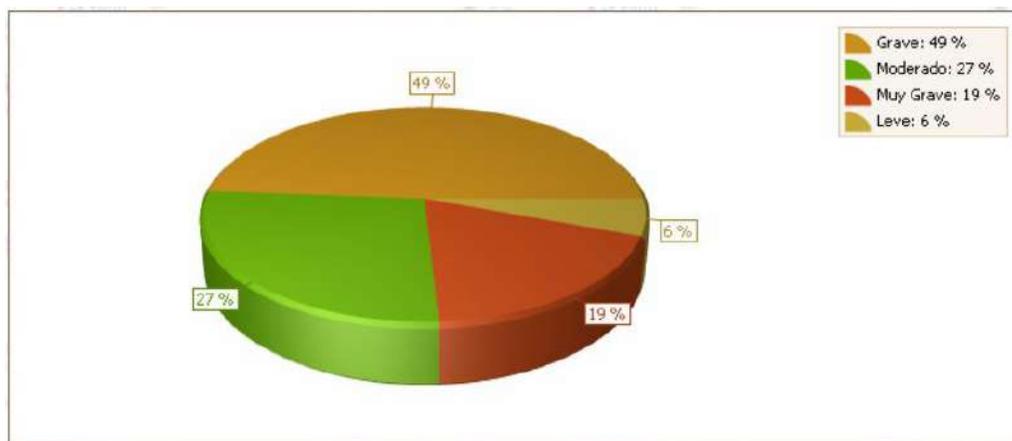




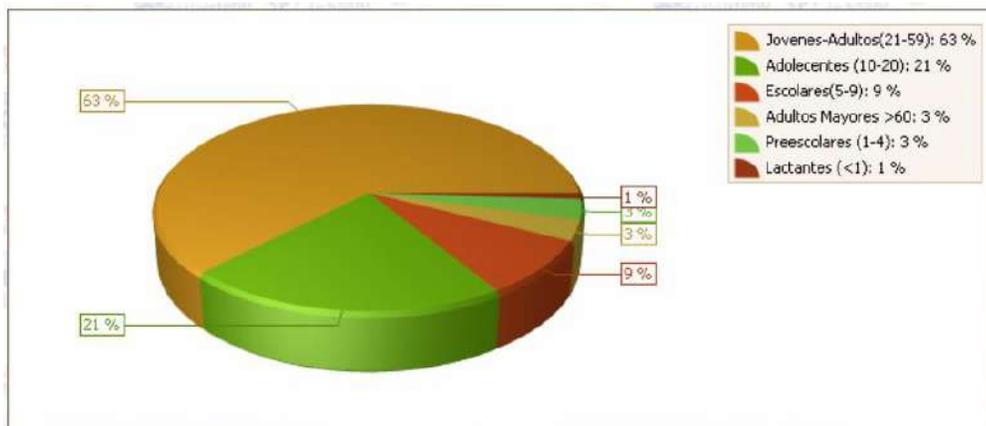
✓ Distribución Porcentual de Tipos de Discapacidad



✓ Distribución Porcentual del Grado de las Personas con Discapacidad

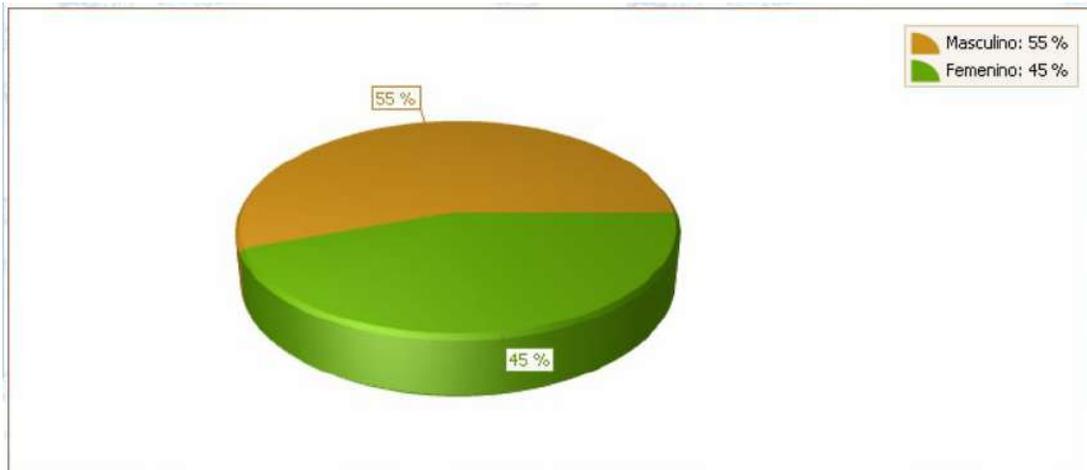


✓ Distribución Porcentual de Personas con Discapacidad por Grupo Etareo





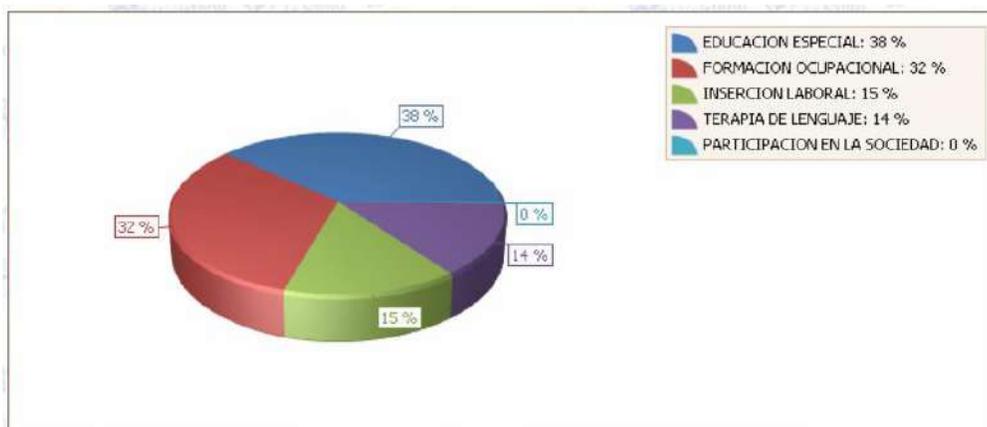
✓ Distribución Porcentual del Sexo de las Personas con Discapacidad



✓ Ayudas Técnicas Requeridas por las Personas con Discapacidad

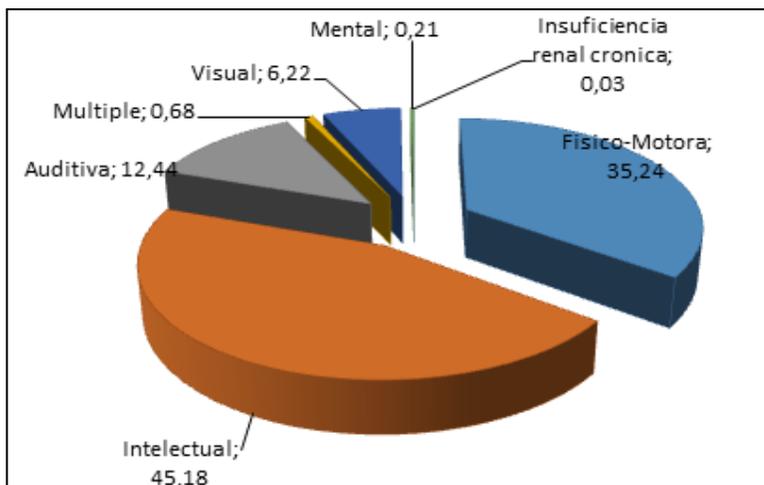


✓ Recomendaciones Prioritarias de la Persona con Discapacidad

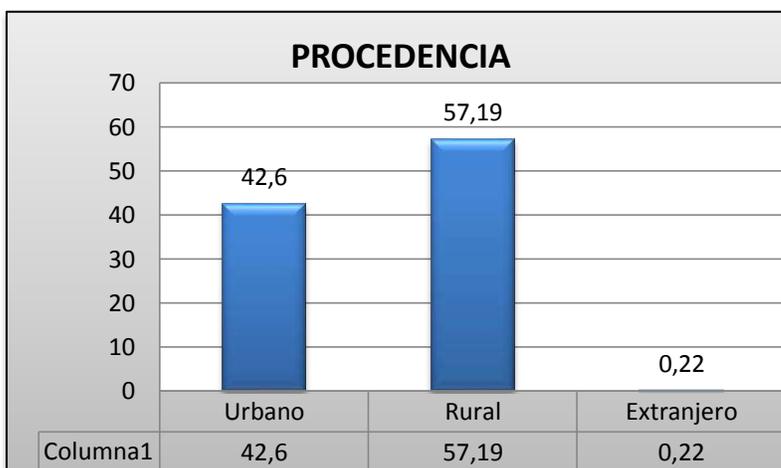




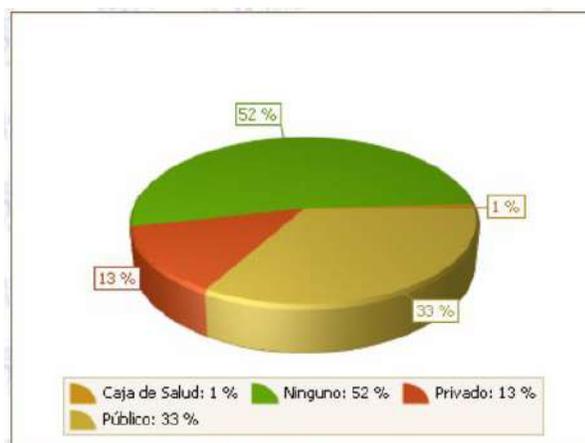
✓ Tipos de discapacidad en niños y niñas



✓ Procedencia

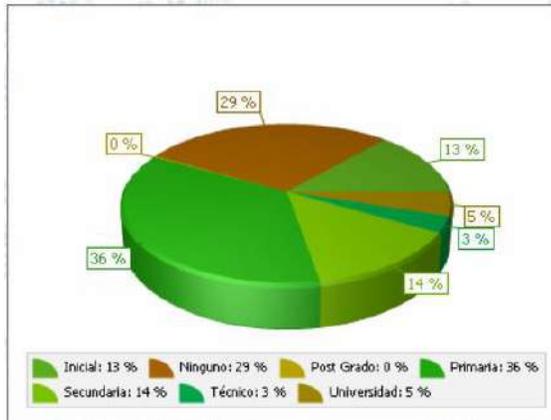


✓ Personas por Tipo de Seguro de Salud

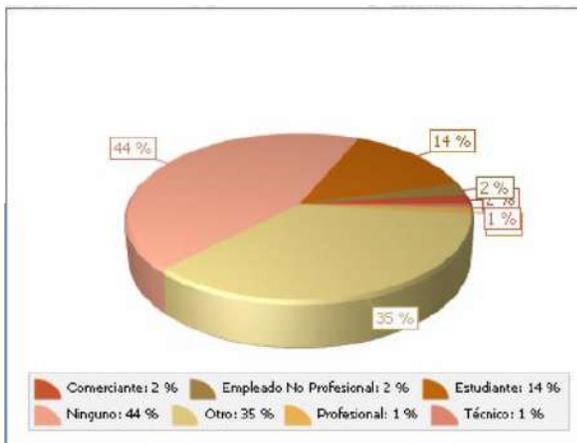




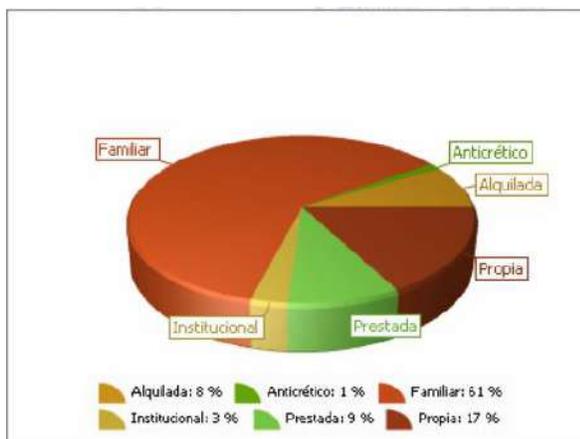
✓ Personas por Nivel de Educación



✓ Personas según a su ocupación



✓ Personas con acceso a vivienda





## 1.2.SITUACION ACTUAL DE LA DISCAPACIDAD EN TARIJA

En la actualidad en el departamento de Tarija, se cuentan con centros de atención a personas con discapacidad, la mayoría privados pertenecientes a fundaciones y ONG 'S Y otros con apoyo gubernamental en algunos casos.

Actualmente se estima que aproximadamente el 10% de la población presenta algún tipo y grado de discapacidad, la mayoría de ellos se encuentran en estado de desprotección social por la ausencia de políticas públicas.

En nuestro Departamento se puede ver según datos registrados del SEDES que existe un mayor porcentaje de discapacidad física con un 38.09%.

### 1. ORGANIZACIÓN DEPARTAMENTAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Es la institución que se encarga de coordinar, asesorar y orientar a nivel departamental, tiene una relación institucional con el SEDES (Seguro Departamental de Salud).

- MISIÓN DEL CODEPEDIS.-Promover e impulsar acciones conjuntas con diferentes sectores de la Sociedad, para la eliminación de todas las formas de eliminación contra las personas con discapacidad.
- OBJETIVO GENERAL DEL CODEPEDIS.- Orientar, Coordinar, controlar y asesorar en políticas y acciones en beneficio de las personas con discapacidad dentro del ámbito departamental generando procesos participativos de promoción y difusión de los derechos de las personas con discapacidad.

### 2. S.E.D.G.E.S. TARIJA

Es una entidad dedicada a la asistencia social. Mantiene una relación de dependencia con la gobernación, a través de la Secretaría Departamental de Recursos Humanos.

El SEDEGES actualmente lleva a cabo cinco proyectos CENTIR, que son programas de Asistencia Social.

- CENTIR: Es un programa que trabaja por el bienestar de personas con capacidades diferentes, es un proyecto nuevo en el cual cuentan con pocos centros, donde contribuyen entre todos una realidad incluyente, brindando una





atención permanente a niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales en talleres ocupacionales y de prevención.

### **3. ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

#### **3.1. A.N.E.T.**

Asociación de niños excepcionales Tarija (ANET) en el departamento de Tarija es una sola institución sin fines de lucro que se dedica a personas con discapacidad, que se dedica especialmente a los niños, pero tiene otros centros para la atención especializada donde la prioridad son los niños, pero tiene otros centros para la atención a personas adultas.

#### **3.2. CERFI**

El Centro de Educación y Rehabilitación Física (CERFI), es una de las pocas instituciones que tiene como objetivo central “Brindar una atención integral en procesos de Rehabilitación y Educación a personas con discapacidad Física promoviendo su integración e inclusión familiar educativa y social.

#### **3.3. APRECIA**

Es una institución para personas con discapacidad visual, con atención principal a niños, pero también atiende a personas mayores.

#### **3.4. CEADI**

Institución para personas con deficiencia auditiva, dirigida por ANET que tiene coordinación Nacional con la red FIJAMAT BOLIVIA , una institución que asocia a otras a nivel nacional.

#### **3.5. CIM (EX CEBBA)**

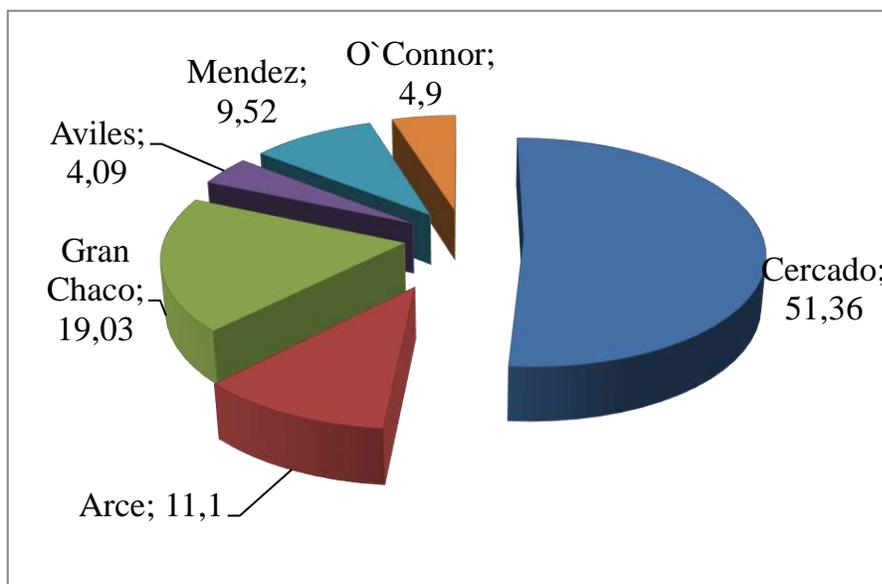
Es un instituto para personas con discapacidad mental, entre ellos se atiende a niños con retraso mental, síndrome de Down, y otros, brindando un apoyo educativo y psicológico.



