

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1.INTRODUCCIÓN

Desde 1982, en el ámbito mundial y regional se comienza a visualizar las situaciones de discriminación, marginalidad y vulneración de los derechos de las personas “Adultas /os Mayores”, discriminación y vulnerabilidad, que se evidencian en la escasa incorporación de demandas y necesidades específicas de esta población en los planes, programas y/o acciones de políticas Nacionales.

Desde una perspectiva social se puede señalar que en nuestra cultura la vejez se asocia con un papel pasivo, no se le reconoce su utilidad, produce una sensación de soledad y con frecuencia les toca dejar sus actividades productivas por el fenómeno de la jubilación, hasta el extremo de precipitar la muerte debido a esta situación marginal.

Por otra parte el envejecimiento paulatino de la población de nuestro planeta, es uno de los hechos más reconocidos por todo el mundo, la tendencia más significativa en Bolivia, es que debido al crecimiento de su población el porcentaje de niños en el país es menor, mientras que el porcentaje de personas adultas mayores va en aumento.

Se puede mencionar que los adultos mayores, en la mayoría de los casos se constituyen en uno de los sectores sociales, no reconocidos puesto que las personas mayores en el pasado fueron quienes lucharon para dejarnos una patria digna y soberana, confrontando directamente los profundos cambios del Estado y la paulatina consolidación del sistema democrático en el país, muchas de las veces la importantísima labor que realizaron los adultos mayores, queda en el olvido, debido a que nuestra sociedad está perdiendo el sentido humano, donde los más fundamentales valores son sustituidos por los antivalores, orientados a apreciación de que lo viejo es inservible y lo nuevo

es mejor, este tipo de conducta es una de las tendencias en las cuales nuestra sociedad, se desenvuelve a diario ignorando el pasado y viviendo el presente, aunque este proceso implique dejar de lado uno de los sectores más importantes de la sociedad como son los adultos mayores.

Según el Instituto Nacional de Estadística, el 50% de los ancianos está en pobreza crónica, es decir, viven sin necesidades básicas satisfechas y bajo la línea de pobreza.

Lo anteriormente señalado demuestra claramente, la situación abismal que sufren diariamente los adultos mayores en el país, ya que los mismos en uno de los sectores más descuidados por todos los gobiernos de turno, muchos adultos mayores viven en la total indigencia precisamente, a consecuencia del sistema económico que prevalece en el país, donde la mayoría de las personas se encuentran bajo en lumbral de la pobreza, que hace que los grupos sociales más vulnerables sufran las consecuencias del sistema.

Como un antecedente destacable, respecto a la solución de los problemas más álgidos de sector poblacional de adultos mayores, principalmente debido a la falta de políticas públicas adecuadas y específicas destinadas a este sector, la escasa asignación de recursos económicos para trabajar sobre este tema, falta de recursos humanos sensibilizados y capacitados.

1.2.DELIMITACIÓN DEL TEMA

El proyecto está dirigido a la provincia J.M. Avilés, más específicamente en el Valle de la Concepción, dadas sus características climáticas, de emplazamiento y situacionales del que convierten a esta ciudad en el lugar idóneo para su implementación.

A diferencia de todas las demás provincias que cuentan con asilos/albergues de ancianos edificados, en proyecto o en construcción, la provincia J.M. Avilés está lejos de si quiera proyectar a futuro un centro integral para el adulto mayor siendo una necesidad latente que se percibe en el día a día.

La población del Valle de la Concepción se encuentra en estado de envejecimiento dada la emigración de la población joven a la ciudad capital en busca de oportunidades distintas a las que les podría brindar su ciudad natal, causando así que aquellos habitantes arraigados a su tierra queden en el olvido e incluso en el estado de indigencia.

Además las condiciones climáticas del Valle de la Concepción son ideales para la preservación y cuidados que necesita la población, especialmente en la etapa de la adultez, brindándole la posibilidad de mejorar su calidad de vida en el punto en que se aproveche.

Al ser una ciudad intermedia, el valle de la concepción permite a sus habitantes abastecerse de todas sus necesidades fundamentales alejadas del caos de las grandes ciudades, convirtiéndose así en ideal para la vida del adulto mayor.

Su situación de ciudad compacta permite también la implementación de equipamientos de grandes dimensiones en terrenos extensos sin tener que por lo mismo aislarse de la vida de la ciudad.

1.3.PROBLEMÁTICA

El objeto por el cual fueron creados los CIAM es de dar cobijo a las personas adultas mayores que así lo necesiten o se encuentren en situación de riesgo, a consecuencia de un abandono inminente por parte de sus familiares, e incluso maltrato físico y otras situaciones por las cuales se ven obligados a solicitar ayuda en esos hogares u centros de acogida.

La entidad gubernamental encargada por Ley de los asuntos relacionados a este sector es la Dirección Nacional de Asuntos Generacionales y Familia, dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano. Esta repartición es de carácter normativo, por lo tanto, no tiene capacidad ejecutora ni presupuesto para desarrollar programas.

Las Alcaldías Municipales tienen las Oficialías de Desarrollo Humano, como los organismos encargados de los asuntos de los adultos mayores en los municipios. Sin embargo, de acuerdo a las encuestas realizadas en 6 ciudades del país, solamente en Sta. Cruz el municipio atiende un comedor de ancianos, los demás municipios no tienen programas dirigidos a los adultos mayores a excepción del registro para el seguro gratuito de vejez.

Existe un registro de los asilos (públicos, privados ONGs, Iglesia Católica) y las personas atendidas, según departamento, el año 1997, que indica que existe un total de 35 asilos en todo el país con 4.261 personas atendidas, en la actualidad el número de asilos ha variado considerablemente, debido al hecho de que la población de adultos mayores en los últimos años ha ido creciendo de manera inusual a excepción de la Ciudad de Tarija que cuenta con asilos financiados por sus respectivos municipios y no así por el estado y un asilo dependiente de la Iglesia Católica. El único municipio que no cuenta con este beneficio es Uriondo.

Respecto a las Organizaciones no gubernamentales se puede decir que no son muchas las ONGs que trabajan con las personas adultas mayores en el país y la mayor parte de ellas se encuentran agrupadas en Defensa del Anciano y no así para la construcción de equipamientos.

Los Centros de ancianos a parte de las organizaciones de jubilados y beneméritos, sólo el 2 % de la población mayor de 60 años pertenece a un grupo de personas de edad que se reúne con fines de socialización, recreación, generación de ingresos y otros.

A partir del Estado no existen fuentes gubernamentales específicas que financien programas dirigidos a la tercera edad, excepto el mantenimiento de algunos asilos, centros de día y comedores del estado. Ninguno de estos en el departamento de Tarija.

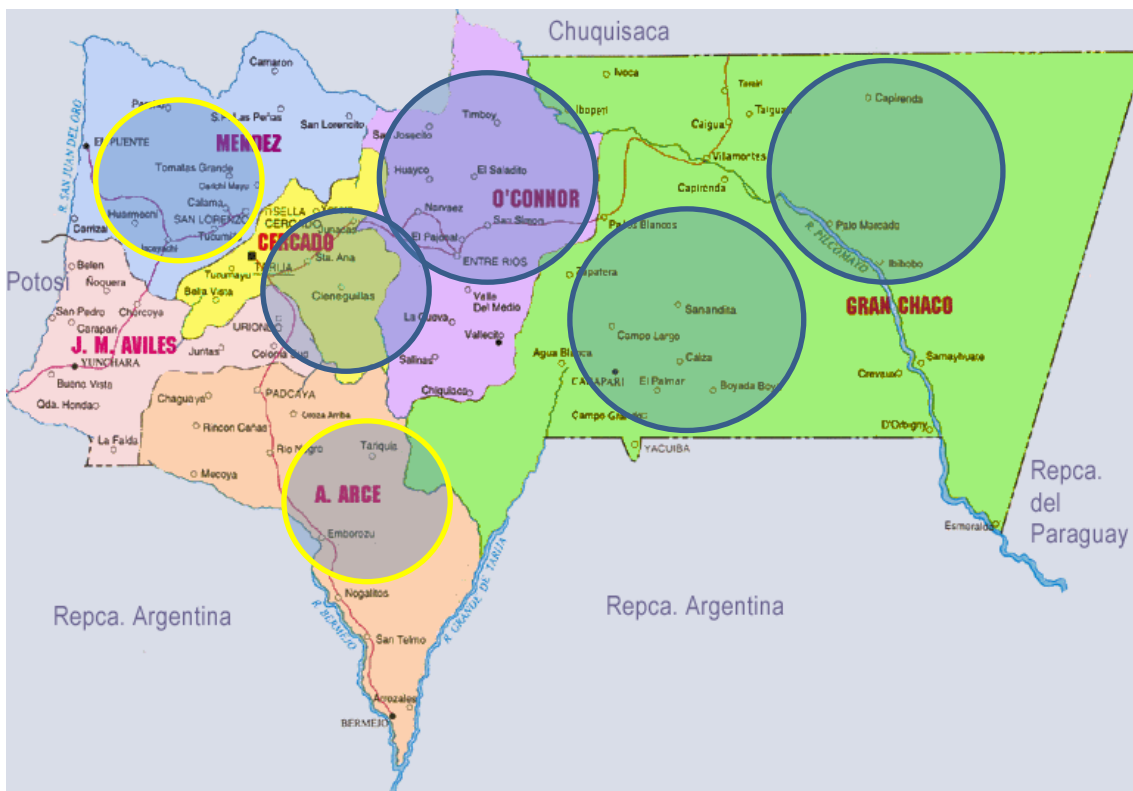
Por iniciativa propia de algunos municipios están contemplando en sus planes operativos recursos para apoyar programas dirigidos a la tercera edad, sin embargo estas son iniciativas aisladas que no muestran mayor impacto en cuanto a la protección y asistencia a personas adultas mayores.

Las únicas fuentes de financiamiento no gubernamentales que se encuentran destinadas al apoyo específico de programas para personas de edad en el país es Help Age International y Fundación Horizontes, la única ONG boliviana que apoya proyectos y programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

1.4.HIPÓTESIS

El centro integral del adulto mayor para el Valle de la Concepción, con una adecuada infraestructura funcional, tecnológica, en armonía con el contexto urbano y el medio ambiente natural, otorga al adulto mayor el abastecimiento total de todas sus necesidades desde físicas hasta espirituales, otorgándole la calidad de vida que le corresponde por derecho y haciendo de su estadía un ideal.

1.5.JUSTIFICACIÓN



El municipio de Uriondo presenta los siguientes problemas a ser atendidos:

- No cuenta con equipamientos dirigidos al grupo más vulnerable de la población que está integrado principalmente por los adultos mayores y aquellos con deficiencias tanto motoras o mentes.
- En el aspecto de Salud, no engloba las necesidades de toda su población enfocándose en casos menores o de ayuda inmediata.
- La población presenta un mayor índice de crecimiento en los adultos mayores.

Dando un vistazo a nivel departamental encontramos que:

El departamento de Tarija cuenta con cuatro hogares/albergues/ asilos para ancianos ya edificados y en uso en las provincias de Cercado, O'Connor y Gran Chaco respectivamente.

El asilo ubicado en la ciudad de Tarija (Cercado), luego encontramos el de Entre Ríos (O'Connor), en Yacuiba (Gran Chaco) y finalmente en Carapari (Gran Chaco) .

También se tiene dato de proyectos de construcción/ampliación de un albergue para el adulto mayor en Padcaya (provincia Arce), dato obtenido del Sigma como proyectos del gobierno autónomo de Padcaya, un albergue para el adulto mayor en El Puente (provincia Méndez), dato obtenido del SICOES como proyecto en curso del Gobierno Autónomo Municipal del Puente y la construcción de un centro de rehabilitación para el adulto mayor en el distrito 8 de la ciudad de Tarija, dato obtenido del SICOES como proyecto contratado del Gobierno Autónomo Municipal de Tarija.

Avilés es, a diferencia de todas las demás que cuenta con asilos/albergues de ancianos edificados, en proyecto o en construcción, la única provincia sin presencia de ningún centro de acogida para el adulto mayor.

Los siguientes datos estadísticos expresan la necesidad de la implementación de un centro integral del adulto mayor en el Valle de la Concepción

POBLACIÓN TOTAL Y POR EDAD (60 AÑOS +) DATOS CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2012

Avilés

20.271 población

total.....100%

2.211 adultos

mayores.....10.90%

Cercado.

205.375 población	
total.....	100%
18.356 adultos	
mayores.....	8,93%
Aniceto arce	
53.186 población	
total.....	100%
5.081 adultos	
mayores.....	9.55%
Gran chaco	
147.478 población	
total.....	100%
10.956 adultos	
mayores.....	7.43%
Méndez	
35.217 población	
total.....	100%
4.355 adultos	
mayores.....	12.37%
O'connor	
21.991 población	
total.....	100%
2.195 adultos	
mayores.....	9.98%

Las dos provincias con mayor presencia de adultos mayores son Méndez y Avilés

INDICE DE CRECIMIENTO POBLACIONAL

Avilés

Adulto mayor (60+) aumento del 0.26%

(promedio anual 2000-2005).....1.65%

(promedio anual 2005-2010).....1.91%

Niños, jóvenes y adultos (-60) disminución de 0.245%

(promedio anual 2000-2005).....0.31%

(promedio anual 2005-2010).....0.065%

Méndez

Adulto mayor (60+) aumento del 0,21%

(promedio anual 2000-2005).....1.57%

(promedio anual 2005-2010).....1.78%

Niños, jóvenes y adultos (-60) disminución de 0.29%

(promedio anual 2000-2005).....0.19%

(promedio anual 2005-2010).....-0.097%

O'connor

Adulto mayor (60+) aumento del 0.26%

(promedio anual 2000-2005).....1.87%

(promedio anual 2005-2010).....2.13%

Niños, jóvenes y adultos (-60) disminución de 0.23%

(promedio anual 2000-2005).....0.64%

(promedio anual 2005-2010).....0.41%

Cercado

Adulto mayor (60+) aumento del 0.02%

(promedio anual 2000-2005).....4%

(promedio anual 2005-2010).....4.02%

Niños, jóvenes y adultos (-60) disminución de 0.42%

(promedio anual 2000-2005).....2.97%

(promedio anual 2005-2010).....2.55%

Aniceto Arce

Adulto mayor (60+) aumento del 0.09%

(promedio anual 2000-2005).....2.37%

(promedio anual 2005-2010).....2.46%

Niños, jóvenes y adultos (-60) disminución de 0.84%

(promedio anual 2000-2005).....1.42%

(promedio anual 2005-2010).....0.58%

Gran Chaco

Adulto mayor (60+) aumento del 0.06%

(promedio anual 2000-2005).....4.92%

(promedio anual 2005-2010).....4.98%

Niños, jóvenes y adultos (-60) disminución de 0.34%

(promedio anual 2000-2005).....3.86%

(promedio anual 2005-2010).....3.52%

Las dos provincias con mayor aumento de índice de crecimiento poblacional en adultos mayores son O'connor y Avilés

Las dos provincias con menor índice de crecimiento poblacional en población menor a 60 años son Méndez y Avilés

ABASTECIMIENTO DE ASILOS DE ANCIANOS

Avilés

No existe

Cercado : abastece a 4.58% de adultos mayores (2 asilos de ancianos)

Asilo iglesia

católica.....175 adultos
mayores

Asilo del municipio (en

ejecución).....666 adultos mayores

Aniceto arce: abastece a 2.95% de adultos mayores (1 asilo de ancianos)

Asilo del
municipio.....150
adultos mayores

Gran chaco: abastece a 8.82% de adultos mayores (3 asilos de ancianos)

Asilo del
municipio.....150
adultos mayores

Asilo del
municipio.....150
adultos mayores

Asilo del municipio (en
proyección).....666 adultos mayores

Méndez abastece a 3.44% de adultos mayores (1 asilo de ancianos)

Asilo del
municipio.....150
adultos mayores

O'connor abastece a 1% de adultos mayores (1 asilo de ancianos)

Asilo del
municipio.....20
adultos mayores

Las dos provincias con menor abastecimiento porcentual son O'connor y
Avilés

NECESIDAD DEL EQUIPAMIENTO POR PROVINCIA

Adultos mayores viven en hogares unipersonales (EPAM 2011).....