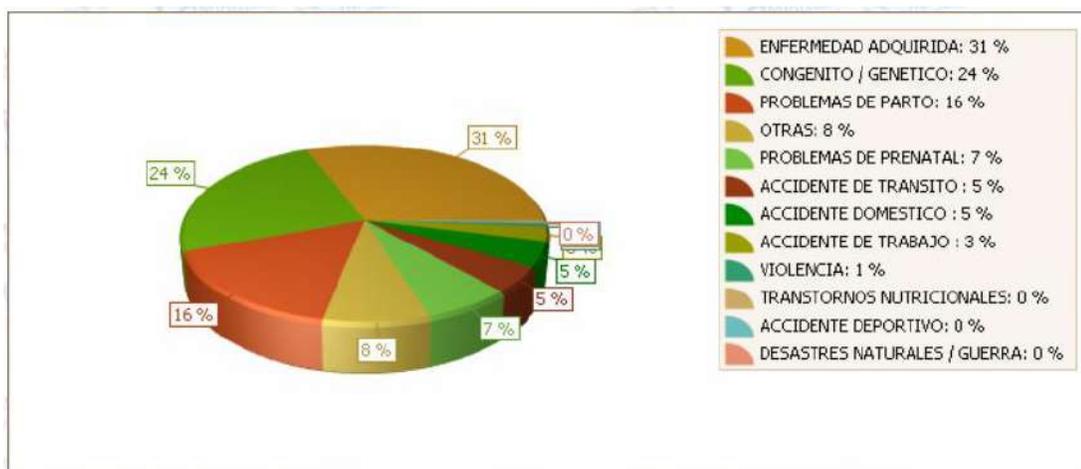


#### 4. DATOS ESTADÍSTICOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE TARIJA

- ✓ Distribución porcentual de la población con discapacidad por provincias

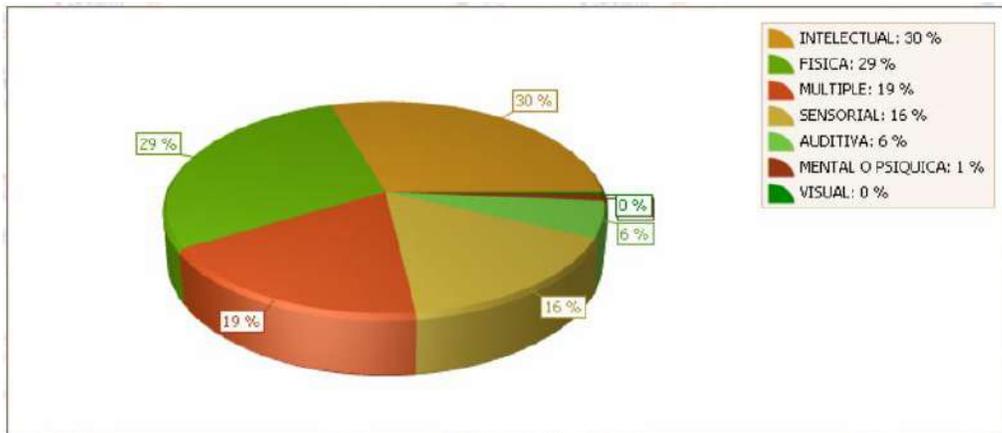


- ✓ distribución porcentual de causas que producen deficiencias

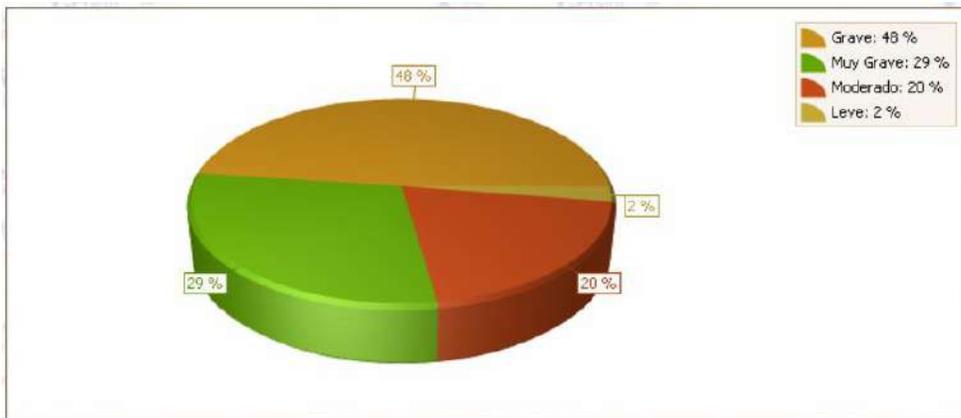




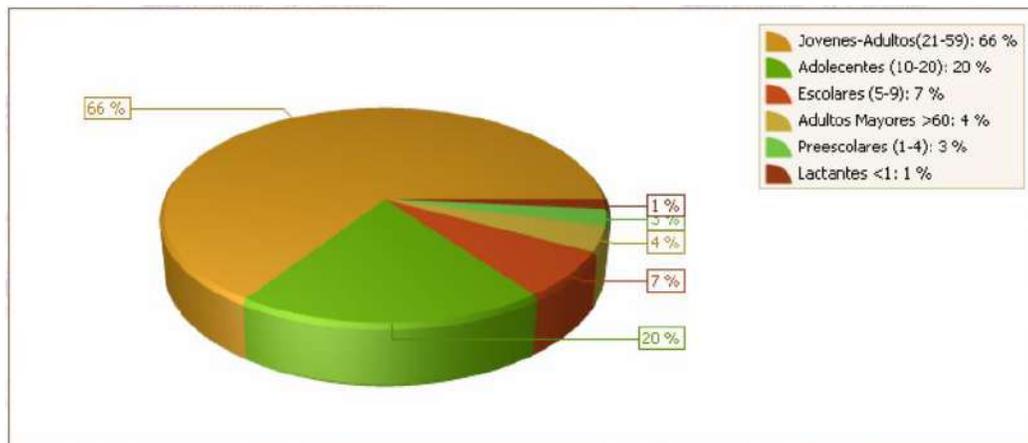
✓ distribución porcentual de tipos de discapacidad



✓ distribución porcentual del grado de las personas con discapacidad

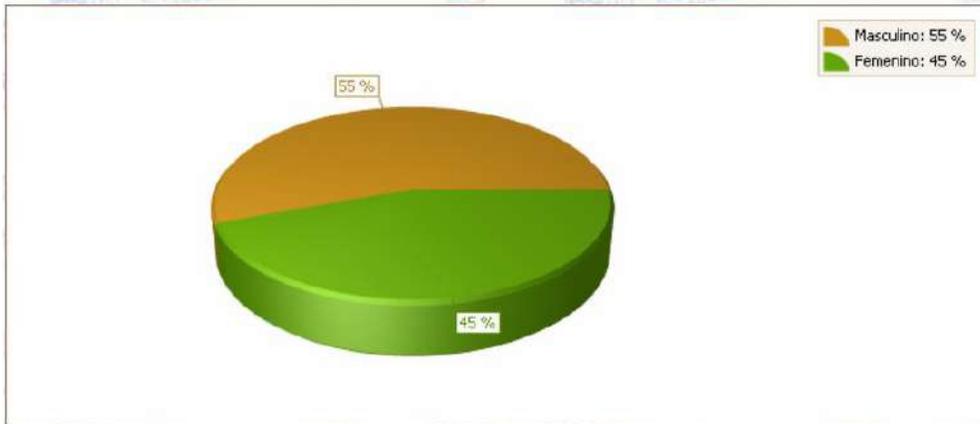


✓ distribución porcentual de personas con discapacidad por grupo etareo

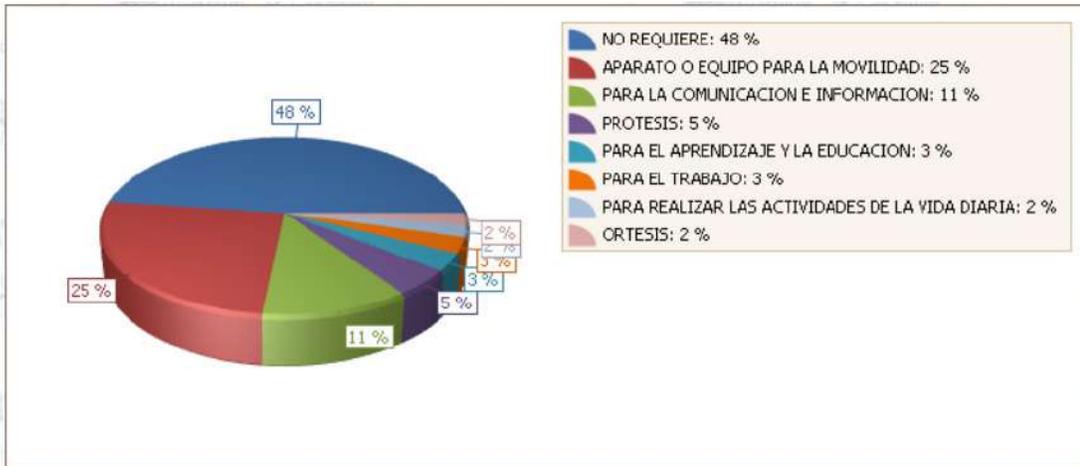




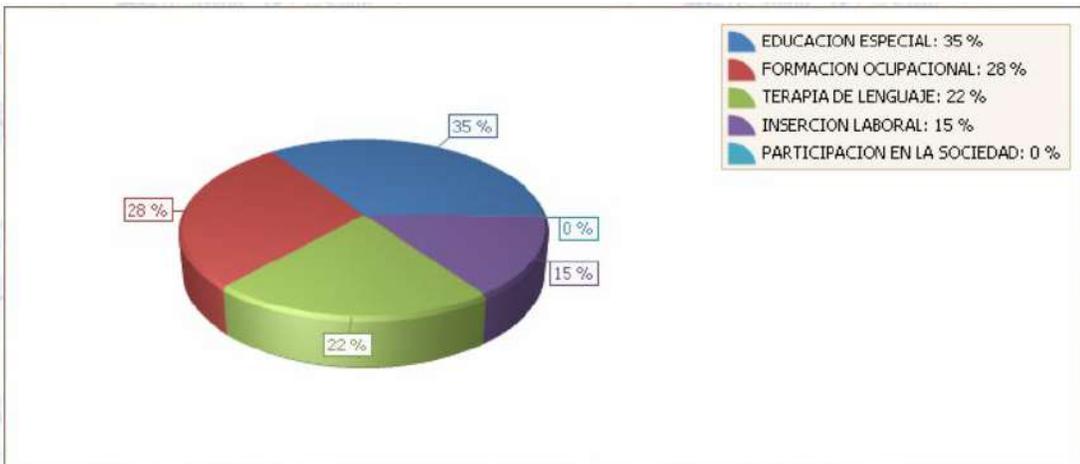
✓ distribución porcentual del sexo de las personas con discapacidad



✓ ayudas técnicas requeridas por las personas con discapacidad

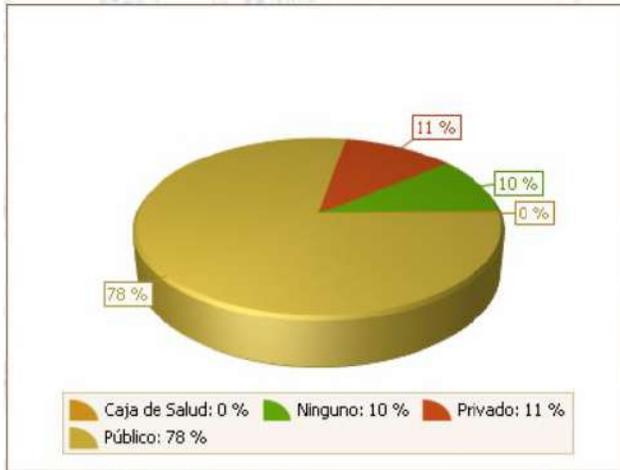


✓ recomendaciones prioritarias de la persona con discapacidad

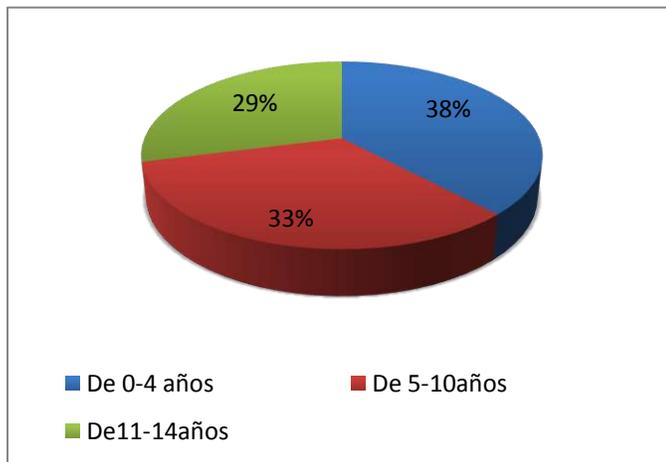




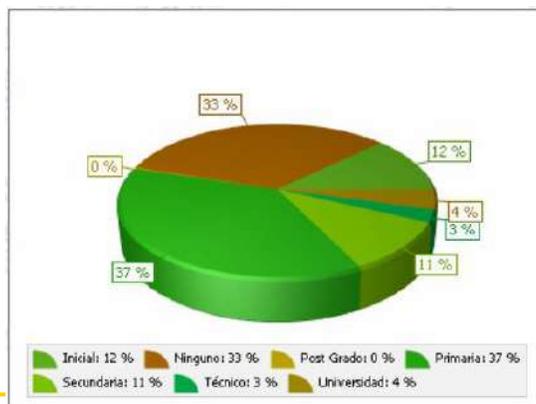
✓ personas por tipo de seguro de salud



✓ discapacidad física infantil

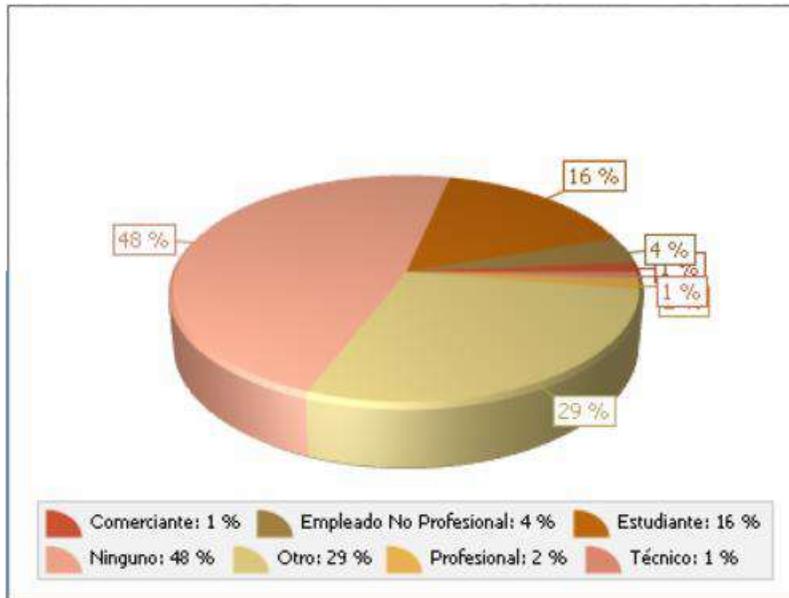


✓ personas por nivel de educación

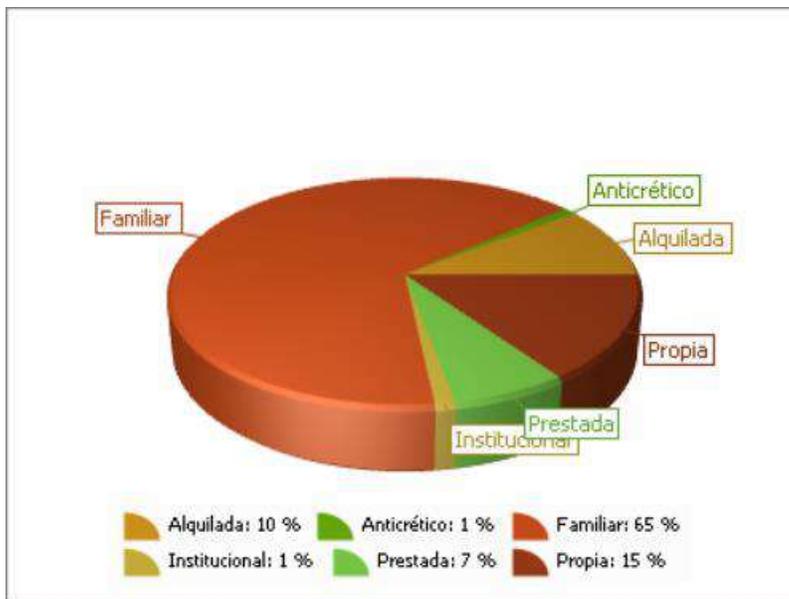




✓ personas según a su ocupación



✓ personas con acceso a vivienda





## 5. CONCLUSIONES

Mediante el proceso de investigación realizado hemos observado que siempre existió una sociedad vulnerable de la población, desde los inicios de los primeros grupos sociales conformados en diferentes épocas de la historia hasta la nuestros días, viviendo en condiciones de ínfimo bienestar social, moral, material y cultural; y se encuentra en esas circunstancias debido a la falta del desarrollo de la sociedad. Es por eso necesario que los gobiernos, las instituciones privadas y la comunidad entera tenga conciencia de la falta de este desarrollo, ya que este representa la superación en todos los aspectos de estos grandes sectores de la población hundidos en la ignorancia. Es por eso que el problema de la falta de desarrollo de la sociedad vulnerable es de continua repercusión social, que causa graves desajustes psicológicos, económicos en las personas, familias y grupos de habitantes uno de los derechos de las personas con discapacitados.