5,2% del total

Cercado 0,62 % no tiene acceso a asilo, equivale a 18.85% del total que requiere el equipamiento es decir 114 adultos mayores

Aniceto arce 2.25% no tiene acceso a asilo equivale a 43.27% del total que requiere el equipamiento es decir 115 adultos mayores

Gran Chaco abastece

Mendez 1.76% no tiene acceso a asilo, equivale a 33.85% del total que requiere el equipamiento es decir 77 adultos mayores

O'connor 4% no tiene acceso a asilo, equivale a 76,92% del total que requiere el equipamiento es decir 88 adultos mayores

Avilés ningún adulto mayor tiene acceso a asilo o centro de acogida, equivalente al 100% del total que requiere el equipamiento es decir 115 adultos mayores

Las dos provincias con mayor necesidad del equipamiento según número de usuarios son Aniceto Arce y Avilés

PUNTUACIONES POR PROVINCIA SEGÚN LA NECESIDAD DE UN ASILO / CENTRO DE ACOGIDA DE ANCIANOS

Avilés.....4

Cercado.....0

Aniceto Arce.....1

Gran Chaco.....0

Méndez.....2

O'connor.....1

La provincia con mayor necesidad de un centro de acogida de adultos mayores según análisis poblacional es:

AVILÉS

Cálculo de alcance

2.211 adultos mayores.....2012

con el 1,91% de tasa de crecimiento

2.253 adultos mayores.....2016

3.224 adultos mayores.....2036

Con una proyección de 20 años el proyecto debe abastecer a:

5.2% del total son adultos mayores en necesidad..... 168

adultos mayores

1.6.OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo General

Desarrollar un proyecto arquitectónico que permita acoger un envejecimiento digno, saludable y autovalente, que retrase los procesos de

deterioro, con el fin de mantener y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

1.6.2. Objetivos Específicos

Generar espacios adecuados que:

- Permitan la acogida del Adulto Mayor y el desenvolvimiento de sus actividades físicas y de esparcimiento.
- Incentiven el desarrollo de la actividad física, mental y espiritual con el fin de mantener la autovalencia y prevenir la pérdida prematura de aptitudes funcionales.
- Incentiven el desarrollo de actividades sociales y de encuentro tanto entre los adultos mayores residentes y los externos como con las familias y la comunidad con el propósito de integrarse a la sociedad.
- Permitan e incentiven el uso terapéutico y a la vez recreacional del tiempo libre.
- Otorguen soporte Médico y psicológico propio al carácter de la institución, para así garantizar un apoyo completo al adulto mayor.

“La arquitectura para la tercera edad debe ser una buena combinación entre arquitectura para el ocio y la arquitectura terapéutica”. Vejez Arquitectura y Sociedad, Arquitecto Eduardo Frank, 1998.

1.7.VISIÓN

Ser una institución en el valle de la Concepción y sus alrededores que brinde esperanza a personas de la tercera edad con programas de ayuda, lograr que

su futuro sea diferente que su presente, donde puedan satisfacer todas sus necesidades.

Ser un centro que brinde servicios integrales que permitan a futuro mejorar la calidad de vida de los usuarios procurando su reintegración social.

1.8.MISIÓN

MISIÓN. La Misión particular del CIAM, es brindarle a los residentes calidad de vida y cuidado en los últimos años de vida, recibir de todo lo indispensable y tener unos muy eficientes cuidados de salud y alimentación donde desarrollen actividades que les permitan mantenerse en las mejores condiciones físicas y mentales. Ofrecer una acogida segura, cariñosa y cómoda.

Promover el bienestar de manera integral a los usuarios brindándoles protección y asistencia para una mejor calidad de vida.

1.9.METODOLOGÍA

La metodología que se desarrollará en este proyecto es la investigación científica.

La investigación científica conduce a la búsqueda de conocimiento mediante aplicación de métodos y técnicas

- Es un estudio sistemático objetivo
- Una investigación realizada sobre un tema determinado
- Se basa en fuentes de investigación verificables
- Tiene como finalidad generar una propuesta unificada

Pasos para la investigación científica de este proyecto:

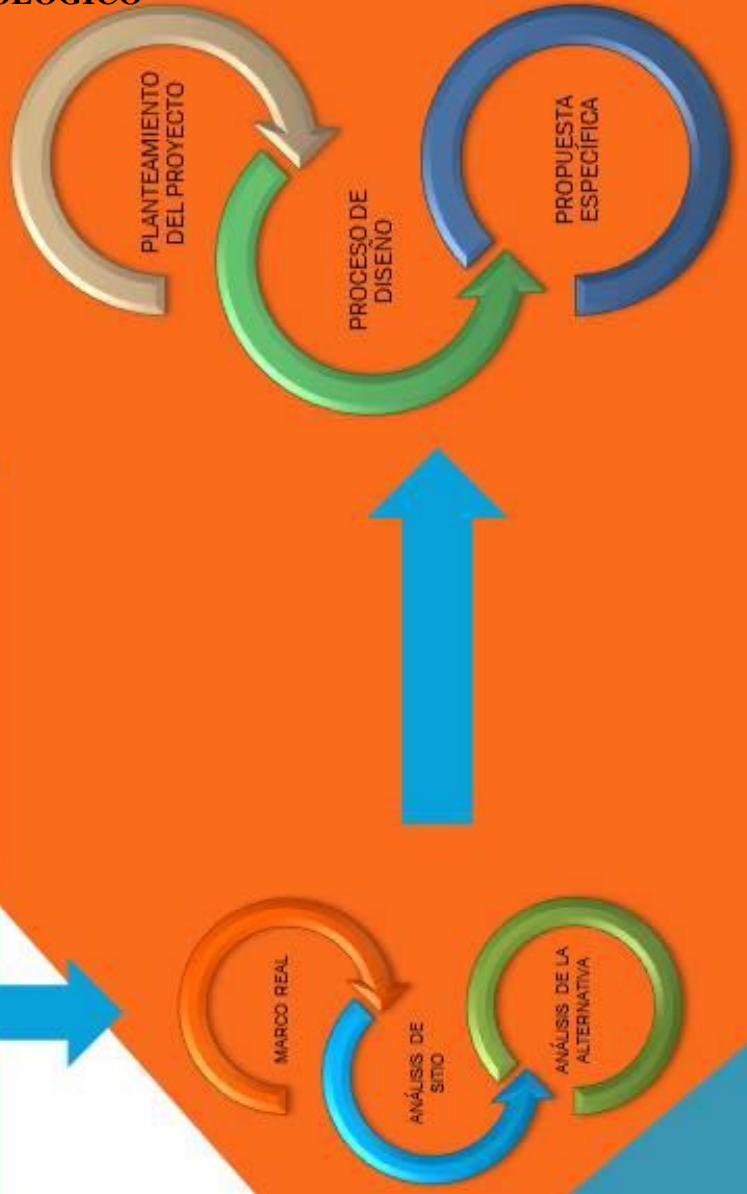
Deductivo.- utilizado para obtener las conclusiones de un caso particular, la explicación, abstracción y hacer observaciones

Inductivo.- se emplea la observación para extraer conclusiones de carácter general

Hipotético deductivo.- empleado para observar un caso y plantear un problema remitiendo el problema a una teoría y generar una hipótesis.

CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR PARA EL VALLE DE LA CONCEPCIÓN

1.10. ESQUEMA METODOLÓGICO



CAPÍTULO II
MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO II

2. MARCO CONCEPTUAL

CONCEPTOS

2.1. LA VEJEZ

El envejecimiento de una persona se entiende como un proceso de cambios estructurales y funcionales que ocurren después de alcanzar la madurez reproductiva, es decir, después de los treinta años, y que se acentúan después de los sesenta. Dichos cambios se caracterizan por la pérdida progresiva de las capacidades de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente y tienden a acentuarse dependiendo de las características del entorno.

Los cambios que se presentan pueden agruparse en físicos y mentales. En los físicos se manifiesta por una creciente disminución de las capacidades sensoriales y motrices y de la fuerza física; las crecientes dificultades circulatorias, ocasionadas por el endurecimiento de las arterias; y en general, el progresivo deterioro del funcionamiento de los diversos órganos internos. Específicamente, los cambios más llamativos son:

- Disminución de la actividad motora (rapidez y capacidad de coordinación)
- Disminución de la capacidad respiratoria
- Alteración del equilibrio.
- Disminución de los sentidos, sobre todo visual y auditivo
- Baja temperatura corporal.

Como consecuencia de la declinación biológica, también se van deteriorando las funciones mentales. Aparecen:

- Alteraciones en la memoria y orientación.

- Alteración en la capacidad de percepción, concentración y atención.
- Alteraciones neuronales, produciendo demencia y Alzheimer.

Estos cambios traen consecuencias sociales y psicológicas para el adulto mayor según la capacidad que tenga tanto la sociedad (y la familia) de incluirlo y darles un rol como del propio anciano de asumir los cambios.

Algunos factores que afectan negativamente el envejecimiento son:

- Pérdida de la capacidad de establecer nuevas relaciones sociales.
- Pérdida del papel productivo y de importancia familiar.
- Pérdida del rol laboral.
- Enfrentamiento con la muerte (tanto propia como de familiares y amigos)
- Falta de oportunidad de utilización de tiempo libre.
- Falta de espacios adecuados que permitan su desenvolvimiento.

La exclusión del anciano de la vida ciudadana y familiar y la no autoaceptación de sus cambios trae como consecuencias sentimiento de inutilidad, depresión, angustia, miedos, soledad, aislamiento, inseguridad e incluso, suicidio.

Según el grado incidencia de los cambios físicos y mentales que afecten la dependencia de los adultos mayores, estos se pueden clasificar en tres grupos:

- Autovalentes: son aquellos que no necesitan ayuda externa para realizar sus actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse.
- Semivalentes (frágiles o dependientes): son aquellos que requieren ayuda para realizar algunas de las actividades señaladas o presentan dependencias físicas, es decir, trastornos conductuales tales como fugas y agresiones.
- Postrados: son aquellos que están totalmente incapacitados para realizar las actividades señaladas y generalmente deben permanecer en cama.

Cada grupo, por su condición, posee requerimientos específicos, ya que, como se dijo anteriormente, los factores ambientales pueden afectar la salud del anciano y, de esta manera, adelantar el proceso de envejecimiento. Los grupos de autovalentes y los frágiles necesitan de estímulos tanto físicos como mentales con el fin de mantener su autovalencia o rehabilitar alguna dependencia, prevenir el aislamiento y el deterioro anticipado del adulto mayor. De esta manera aparece el caminar como el ejercicio más terapéutico. En cambio los postrados, sus necesidades son más pasivas y se basan en resolver sus dependencias.

2.2.ADULTO MAYOR

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 65 años de edad.

Ahora bien, cabe destacarse, que sin lugar a dudas las mejoras que han sucedido en cuanto a calidad y esperanza de vida en muchos lugares del planeta han sumado para que la tasa de mortalidad de esta población bajase y acompañando a esto se prolongase la cantidad de años, a 70, para clasificar a este grupo poblacional en los países de primer mundo.

Por caso, es frecuente que hoy día nos encontremos con muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes.

Pero también vale mencionar que existe una contracara y para algunas personas esta etapa de la vida es ciertamente compleja y difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que el cuerpo empieza a deteriorarse. Porque en esta situación el individuo no puede trabajar, su actividad social disminuye y entonces se empiezan a experimentar estados súper negativos como ser los de exclusión y postergación.

En aquellos países desarrollados este grupo poblacional dispone de jubilación y pensión, en casos que así corresponda, lo que les permite recibir un ingreso monetario si es que ya no pueden o no desean trabajar más.

Como bien mencionábamos líneas arriba, en esta fase de la vida la salud se resiente notablemente, en tanto, existen muchas enfermedades y afecciones especialmente asociadas a este momento, como ser: alzhéimer, osteoporosis, artrosis y cataratas, entre otras.

En la medicina hay dos disciplinas que se ocupan científicamente de esta etapa de la vida: la geriatría, que aborda la prevención y rehabilitación de enfermedades típicas, y la gerontología, por su parte, se ocupa de aquellos aspectos psicológicos, sociales, económicos y demográficos que atañen a estos individuos.

2.3.ASILO DE ANCIANOS

Un asilo para ancianos y convalecientes es un lugar para personas que no necesitan permanecer en un hospital, pero que necesitan cuidados especiales. La mayoría de estos centros cuentan con personal de enfermería capacitada disponible las 24 horas del día.

Algunos asilos están equipados como un hospital o algunos consultorios médicos. El personal presta cuidados médicos, así como fisioterapia y terapia del habla y ocupacional. Puede haber un puesto de enfermería en cada piso. Otros centros

procuran aparentar ser más un hogar. Tratan de brindar una sensación de vecindario. Con frecuencia, no tienen un cronograma diario fijo y pueden contar con cocinas abiertas para los residentes. Se les fomenta a los integrantes del personal a establecer relaciones con los ocupantes.

Algunos asilos de ancianos cuentan con unidades de cuidados especiales para personas con problemas serios de memoria y psicológicos, tales como la enfermedad de Alzheimer. Algunos permiten la convivencia en pareja.