De acuerdo a la información obtenida pudimos conocer a fondo los diferentes problemas que engloba la discapacidad los que por cierto merecen ser tomados en cuenta ya que en ellos se pudo observar las causas que generan estos inconvenientes. Tratando de destacar la proximidad en la detección de carencias, la focalización de las actuaciones y la participación ciudadana en el proceso.

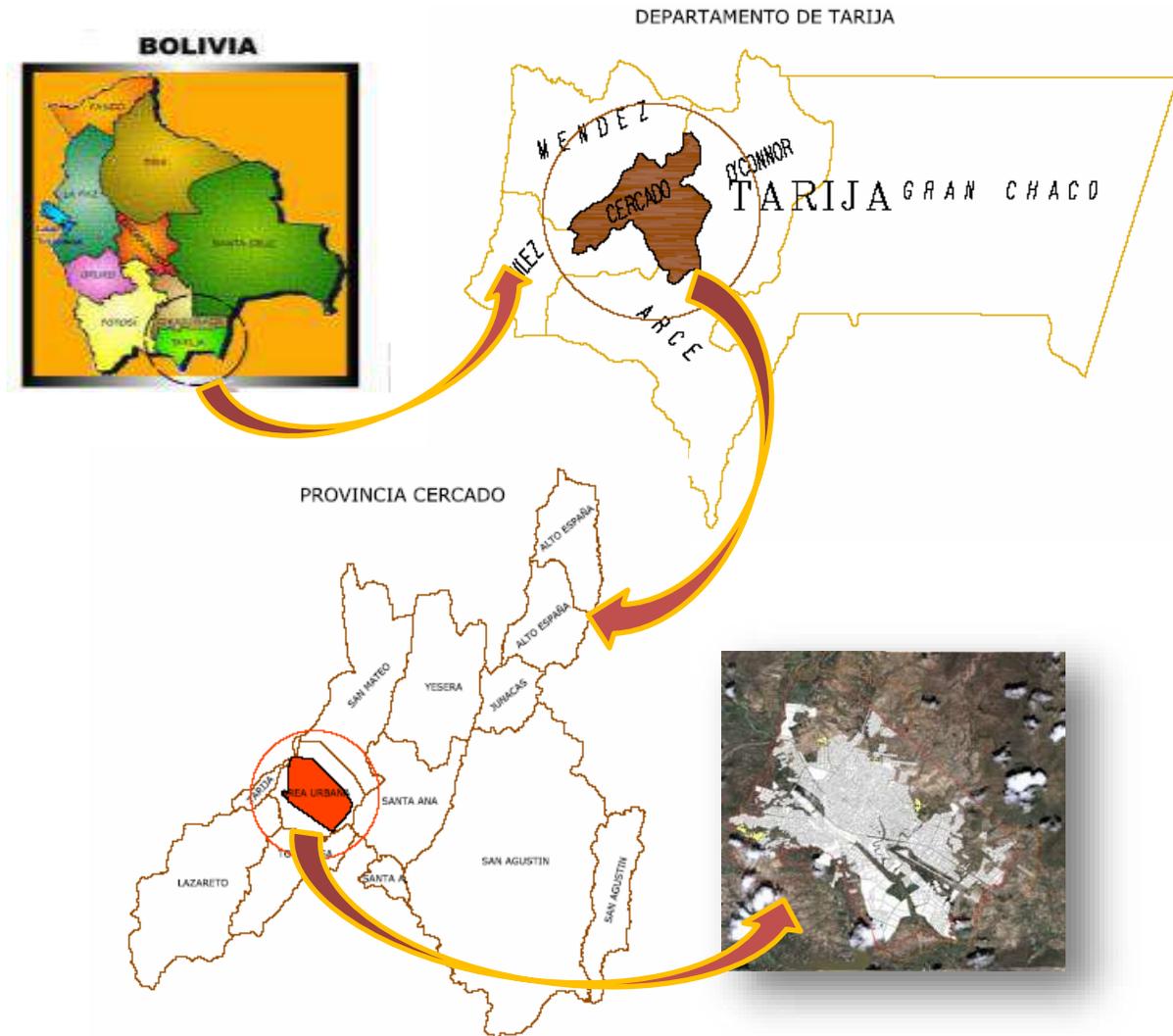


## 2. ANÁLISIS URBANO

### 2.1. Provincia Cercado:

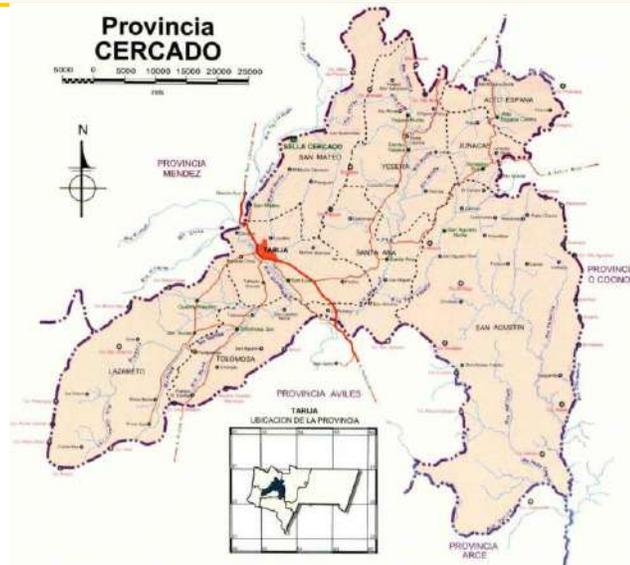
La delimitación de estudio es en la Provincia Cercado del municipio de la ciudad de Tarija.

#### UBICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TARIJA MUNICIPIO CERCADO Y LA CIUDAD DE TARIJA



La provincia de cercado está ubicada en el corazón del departamento de Tarija donde es considerado como la capital de la sede de gobierno departamental, concentrado casi el 60% de la población de Tarija.





Limita al Sur con la Provincia Arce, al Este con la provincia Oconnor, Norte con la Provincia Méndez y al Oeste con la provincia Avilés.

## 2.2. Ciudad de Tarija



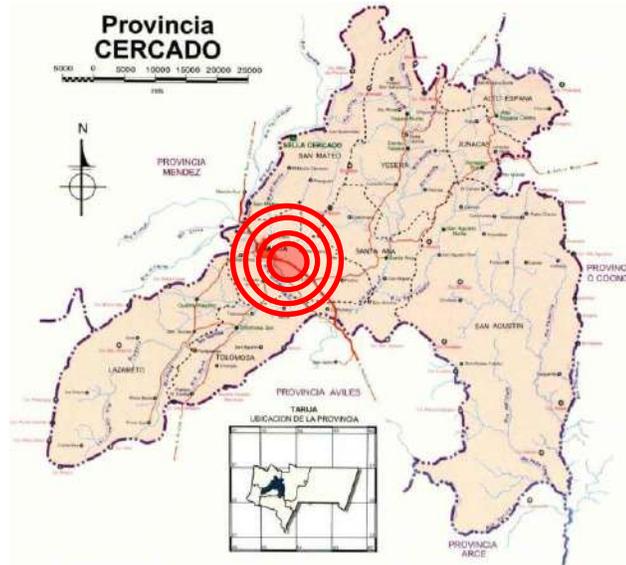
El crecimiento de la ciudad de Tarija es desordenado, porque hasta el momento no existe un plan de desarrollo Urbano adecuado, por el cual está generando un crecimiento desordenado provocando un conflicto urbano.



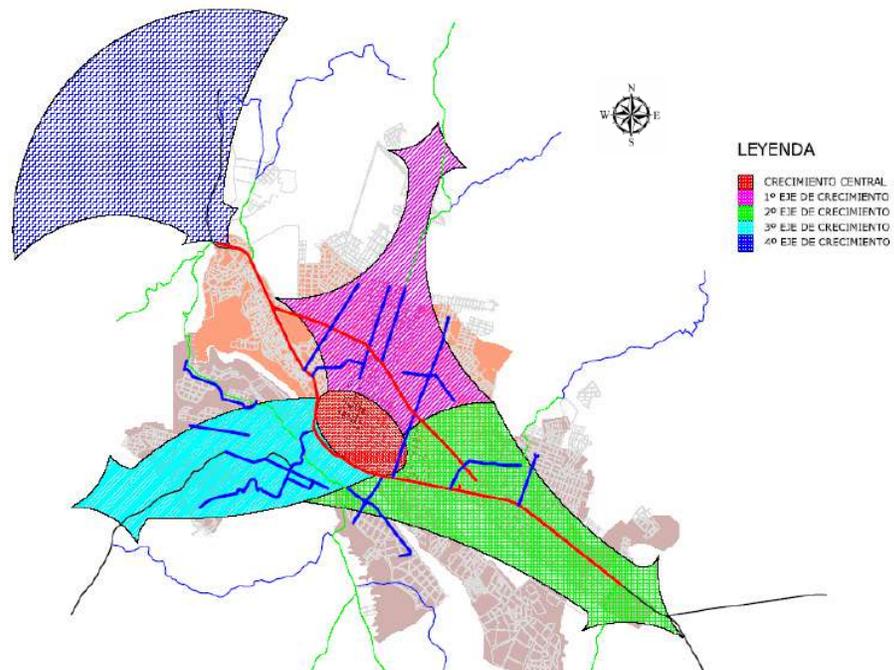


### 2.3. Caracterización

La caracterización de la provincia es por el aspecto espacial, político, administrativo, social, cultural y uso del suelo.



La ciudad de Tarija se caracteriza por tendencias de crecimiento, también presenta una riqueza en lo cultural





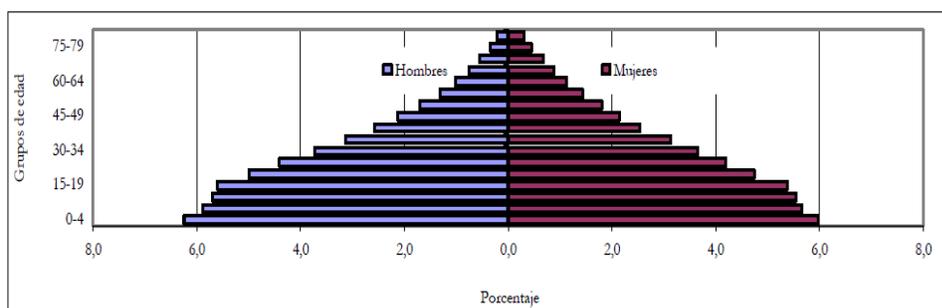
## 2.4. Análisis físico natural

### 2.4.1. Densidad poblacional

El departamento de Tarija cuenta con un aproximado de 534.687 habitantes, que equivale a 5,03% del total nacional, de 9.815.715 hab. La provincia cercado con una población aprox. de 216.138 hab. Que equivale al 40.42 % del total del departamento.

DEPARTAMENTO	CENSO 2001	CENSO 2012	CRECIMIENTO
Chuquisaca	531.522	600.728	13%
La paz	2.349.885	2.741.554	17%
Cochabamba	1.455.711	1.938.401	33%
Oruro	392.769	490.612	25%
Potosí	708.695	798.664	13%
Tarija	391.226	534.687	38%
Santa cruz	2.029.471	2.776.244	37%
Beni	362.521	425.780	17%
Pando	52.525	109.173	108%

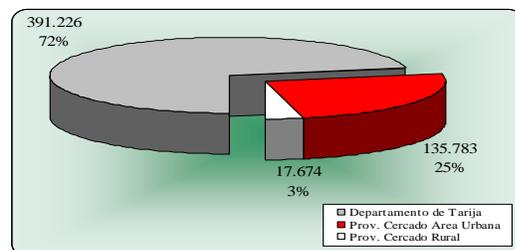
TARIJA: PIRAMIDE DE POBLACION POR GRUPOS DE EDAD (En porcentaje)



Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

Según proyecciones de población para el año 2008, la mitad de la población tarijeña tiene menos de 22 años (edad mediana de la población), por esta razón, la pirámide poblacional muestra todavía una base relativamente ancha. Del total de la población (534.687 habitantes), los menores de 15 años constituyen 35,03%, mientras que la población en edad de trabajar de 15 a 64 años alcanza a 60,79% y la población adulta mayor de 65 años o más representa 4,19%.

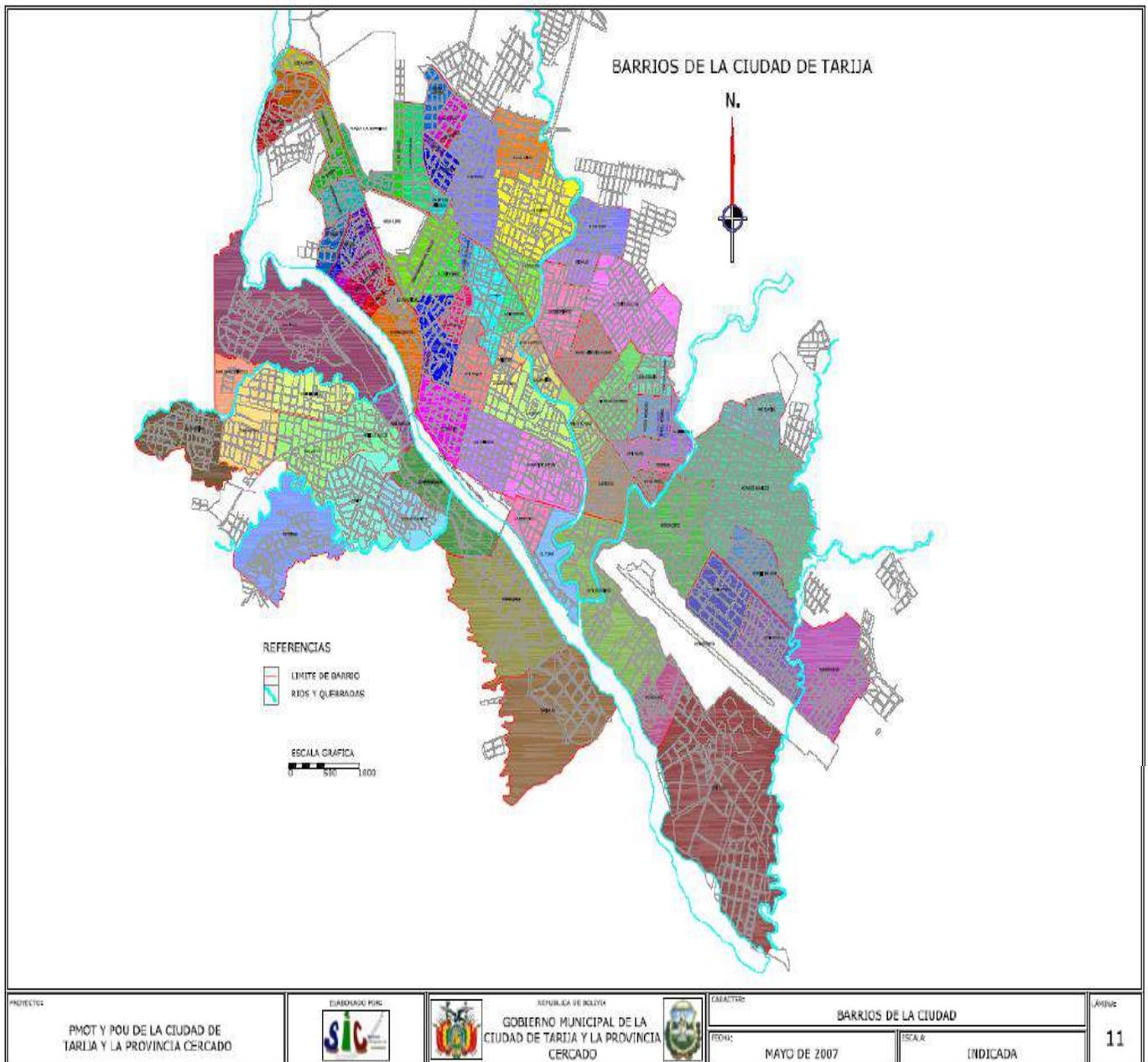
Con relación al total de la población departamental, la provincia Cercado contiene el 28%, habitantes de los cuales el 25% se radican en el área urbana o ciudad capital Tarija y el restante 3% en las diferentes comunidades rurales de la provincia con 17.674 habitantes en el área dispersa





### 2.4.2. Político administrativo

La provincia cercado está compuesta por 22 distritos de las cuales 13 son del área urbana con 89 barrios; 9 distritos son del área rural