2.4.GERIÁTRICO

Un geriátrico es una institución compuesta por médicos y enfermeros que se ocupa exclusivamente del cuidado y el tratamiento de los individuos ancianos.

Cuando las personas avanzan en edad, su estado de salud se vuelve mucho más frágil, desde lo físico y hasta lo psíquico, requerirá muchas veces de un cuidado especial y muy preciso que a veces la familia no logra brindar o tampoco puede hacerlo.

Por otra parte, puede suceder que el adulto mayor se encuentre solo, entonces, decide ingresar a una institución de este tipo que le garantizará un cuidado y una atención dedicada durante las 24 horas del día.

También conocidos como Centro de Retiro, Estancia o Residencia Geriátrica, los geriátricos, buena parte de las veces se convierten en la solución de muchos individuos cuando se vuelven dependientes como consecuencia de una enfermedad o de cualquier otra complicación que padezcan y que además no disponen de la posibilidad de ser cuidados o tratados en sus domicilios y por sus familiares.

Y por otro lado, el término geriátrico se emplea para referirse a todo aquello relativo o propio de la geriatría (parte de la medicina que se ocupa del estudio de la vejez y **sus trastornos**).

2.5.CENTROS DE ACOGIDA

Son establecimientos residenciales, de carácter temporal, destinados a acoger a colectivos en estado de necesidad social, prestando los medios necesarios para normalizar su convivencia.

2.6.ALBERGUE

Lugar que sirve de resguardo, de cobijo, de alojamiento o de vivienda temporal.

Ejemplo: Aquella cueva era el albergue de una fiera.

Alojamiento o cobijo que se dan o que se toman.

Ejemplo: Nos ofrecieron albergue en su casa.

Establecimiento público en el que se atiende al turismo durante estancias cortas.

Ejemplo: albergue juvenil.

Establecimiento benéfico en el que se aloja provisionalmente a personas necesitadas.

Ejemplo: Esta comunidad de religiosas lleva un albergue para ancianos.

Ayuda y protección.

Ejemplo: En aquellos momentos tan difíciles, solo encontré albergue en mi familia.

2.7.CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

En este contexto se desarrolla las pautas para el funcionamiento de los CIAM teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- La realidad local.
- Las principales características y necesidades de la población adulta mayor de su jurisdicción.
- Los recursos económicos y humanos de cada Municipalidad.

- La implementación progresiva de los servicios.
- La participación de las organizaciones de personas adultas mayores.

De este modo se entiende por Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) al espacio Municipal de prestación, coordinación y articulación, intra e interinstitucional, de servicios básicos integrales y multidisciplinarios, para el bienestar y promoción social de las personas adultas mayores, en un contexto de cogestión y participación de la persona adulta mayor y la sociedad.

Finalidad

- Favorecer y facilitar, la participación activa, concertada y organizada de las personas adultas mayores y otros actores de la jurisdicción.
- Desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad.
- Identificar problemas individuales o locales.
- Combatir y prevenir los problemas de salud más comunes.
- Realizar actividades de carácter recreativo.
- Organizar Talleres de autoestima, de prevención del maltrato, de mantenimiento de las funciones mentales y prevenir enfermedades crónicas.
- Realizar labores de alfabetización.
- Promover talleres de manufactura y habilidades laborales.
- Promover eventos sobre análisis de la problemática local y alternativas de solución.
- Promover un trato diligente, respetuoso y solidario con las personas adultas mayores.
- Proponer soluciones a la problemática de las personas adultas mayores.

Enfoques

Para la mejor implementación de los servicios que prestarán los CIAM, se recomienda orientarlos hacia los siguientes enfoques:

Enfoque de las personas adultas mayores como sujetos de derechos, hacia un envejecimiento activo, saludable, productivo y participativo que promueva la equidad y asociatividad de mujeres y varones sin discriminación de ninguna clase.

Enfoque intergeneracional del adulto mayor y la comunidad, orientado a reinsertar a las personas adultas mayores en actividades como: participación en la educación, transmisión de experiencias, etc.

Enfoque intercultural con valoración positiva del envejecimiento, orientado a la solución de las necesidades de las personas adultas mayores, en el contexto de los distintos escenarios culturales locales.

Enfoque de desarrollo de capacidades de las personas adultas mayores, promoviéndose a través del CIAM un envejecimiento activo, productivo y saludable.

CAPÍTULO III
MARCO NORMATIVO

CAPITULO III

3. MARCO NORMATIVO

Todas las siguientes leyes amparan al adulto mayor en el Estado Plurinacional de Bolivia

3.1.DERECHOS DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA CPE

Artículo 67. I. Además de los derechos reconocidos en esta Constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana. II. El Estado proveerá una renta vitalicia de vejez, en el marco del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con la ley.

Artículo 68. I. El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades. II. Se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

Artículo 69. Los Beneméritos de la Patria merecerán gratitud y respeto de las instituciones públicas, privadas y de la población en general, serán considerados héroes y defensores de Bolivia y recibirán del Estado una pensión vitalicia, de acuerdo con la ley.

Artículo 300. 30. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.

3.2.LEY DE LA RENTA UNIVERSAL DE VEJEZ RENTA DIGNIDAD N° 3791, 28 DE NOVIEMBRE DE 2007

Artículo 1°.- (Marco Constitucional) En aplicación del artículo 7, inciso k), de la Constitución Política del Estado, los derechos establecidos en la presente ley, forman

parte de los derechos fundamentales de la persona dentro del Régimen Social establecido por la Constitución.

Artículo 2°.- (Objeto) La presente Ley, tiene por objeto establecer la Renta Universal de Vejez (Renta Dignidad), dentro del régimen de Seguridad Social no Contributivo.

Artículo 3°.- (Beneficiarios de la Renta Universal de Vejez) La Renta Universal de Vejez es la prestación vitalicia, de carácter no contributivo que el Estado Boliviano otorga a:

A todos los bolivianos residentes en el país mayores de 60 (sesenta años), que no perciban una renta del Sistema de Seguridad Social de Largo Plazo o una remuneración contemplada en el Presupuesto General de la Nación.

A los bolivianos que perciban una renta del Sistema de Seguridad Social de Largo Plazo percibirán únicamente el 75% del monto de la Renta Universal de Vejez.

A los titulares y los derecho habientes a los Gastos Funerales.

Artículo 4°.- (Prestaciones y Vigencia) La presente Ley establece las siguientes prestaciones:

- Prestaciones vitalicias en favor de los beneficiarios titulares en la forma señalada en el Artículo precedente.
- Gastos Funerales, en favor de los derecho habientes.

Estas prestaciones y gastos funerales entrarán en vigencia a partir del 1 de enero de 2008.

3.3.LEY DE DESCUENTOS Y PRIVILEGIOS N° 1886, 14 DE AGOSTO DE 1998

Artículo 1°.- A partir del 1 de octubre de 1998 se crea un régimen de descuentos y privilegios en beneficio de los ciudadanos bolivianos de 60 o más años, merced al

cual, tienen el derecho de obtener deducciones en las tarifas de servicios públicos, en las tarifas de transporte público en las modalidades señaladas en el artículo 6, en el impuesto a la propiedad de bienes inmuebles.

3.4.LEY DE DESLINDE JURISDICCIONAL N° 073, 29 DE DICIEMBRE DE 2010

Artículo 4. (PRINCIPIOS). Los principios que rigen la presente Ley son:

i) Igualdad de oportunidades. Todas las jurisdicciones garantizan que las niñas, niños y adolescentes, jóvenes, adultos mayores y personas en situación de discapacidad, tengan las mismas posibilidades de acceder al ejercicio de sus derechos sociales, económicos, civiles y políticos.

Artículo 5. (RESPETO A LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y GARANTÍAS CONSTITUCIONALES).

III. Las autoridades de la jurisdicción indígena originaria campesina no sancionarán con la pérdida de tierras o la expulsión a las y los adultos mayores o personas en situación de discapacidad, por causa de incumplimiento de deberes comunales, cargos, aportes y trabajos comunales

3.5.LEY DE LA EDUCACIÓN AVELINO SIÑANI ELIZARDO PÉREZ N° 070, 20 DE DICIEMBRE DE 2010

Artículo 5. (Objetivos de la educación).

17. Implementar políticas y programas de alfabetización y postalfabetización integral de carácter intracultural, intercultural y plurilingüe, de formación para personas jóvenes y adultas que posibiliten la continuidad de sus estudios hasta el nivel de educación superior, de procesos de educación permanente orientados a la formación integral, el pensamiento crítico y la acción transformadora de la sociedad.

Artículo 21. (Educación Alternativa).

Comprende las acciones educativas destinadas a jóvenes y adultos que requieren continuar sus estudios; de acuerdo a sus necesidades y expectativas de vida y de su entorno social, mediante procesos educativos sistemáticos e integrales, con el mismo nivel de calidad, pertinencia y equiparación de condiciones que en el Subsistema Regular.

3.6.LEY CONTRA EL RACISMO Y TODA FORMA DE DISCRIMINACIÓN N° 045/2010 – 2011

Artículo 1. (OBJETO Y OBJETIVOS). I. La presente Ley tiene por objeto establecer mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo y toda forma de discriminación en el marco de la Constitución Política del Estado y Tratados Internacionales de Derechos Humanos. II. La presente Ley tiene por objetivos eliminar conductas de racismo y toda forma de discriminación y consolidar políticas públicas de protección y prevención de delitos de racismo y toda forma de discriminación.

3.7.LEY GENERAL DE TRANSPORTE N° 165, 16 DE AGOSTO DE 2011

Artículo 49. (TARIFAS SOLIDARIAS O ESPECIALES).

b. Adultos mayores, con edad igual o mayor a los 60 años

Artículo 60. (FINES DEL SISTEMA DE TRANSPORTE INTEGRAL). Los fines del Sistema de Transporte Integral – STI, son:

1. Equidad. Es la igualdad de condiciones de acceso de la población en general y en particular de adultos mayores, personas con discapacidad grave o muy grave, niñas, niños y otros casos especiales, así como de los operadores a la infraestructura, operaciones y servicios del Sistema de Transporte Integral – STI.

Considerando los factores de accesibilidad, distancia, facilidad para conexiones, itinerarios, tiempo de espera, precio de pasajes y otros que faciliten el acceso de la población a la infraestructura y servicios de transporte.

Artículo 118. (ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD O NECESIDADES ESPECIALES).

I. Los pasajeros con discapacidad o con necesidades especiales (personas adultas mayores, niñas, niños, enfermas, enfermos y mujeres embarazadas si corresponde), y sus acompañantes deberán recibir un trato preferencial.

Artículo 135. (POLÍTICAS DE TRANSPORTE AÉREO). El transporte aéreo se regirá bajo las siguientes políticas:

e. Corresponderá a los administradores aeroportuarios, conforme a las disposiciones aplicables, asegurar que las terminales aeroportuarias cuenten con infraestructura, instalaciones, equipo, señalización, servicios y sistemas de organización adecuados y suficientes para que la operación se lleve a cabo sobre bases de seguridad, eficiencia y calidad. Además deben permitir otorgar una adecuada atención a las personas con capacidades diferentes, enfermas, adultos mayores, embarazadas, menores e infantes.

Artículo 166. (CALIDAD DEL SERVICIO).

I. La autoridad competente del nivel central establecerá estándares técnicos para la prestación de los servicios de transporte aéreo relacionados con cumplimiento de itinerarios, puntualidad, cancelación de vuelos, trato cordial, información a la usuaria y al usuario, facilitación al embarque y desembarque, atención y acceso a personas con discapacidad, adultos mayores, mujeres embarazadas cuando su estado lo permita, menores y personas que requieran un trato especial y otros aspectos definidos en la normativa específica.

II. Asimismo, establecerá estándares de calidad para la prestación de los servicios aeroportuarios relacionados con infraestructura y equipamiento de la misma, la autoridad competente aprobará estándares de calidad, que permitan contar con una infraestructura y servicios acorde al tipo de aeropuerto, facilitación al embarque y desembarque, atención y acceso a personas con discapacidad, adultos mayores, mujeres embarazadas, menores y personas que requieran un trato especial y otros aspectos definidos en la normativa específica.

Artículo 227. (PRINCIPIOS TARIFARIOS).

c. Atenderá los principios de solidaridad y compensación, de modo que se incluyan tarifas diferenciadas para grupos poblacionales como adultos mayores, beneméritos, universitarios, estudiantes, escolares y discapacitados.

Artículo 288. (ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO FERROVIARIO).

I. El servicio público ferroviario deberá tener un carácter universal, siendo accesible a todos los miembros de la sociedad, especialmente a las personas con capacidades diferentes, niñas, niños y adultos mayores.

II. La accesibilidad será promovida mediante una normativa específica destinada a lograr que las instalaciones y vehículos cuenten con todos los dispositivos necesarios para otorgar las facilidades y medidas de seguridad que brinden las condiciones adecuadas a las personas con capacidades diferentes, niñas, niños y adultos mayores.

3.8.LEY DEL SERVICIO GENERAL DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL Y DEL SERVICIO GENERAL DE LICENCIAS DE CONducir N° 145, 27 DE JUNIO DE 2011

Artículo 17. (CÉDULA DE IDENTIDAD).

III. La Cédula de Identidad – C.I., será otorgada en forma indefinida a las bolivianas y bolivianos a partir de los cincuenta y ocho (58) años y a las personas con discapacidad grave y muy grave calificada de acuerdo a reglamento.

3.9.LEY DE PENSIONES NO 065 DEL 10 DE DICIEMBRE DE 2010

ARTÍCULO 1. (OBJETO DE LA LEY).- La presente Ley tiene por objeto establecer la administración del Sistema Integral de Pensiones, así como las prestaciones y beneficios que otorga a los bolivianos y las bolivianas, en sujeción a lo dispuesto en la Constitución Política del Estado. ARTÍCULO 2. (SISTEMA INTEGRAL DE PENSIONES).- El Sistema Integral de Pensiones, está compuesto por: a) El Régimen Contributivo que contempla la Prestación de Vejez, Prestación de Invalidez, las Pensiones por Muerte derivadas de éstas y Gastos Funerarios. b) El Régimen Semicontributivo, que contempla la Prestación Solidaria de Vejez, Pensión por Muerte derivada de éstas y Gastos Funerarios. c) El Régimen No Contributivo, que contempla la Renta Dignidad y Gastos Funerarios.

3.10. LEY SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR SSPAM N° 3323, 16 DE ENERO DE 2006

ARTICULO 1° (Objeto). Se crea el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito. Otorgará prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, a ciudadanos mayores de 60 años de edad con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud.