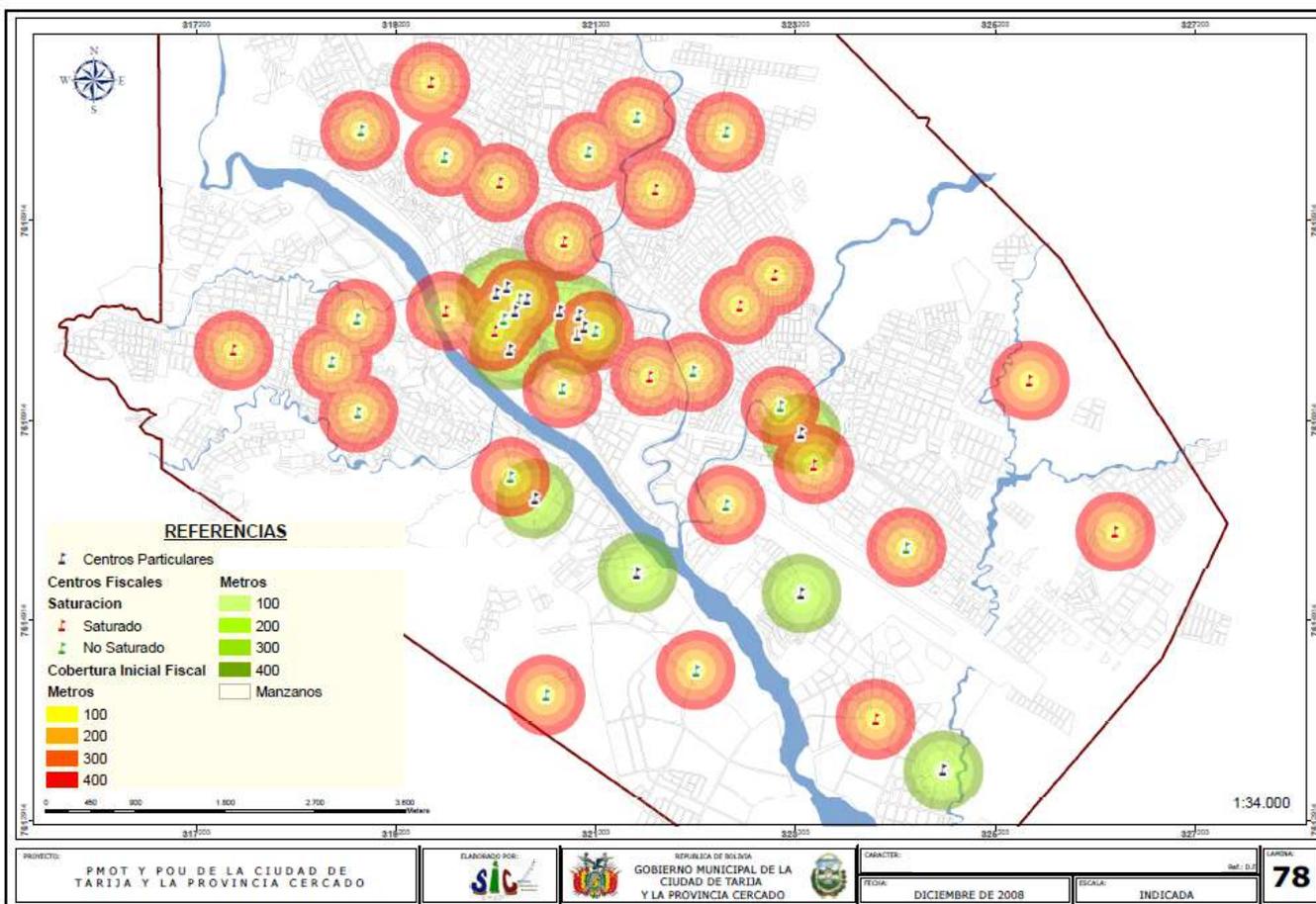




### 2.4.3. Educación

La educación es un proceso social, desarrollado en todos los ámbitos de la sociedad, bajo la responsabilidad de todas y todos los habitantes.

En la ciudad de Tarija todos los distritos cuentan con establecimientos educativos desde los niveles de educación en familia comunitaria, educación primaria vocacional y educación secundaria productiva, también algunas unidades educativas desarrollan procesos en lo técnico tecnológico con diversas especialidades como electricidad, soldadura, carpintería, mecánica automotriz.



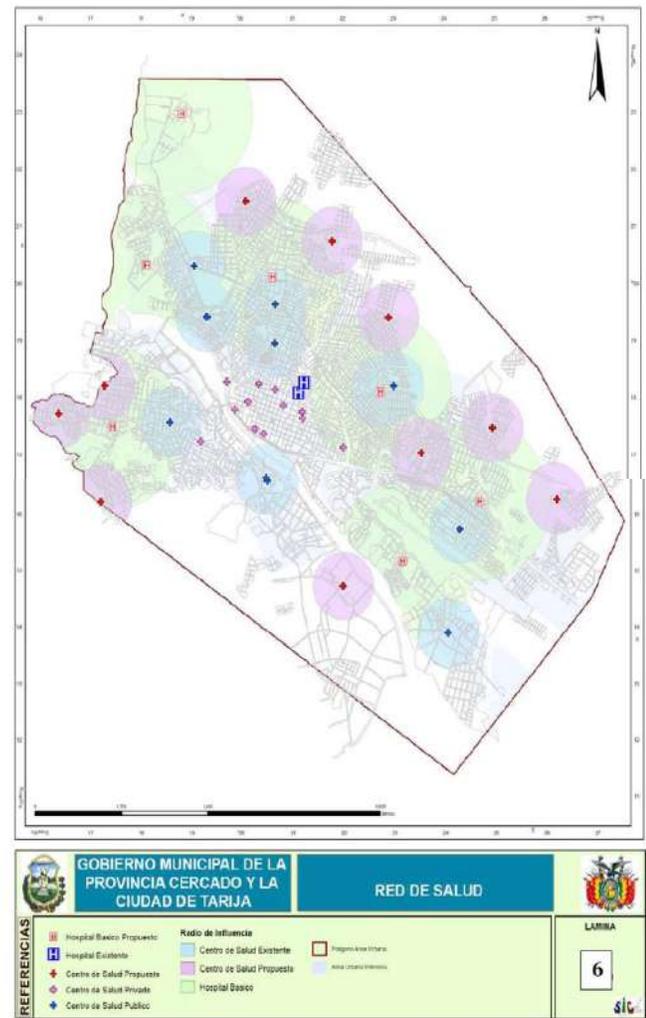
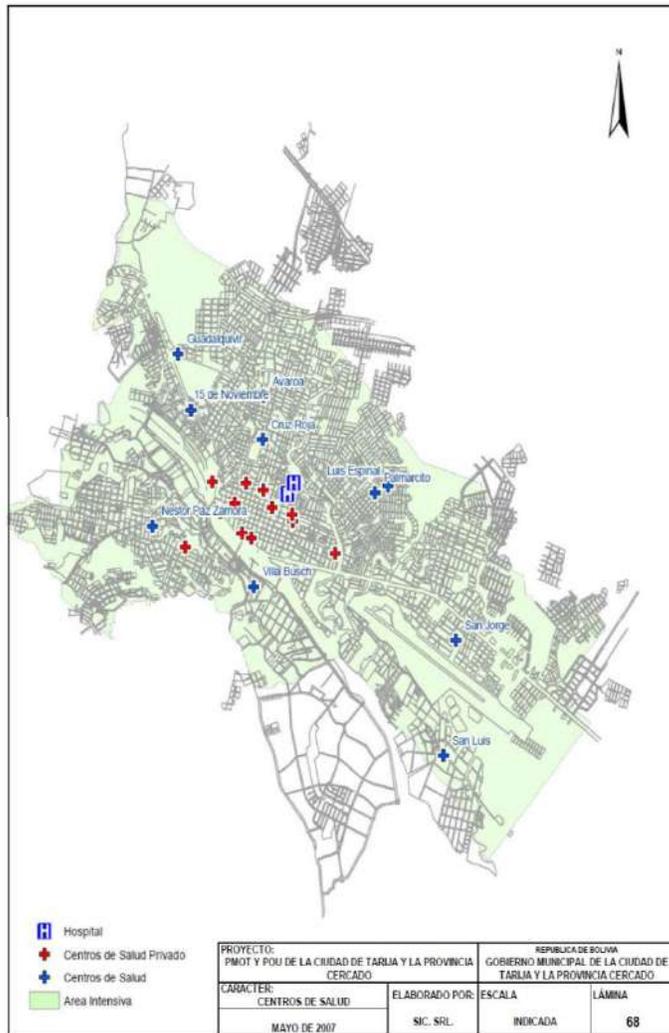
**Esteban Migliacci**  
 Infraestructura nueva, recientemente refaccionada, se plantea sin barreras arquitectónicas,





### 2.2.4. Salud

En la ciudad de Tarija existen dos hospitales importantes sin embargo esta en proceso de construcción cinco hospitales proyectados de segundo nivel en los distritos 6,8, 9, 10,13.



UNIV. FLORES TORREZ C. DALMA

La obra de impacto social será la construcción del materno infantil ubicada en el distrito 7 de la ciudad de Tarija.



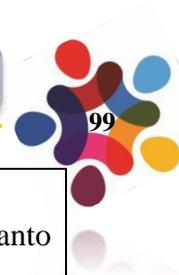


### 2.2.5. Cultura y religión

En el aspecto cultural la provincia Méndez y cercado asimilan costumbres culturales también la vestimenta y la expresión musical reflejada en las fiestas como en el carnaval, la pascua y otros, los cuales son relacionados con la religión como es el caso de la fiesta grande de San Roque, peregrinación al santuario de la Virgen de Chaguaya.

	<p>Los templos religiosos de los cuales son mas influyentes dentro la ciudad son las iglesias católicas que muestran sus costumbres e historia de la ciudad como la iglesia san francisco.</p>
	<p>Dentro las que características a la ciudad de Tarija es la iglesia de san roque por la festividad. Que esta caracterizando con la cultura y la religión.</p>
	<p>La iglesia catedral como una infraestructura histórica y religiosa tiene una representación propia.</p>



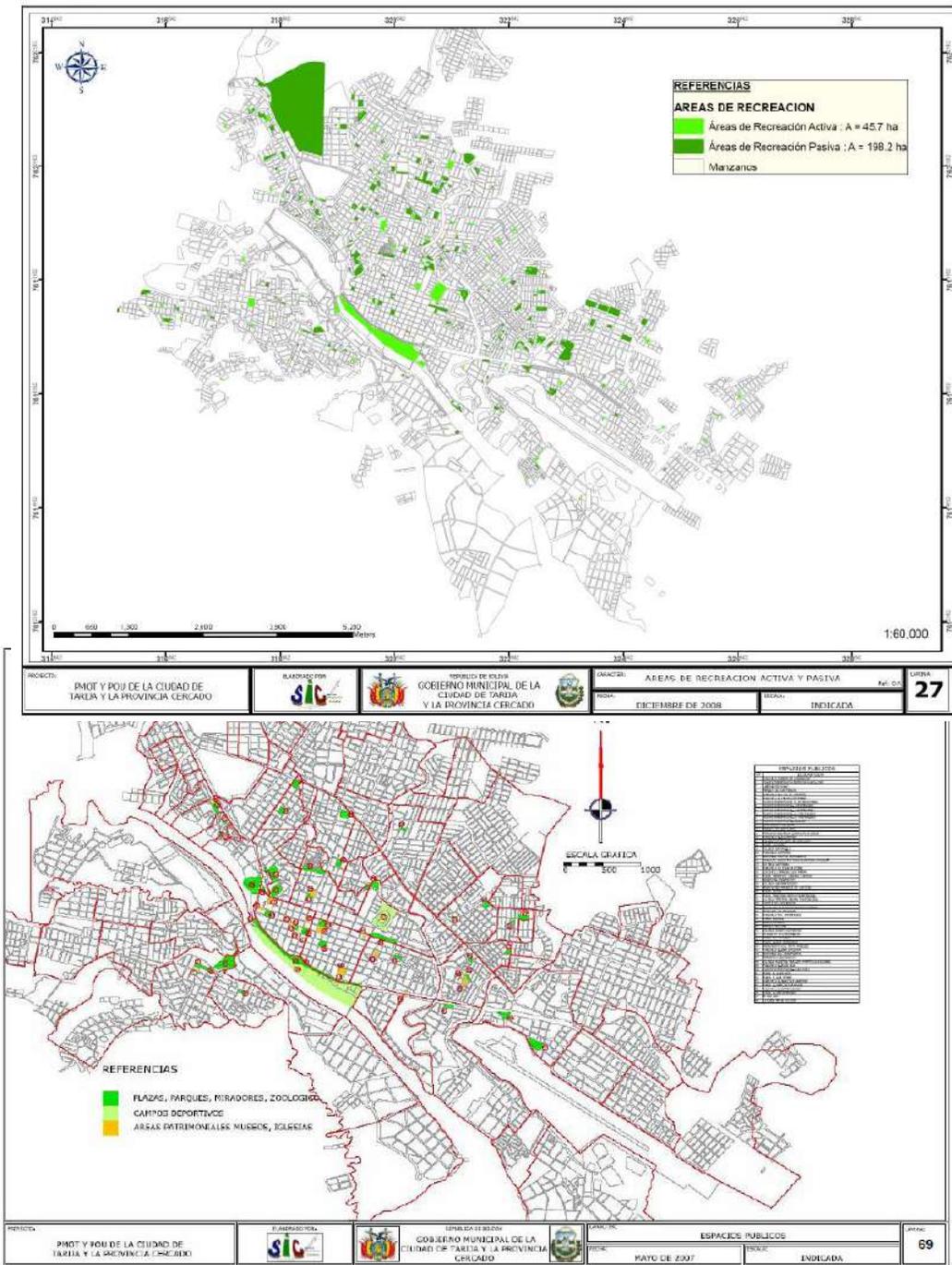


	<p>La festividad más grande es la del santo Patrono San Roque. Que tiene una característica propia de los promesantes chunchos que realizan su peregrinaje por todas las iglesias de la ciudad.</p>
	<p>La campiña tarijeña es una de las características de la región ya que en época de carnaval y fiestas religiosas son concurridos al área rural</p>
	<p>Las ferias agropecuarias que se realizan en las comunidades generan movimiento económico y presenta aspectos culturales dentro la tradicional de la región.</p>

**2.2.6. Áreas recreación y deportivas**

Las áreas recreacionales y deportivas en la provincia de cercado y Méndez recientemente se están mejorando con equipamiento moderno para la mejor práctica deportiva y recreación.





## 2.3 Análisis físico transformado

### 2.3.1. Proyección de crecimiento del municipio de cercado

- Social





Reducir el índice de pobreza de la persona con discapacidad a través de la mejora de su economía y lograr la inserción social.

- **Económico**

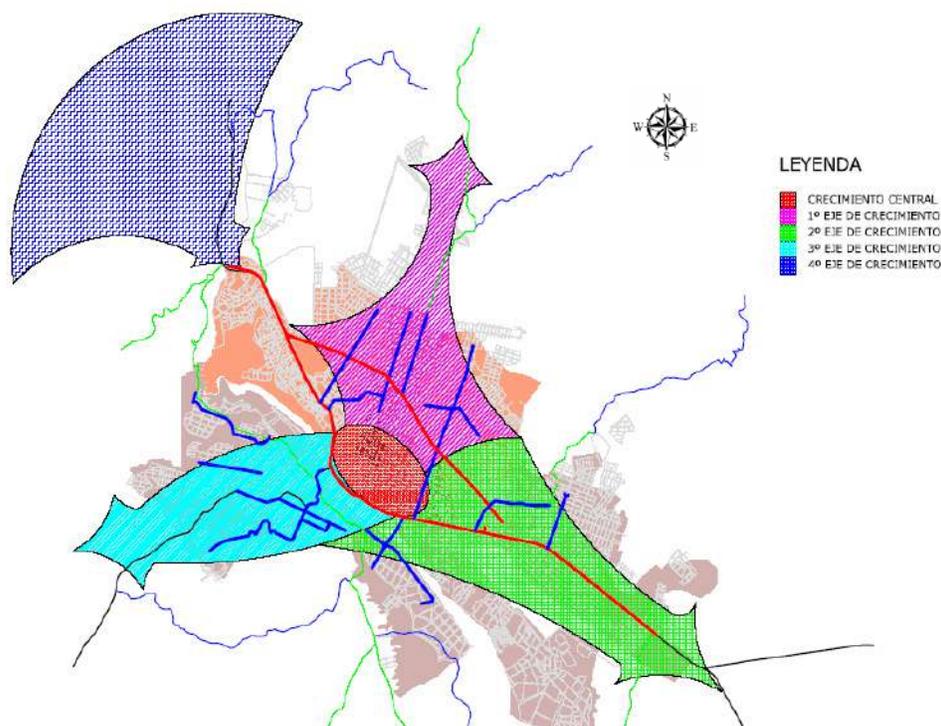
El departamento de Tarija debe proyectar y orientar a una economía posterior garantizando el crecimiento y desarrollo del departamento, así no depender mucho de la industria de hidrocarburo.

- **Cultura**

Orientar y mejorar la educación con relación a las personas con discapacidad y otros aspectos que mejore la vida de la población tarijeña

- **Migración**

La migración es uno de los aspectos que más influencia tuvo en el crecimiento de la Ciudad de Tarija, provocando el crecimiento acelerado y desordenado.



### 2.3.2. Caracterización naturales de la provincia cercado





Las características de la provincia cercado es por su clima templado, siendo una zona valluna, es una provincia que esta ubicado en el corazón del departamento, donde la mayor concentración de la población.

- **Clima**

La provincia Cercado en su conjunto posee 7 estaciones climáticas y 18 estaciones pluviométricas, siendo las estaciones más completas las estaciones de El Tejar y El aeropuerto, las mismas ubicadas dentro de la ciudad.

El radio urbano prácticamente comprende dos tipos de clima según la metodología de Caldas y

Lang, la primera, corresponde a un clima templado árido ( $24 - 21^{\circ}\text{C}$ ) que comprende un 95% del área urbana, mientras que el segundo, corresponde a un clima de tipo templado semiárido ( $21 - 17,5^{\circ}\text{C}$ ), equivalente sólo al 5% del radio urbano

- ✓ Precipitación.

La provincia cercado alberga en su totalidad 18 estaciones pluviométricas, las cuales se utilizaron para determinar la precipitación media anual, dando como resultado una precipitación de 683,8 mm/año. Sin embargo la precipitación media anual radio urbano es

611,8 mm/año, valor resultado del promedio de dos estaciones ubicadas en la ciudad

- ✓ Temperatura

La temperatura promedio anual de la ciudad es de  $17,9^{\circ}\text{C}$ , dato determinado por medio de datos medidos en las estaciones de El Aeropuerto y El Tejar

- **Topográfico**

Se observa claramente que la topografía más accidentada del terreno, se encuentra en el sector noreste en una franja comprendida entre Pampa Galana y las proximidades de San Mateo y una segunda franja en el sector noroeste, abarcando la parte norte del barrio Aranjuez: en contraposición en toda la parte sur, la topografía del terreno es plana a escarpada

### CLASIFICACIÓN DE PENDIENTES

PENDIENTE	CATEGORIA	SUPERFICIE (HAS)	(%) EN AREA
0 - 5	BAJA	1551	18.96%
5 - 30	MEDIA	4965	60.70%
> 30	ALTA	1663	20.33%
TOTAL		8179	100.00%

Fuente: SIC. Srl.





## PENDIENTES POR DISTRITO

DISTRITO	PENDIENTE
DISTRITO 1	BAJA
DISTRITO 2	BAJA
DISTRITO 3	BAJA
DISTRITO 4	BAJA
DISTRITO 5	BAJA
DISTRITO 6	MEDIA
DISTRITO 7	MEDIA
DISTRITO 8	MEDIA
DISTRITO 9	MEDIA
DISTRITO 10	MEDIA
DISTRITO 11	MEDIA
DISTRITO 12	MEDIA
DISTRITO 13	MEDIA

Fuente: SIC. Srl.

- **Geología y geomorfología**

La provincia Cercado presenta a los tipos tectónicos de plegamientos bien definidos que corresponden a las provincias fisiográficas de la Cordillera Oriental y el Subandino.

Estratigráficamente dichas provincias presentan las siguientes secuencias geológicas como ser:

Sistema Carbónico, cretácico, triácico, devónico, terciario cuaternario, silúrico y ordovísico; pero sólo los últimos tres sistemas están presentes dentro el radio urbano.

**Sistema Cuaternario:**

Este sistema es el que se presenta con mayor preponderancia dentro del radio urbano y corresponde un área igual a 7625, 18 has. lo que equivale a un 93,2 % del área urbana.

Consta principalmente de materiales como ser arcilla y materiales fluvio-lacustres y está constituido principalmente por arcilla, depósitos aluviales, fluvio-lacustres y coluviales, como gravas, arenas, y limos además de otros componentes físico – mineralógicos.





### Sistema ordovícico:

A este sistema le corresponden los afloramientos de rocas de edad ordovícica que configuran relieves fuertemente plegados y presentan particulares exposiciones litológicas con abundante contenido fosilífero. Se trata de rocas sedimentarias de origen marino, principalmente lutitas, limonitas, cuarcitas y areniscas de variadas tonalidades y granulometría, con afloramientos en la loma de San Juan, puente San Martín y en la zona este de Morros Blancos.

Este sistema sólo comprende 342,4 has. Lo que equivale un 4,2% del total del área urbana.

### Sistema Silúrico:

Las formaciones rocosas asignadas al Silúrico afloran al sur de la ciudad de Tarija.

Litológicamente se caracterizan por presentar rocas de tipo diamictitas, cuarcitas, lutitas y ocupa un área 211,9 has. que representa el 2,6 % del área total urbana

## ESTRATIFICACIÓN GEOLÓGICA

SISTEMA	AREA (HAS)	AREA (%)
Cuatemario	7625,2	93,22%
Ordovícico	342,4	4,19%
Silúrico	211,9	2,59%
TOTAL	8179,5	100,00%

Fuente: SIC. Srl.

### Recursos hídricos

El aporte del caudal de los ríos está directamente relacionado con la precipitación, el área de recarga de la cuenca, la cobertura vegetal, la composición geológica, el relieve del terreno, los suelos.

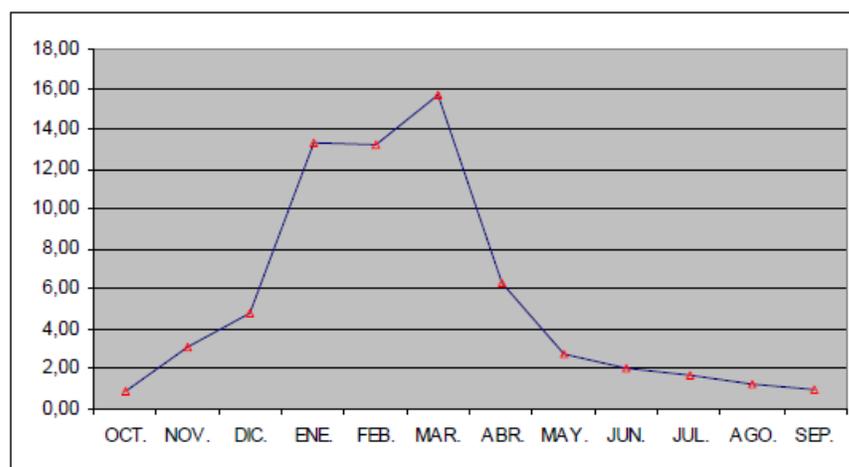
Por la ciudad hace su curso el río Guadalquivir con una longitud de 16 Km. a lo largo del radio urbano en dirección norte a sur, además de este drenaje natural pasan dos quebradas, la Quebrada de El Monte, la que divide los distritos 4, 5, 7, 8 y parte del distrito 9, siendo ésta la mayor causante de riesgos de inundación a lo largo de su curso. La quebrada San Pedro que divide los distritos 9 y 10, es menos propensa a grandes avenidas que la anterior.





En el siguiente gráfico se muestra los caudales medios mensuales del Río Guadalquivir, principal río que pasa por la ciudad.

**CAUDALES MEDIOS DEL RÍO GUADALQUIVIR**

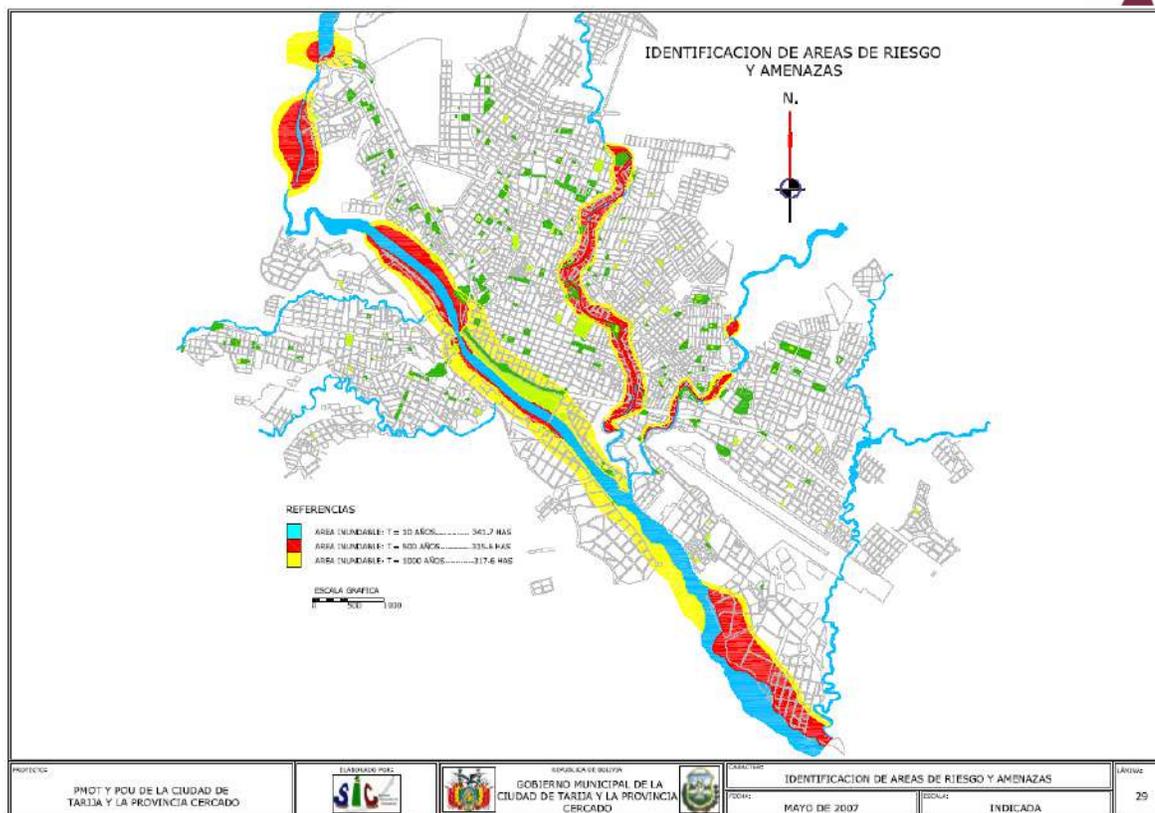


Del grafico anterior se observa claramente que el periodo de estiaje se produce en los meses

(mayo – octubre) mientras en el periodo restante (octubre – abril).

El crecimiento acelerado de la mancha urbana, ha ocasionado que se presenten asentamientos humanos ilegales a lo largo de las riberas de ríos y quebradas sin respetar los AIRES DE QUEBRADAD (25 mt. De la última crecida) que por la ley de municipalidades está estipulada; en consecuencia los cauces fueron acortados causando el ascenso de las aguas de avenidas y por ende inundando áreas urbanas.





### Vegetación y cobertura de la tierra

El área urbana de la ciudad de Tarija, no presenta importantes formaciones vegetales, lo más destacable son las masas arbóreas en las márgenes del Guadalquivir. La vegetación utilizada en calles y avenidas, no responde a necesidades ambientales, a pesar de ser esta un determinante factor del equilibrio climático y ecológico del sistema urbano; las especies empleadas en vías, por lo general son de características, en cuanto a forma y follaje, de escasas dimensiones como para que puedan cumplir a cabalidad su función de elemento termorregulador del microclima urbano. De igual manera no responden a mejorar la calidad de la imagen urbana.

Las áreas verdes existentes son de pequeñas dimensiones y la vegetación tiene características arbustivas, en las zonas de reciente expansión y principalmente en los barrios nuevos, no se considera la presencia de vegetación para los espacios de recreación la misma está siendo remplazada por tinglados, que no van con la fisonomía estética de la ciudad, las vías de igual manera se encuentran desprovistas de vegetación arbórea, encontrando otro obstáculo en el tendido de los servicios de





energía eléctrica y teléfonos, para un verdadero desarrollo y aprovechamiento de su follaje.

✓ Áreas Verdes

El espacio destinado a las áreas verdes en la mancha urbana se clasifica de la siguiente manera:

*Áreas verdes baldías:* se consideran en este estrato a las áreas o lotes sobre las cuales no se ha efectuado ningún trabajo e inclusive subsisten algunos problemas legales respecto al terreno destinado para esto. El 2% del total de áreas verdes tienen esta categoría de desarrollo.

*Áreas verdes en consolidación:* Son áreas verdes sobre los cuales se ha logrado efectuar algunos trabajos de consolidación como ser arborización, delimitación, acordonamiento, limpieza. Las áreas verdes que se clasifican aquí, no tienen problemas legales respecto a su documentación y el uso destinado. Se ha podido identificar, con apoyo de los vecinos de los diferentes barrios, que el porcentaje de áreas verdes en estas condiciones alcanza el 71 %

<p>La vegetación en los aires del rio</p>	<p>Vista que muestra la vegetación urbana</p>

**Contaminación hídrica**

La principal contaminación hídrica se la encuentra en los cauces de las quebradas, las que presentan un alto grado de contaminación, sobre todo si nos referimos a las quebradas Sagredo, Sossa y Verdún, lugar donde son vertidas las aguas residuales del distrito 13, ante la ausencia de un colector que guíe este tipo de residuos a una planta de tratamiento como son las lagunas de oxidación, otras quebradas como la del





Cementerio y San Pedro, también son depósitos de aguas residuales, además han sido convertidas en depósitos de desechos sólidos, causando malos olores y desmejorando el paisaje que presentan muestran nuestra ciudad.

	
Derrame de aguas hervidas al río	Desechos y basura en los ríos

### **Contaminación atmosférica**

Básicamente la contaminación atmosférica en el área urbana viene dada por partículas en suspensión, originadas por vías que no tienen tratamiento ya que un 28 % de las mismas son de tierra. La presencia de áreas erosionadas y otras sin forestación, contribuyen a aumentar el polvo en la atmósfera.

Otro contaminante lo constituyen las fuertes humaredas que son ocasionados por los incendios de chaqueos que son usuales en los meses de Julio y Agosto en las proximidades de la ciudad.

### **Contaminación acústica**

Si bien la contaminación acústica no alcanza niveles mayores a los permisibles, (65 decibeles) la podemos percibir fundamentalmente en las zonas centrales donde se concentran bocinas de vehículos y sectores de venta distinguiéndose aparatos con música con fuertes volúmenes que oscilan entre 60 y 65 decibeles, el mayor problema derivaría de una sobre posición de usos del suelo, al mezclarse actividades como talleres de metalmecánica, carpinterías, Karaoke, con la actividad habitacional, esto ocasiona conflictos por los ruidos producidos por maquinaria como sierras, de igual



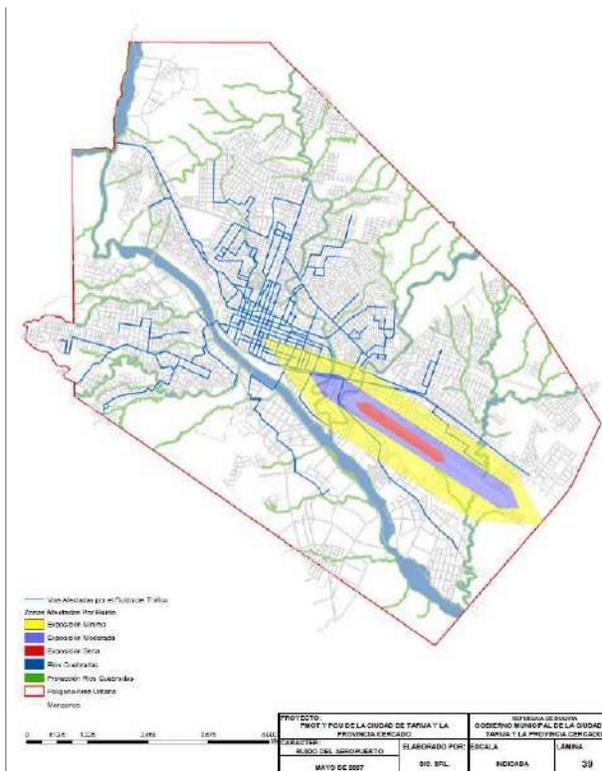


manera el ruido de la música generada por discotecas en horarios nocturnos, privan a sus vecinos de placenteros descansos.

<p>La contaminación acústica en zonas comerciales como en la Av. Panamericana, calle comercio</p>	<p>También existe en el centro de la ciudad por la mayor concentración de población</p>

**Ruido del Aeropuerto**

En general, el ruido generado por aeropuertos, se origina en las operaciones de aterrizaje y despegue, y depende del número de operaciones diarias. En la Lamina 39, del diagnóstico, se ha establecido áreas con diferentes niveles de impacto por ruido del aeropuerto mediante la metodología LUG, que puede ser aplicada para determinar el uso del suelo y el control de ruido, de las áreas afectadas, tipo A, B, C o D., alrededor del emplazamiento del aeropuerto Oriel Plaza.