3.11. Decreto Supremo que reglamenta las prestaciones y gestión del Seguro de Salud del Adulto Mayor N°28968

Artículo 1.- (OBJETO).- El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar los alcances de la Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006, mediante la regulación del régimen de afiliación, prestaciones, gestión, fiscalización y financiamiento del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)

Artículo 5.- (BENEFICIARIOS).- Están comprendidos en el campo de aplicación, con derecho a las prestaciones de este Seguro, todos los bolivianos de ambos sexos y ciudadanos extranjeros con radicatoria permanente en el territorio nacional, que tengan sesenta (60) o más años de edad y que no se encuentren asegurados en el Sistema del Seguro Social Obligatorio ni otro Seguro de Salud.

3.12. DECRETO SUPREMO QUE DECLARA EL DÍA DE LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES N° 0264

ARTÍCULO 1.- (OBJETO). El presente Decreto Supremo tiene por objeto declarar el "Día de la Dignidad de las Personas Adultas Mayores" y promover sus derechos, ampliando el régimen de descuentos y privilegios establecido por Ley.

ARTÍCULO 2.- (DECLARATORIA). I. Se declara el 26 de agosto como el "Día de la Dignidad de las Personas Adultas Mayores" en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia. II. Como parte de las actividades de celebración del "Día de la Dignidad de las Personas Adultas Mayores", las entidades públicas que trabajan en favor de este sector de la población, programarán y desarrollarán brigadas de salud, jornadas de integración, actividades culturales y de recreación. III. Cada 26 de agosto, todas las instituciones públicas y privadas del sistema educativo boliviano realizarán actos públicos educativos para sensibilizar y promover el respeto a las personas adultas mayores.

ARTÍCULO 3.- (PROGRAMAS DE SALUD Y EDUCACIÓN). Los Ministerios de Educación y de Salud y Deportes deberán incorporar en su planificación anual la implementación de programas específicos de apoyo, desarrollo y protección del adulto mayor.

ARTÍCULO 4.- (RECONOCIMIENTO ESPECIAL). El Ministerio de Justicia promoverá en las entidades públicas y privadas así como en las organizaciones sociales y civiles del país, el reconocimiento a las Personas Adultas Mayores que se hayan distinguido en su región.

ARTÍCULO 5.- (BENEFICIO). Las empresas estatales de transporte aéreo de pasajeros, deben ofrecer en las rutas nacionales una tarifa diferencial, con un descuento no menor al cuarenta por ciento (40%) de las tarifas regulares, para las personas de sesenta (60) o más años.

3.13. DECRETO SUPREMO DEL PLAN NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR N° 1421

DECRETA:

Art. único. — Declárase el 18 de diciembre DIA DEL ANCIANO y en su homenaje, se proclama los siguientes principios de protección a la ancianidad:

DERECHO A LA ASISTENCIA.— Todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta y cargo de sus familiares y de la sociedad. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer a dicha protección, por intermedio de los institutos y fundaciones creadas o que se crearen con ese fin, sin perjuicio de que dichos institutos demanden a las familias remisas y solventes los aportes correspondientes.

DERECHO AL ALBERGUE.— Un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas, que es inherente a la condición humana.

DERECHO AL SUSTENTO.— Una alimentación en lo posible adecuada a su edad y condición.

DERECHO AL VESTIDO.— Vestido decoroso y apropiado al clima.

DERECHO AL BIENESTAR FISICO Y MORAL.— Cuidado de su salud, mediante asistencia médica organizada; y libre ejercicio de las expansiones espirituales, conformes con la moral y el culto.

DERECHO AL RECREO.— Goce de un mínimo de entretenimiento y recreación.

DERECHO AL TRABAJO.— Cuando se halle aún capacitado para el trabajo intelectual o material, las facilidades necesarias para proporcionarles su tarea.

DERECHO AL SOCIEGO.— Goce de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones.

DERECHO A LA CONSIDERANCION.— Respeto, preferencias y consideración de sus semejantes.

DERECHO A FUNERALES.— Finalmente, cuando fallezca un anciano desheredado de la fortuna, gastos de entierro. El señor Ministro de Estado en el Despacho de Trabajo y Previsión Social, queda encargado de la ejecución del presente Decreto. Dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los diez y siete días del mes de diciembre de mil novecientos cuarenta y ocho años.

3.14. DECRETO SUPREMO QUE INSTITUYE EL DÍA NACIONAL DEL ANCIANO N° 24593

ARTÍCULO 1.- Institúyese el 5 de mayo como DIA NACIONAL DEL ANCIANO.

ARTÍCULO 2.- El día indicado los organismos del Estado se ocuparán de realizar con diferentes actos la conmemoración de la fecha.

ARTÍCULO 3.- Se abroga las disposiciones legales contrarias al presente Decreto Supremo.

3.15. LEY N° 562, 5 DE SEPTIEMBRE DE 2014

Artículo 1°.- (Objeto) La presente Ley tiene por objeto otorgar el pago de aguinaldo a los beneficiarios de la Renta Universal de Vejez (Renta Dignidad)

Artículo 2°.- (Monto de la renta universal de vejez) Se modifica el Artículo 5 de la Ley N° 3791 de 28 de noviembre de 2007, dentro del régimen de Seguridad Social No Contributivo, con el siguiente texto:

“Artículo 5° (Monto de la Renta Universal de Vejez y de los Gastos Funerales). El monto de la Renta Universal de Vejez (Renta Dignidad), para los beneficiarios señalados en el inciso a) del Artículo Tercero de la presente Ley, alcanzará a un total anual considerando el pago del aguinaldo, de Bs.3.250.- (Tres mil Doscientos Cincuenta 00/100 Bolivianos).

Para los beneficiarios señalados en el inciso b) del Artículo Tercero de la presente Ley, el monto total anual considerando el aguinaldo, alcanzará a Bs.2.600.- (Dos mil Seiscientos 00/100 Bolivianos).

El Órgano Ejecutivo determinará mediante Decreto Supremo, la forma de cancelación y periodicidad en el Pago de la Renta Universal de Vejez y del Aguinaldo.

CAPÍTULO IV
MARCO HISTÓRICO

CAPITULO IV

4. MARCO HISTÓRICO

El 26 de agosto se recuerda el Día de las Personas de la Tercera Edad en Bolivia, instituido por Decreto Supremo 1421 del 17 de diciembre de 1948, durante la presidencia de Enrique Hertzog Garaizabal. Desde hace 31 años, en Bolivia se recuerda cada 26 de agosto el Día Nacional del Adulto Mayor.

Los adultos mayores recuerdan en su día que existen 10 principios que deben ser cumplidos, como el derecho a la asistencia, al albergue, el sustento, al vestido, al bienestar físico y moral, al recreo, al trabajo, al sosiego, a la consideración y a funerales.

Diversas instituciones y organizaciones de personas mayores de 60 años, sin embargo el proyecto de Ley del Adulto Mayor, que fue elaborado por Josefa Saavedra el año 1974, años más tarde conjuntamente muchas más personas conforman la “Red de Defensa del Anciano” para exigir sus derechos y denunciar las diversas formas de maltrato, violencia y violación de derechos de las / os Adultos / as Mayores.

Desde 1982, en el ámbito mundial y regional se comienza a visualizar las situaciones de discriminación, marginalidad y vulneración de los derechos de las personas “Adultas /os Mayores”, discriminación y vulnerabilidad, que se evidencian en la escasa incorporación de demandas y necesidades específicas de esta población en los planes, programas y/o acciones de políticas Nacionales, Departamentales y locales.

Esta situación, era una característica no-solo en nuestro país, sino también en el contexto regional e internacional. Esta es una de las razones por las cuales, en el ámbito de la normativa internacional, a partir de la formulación y ratificación del Plan de Viena (1982), se consagran una serie de principios y recomendaciones que deben ser incorporados en las políticas públicas de los países, entre ellos

nuestro país, para mejorar esta situación y condiciones de vida de las personas adultas mayores.

HelpAge tiene presencia en Bolivia desde 1991, con el fin de contribuir a la reducción de la pobreza y asegurar el cumplimiento de los derechos humanos de las personas mayores más vulnerables, apoyando su capacidad de liderazgo a través de sus organizaciones y haciendo incidencia en instancias gubernamentales en sus diferentes niveles.

En el año 1992 las Naciones Unidas definieron los principios más importantes a favor de las personas mayores. Estos se clasificaron en cinco temas principales: INDEPENDENCIA, PARTICIPACIÓN, CUIDADOS, AUTORREALIZACIÓN Y DIGNIDAD.

Cada uno de los mismos implica una amplia reflexión sobre las acciones que se deben promover, para el cumplimiento de los mismos.

Recién desde 1996 las organizaciones de la sociedad civil comienzan a encarar acciones de elaboración de propuestas y de incorporación de demandas relacionadas con esta problemática.

El resultado de estas acciones de denuncia y de exigencia de derechos, es la promulgación desde 1998 al 2000, de diversas leyes, decretos supremos y resoluciones ministeriales que tienen el objetivo central de garantizar el cumplimiento de los derechos y privilegios de los / as adultos / as mayores.

El año 2000 la Comisión Nacional del Adulto Mayor, asume la responsabilidad de elaborar el Plan Nacional del Adulto Mayor, este hecho sumado a la aprobación del Plan Internacional sobre el envejecimiento que se elabora en la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento el año 2002, promueve la creación del Viceministerio de la Tercera Edad, actualmente Dirección de la Tercera Edad, instancias nacionales que asumen la responsabilidad de encarar políticas públicas que mejoren las condiciones de vida de los Adultos Mayores.

Durante el 2013, se registraron avances importantes en el campo legislativo a favor de esta población, que principalmente tienen que ver con la aprobación de la ley General de las Personas Adultas Mayores y con la promulgación del Decreto Supremo que la reglamenta. La norma tiene por objeto regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección.

Como un antecedente destacable, respecto a la solución de los problemas más álgidos de sector poblacional de adultos mayores, principalmente debido a la falta de políticas públicas adecuadas y específicas destinadas a este sector, la escasa asignación de recursos económicos para trabajar sobre este tema, falta de recursos humanos sensibilizados y capacitados.

4.1.PRIMEROS ASILOS

A manera de antecedentes se puede mencionar que la creación de asilos de ancianos en el país data de principios de siglo, los cuales fueron impulsados básicamente por congregaciones religiosas y hermanos de los ancianos desamparados.

El primer asilo en el país, fue creado en la ciudad de La Paz, aproximadamente en el año de 1906, actualmente este asilo se encuentra bajo la tutela de una congregación religiosa, constituyéndose una de las más grandes del país.

En la ciudad de Oruro fue en segunda instancia el lugar donde se creó otro asilo fundado en el año 1908, posteriormente le siguió Cochabamba en 1945, Tarija 1976 fundada por la Sra. Yolanda Prada de Banzer, Santa Cruz 1996, etc.. Cabe mencionar que estos asilos son atendidos por hermanos de los ancianos desamparados, contando con un mínimo aporte económico de parte del Estado.

CAPÍTULO V
MARCO CIENTÍFICO

CAPÍTULO V

5. MARCO CIENTÍFICO

5.1. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL DEPARTAMENTO DE TARIJA

La calidad de vida, de manera general, debe ser asumida por todo ser humano desde que se hace responsable de su propia existencia, es decir, en algún momento de su vida y englobando situaciones biopsicosociales específicas, cuyo centro gira alrededor de sí mismo pero también obedece al entorno y, en tanto éstos factores le sean favorables o no, dependerá la calidad de su vida en todos sus aspectos.

Si se toma en cuenta la triada biopsicosocial, en base a la conceptualización de salud definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que dice: “es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o afección”, se dirá que, el hombre, por tanto, debe ser considerado como: Bio, haciendo referencia a la vida; psico, al alma, a la actividad mental y al comportamiento; y, social, que no está solo sino en interrelación con otros de su especie.

Estos tres aspectos resumen al hombre como organismo dentro de la naturaleza que vive, que siente, ama y piensa, que necesita estar en compañía; es decir, son aspectos que le permite estar consciente de su existencia. El adulto mayor es, una persona con esperanzas, con necesidades de cuidado, aprecio, consideración, y por qué no, con expectativas de calidad de vida.

Al respecto, la explicación es sostenida a partir de variadas hipótesis que se están tratando de dilucidar a nivel mundial, con diversos estudios que van desde lo genético hasta lo ambiental introduciendo estudios de diversa índole para encontrar respuestas.

Y, si se parte de la proposición sobre la calidad de vida entendida como “el bienestar de un grupo etario, dentro de una sociedad enmarcada en aspectos biopsicosociales y económicos contemplando para su calificación parámetros objetivos (visibles) y subjetivos (perceptuales)” se dirá, que ésta se manifiesta en la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

La interrogante sobre la calidad de vida del adulto mayor y la reflexión a la misma, ha servido de motivación para abordar el tema como oportuno, centrado en el entender y valorar profundamente los lazos existentes entre el bienestar humano del geronte y su estabilidad social y emocional, expresada en todas las dimensiones de su vida: salud, nutrición, educación, empleo, vivienda, infraestructura y servicios; entorno, disfrute y participación de la vida cotidiana. Al hacer referencia a la calidad de vida del adulto mayor, se habla de las posibilidades de brindarles a los ancianos una mejor estadía en lo que les queda de vida; asimilando e interiorizando sus necesidades, asumiendo la responsabilidad que se tiene para con ellos y no dejarlos afrontar solos las eventualidades de aquello que les resta por transitar, como en muchos casos, valiéndose de sus propios recursos.

El alcance de éstos parámetros pueden establecerse a partir de evaluaciones permanentes a través de servicios de salud física, mental y social utilizándose en variedad de fines investigativos más allá de los indicadores tradicionales, incorporando aspectos que incluyan el monitoreo de la calidad en la prevención, atención y rehabilitación médica, psicológica, social y, la evaluación de la eficacia de las intervenciones en todos estos rubros, más allá de egoísmos personales y profesionales con el sólo motivo de prolongar la vida en agonías, particularmente en enfermedades crónicas física o mentales sin tomar en cuenta la percepción del sujeto frente a su malestar, sino más bien en tanto a mejorar esa situación como componente legítimo de ser humano ante el dolor.

Finalmente, y, a pesar de ser una temática inquietante a nivel generalizada, no se han evidenciado estudios al respecto en nuestro medio, motivo por el cual sostenemos la importancia de la investigación como aporte de datos requeridos a fin de responder nuestra cuestionante y como coadyuvante de posteriores investigaciones que, conduzcan sobre todo, a organizaciones afines a la temática, a intervenciones multiinstitucionales y multidisciplinarias con el fin de mantener, mejorar u optimizar la Calidad de Vida de los ancianos del Departamento de Tarija.

5.2.CALIDAD DE VIDA MATERIALES Y METODOS

El equipo de investigación conformado por psicólogos (as), y estudiantes como investigadores junior, adicionó un subgrupo de asesoría en medicina geriátrica, enfermería y profesionales encargados del cuidado de ancianos.

Se revisaron artículos publicados en diferentes revistas científicas, bibliotecas virtuales, páginas Web, libros de varios autores, recortes y viñetas referidos a aspectos sobre Calidad de Vida, a Adulto Mayor e instrumentos de medición (generales y específicos) y se tomó aquellos que aportaron datos útiles y vigentes, que fundamentaron las bases teóricas y la toma de muestras que respondan a la pregunta trabajo.

Se utilizó el método científico, exploratorio – descriptivo, estableciendo un problema o pregunta. Luego se plantearon hipótesis con sus posibles respuestas. Se diseñaron varios cuestionarios siguiendo los pasos del SF-36 Health en base a El EuroQol (EQ-5D), aplicándose pruebas piloto, para finalmente obtener uno que contenga los ítems necesarios y específicos (5 categorías y 71 preguntas en total).

La población probable de investigación, según el Instituto Nacional de Estadística (censo 2001) constituía un total de 23.880 adultos mayores de 60 años, de ambos

sexos, de todo el departamento y sus provincias. De este total, se tomó en cuenta la población correspondiente a la ciudad de Tarija y las ciudades intermedias de Bermejo, Villamontes y Yacuiba, haciendo un total de 16.719 sujetos, variando los porcentajes de acuerdo a la población del lugar seleccionado.

De este total se depuraron todas aquellas que no contenían la información completa, debido principalmente a algunas discapacidades o deficiencias presentadas por los encuestados como ser: auditivas, visuales, cansancio o la susceptibilidad propia de la edad rehusándose a responder a las preguntas.

Luego de este proceso de selección se organizó la muestra en base a la fórmula de Cohram, William. Resultando un total de 400 sujetos, decidiéndose duplicar la cantidad a fin de disminuir el margen de error y aumentar la confiabilidad. Para el análisis estadístico, se tabularon los datos obtenidos, presentándose los resultados en cuadros, gráficas y textos interpretativos, utilizándose como medidas estadísticas: frecuencias absolutas y relativas a las variables.

El proceso de la información se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows y el EPI – INFO 2007. Luego de realizado el análisis de los resultados a partir de las referencias estadísticas obtenidas se llegó a las siguientes conclusiones:

- Con referencia a los datos generales obtenidos tenemos que:

- 1) en su mayoría son viudos (as).

- 2) El grado de instrucción concentra mayores porcentajes en los varones que lograron terminar la Primaria mientras que un mayor número de mujeres son analfabetas; obteniéndose valores muy reducidos en sujetos que cursaron estudios Superiores o de Profesionalización.

- Las principales dolencias que afectan el estado de salud física, perturban también el nivel de bienestar emocional, el nivel de integración y participación con su entorno; los modos de vida y hábitos de los adultos mayores.
- El mayor porcentaje de los entrevistados sufren de alguna enfermedad, las mismas se manifiestan principalmente en problemas de vías respiratorias, cardíacas, hipertensión, mala dentición, dolores de huesos y calambres, y en menor grado vías urinarias o renales y pérdida de memoria. Para solucionar estos problemas acuden a servicios médicos, en su mayoría a la Caja Nacional de Seguridad Social y al Seguro de Vejez, los mismos que son percibidos en cuanto a atención como regulares a buenos.
- Para paliar sus malestares los Institucionalizados por lo general no compran sus medicinas, estas son provistas por distintos clubes de beneficencia, muestras médicas o el Seguro de Vejez; en cambio, los No Institucionalizados, si bien el seguro les proporciona algunas medicinas no las cubre todas, por lo tanto deben comprarlas con sus ingresos.
- En los aspectos emocionales se encontraron sintomatologías altamente significativas de tristeza, nerviosismo, cansancio, agotamiento, sensación de vacío, soledad; pesimismo con relación a su salud, su bienestar, su futuro. Estos síntomas se encuentran en menor proporción en los No Institucionalizados. A estos síntomas, se suman otros, como poca energía, falta de vitalidad y nerviosismo, además de pensamientos rumiatorios mucho más evidentes en los Institucionalizados con referencia al futuro más que a su pasado. En tanto los no Institucionalizados organizan sus pensamientos en ambos tiempos.
- Mayores porcentajes de los No institucionalizados se concentran en aquellos que se sienten bien con relación a su situación actual, perciben que se les presta atención, valorando sus opiniones, afirmando no haber fracasado en sus vidas. En general no tienen una mala opinión de sí mismos, considerándose personas agradables. Sentimientos contrarios a estas percepciones aparecen en ocasiones

sobre todo cuando dicen sentirse tristes, acentuándose porcentualmente en los Institucionalizados. .

- En cuanto a desear cambiar algo en sus vidas, la población adulta está equitativamente dividida entre aquellos que no desean cambiar nada y aquellos que de poder hacerlo desearían ser más jóvenes para enmendar algunos errores.
- Porcentajes significativamente altos (en ambos grupos y géneros) resultan de las afirmaciones que finalmente se concluye (confirmándose las hipótesis de trabajo) que no existe igualdad en la calidad de vida de un adulto mayor a otro teniendo mucho que ver el entorno en el que se circunscribe e interrelaciona y de los factores biopsicosociales que lo integran. Por lo tanto se considera este trabajo como un aporte a los procesos de evaluación de calidad de vida del adulto mayor, en tanto y en cuanto, que, las etapas de elaboración y resolución del trabajo se plasmaron de manera adecuada, cumpliéndose a cabalidad con los objetivos generales y específicos del problema de Investigación.

Utilizándose la metodología adecuada para la investigación y posterior socialización de la problemática. Contribuyendo además con propuestas de soluciones para mejorar falencias al respecto. La calidad de vida ha sido estudiada en otras latitudes de nuestro planeta desde diferentes perspectivas. Así encontramos estudios específicos sobre la calidad de vida con relación a la salud (sobre enfermedades de más incidencia en esta etapa, con fines de brindar una atención médica adecuada); en relación a la autoestima y factores emocionales (para la implementación de centros de asistencia, recreación y esparcimiento); en relación a temas jurídicos y legislativos (que permitieron adecuadas reformas en favor de los ancianos); con relación a los aspectos sociales, económicos y demográficos (para implementar beneficios sociales).

En nuestra investigación abarcamos la calidad de vida del adulto mayor en aspectos de salud física, estados emocionales, interrelación con el medio ambiente, hábitos, modos de vida y aspectos económicos, es decir dicen poder

cuidar de sí mismos aunque físicamente no se sienten aptos o capaces para que otros dependan de ellos.

- Hay una marcada tendencia a preferir estar más tiempo solos; en especial los Institucionalizados. Disminuyendo en proporción con respecto a los No Institucionalizados que no desean estar demasiado tiempo sin compañía. Esto conlleva a porcentajes igualmente altos en cuanto al autoaislamiento de la comunidad y a no participar de ella, pero no porque se perciban excluidos, sino que son ellos los que se excluyen, debido a todos los prejuicios, y mitos con respecto al ser viejo; creándose un círculo vicioso entre la sociedad y el anciano. (Coincidiendo con la teoría del desapego de Cummings).
- En altos porcentajes demandan el apoyo de sus familiares, sobre todo por parte de los Institucionalizados acompañados de emociones ambivalentes que oscilan desde sentimientos profundos de abandono y desprotección, hasta sentimientos de apoyo y gratitud. Los No Institucionalizados se sienten apoyados y muy rara vez desprotegidos. Ambos grupos prefieren vivir en familia (en mayor grado las mujeres), la mayoría asegura no tener relaciones conflictivas en sus hogares; sin embargo se constata también un alto porcentaje que sí las han tenido o las tienen. Estos conflictos se traducen en gritos e insultos e inclusive en agresiones físicas.
- Respecto a su dieta, alimenticia, responden contar con la ingesta de alimentos especialmente nutritivos.
- Los resultados aportan respuestas en sentido de que no ingieren bebidas alcohólicas y los que lo hacen (que son los menos), mencionan beber ocasionalmente o cuando se sienten tristes. Afirman en un alto porcentaje no tener el hábito de masticar coca y tampoco consumir tabaco.
- En cuanto a las relaciones de tipo sexual algunos son ocasionalmente activos y otros expresan ya no tenerlas.

- La mayoría de los No Institucionalizados cuentan con ingresos fijos, por pensión (renta por jubilación) que oscila entre 1.000 a 1.500 Bs. Entre los Institucionalizados algunos no gozan de estos beneficios, dependen únicamente del Bono Dignidad otorgado por el gobierno y es utilizado en algunos enseres personales o como contribución al geriátrico por la atención que se les brinda y los que sí perciben algún ingreso, que oscila entre 500 a 1000 Bs., el que es utilizado para darles a sus hijos o guardar para futuras contingencias. En su mayoría no mantienen a ningún familiar pero el número de los que sí lo hacen es significativo.
- Con respecto a las condiciones de vivienda los Institucionalizados gozan de todas las comodidades mínimas en el geriátrico que los alberga, contrariamente en los No Institucionalizados en que existen diversidad, que dependen de sus ingresos económicos y nivel de vida, hasta aquellos que no poseen en muchos casos las condiciones mínimas necesarias ya que se ha observado que algunos carecen de servicios básicos e incluso tienen pisos de tierra.(barrios periféricos y campo)

5.3.RESULTADOS Y DISCUSION

Se toma en cuenta al Adulto Mayor como ser integral, completo. El estudio, así abordado, nos conduce hacia una idea precisa con relación a otros estudios en tanto aspectos coincidentes más que divergentes como la salud por ejemplo, que en nuestro medio, es precaria (la mayoría sufre de alguna enfermedad). Los servicios médicos y de salud a los que asisten no brindan una atención satisfactoria. En los aspectos emocionales tanto hombres como mujeres presentan sintomatologías depresivas como tristeza, nerviosismo, sentimientos de soledad y abandono. La mayoría considera necesaria la convivencia familiar, el amor, respeto y atención a sus opiniones.

Nuestros Adultos Mayores no realizan deportes, las actividades físicas están centradas más bien en realizar actividades domésticas y recreativas en la vida

cotidiana; determinadas por las capacidades que aún conservan y las necesidades que tienen. (Levantar cosas pesadas, subir gradas, llevar bolsas de comestibles, etc.). Sus actividades “recreativas” si es que se las puede llamar así, están centradas en cuidar a los nietos, compartir con los amigos, ver televisión y descansar. Actúan bajo una constante de auto aislamiento y retraimiento, excluyéndose de las actividades de la comunidad por una especie de pulseta de ida y vuelta en que los prejuicios y mitos se refuerzan de uno y otro lado, es decir del adulto mayor hacia su propia vejez y de la sociedad hacia el viejo.

El estado económico – financiero es uno de los aspectos más delicados de abordar debido a la susceptibilidad que ello les genera. Por una parte, está la familia que aún deben ayudar y por otro las políticas gubernamentales oportunistas, donde se utiliza al adulto mayor como botín eleccionario, generando bonos en lugar de establecer políticas de sostenimiento de calidad para albergar a todos aquellos que están desprotegidos por un núcleo familiar poco contencioso. No es difícil de argumentar, ya que sucede en otros países (por investigaciones relacionadas al tema) que aunque las actividades físicas y motoras de los adultos mayores se encuentran disminuidas, todavía realizan trabajos y, en nuestro medio, peor aún, ya que son deficientemente remunerados, porque continúan asumiendo responsabilidades, teniendo a su cargo personas que dependen de ellos.

Los más afortunados y que lograron estudios o trabajos estables en el curso de su vida productiva, perciben ingresos por jubilación ínfimos y, están también, entre otros, los menos afortunados que no perciben ningún salario por lo que se encuentran sometidos a situaciones de dependencia e inseguridad, en muchos casos realizando trabajos domésticos de sumisión ante sus propios hijos o parientes que los mantienen. En este caso el grupo femenino el más afectado ya que tuvieron menores posibilidades de estudio o acceso laboral y por ende de lograr algún ingreso fijo para esta etapa de la vida.

Se observa una constante en relación a las diferencias emocionales de género, pues las mujeres adultas se muestran más susceptibles y vulnerables ante las carencias afectivas no porque hayan diferencias que limiten a los varones en cuanto a sentir afectos, sino que ellos callan más con respecto a sus necesidades de atención y cariño sobre todo del entorno familiar, - esta represión emocional conduce a expresiones de somatización más frecuentes por lo que estadísticamente hay mas decesos en este género - en cambio ellas son más demandantes ante situaciones de abandono o soledad permitiéndose expresar mucho más la necesidad de relacionarse en familia más estrechamente. Este desahogo emocional les facilita el conservar su estadía cronológica muchos más años. Igualmente son las mujeres las que menor nivel académico lograron alcanzar (con mayores índices de analfabetismo) debido a esto, muchas de ellas aún efectúan trabajos de diversa índole remunerados o no, (como por ejemplo: cocinar, lavar ropa, atender a los nietos o bisnietos, etc.) labores que muchas veces por la edad y enfermedades que padecen, les dificulta realizar, pero que por imposición de sus familiares y/o la dependencia económica (especialmente), se ven obligadas a cumplir; y si perciben algún ingreso económico, éste es ínfimo. Este fenómeno, no sólo se da en nuestra ciudad sino, que, estudios realizados en la ciudad de La Paz concuerdan con lo afirmado.

Estos estudios concluyen que, en los adultos mayores, se puede apreciar que el rol doméstico de la mujer se practica más en el grupo de menores recursos porque éste está ligado a la subsistencia de la familia. El rol de cuidado de los nietos es común al grupo de menores y medianos ingresos económicos, en menor proporción se da con el grupo de ingresos económicos más altos, no sólo por los ingresos sino por todo el conjunto de condiciones de vida, este rol en el caso último no está ligado a la subsistencia del grupo familiar, está relacionado con la satisfacción de la necesidad de afecto.

En cuanto al reconocimiento, éste está vinculado en todos los casos al aporte económico que pueda hacer y al grado de profesionalización de la misma, la

mujer pobre cuando no tiene ingresos pese a ser el apoyo fundamental de la casa en cuanto a las actividades que realiza como parte del rol doméstico, no es reconocida. Los varones, expresan una actitud más positiva sobre la percepción que tienen de su vida, (como mecanismo de defensa ante situaciones adversas) así emocionalmente se muestran más contentos, llenos de energía y vitalidad que sus pares femeninas.

También se pronuncian más optimistas en relación a su salud y futuro, afirmando que los problemas afectivos no dificultan sus actividades; se manifiestan más dispuestos a interactuar en la vida, al punto de que, algunos de ellos afirman aún disfrutar aunque de forma ocasional de su sexualidad y otros hábitos de su juventud.