Lea



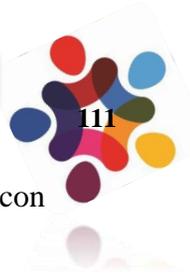


### **Contaminación del suelo**

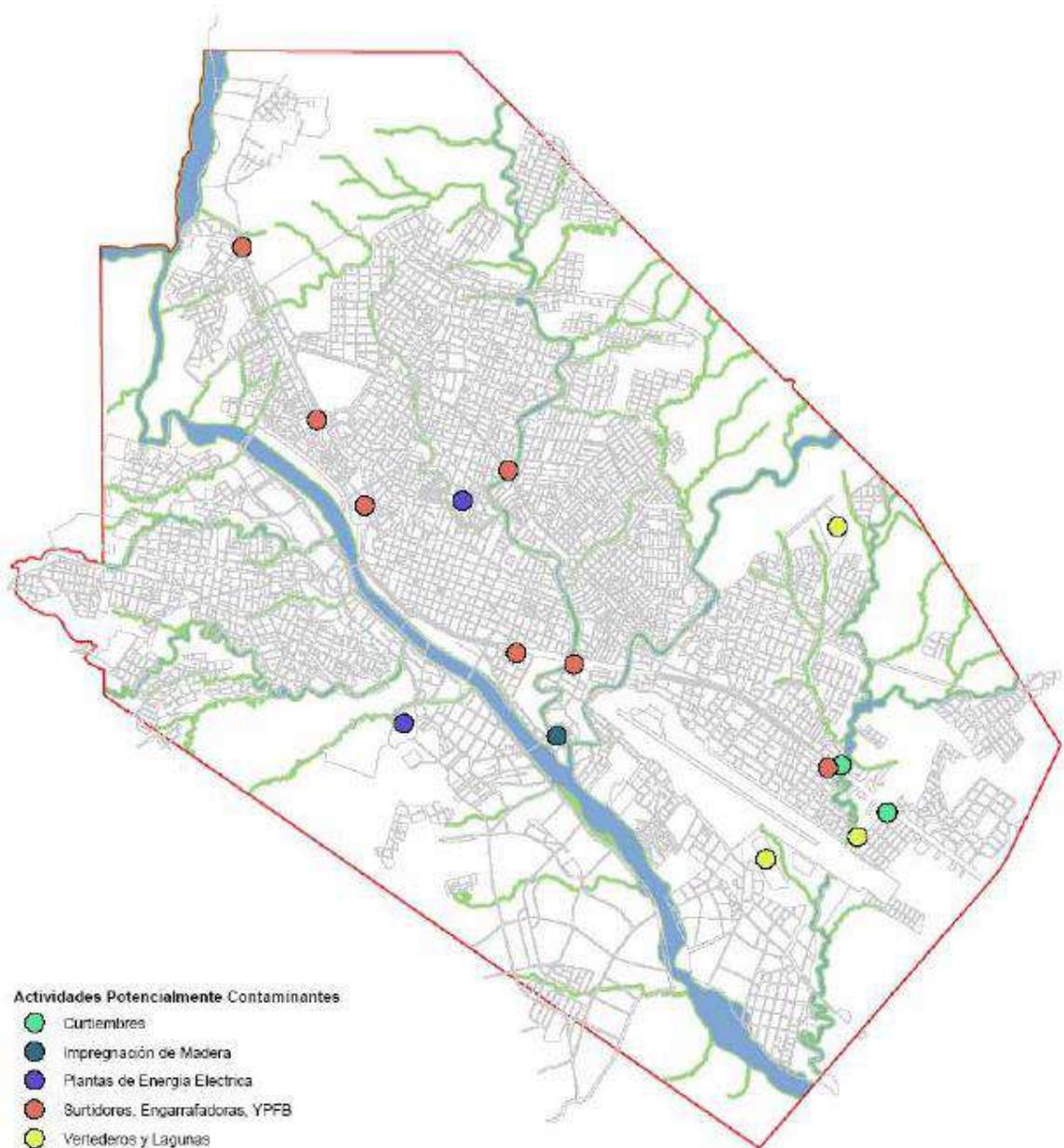
El diagnóstico propositivo, ha hecho posible, definir una lista de emplazamientos o sitios ubicados en la Ciudad de Tarija, con riesgos de potencial contaminación de suelos:

- Curtiembres cercanas al matadero municipal y primeros tramos de Quebrada Cabeza de Toro, donde estas vierten sus efluentes
- Laboratorio de impregnación de madera de la UAJMS.
- Planta asfáltica de la Honorable Alcaldía Municipal
- Talleres de tornería, metalmecánica, cromado y similares, ubicados principalmente en la Ciudad de Tarija
- Talleres mecánicos de mantenimiento y reparación de movilidades, ubicados principalmente en la Ciudad de Tarija
- Estaciones de servicio surtidor, en operación y fuera de uso, ubicadas principalmente en la Ciudad de Tarija.
- Planta engarrafadora de YPFB
- Almacenamiento de hidrocarburos líquidos de YPFB
- Vertedero Municipal de EMAT – Pampa Galana
- Vertedero Municipal de EMAT Abandonado – cerca del Matadero Municipal
- Vertederos clandestinos
- Lagunas de oxidación de San Luis
- Central térmica de la Tablada – SETAR S.A.
- Central térmica de Villa Avaroa – SETAR S.A.



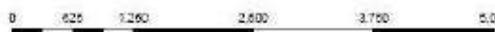


En el diagnostico propositivo, se ubican los principales emplazamientos con actividades potencialmente contaminantes en la Ciudad de Tarija.



**Actividades Potencialmente Contaminantes**

- Curtiembres
- Impregnación de Madera
- Plantas de Energía Eléctrica
- Surtidores, Engrasadoras, YPFB
- Vertederos y Lagunas
- Manzanos
- Ríos Quebradas
- Protección Ríos Quebradas
- Polígono Área Urbana



PROYECTO: PMOT Y POU DE LA CIUDAD DE TARIJA Y LA PROVINCIA CERCADO		REPUBLICA DE BOLIVIA GOBIERNO MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE TARIJA Y LA PROVINCIA CERCADO	
CARÁCTER: ACTIV. POTENCIALMENTE CONTAMINANTES	ELABORADO POR: SIC. SRL.	ESCALA: INDICADA	LÁMINA: 41
MAYO DE 2007			

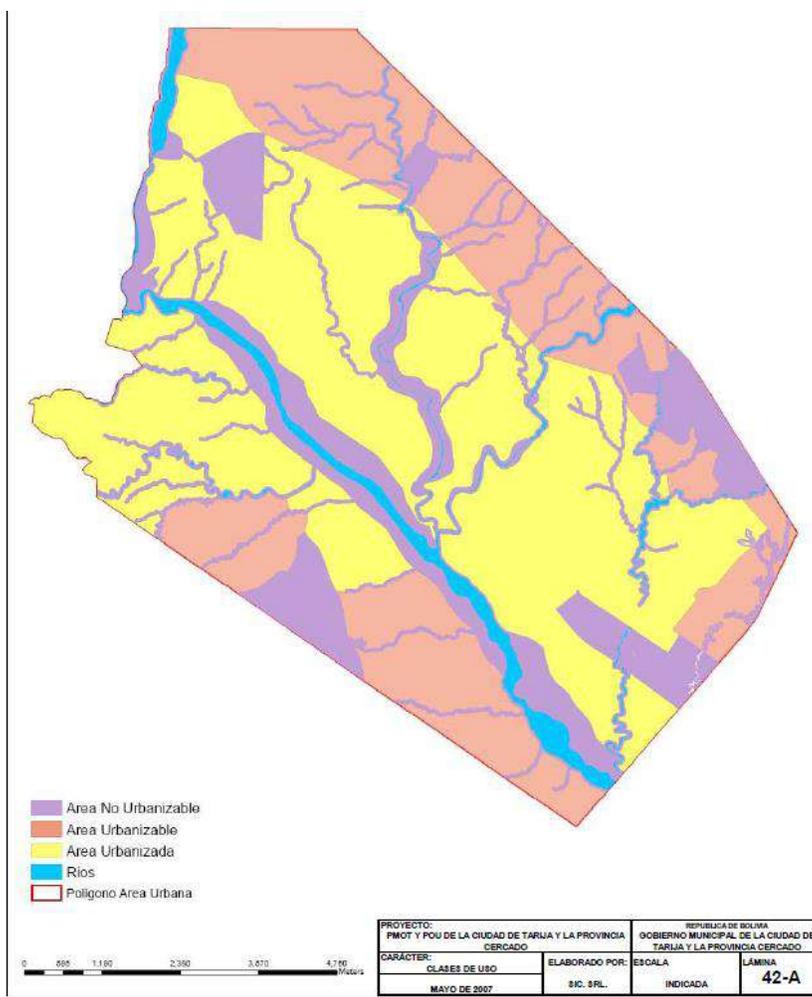




### 2.3.3. Usos del suelo

Para caracterizar el uso actual del suelo, se tuvo que recabar información del municipio referida al análisis del suelo y sus propiedades físico químicas. Existen espacios municipal con diferentes áreas, siendo el más relevante el urbano, que se identifica con la presencia de áreas edificadas es decir, las que presentan concentración de residencias a partir de los , atendidas de servicios básicos y con un mayor o menor grado de desarrollo de su infraestructura. Se identifican también las áreas no edificadas, cuyas categorías son: las áreas de expansión futura del área urbana y las áreas no urbanizables, que al interior del área urbana se las reconoce como de protección.

Es así que la diversidad de usos que se hallan al interior de la ciudad, se encuentran clasificados en diferentes categorías de suelos como: residenciales, de equipamiento, administrativas, depósitos, talleres, comerciales, áreas verdes, y otro tipo de usos específicos, la descripción de estas categorías van acompañadas por su respectiva ubicación en los planos específicos para cada uso.



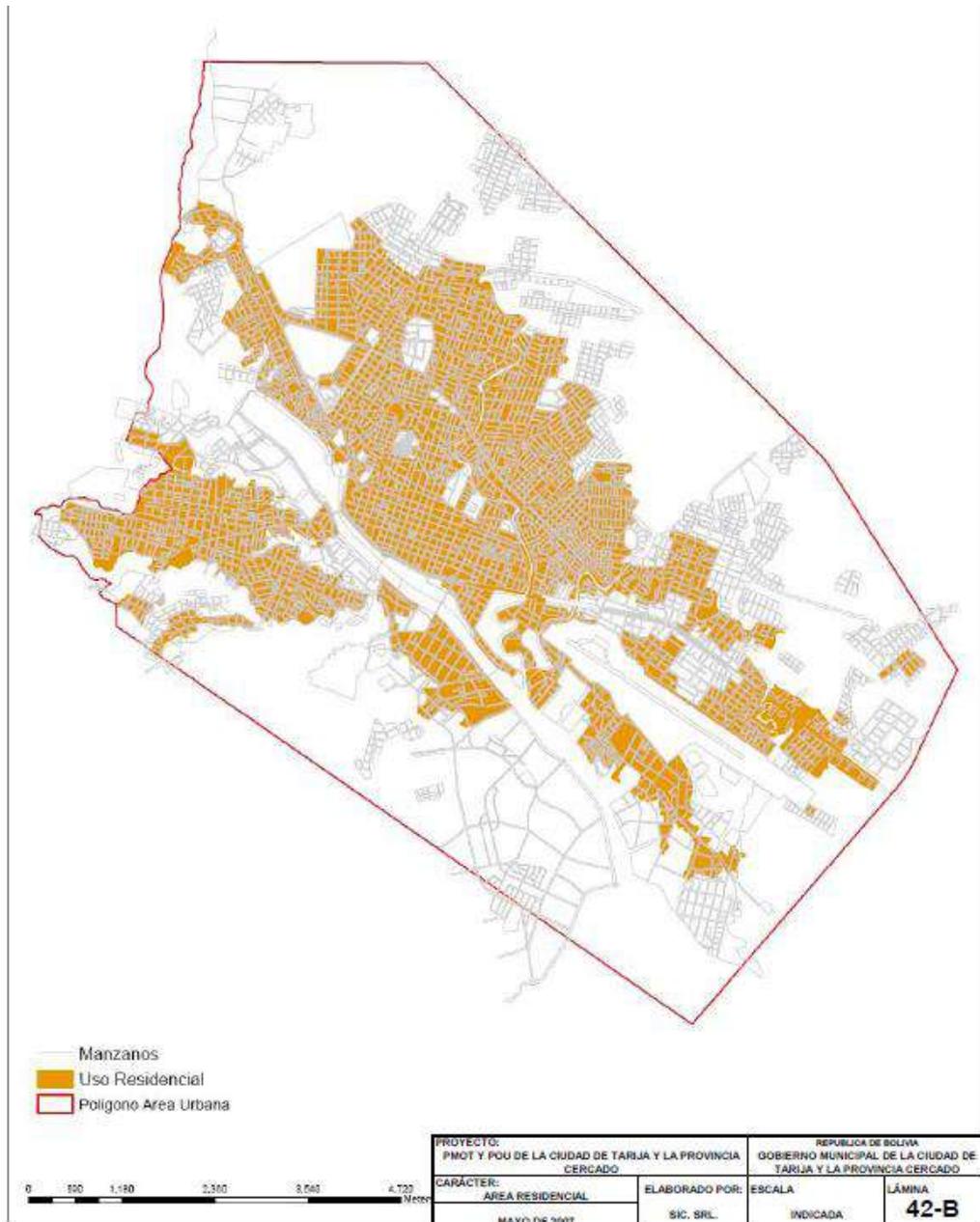
UNIV. FLORES TORI





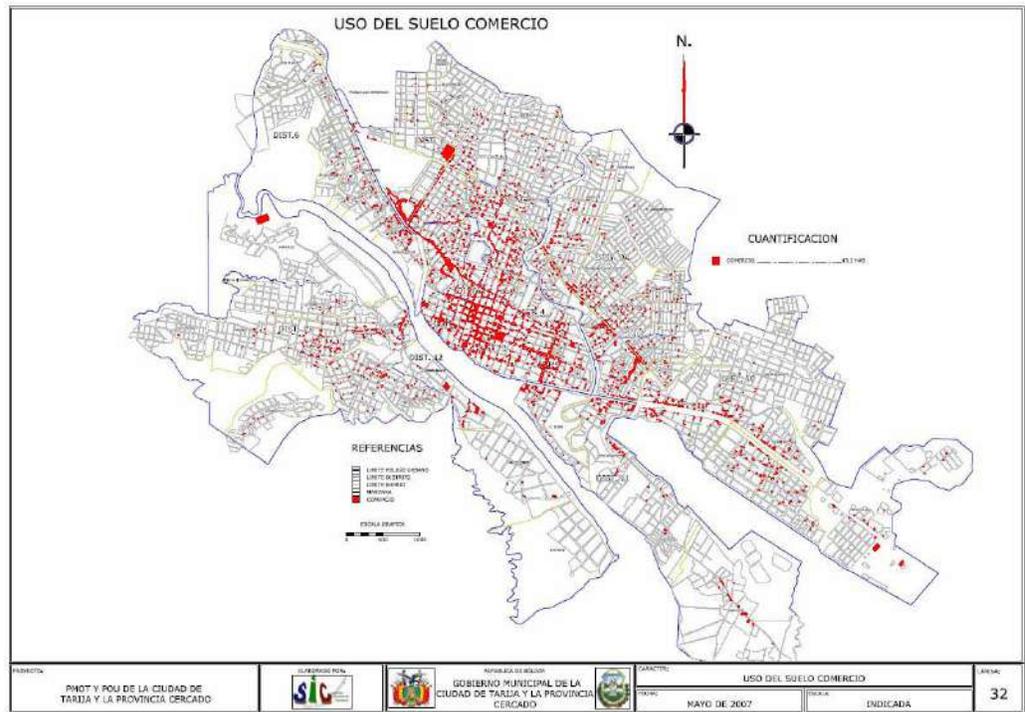
**a) Residencial**

El área residencial forma parte del equipamiento urbano y es todo aquel suelo específico para la construcción de viviendas, el suelo destinado para el uso habitacional ocupa el 50,4 por ciento total del suelo, existiendo diferencias en su interior, tanto en densidad como en tipologías, las que serán analizadas en un capítulo especial.