Entre estas costumbres están lamentablemente el fumar, beber alcohol y/o masticar coca, que, son prácticas, muy bien encubiertas, disimuladas o difícilmente comunicadas, ya que se niegan a reconocer su ingesta, sobre todo en relación a las bebidas alcohólicas. (Este aspecto debió ser contrastado directamente con las estadísticas de ingresos en centros de rehabilitación y nosocomios del departamento donde son atendidos por permanente consumo).

En consonancia con otros estudios realizados también en la ciudad de La Paz encontramos que en nuestro medio hay adultos mayores que si bien se sienten aptos y capaces para que otros dependan de ellos, la mayoría necesita apoyo y seguridad por parte de sus familiares pues sus capacidades y aptitudes motoras y sensoriales están disminuidas debido al paso de los años.

Las necesidades de los Adultos Mayores son especialmente afectivas, de seguridad económica y familiar, así como las referidas a sistemas de salud y atención médica.

CAPÍTULO VI

MARCO INSTITUCIONAL Y FINANCIERO

CAPÍTULO VI

6. MARCO INSTITUCIONAL Y FINANCIERO

6.1.A NIVEL NACIONAL

PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL ESTADO (2016 – 2020)

Formulado en el marco del desarrollo integral para vivir bien.

La Agenda Patriótica 2025, constituye el Plan General de Desarrollo Económico y Social del Estado Plurinacional de Bolivia, que orienta la formulación del Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020 (PDES), al cual deben articularse los planes de mediano y corto plazo en el país. La Agenda Patriótica 2025 está planteada en trece Pilares:

1. Erradicación de la pobreza extrema.
2. Socialización y universalización de los servicios básicos con soberanía para Vivir Bien.
3. Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral.
4. Soberanía científica y tecnológica con identidad propia.
5. Soberanía comunitaria financiera sin servilismo al capitalismo financiero.
6. Soberanía productiva con diversificación y desarrollo integral sin la dictadura del mercado capitalista.
7. Soberanía sobre nuestros recursos naturales con nacionalización, industrialización y comercialización en armonía y equilibrio con la Madre Tierra.
8. Soberanía alimentaria a través de la construcción del Saber Alimentarse para Vivir Bien.
9. Soberanía ambiental con desarrollo integral y respetando los derechos de la Madre Tierra.
10. Integración complementaria de los pueblos con soberanía.

11. Soberanía y transparencia en la gestión pública bajo los principios de no robar, no mentir, no ser flojo y no ser adulón.

12. Disfrute y felicidad plena de nuestras fiestas, de nuestra música, nuestros ríos, nuestra selva, nuestras montañas, nuestros nevados, de nuestro aire limpio, de nuestros sueños.

13. Reencuentro soberano con nuestra alegría, felicidad, prosperidad y nuestro mar.

PILARES (en referencia a la temática)

Pilar 1: Erradicar la pobreza extrema

Este pilar tiene el objetivo de erradicar la extrema pobreza en sus dimensiones material, social y espiritual.

El Estado Plurinacional de Bolivia ha asumido el reto de erradicar la extrema pobreza material al año 2025. Hacia el 2020 se dará continuidad a las Acciones que de forma exitosa han permitido reducir significativamente la extrema pobreza en Bolivia, para lo cual se proponen los siguientes Resultados:

Meta 1: Erradicación de la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza moderada.

Se ha fortalecido el apoyo integral para personas adultas mayores en centros de acogida y otros espacios para su ejercicio al derecho a una vejez digna.

El nuevo modelo económico social, promueve políticas de distribución y redistribución de la riqueza y los excedentes económicos, estableciendo como parte de sus principales propósitos, la erradicación de la pobreza en sus múltiples dimensiones y la reducción de las desigualdades económicas y sociales. En esa línea, la reducción de la pobreza moderada y extrema es consecuencia del impacto

de las Acciones que se desarrollarán en el marco de este Plan, y que fundamentalmente tienen que ver con las siguientes:

Promover el apoyo integral para personas adultas mayores en centros de acogida y otros espacios para su ejercicio al derecho a una vejez digna.

Meta 2. Erradicación de la pobreza espiritual y construcción del ser humano integral

La construcción de un ser humano integral es una prioridad en este período de gobierno de tal forma que la redistribución de la riqueza material se complemente con el fortalecimiento de la riqueza espiritual de las personas y la sociedad. Toda acción de lucha y erradicación de la pobreza espiritual implica avanzar significativamente en la erradicación de todas las formas de racismo y discriminación incluyendo además la construcción de los saberes y valores del ser humano integral que lucha contra la pobreza material, social y espiritual, que son en definitiva los valores del Vivir Bien. Los resultados esperados al 2020 son los siguientes:

Se han constituido centros comunitarios, vecinales, urbanos y rurales e implementado acciones preventivas de situaciones de racismo, autoritarismo, machismo y fascismo, violencia familiar y con capacidad de atención a denuncias y demandas de violencia familiar contra mujeres, niñas, niños y adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.

Para el logro de los Resultados establecidos en el Plan se desarrollarán las siguientes Acciones:

- Sancionar las acciones de discriminación y racismo de acuerdo al marco legal.
- Fortalecer el Sistema Plurinacional de Recepción, Registro y Seguimiento de Procesos Administrativos y Judiciales por racismo y toda forma de discriminación.

- Desarrollar capacidades institucionales que permitan tener un desempeño adecuado y pertinente para la implementación y aplicación de la Ley N° 045, Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación y de la Política del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Incrementar la información y conocimiento sobre especificidades del racismo y la discriminación.

Pilar 12: Disfrute y felicidad

Fortalecimiento de las virtudes humanas y solidarias

Meta 3: Práctica y fortalecimiento de las virtudes humanas y solidarias para llevar una vida armoniosa.

- Saber Ser y Crecer: se ha recuperado y aceptado nuestras identidades a fin de tener armonía para la vida.
- Saber Aprender y Pensar: se han rescatado nuestros conocimientos, valores y sabidurías ancestrales.
- Saber Relacionarse: se ha construido nuestra identidad colectiva y cooperación armónica.
- Saber Danzar, Reír, Alegrarse y Descansar: se han promovido tiempos y espacios de recreación y prácticas de expresión cultural.
- Saber Amar y Ser Amado: se ha avanzado en la construcción de una sociedad con afectividad en todas sus expresiones.
- Saber Soñar: se han proyectado ideales y anhelos en la construcción del Vivir Bien pleno.

Para alcanzar los Resultados señalados se ejecutarán las siguientes Acciones:

- Recuperar y actualizar técnicas de preparación de alimentos sanos y nutritivos.
- Garantizar espacios de recreación y tiempo libre.

- VII. Programación de inversiones y fuentes de financiamiento.

Para alcanzar los indicadores establecidos en el periodo 2015 – 2020, la inversión prevista ha sido estimada en el orden de los \$us48.574 millones, monto sujeto a los ajustes necesarios para alcanzar las metas programadas en dicho periodo. Esta inversión estimada, implica que en 6 años se invertirá 2,4 veces más que los 9 años del periodo (2006 - 2014);y con relación al (1997 - 2005) se invertirá 9,6 veces más.

Existe una articulación directa entre las inversiones en el sector social y aquellas relacionadas con medio ambiente y agua.

Los recursos destinados a los sectores sociales (11%) y medio ambiente y agua (10%) hacen un total de 21% de las inversiones.

Las inversiones en las áreas de medio ambiente y social, contemplan proyectos de riego, recursos hídricos, saneamiento básico, urbanismo y vivienda, salud, educación y deportes que garantizan el derecho humano al acceso a agua y servicios básicos; así como el cuidado del medio ambiente, el ejercicio de derechos e igualdad, la seguridad ciudadana y la defensa nacional.

Se prevé que las fuentes de financiamiento interno consideradas para alcanzar los objetivos de inversión pública en el periodo 2015 - 2020 representan el 55% incluyendo

recursos el acceso a un nuevo crédito interno con el Banco Central de Bolivia y las asignaciones que realice anualmente a inversión pública el Tesoro General del Estado.

Las inversiones planificadas deberán incluir un alto grado de cofinanciamiento con las Entidades Autónomas Territoriales (ETAs). El financiamiento externo de organismos internacionales o en el marco de acuerdos bilaterales, representa un estimado de 39% del costo total de la inversión. Se estima que el saldo requerido

provenirá también de financiamiento externo o en el caso de proyectos de infraestructura y productivos podrá provenir de fuentes de financiamiento del proponente.

Los porcentajes antes expuestos podrán variar en función del incremento de los ingresos nacionales debido al crecimiento económico y a la disponibilidad y diversificación de las fuentes de financiamiento externo con ventajas comparativas

6.2.A NIVEL DEPARTAMENTAL

PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DE TARIJA (2012 – 2016)

Dentro del PDDES (plan departamental de desarrollo económico y social), existen los objetivos estratégicos, estos referidos a la visión departamental de futuro.

El departamento de Tarija es Tierra para vivir Bien, y entre los objetivos estratégicos para cumplir con este fin está un pilar fundamental: **DESARROLLO Y JUSTICIA SOCIAL**

Diseño de un centro de acogimiento de la tercera edad

El presente proyecto se encuentra justificado en el PDDES (plan departamental de desarrollo económico y social) en la Cartera Deseada de Proyectos, dentro de la nueva concepción de planificación integral en base al nuevo paradigma de VIVIR BIEN.

Esta nueva concepción articula la planificación estratégica, sectorial y territorial, con participación y consulta ciudadana de acuerdo a las normas metodológicas vigentes del sistema nacional de planificación.

El PDDES se enmarca en el paradigma del desarrollo sostenible, enmarcado en la Ley de Descentralización, Ley de participación Popular y el SISPLAN (sistema

nacional de planificación), estableciendo la propuesta de desarrollo basada en seis pilares fundamentales:

- 1 Desarrollo y justicia social
- 2 Armonía con la naturaleza
- 3 Economía natural
- 4 Energía e hidrocarburos
- 5 Integración vial
- 6 Autonomía y participación plena e institucional

MARCO INSTITUCIONAL

El proceso de planificación se realiza en el marco del sistema nacional de planificación (SISPLAN), que a partir de 1995, se institucionaliza mediante procesos, normas y procedimientos que establecen diferentes mecanismos en tres niveles: nacional, departamental y municipal en la perspectiva de mejorar la eficiencia del Estado en la definición de políticas de desarrollo y en la asignación de recursos públicos.

El PDDES se convierte en un documento de cumplimiento obligatorio en todo el departamento y para todo el departamento exigiendo tareas de coordinación interinstitucional en un marco de consenso tanto para fines de planificación como de asignación de recursos.

BASE LEGAL

De acuerdo a la nueva estructura y organización territorial del estado, todos los proyectos del PDDES tienen como base legal las siguientes normas:

Nacionales

- . Constitución política del estado
- . Ley Marco de Autonomía y Descentralización Administrativa, Ley N° 031
- . Ley de Administración y Control Gubernamental, Ley 1178 SAFCO

- . D.S. N° 29894 Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo.
- . Norma Básica del Sistema Nacional de Inversión Pública
- . Ley de Municipalidades, Ley 2028
- . Ley de Lucha Contra la Corrupción, enriquecimiento ilícito e Investigación de Fortunas. Ley N° 004 (Marcelo Quiroga Santa Cruz)
- . Ley Contra el Racismo y toda clase de discriminación. Ley N° 045

Departamentales

- . Decreto Departamental N° 010/2010 Organización Administrativa el Órgano Ejecutivo Departamental (fecha 8 de abril de 2011)
- . Plan Departamental de Ordenamiento Territorial PDOT (como referencia).
- . Decreto Departamental N° 033/2010 Organización y Funciones de los Ejecutivos Seccionales de Desarrollo (29/06/2010) en lo que corresponda.
- . Decreto Ejecutivo No. 05/2011 DE28 DE MARZO DE 2011 (formaliza la elaboración del Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social PDDDES 2012-2016)

OBJETIVO ESTRATÉGICO (PDDDES REFERENTE A LA TEMÁTICA DEL PROYECTO)

DESARROLLO Y JUSTICIA SOCIAL

Objetivo. Garantizar los Derechos Fundamentales con acceso a los servicios básicos y a la vivienda, fortaleciendo y articulando una educación de calidad, ASISTENCIA SOCIAL, cultura, deporte y un modelo sanitario pertinente, con enfoque intercultural

Al encontrarse Tarija en un proceso de cambio social, político y económico, referirse al desarrollo humano y la justicia social implica reconocer los logros

alcanzados en el departamento al ser el primero en desarrollo humano en Bolivia, pero también buscar mejorar las brechas internas e identificar tareas pendientes que posibilitarán seguir mejorando en base a una construcción comunitaria e intercultural de políticas sociales:

Se busca una vivienda con acceso a suelo y que garantice el hábitat digno e integrado al entorno como un derecho, promoviendo los planes de vivienda de interés social, sistemas de financiamiento, basados en principios de solidaridad y equidad, logrando la calidad de vida de los habitantes, con programas implementados en la construcción y mejoramiento de viviendas, con mayor incidencia en el área rural que en la urbana, encarando las soluciones integrales de mediano y largo plazo.

Se procura que los servicios básicos sean acceso universal y equitativo a los servicios de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones, en condiciones de calidad adecuada para garantizar el vivir bien.

La Gestión Social se convierte en el instrumento para integración e inclusión de los grupos más vulnerables, evitando cualquier forma de discriminación y reconocimiento al carácter plurinacional de la sociedad, además de generar las condiciones de un empleo digno como política departamental.

Finalmente el departamento se establece construir una sociedad justa sin discriminación ni explotación, con plena justicia social, como un derecho fundamental a la supervivencia, reconocida por la Nueva Constitución Política del Estado y el marco del proceso de cambio y el nuevo paradigma VIVIR BIEN.

POLÍTICAS DEPARTAMENTALES (PDDES REFERENTES A LA TEMÁTICA DEL PROYECTO)

Mejorar y garantizar la protección y desarrollo integral de grupos vulnerables en el departamento.

a) Fortalecer y ampliar la red de gestión y asistencia social da grupos vulnerables

Se construirán y equiparán más centros de atención con una visión territorializada, que además considere el recurso humano para su operación y funcionamiento. Se atenderá con igual prioridad en todas las regiones del departamento.

Se institucionalizará la Red de Gestión y Asistencia Social con un enfoque integral de género, generacional, terapia alternativa y terapia ocupacional, que garantizará la implementación y continuidad de las políticas públicas y asignación de recursos para este sector.

Se diseñarán programas para crear una cultura de prevención del maltrato en todas sus formas y de solidaridad hacia los grupos vulnerables, a través de servicios asistenciales y educativos de salud, psicología, educación entre otros que promueven la igualdad de oportunidades y la lucha contra la discriminación de estos grupos.

Con ello se protegerá y se conseguirá la reinserción social, familiar, laboral y reducir los índices de abandono y violencia a los grupos vulnerables como son los niños, niñas y adolescentes, discapacitados, adultos mayores y mujeres en situación de riesgo.

Esta política, requiere del trabajo intersectorial y coordinado de instituciones del Gobierno Departamental a través del SEDEGES, DODEPEDIS, Ministerio de Salud y Deportes, de Gobiernos Municipales y locales como la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia entre otros, la cooperación internacional, los Organismos no gubernamentales y la sociedad civil, por lo tanto es de responsabilidad de las instituciones mencionadas la operativización de la presente política.

b) Promover la atención integral del adulto mayor

Brindar asistencia y atención psicológica, social y legal de calidad a personas de la tercera edad de bajos recursos para evitar su deterioro físico y mental y atender las necesidades de cuidado, comprensión, esparcimiento y productividad de nuestros adultos mayores, a través de la implementación de centros de acogida como espacios dignos para que vivan en plenitud, desarrollándose en las diferentes actividades y talleres programados que proporcionan el uso y aprovechamiento positivo de su tiempo libre, Actividades recreativas, Nutrición y Salud.

Se fortalecerán, mejorarán y ampliarán los centros existentes para atender mejor a la población que tienen, buscando también calidez en la atención que reciben a través de la capacitación permanente del personal.

El servicio Departamental de Salud, el SEDEGES (servicio departamental de gestión social), conjuntamente los DILOS (directorio local de salud), serán los responsables de la ejecución de estas acciones a través del SSPAM (seguro social para el adulto mayor) y la construcción de una red de actores con los Municipios, la seguridad social, organismos internacionales, no gubernamentales y privados.

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA (REFERENTE A LA TEMÁTICA DEL PROYECTO)

POLITICA: mejorar y garantizar la protección integral de grupos vulnerables en el departamento.

Este programa tiene como objetivo lograr mayor cohesión social para la población en situación de riesgo y vulnerabilidad, a través de intervenciones específicas en las diferentes temáticas, que hacen a la gestión y la protección social solidaria.

Comprendiendo proyectos relacionados a servicios sociales de atención integral e inclusión, vulnerable y cualquier forma de discriminación, principalmente la protección de la mujer y la familia, Asistencia social para la drogodependencia y el alcoholismo, Protecciones de niños, niñas y adolescentes en situaciones de

riesgo y vulnerabilidad, rehabilitación de niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo, asistencial para los discapacitados con rehabilitación integral y el bienestar para el adulto mayor.

La intervención del programa considera el reconocimiento y el ejercicio pleno de sus derechos de las mujeres, jóvenes, niños y ancianos, orientados a favorecer la protección contra la violencia, abandono y discriminación, además brindando asistencia en salud, atención psicológica, nutrición, educación y vivienda.

SALDO DISPONIBLE PARA INVERSIÓN 2012 – 2016

El departamento cuenta con 897 000 366 dólares americanos para la inversión de la gestión 2016 destinados a la ejecución de proyectos del PDDES

6.3.A NIVEL CIUDAD CAPITAL

PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE TARIJA Y LA PROVINCIA CERCADO 2015- 2019

Dentro de las obras planteadas en el PDM (plan de desarrollo municipal) se encuentra la Construcción Centro de Rehabilitación para el Adulto Mayor Distrito N° 8 ya al 5% Ejecución en el barrio Eduardo Avaroa .

En base a la normativa se ha formulado los Planes Municipales de Desarrollo PDM's, los cuales han sido la base del accionar municipal, en la búsqueda equilibrada de la ciudad de Tarija y de las comunidades rurales de la Provincia Cercado. Ha considerado la participación de los habitantes la ciudad de Tarija, con las cuales se han priorizado y concertado las Áreas de Acción, Programas y Proyectos para el quinquenio.

El PDM 2015 – 2019, se constituye en un instrumento técnico - normativo que guía también las acciones públicas y privadas de uso del suelo y una política de ocupación del territorio que minimiza las desigualdades existentes y la exclusión

de los habitantes, la constante modernización de la ciudad y la posibilidad de vivir en una ciudad segura.

Esta es compatible de acuerdo a la norma con el Plan Nacional de Desarrollo PND, el Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social PDDES.

También se formula dentro del paradigma Vivir bien, el fundamento de la nueva propuesta de desarrollo.

En el proceso de concertación, se definieron 9 áreas de acción que permitirán ejecutar de integrada y ordenada el PDM, ajustando los Planes Anuales de Desarrollo Municipal PADM's, y los Planes Operativos Anuales Municipales POA's, de manera permanente.

Estas áreas son:

- 1°. Área de Educación
- 2°. Área de Salud
- 3°. Área de Seguridad Ciudadana
- 4°. Área de Infraestructura Vial Urbana – Rural
- 5°. Área de Apoyo a la Producción, Turismo y Creación de Empresas.
- 6°. Área de Desarrollo Humano (Deportes, Cultura y Tradición,)
- 7°. Área de Medio Ambiente
- 8°. Aseo Urbano
- 9°. Área de Desarrollo Institucional

MARCO LEGAL

Este marco jurídico necesariamente debe ser contemplado en la formulación del Plan de Desarrollo Municipal 2015 - 2019, las leyes más importantes consideradas son las siguientes normas.

- ley n° 482 de gobiernos autónomos municipales

- la ley marco de autonomías y descentralización
- la ley de participación y control social
- ley de administración y control gubernamental del 20/07/090
- ley del medio ambiente
- la ley del sistema nacional de seguridad ciudadana

LA ARTICULACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO: NACIONAL - DEPARTAMENTAL – MUNICIPAL (EN REFERENCIA A LA TEMÁTICA)

Hacia una vida social fraterna y solidaria

Busca recuperar y ensamblar al desarrollo valores humanos como la complementariedad, la solidaridad y la retribución. Más allá de la adhesión circunstancial a una causa, las expresiones de solidaridad generadas alrededor de movimientos sociales y organizaciones ciudadanas son una fuente esencial de valores basada en la unión y el respaldo mutuo, en la solidaridad y la complementariedad. Esta necesidad, se manifiesta en todas las formas de organización comunitaria, cuyas expresiones rurales y urbanas son diversas y complementarias como colectivo social, ya que integra a familias e individuos, y reproducen formas de vida social donde las personas mantienen relaciones sociales fraternas y solidarias protegidas por la comunidad. Algunas de estas formas sociales son de trabajo asociado o de confluencia de intereses productivos.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS. (EN REFERENCIA DE LA TEMÁTICA)

Formular y ejecutar en el marco del paradigma de desarrollo sustentado en la filosofía del Vivir Bien, propio de nuestras culturas.

Promover el desarrollo integral a través de la construcción de un nuevo patrón de desarrollo diversificado e integrado y la erradicación de la pobreza, desigualdad social y exclusión.

VISIÓN ESTRATÉGICA DEL DESARROLLO DEL MUNICIPIO (EN REFERENCIA A LA TEMÁTICA)

Tarija, centro internacional turístico, cultural, comercial y productivo del sur del país, con un alto desarrollo humano y de igualdad, genera espacios para una convivencia segura e integradora, que le permite ofrecer oportunidades para el desarrollo personal y empresarial

CALIDAD DE VIDA.-

Para sus habitantes, significa el haber alcanzado un nivel de vida satisfactorio, en el cual es posible satisfacer las necesidades básicas de su población y de sus deseos y aspiraciones, donde disfruta de servicios básicos, salud, educación, medio ambiente saludable, estabilidad laboral, seguridad ciudadana, participación, poder de decisión, integración social, etc. que le permite a sus habitantes haber alcanzado un nivel de vida satisfactorio y participar del desarrollo del Municipio.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS (EN REFERENCIA A LA TEMÁTICA)

Área de Desarrollo Humano (Deporte, Cultura y Tradición)

Implementación de programas, proyectos y actividades que permitan rescatar, conservar y mejorar el patrimonio histórico y cultural del municipio, tanto en el área urbana como rural.

PROPUESTA DE DESARROLLO ESTRATÉGICO (EN REFERENCIA A LA TEMÁTICA)

Área de Desarrollo Humano (Deporte, Cultura y Tradición)

El Gobierno Municipal de Tarija, desarrolla programas y proyectos con la cooperación de instituciones nacionales e internacional con el fin de preservar, fortalecer y transmitir el patrimonio histórico y cultural del municipio, entre generaciones y como parte fundamental del desarrollo humano, turístico y productivo de la región.

LÍNEAS DE ACCIÓN (EN REFERENCIA A LA TEMÁTICA)

Área de Desarrollo Humano, Deportes, Cultura y Tradición

Los valores humanos de los pueblos nacen de la formación de sus recursos humanos a través del deporte, la cultural y la valorización de sus tradiciones, en ellas esta su unidad, fortaleza y deseo de superación, generando un pensamiento común acerca de la construcción de su futuro.

El Gobierno Municipal de Tarija, considera importante la ejecución de programas y proyectos orientados a promocionar y preservar las costumbres chapacas, en un trabajo mancomunado con instituciones culturales, comunidades, servicio de educación, etc. y la participación de pueblo en general.

LOS RECURSOS MUNICIPALES

Recursos Económicos

De los Ingresos Municipales

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

Los Ingresos Corrientes, provienen de:

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

Los Ingresos de Capital, que provienen de:

1. La Venta de Activos que posee el Municipio
2. Las Donaciones realizadas por Gobiernos Amigos, Instituciones Internacionales y/o Nacionales, Personas, etc.
3. Transferencias de Capital, realizadas por el sector público financiero y no financiero, y de la Prefectura del Departamento.

6.4.A NIVEL MUNICIPAL

PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL PROVINCIA J. M, AVILÉS,
PRIMERA SECCIÓN – URIONDO GOBIERNO MUNICIPAL DE URIONDO
TARIJA – BOLIVIA

MARCO JURÍDICO

La Constitución Política del Estado regula el régimen Municipal, estableciendo que el Gobierno Municipal y administración de los Municipios están a cargo del Gobierno Municipal autónomo y de igual jerarquía, indicando que la autonomía municipal se concreta en la potestad normativa, ejecutiva, administrativa y técnica en el ámbito de su jurisdicción y competencias territoriales así mismo el Gobierno Municipal está a cargo de un Concejo y de un Alcalde.

La Ley de Municipalidades N° 2028

Tiene por objeto regular el régimen Municipal establecido en la Constitución Política del estado donde reconoce la autonomía Municipal consistente en la potestad normativa; fiscalizadora ejecutiva, administrativa y técnica ejercida por el Gobierno Municipal.

La Municipalidad y su Gobierno Municipal tienen como finalidad contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas y garantizar la integración y participación de los ciudadanos en la planificación y el desarrollo humano

sostenible del Municipio con la promoción del desarrollo en coordinación con los intereses de carácter nacional y regional.

Por otra parte La Ley de Participación Popular,

Esta Ley amplía sus competencias Municipales y consolida el proceso de participación popular articulando a las comunidades indígenas, campesinas y urbanos en la vida jurídica, política y económica del país, mejorando la calidad de vida de la mujer del hombre y de los niños especialmente con una distribución equitativa y una mejor administración de los recursos garantizando el nivel de oportunidades para toda la ciudadanía especialmente a las mujeres y los niños.

La Ley de Administración y Control Gubernamental (SAFCO) N° 1178

Esta Ley regula el sistema de administración y control gubernamental con los sistemas de Planificación e inversión Pública con la finalidad de organizar, programar, ejecutar y controlar el uso eficiente y eficaz de los recursos públicos para dar cumplimiento a las políticas, programas en los proyectos del sector público.

La Ley del Dialogo Nacional 2000 N° 2235

Donde establece lineamientos básicos para la reducción de la pobreza; define los criterios de distribución de los recursos provenientes del programa de alivio de la deuda externa multilateral, con destino a programas de reducción de la pobreza a través de los Municipios.

Finalmente no debemos dejar de lado otras leyes sectoriales específicas

Que complementan la definición de principios de orden nacional, por lo tanto constituyen

Un cuerpo interrelacionado que debe tenerse en cuenta para la formulación de los planes de desarrollo así podemos citar:

La Ley de Descentralización Administrativa,
 La Ley del Servicio Nacional de Reforma Agraria N° 1715,
 La Ley del Medio Ambiente N°1333,
 La ley Forestal N° 1700,
 Ley de ordenamiento territorial, sus normativas, reglamentos y otras.

El PDM de Uriondo no tiene proyectado la construcción de un asilo/albergue/centro de acogida para ancianos.

El PDM 2012-2016 no es accesible a la población en general no obstante, dentro del PDM 2007 – 2011 se han obtenido los siguientes datos relacionados con el adulto mayor:

MARCO ESTRATÉGICO 1. LA VISIÓN MUNICIPAL

A) Proceso de Formulación. (en referencia a la temática)

Podemos definir como un desafío de construir una región que exprese y promueva la integración, el respeto , la libertad , la equidad y la paz. Que promueva aun Municipio con ciudadanos y ciudadanas plenos de derechos y oportunidades.

El Plan de Desarrollo Municipal ordena las actividades que el Gobierno Municipal va a ejecutar para solucionar los problemas más importantes de las comunidades.

Con la Asistencia del PLAN TARIJA es que se utilizó la metodología que a continuación vamos a explicar.

1. La participación fue de todos los actores, hombres, mujeres, niños, niñas, adolescentes, hombres, mujeres y ancianos.

LÍNEAS DE ACCIÓN (EN REFERENCIA A LA TEMÁTICA) :

Seguridad Ciudadana: Ampliar e impulsar la protección de la familia y especialmente a la niñez y juventud.

Líneas de Acción: - Realizar programas de superar la discriminación de género y generacional, valorando la participación de la mujer, los jóvenes y niños, ancianos, favoreciendo el ejercicio pleno de sus derechos.

Defensa y Protección de la niñez y la Mujer, ancianos y personas discapacitadas

Dotar de comedores para los ancianos.

PLAN DE INVERSIONES

1. Las inversiones en cinco años a) Cronograma de Inversiones

La inversión total del quinquenio alcanza a \$us 22.720.526 (Veintidós millones setecientos veinte mil quinientos veintiséis 00/100 Dólares Americanos), de los cuales se destinan el 3% a preinversión y el restante a la inversión.

La falta de disponibilidad actual de estudios de preinversión, que posibiliten una mayor captación de recursos financieros de fuentes externas, hace necesario que los niveles más altos de recursos destinados a la preinversión se encuentren en el primer año con 295.347.4 mil dólares americanos para este fin, cifra que irá disminuyendo cada año que este transcurriendo.