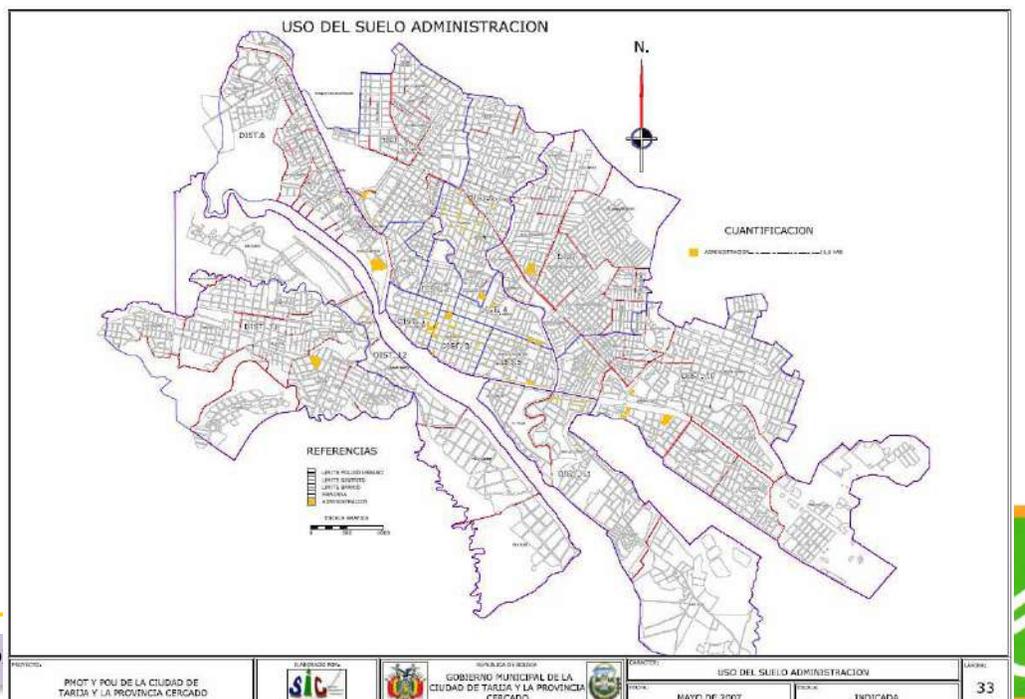




**b) Comercial y de servicios**

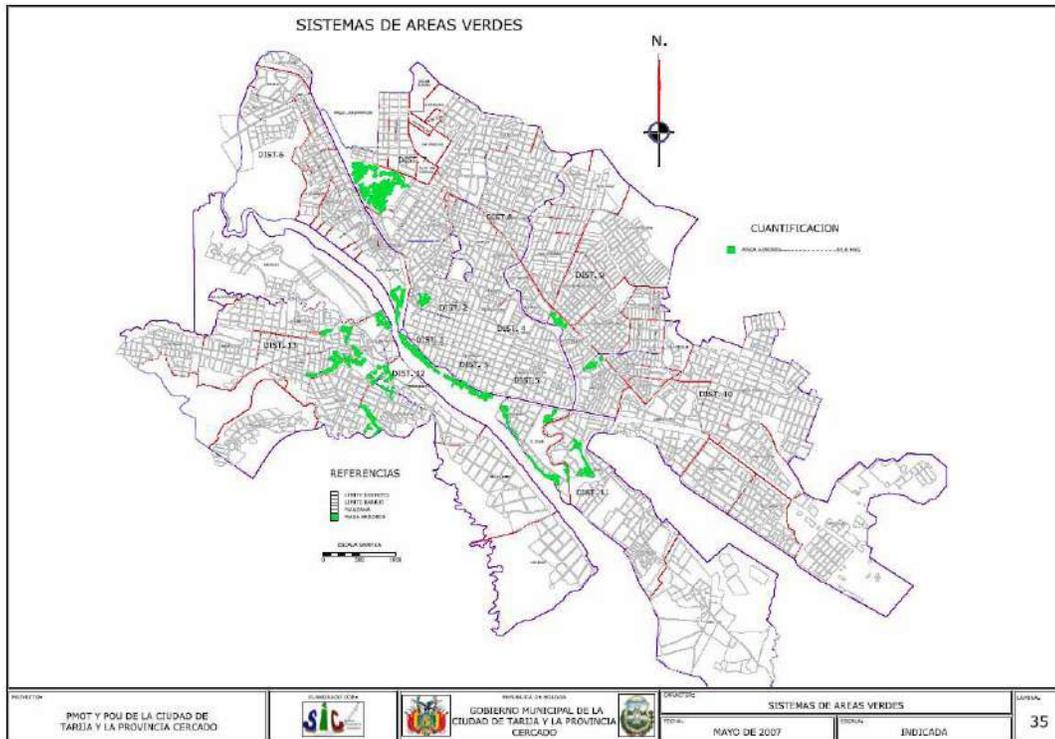


**c) Administración**

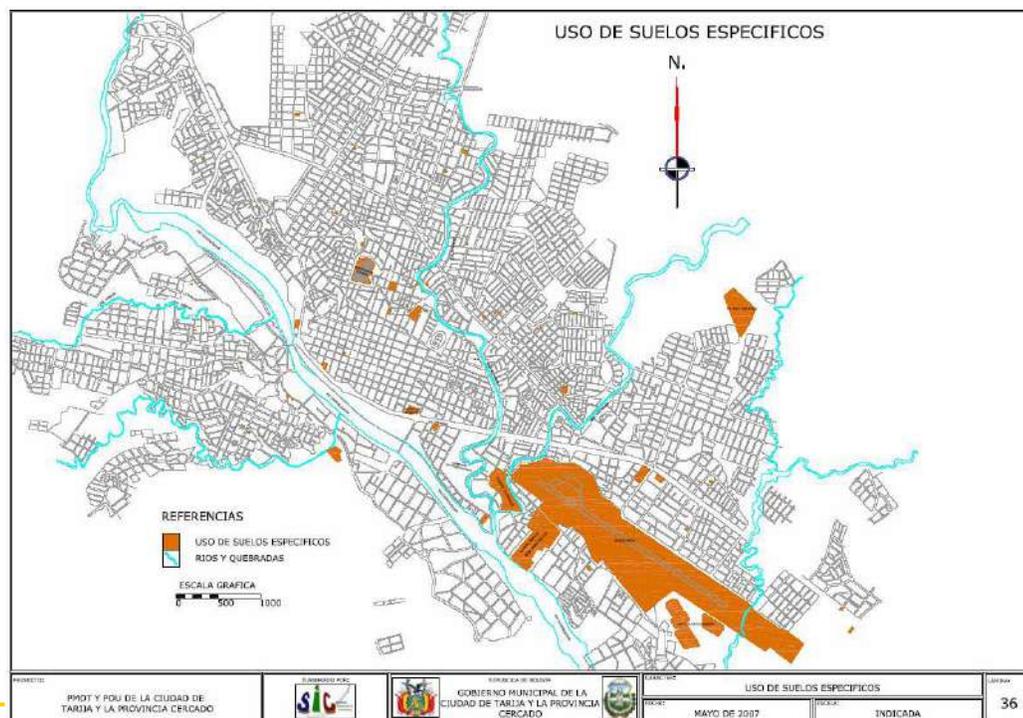




d) Áreas verdes

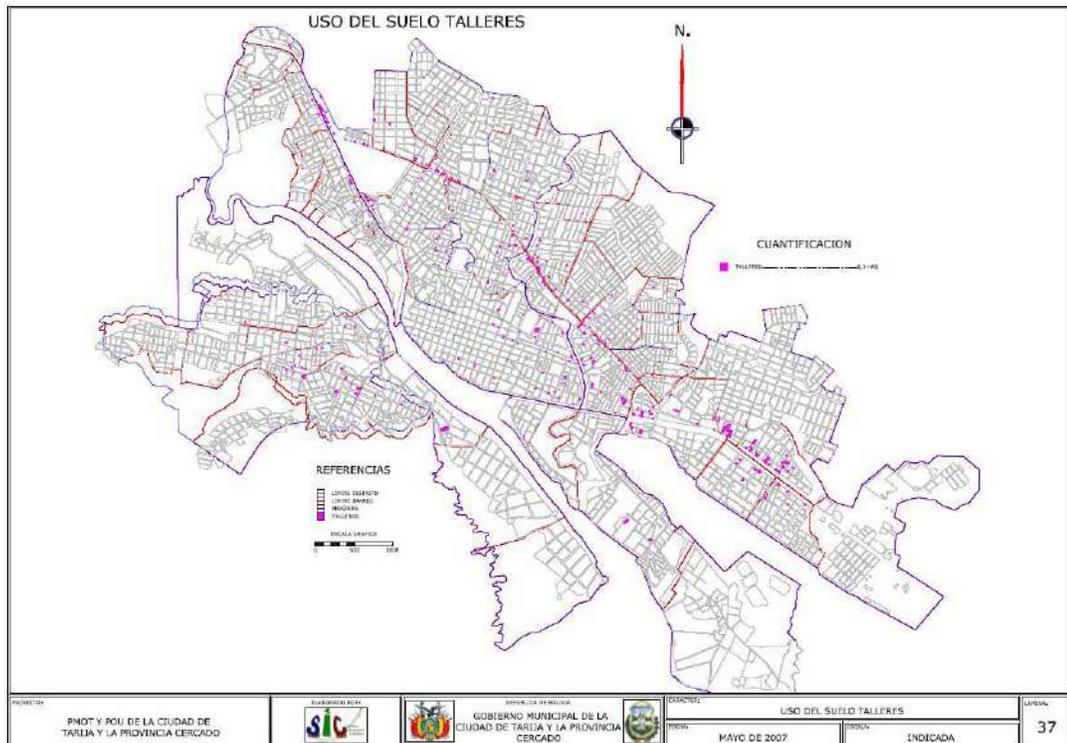


e) Usos específico

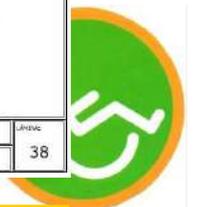
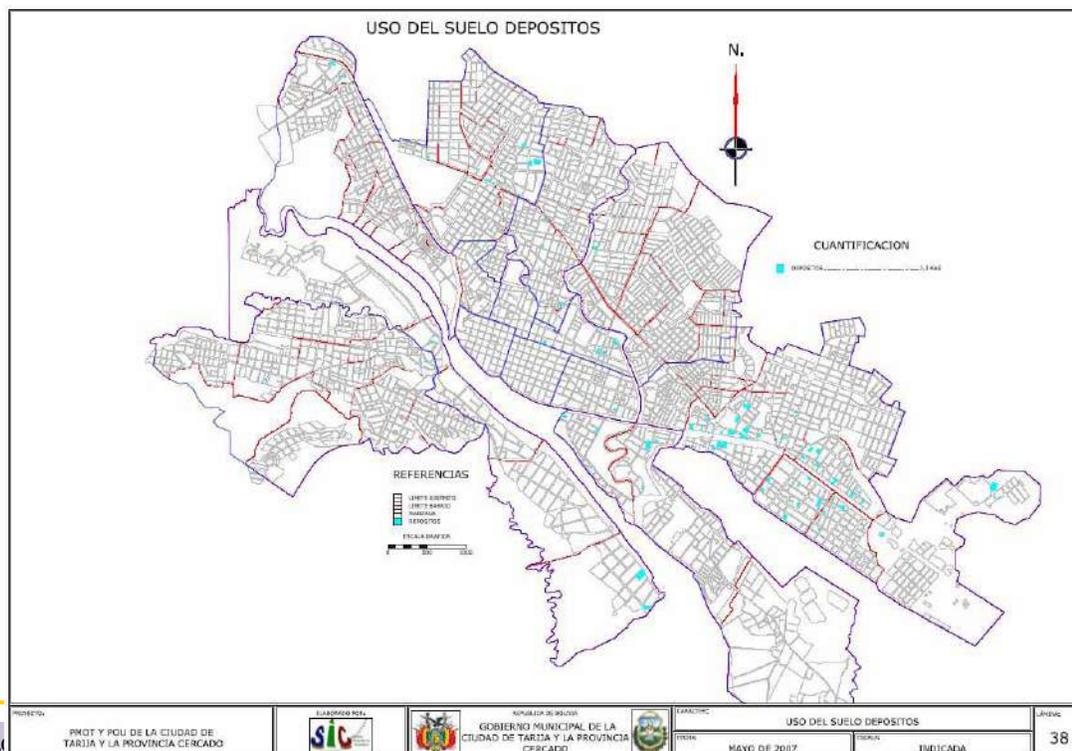




f) Talleres

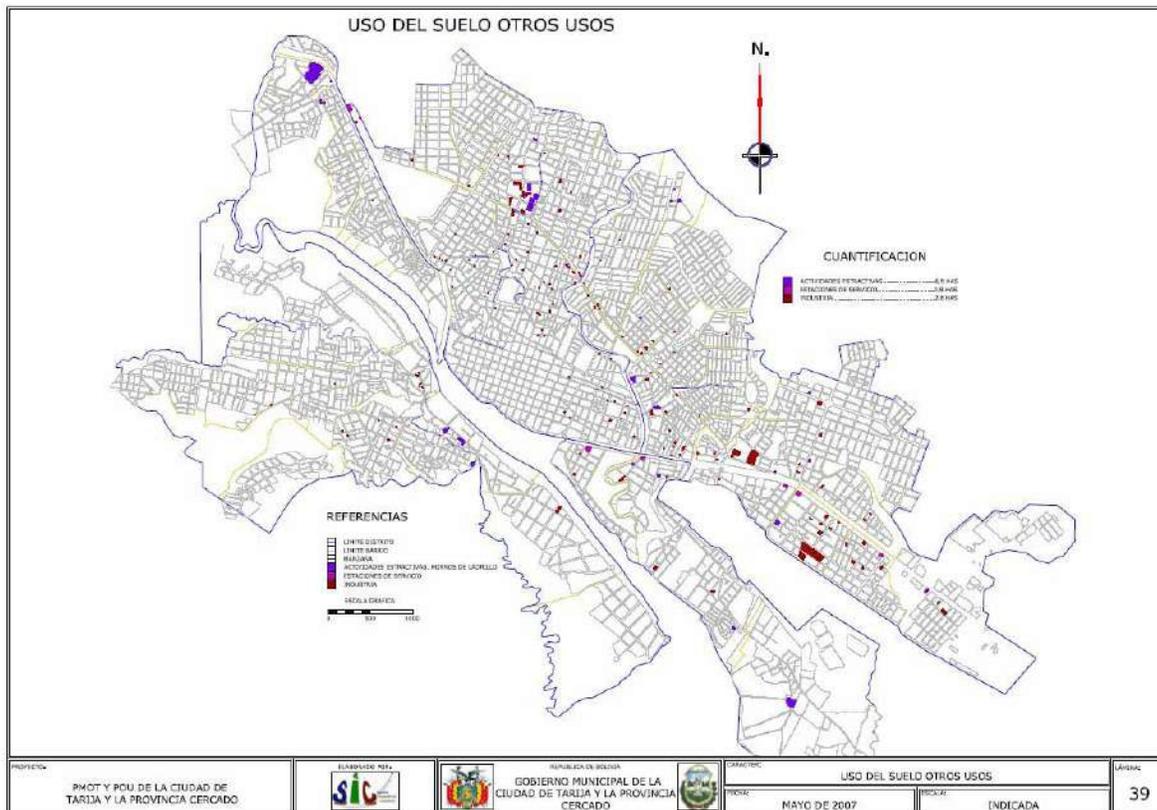


g) Depósitos





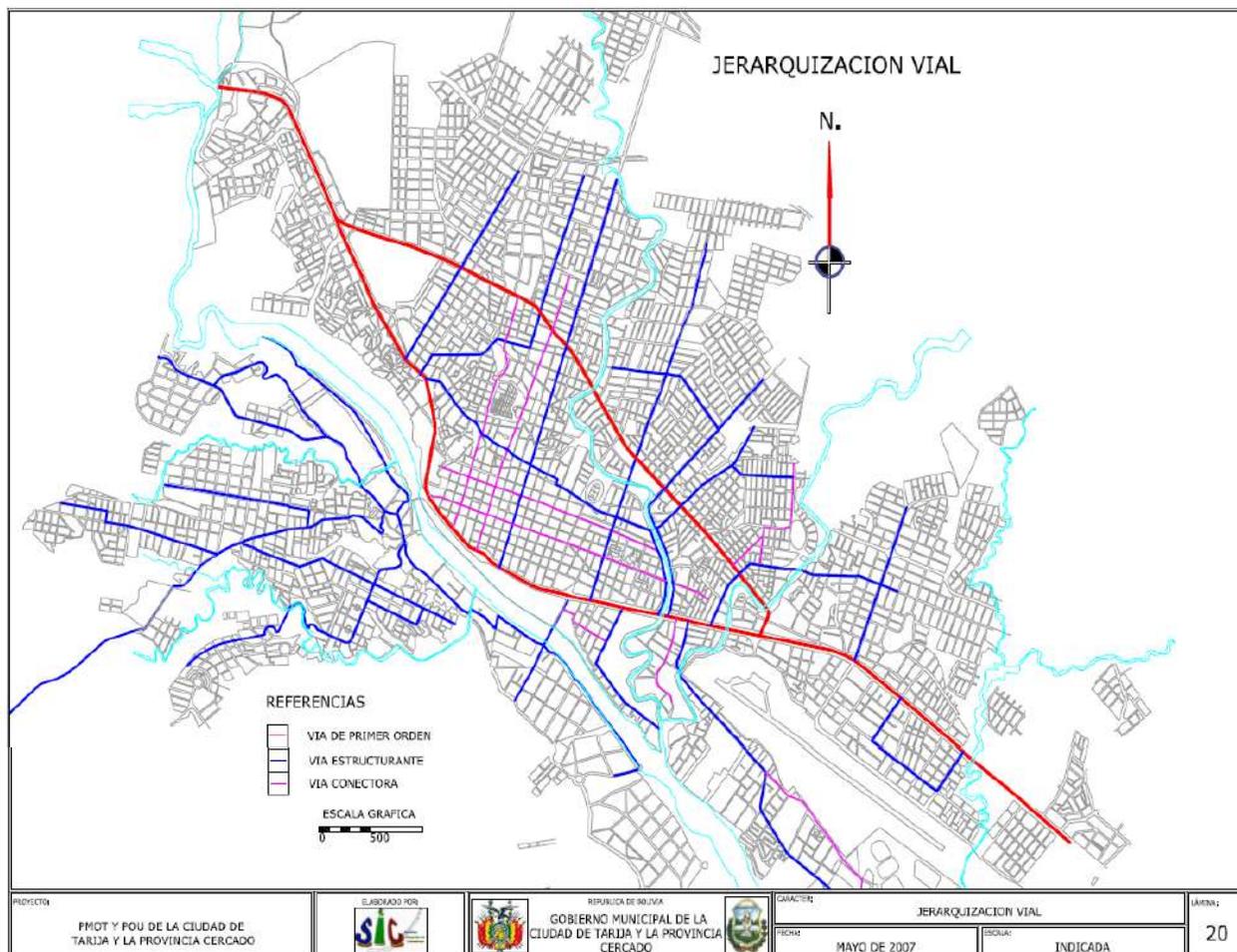
**h) Otros usos**



**Vías**

Son aquellas que permiten el movimiento de personas en un determinado espacio, las mismas que están jerarquizadas de acuerdo a su finalidad o la función que cumple. El total utilizado en vías es de 882 has. Las que equivalen a un el 26,6 por ciento, Dentro de esta categoría de usos, se han definido cuatro categorías de vías: las vías troncales ruta nacional e interdepartamental, vías estructurantes y vías conectoras y peatonales, las que se encuentran definidas y señaladas en el capítulo de transporte y comunicaciones.





### Suelo Protegido

Se ha considerado como suelo protegido al interior de la mancha urbana, todos los aires de quebradas y río. En atención a la Ley de Municipalidades 42 se establece como bien de propiedad municipal, ríos hasta 25 metros a cada lado del borde de máxima crecida, riachuelos, torrenteras y quebradas, con sus lechos, aires y taludes hasta su coronamiento. La recuperación de este tipo de suelo, por medio de esta categoría, permitirá ampliar la cantidad de áreas verdes por habitantes, además de prevenir los riesgos que ocasionan riadas y desbordes de estos cursos de agua.

Se han identificado de igual manera, colinas que deberán preservarse de urbanizaciones, para ser recuperadas e insertarlas en el espacio urbano como elementos naturales traducidos en símbolos e hitos, mediante su reforestación y/o diseños paisajísticos, convirtiéndose en aportes a la imagen urbana



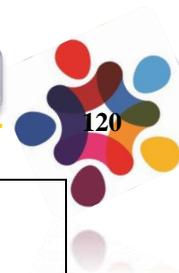


### 2.3.4. Arquitectura y tecnología aplicada en la ciudad de Tarija

#### Edificios

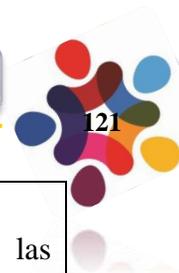
	<p>a) Arquitectura republicana</p> <p>El conjunto de viviendas construidas entre el período de 1880 y 1920</p>
	<p>b) Arquitectura de los 50</p> <p>Dentro de este período el patrimonio arquitectónico tarijeño, incorporará edificios que rompen con las escuelas academicistas, producto de la corriente moderna, incorporando estructura de hormigón armado y ladrillo gambote, estableciendo de esta manera una nueva técnica constructiva.</p>
	<p>c) Arquitectura de los 70</p> <p>Los edificios que se construyen en este decenio, van incorporando en su estructura el hormigón armado, los voladizos, losas planas en las cubiertas, volúmenes sin aleros y grandes ventanales.</p>





	<p>d) Arquitectura de los 80</p> <p>Se realiza la construcción del edificio destinado a la Corte Superior de Justicia, de corriente vanguardista, en reemplazo del antiguo edificio, la construcción secundada por el espacio verde, se constituye en un aporte a la imagen urbana.</p>
	<p>e) Arquitectura de los 90</p> <p>La construcción se va a convertir en la principal actividad comercial de la ciudad, con construcciones en la zona central, donde se introducen nuevas tipologías formales, edificios que por su altura van a reñir con el tejido urbano y con la imagen del centro de la ciudad.</p>
	<p>f) Arquitectura del nuevo siglo</p> <p>Las perspectivas que revelaba el boom del gas, dinamizó la inversión privada en nuestra ciudad, hecho que impulsó la construcción de edificios de tipo comercial, de empresas de servicios, bancos, etc.</p>





Perspectivas que revela las inversiones públicas mediante los gobiernos municipales en nuestra ciudad en infraestructura pública. Inversiones públicas mediante los gobiernos regionales en nuestra ciudad traducida en infraestructura pública de recreación.

#### 2.4. Conclusiones

Los habitantes de la ciudad de Tarija, apuestan por una ciudad que puedan ofrecer servicios turísticos, como una real alternativa de mejorar y revitalizar el flujo económico de la ciudad de Tarija que es en realidad una industria llamada “sin chimeneas” y que puede ser posible dada las condiciones y la ubicación geográfica una de las mayores y mejores alternativas de superación para las y los pobladores.

Al mismo tiempo se piensa en una ciudad con capacidad industrial con generación de puestos laborales estables y con buena remuneración permitiendo transformar y darle valor agregado a los diferentes productos agrícolas y pecuarios que se producen en la región dinamizando la economía familiar en el valle central.

Siendo el orden de importancia según las encuestas está en tercer lugar la imagen de una ciudad capaz de prestar servicios tanto de educación, con una universidad de prestigio regional y nacional que tenga la capacidad de ofertar más y mejores carreras de profesionalización en la ciudad de Tarija y en diferentes lugares del país, como también en servicios de salud, con centros hospitalarios de alto nivel, con personal capacitado para atender la salud pública y servicios financieros, sobre todo a las pequeñas y medianas empresas denominadas “PYMES” que son en realidad las que generan espacios laborales interesantes.

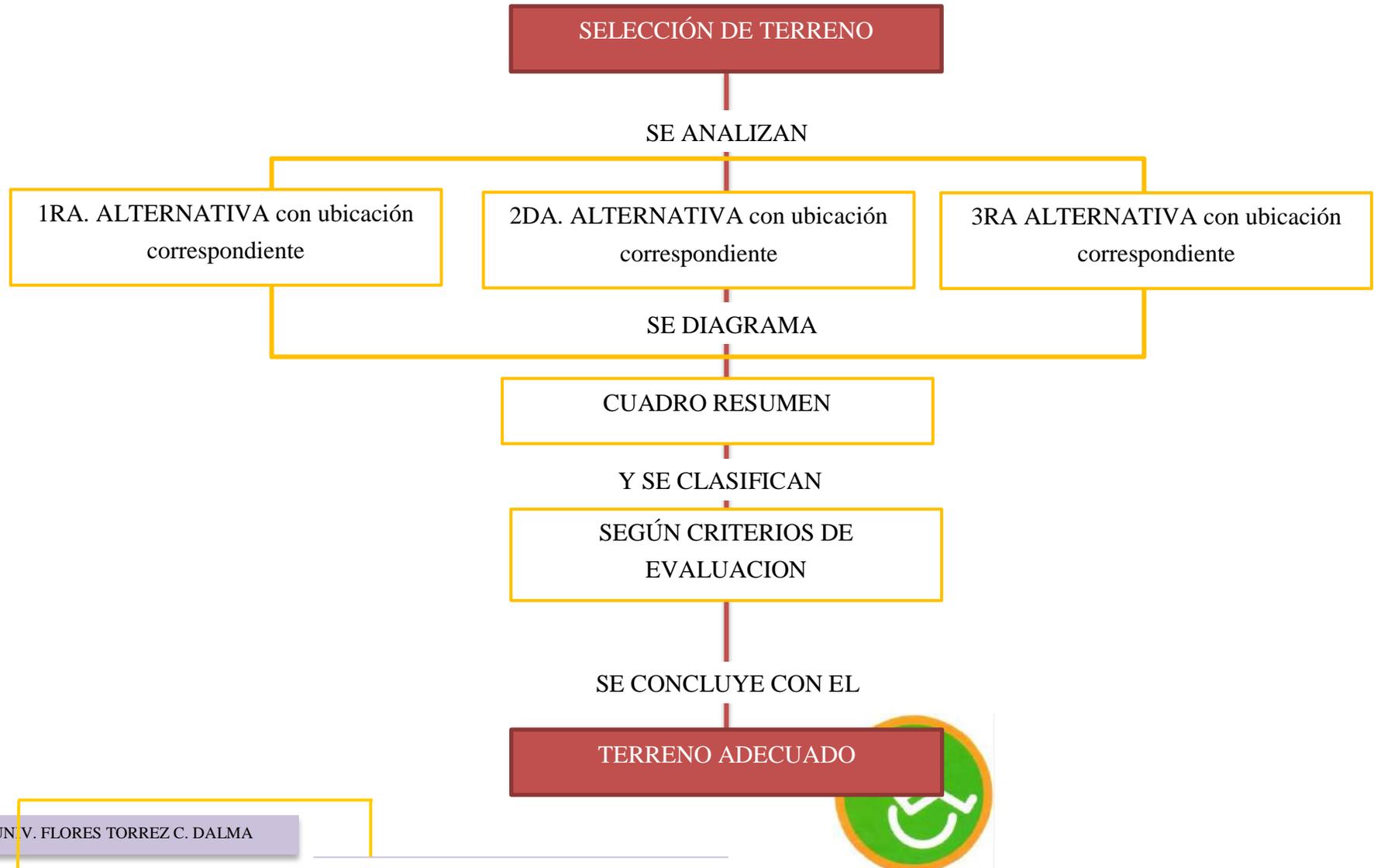


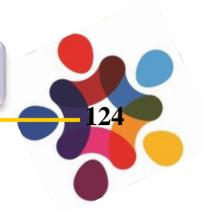




#### 4. ALTERNATIVAS DE EMPLAZAMIENTO

El siguiente diagrama es la secuencia por la cual se llega al terreno indicado para el tipo de proyecto, en este caso: Centro de Rehabilitación integral para niños con discapacidad física motriz.





4.1 1RA. ALTERNATIVA

C I U D A D E T A R I J A	<b>SITIO</b>	<b>DISTRITO 9</b>	<b>UBICACION</b>
	<p><b>Ubicación:</b> Barrio el constructor.</p> <p><b>Propietario:</b> Alcaldía Municipal de Tarija.</p> <p><b>Área:</b> 16907,61m2</p> <p><b>Superficie:</b> nivelada</p> <p><b>Pendiente:</b> 5%</p>		
<p>Ubicado al noreste de la ciudad de Tarija tomando como punto de referencia la plaza Luis de Fuentes, en el distrito 9, barrió el constructor. La vía conectora Gran Chaco se encuentra en buenas condiciones ya que la misma se encuentra empedrada, la accesibilidad del terreno es de segundo orden es decir que esta un eje principal distrital y que el mismo vincula con el eje principal de la ciudad (Av. Circunvalación)</p>			



**CONTEXTO URBANO**



En este Distrito solo se encuentra un Centro de Salud ubicado en el barrio Narciso Campero, denominado Centro de Salud “Palmarcito” brinda atención primaria de salud como también la medicina asistencial. Encontramos también equipamiento Deportivos donde se practican ejercicios físicos que permiten un relajamiento psicológico personal o colectivo. Por otra parte, llama la atención en el sector educación de este distrito que pese a ser un distrito urbano hay que considerar que alguno de los establecimientos pasan clases en dos turnos.

**CONTEXTO AROUITECTONICO**



El barrio el constructor está en pleno proceso de consolidación que estos últimos años se va acelerando paulatinamente. Las construcciones de viviendas con de tipo tradicional no más de tres niveles o pisos.





C  
O  
N  
T  
E  
X  
T  
O  
  
N  
A  
T  
U  
R  
A  
L

**Asoleamiento**



La salida del sol en verano por el este es a las 6:00 am y termina a las 18:30pm.  
La salida del sol en invierno por el este es a las 6:30 am y termina a las 17:30 pm

**Paisaje**



VEGETACIÓN INSERTADA	VEGETACIÓN NATURAL
PINO	CHURQUI
MISPERO	MOLLE
EUCALIPTO	SAUCE CRIOLLO
CINA CINA	CEIBO

**TOPOGRAFÍA**



El terreno en su forma natural tiene una pendiente 5%. La superficie es suficiente para un acomoda ubicación del equipamiento y para aceptar la posibilidad de una expansión futura de acuerdo a la demanda de espacios que pudiera presentarse.

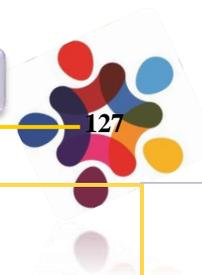
**Servicios básicos**

SERVICIO	LOTE 1	OBS
Red de Alcantarillado	Si	
Agua	Si	
Red Pluvial	Si	
Red Eléctrica	Si	
Transporte Publico	Si	
Limpieza y Recojo de Basura	Si	



La topografía presenta un desnivel donde se puede desenvolver el proyecto que cuenta con una pendiente de 5%





--	--	--

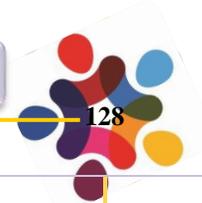
### 3.2. 2DA ALTERNATIVA

	SITIO	DISTRITO 13	UBICACION
--	-------	-------------	-----------

C  
I  
U  
D  
A  
D  
  
D  
E  
  
T  
A  
R  
I  
J  
A

V. FLORES TORREZ C. DALMA





**Ubicación:**

Barrió alto senac

**Costo de m2:**

50\$

**Área:**

18.052 m2

**Superficie:**

nivelada

**Pendiente:**

5%



VIA DE 2DO ORDEN- AV. LOS MOLLES

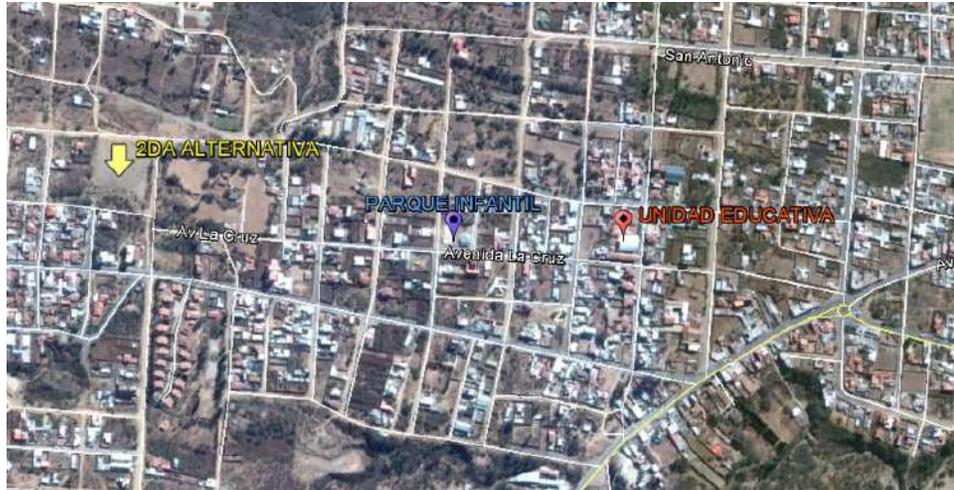


VIA DE 3ER CALLE CONTRA PUNTO CHAPACO

Ubicado al noroeste de la ciudad de Tarija en el distrito 13, barrió el alto senac. La vía conectora es la Av. Los molles la cual se encuentra asfaltada la accesibilidad del terreno es de tercer orden la cual se encuentra en proceso de empedrado



### CONTEXTO URBANO



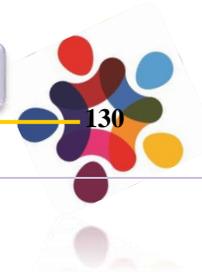
En este Distrito solo se encuentra un Centro de Salud Néstor Paz Zamora ubicado en Méndez arcos, brinda la medicina asistencial. Encontramos también parques que permiten un relajamiento psicológico personal o colectivo. También encontramos en el sector unidades educativas de este distrito que pese a estar alejado se conectan con varias unidades educativas

### CONTEXTO AROUITECTONICO



El barrio alto senac está en pleno proceso de consolidación que estos últimos años se va acelerando paulatinamente. Las construcciones de viviendas con de tipo tradicional no más de tres niveles.





C  
O  
N  
T  
E  
X  
T  
O  
  
N  
A  
T  
U  
R  
A  
L

**Asoleamiento**



La salida del sol en verano por el este es a las 6:00 am y termina a las 18:30pm.  
La salida del sol en invierno por el este es a las 6:30 am y termina a las 17:30 pm

**Paisaje**

SERVICIO	LOTE 1	OBS
----------	--------	-----





**Topografía**



Red Alcantarillado	de	Si	
Agua		Si	
Red Pluvial		Si	
Red Eléctrica		Si	
Transporte Publico		Si	
Limpieza y Recojo de Basura		Si	
<b>VEGETACIÓN INSERTADA</b>		<b>VEGETACIÓN NATURAL</b>	
PINO		CHURQUI	
MISPERO		MOLLE	

El terreno en su forma natural es de superficie plana con una leve pendiente. La superficie es suficiente para un acomoda ubicación del equipamiento aunque tiene viviendas construidas en el área pero estas no perjudican ya que se encuentran en un pequeño tercio del área a un costado



**4.3. 3RA ALTERNATIVA**

<b>C I U D A D D E</b>	<b>SITIO</b>	<b>DISTRITO 10</b>	<b>UBICACION</b>
--	--------------	--------------------	------------------

V. FLORES TORREZ C. DALMA



**Ubicación:**

Torrecillas

**Costo de m2:**

70\$

**Área:**

18.874 m2

**Superficie:**

En desnivel

**Pendiente:**

10%



VIA DE 1ER ORDEN- AV. PANAMERICANA

VIA DISTRITAL LAS VELAS



Se encuentra situado geográficamente en la parte sudeste de la Ciudad de Tarija tomando como punto de referencia la nueva terminal de buses, Torrecillas. Entre las características de las vías vinculadas al sitio se pudo notar que la vía de primer orden distrital se encuentra en buenas condiciones ya que la misma se encuentra empedrada, la accesibilidad del terreno es de segundo orden es decir que esta un eje principal distrital y que el mismo vincula con el eje principal de la ciudad (Av. Panamericana)