También podemos indicar que, la evolución de los recursos aplicados a la inversión tienen un comportamiento inverso, es decir, la falta de preinversión actual y las posibilidades financieras del Municipio, determinarían niveles bajos de inversión al inicio del quinquenio, que iría incrementándose conforme se logre financiamiento externo fruto de la preinversión inicial y de un reordenamiento financiero en la institución.

Así se observa que la inversión es considerable y se iniciaría con 6.2 millones de dólares americanos aproximadamente, en el segundo año con 6.4 millones de dólares aproximadamente, el tercer año con 4.7 millones de dólares americanos,

cuarto año de 2.1 millones de dólares y el quinto año de 2.4 millones de Dólares americanos aproximadamente. Ver cuadro 1 .Se puede observar que existe una fuerte conexión entre el plan de inversiones y la realización de los estudios de preinversión, sobre todo para captación de financiamiento en proyectos de desarrollo rural, educativos y de salud.

También reflejamos el plan por proyectos donde indica cuando se realizaría su ejecución que detallamos en el cuadro de anexos.

CAPÍTULO VII

MARCO REAL

CAPÍTULO VII

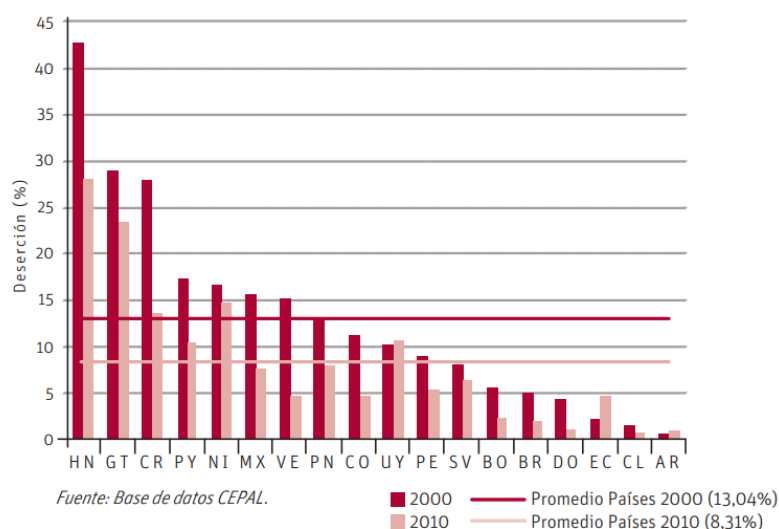
7. MARCO REAL

7.1.UNA VISTA AL PANORAMA INTERNACIONAL Y NACIONAL DE LAS PROBLEMÁTICA

Los tres principales problemas de Latinoamérica son la pobreza la salud y el analfabetismo. para erradicar la pobreza es necesario ciudadanos productivos para la sociedad que se generan mediante una buena educación y fundamentalmente una buena salud.

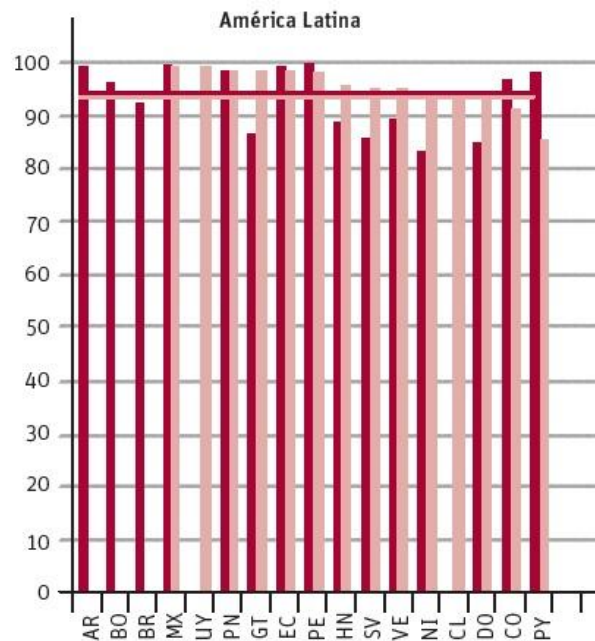
7.1.1. INDICADORES DE EDUCACIÓN EN AMÉRICA LATINA

Gráfico 5.3. Tasa de deserción en educación primaria.



Bolivia tiene un nivel de matriculación a la educación primaria del 96% en el 2000, número superior a 7 otros países latinoamericanos, no hay actualización de datos de 2010 .

Gráfico 5.1 Tasa neta ajustada de matrícula en educación primaria.



Fuente: Base de datos UNESCO-UIS.

Además tiene una de las menores tasas de deserción de la educación primaria solo siendo arrebasado por 5 países de 18 censados en latinoamérica.

Gráfico 6.2. Tasa neta de matrícula en la educación secundaria (todos los programas) (32 países incluidos, en %).

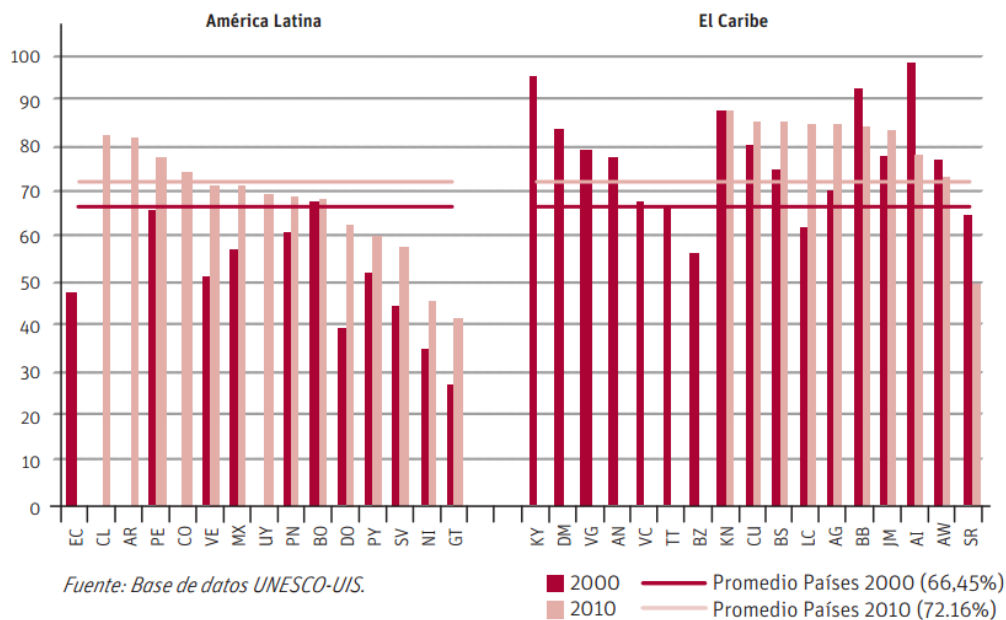
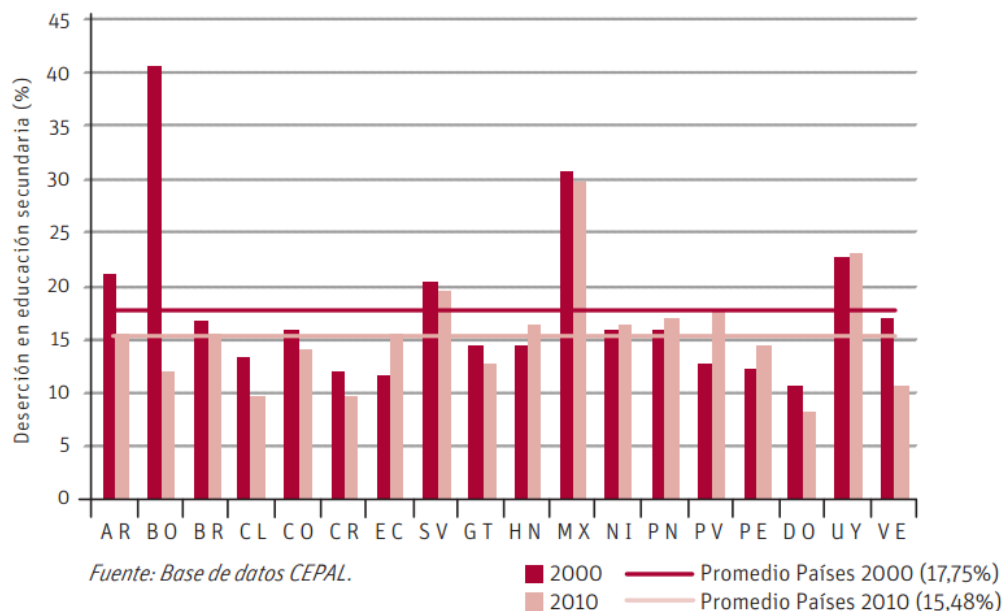


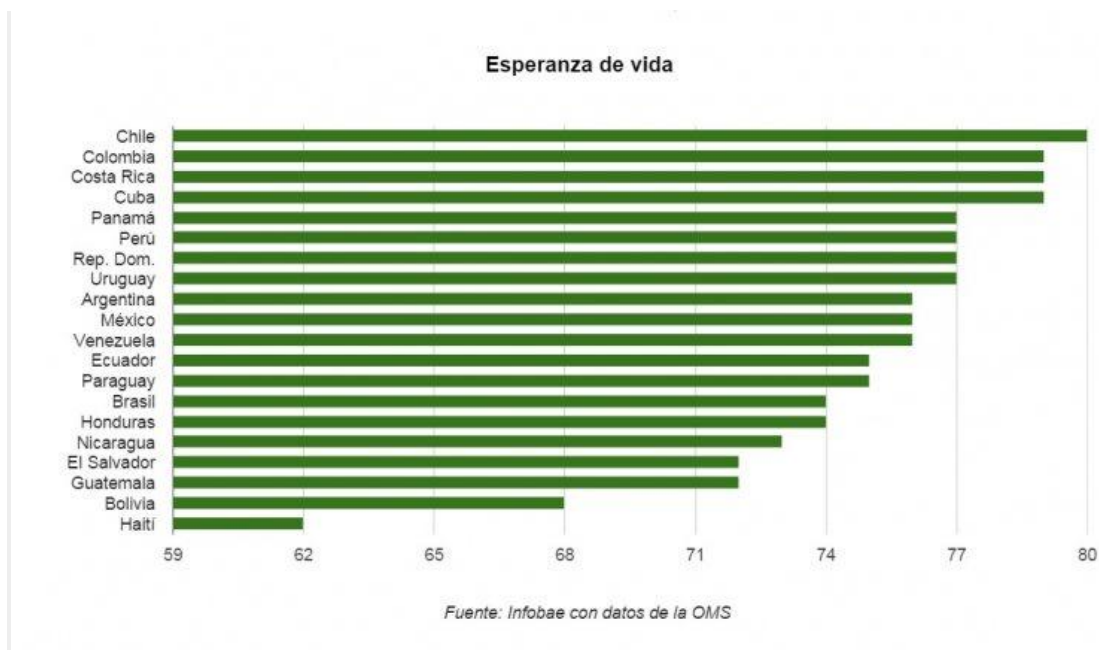
Gráfico 6.4. Tasa de deserción en educación secundaria (18 países incluidos).



Con respecto a la educación secundaria Bolivia está en el medio en la tasa de estudiantes de países latinoamericanos que se inscriben a la educación secundaria, cayendo 3 puestos con un porcentaje del 68%, esto significa una disminución del 28% en relación a la matriculación de la educación primaria.

Por otra parte Bolivia representaba en 2000 el país con mayor número de deserciones de la escuela secundaria con el 38%, cosa que mejoró considerablemente para 2010 a un 12% haciendo así una reducción del 26% posicionándolo en el 15avo de 18 países censados.

7.1.2. INDICADORES DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

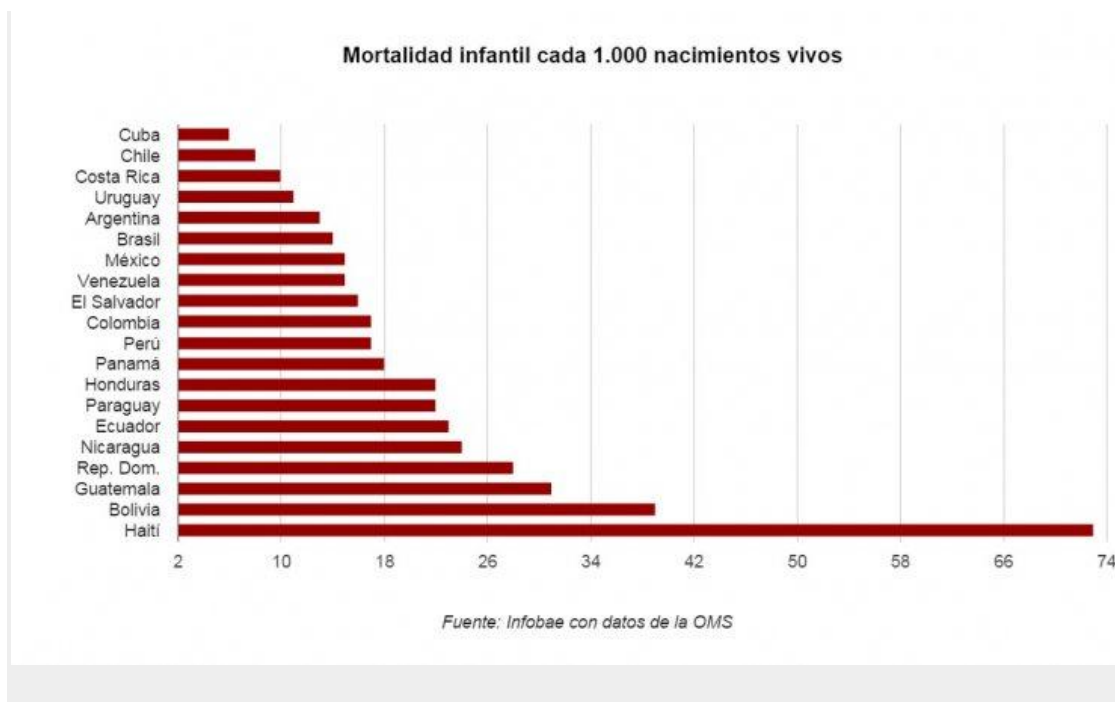


Un indicador insoslayable para evaluar el grado de éxito del sistema de salud de un país es la esperanza de vida de la población. Es imposible que las personas vivan muchos años en una nación con una infraestructura sanitaria precaria. Por el contrario, cuanto mejor sea esta, y mayores los cuidados que pueda brindar a los ciudadanos, más probable será que vivan más.

Chile es el país con mayor esperanza de vida de América Latina. En promedio, la gente vive allí 80 años, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En un segundo lote, con 79 años de media, se encuentran Colombia, Costa Rica y Cuba.

El que está peor ubicado es Haití, con apenas 62 años, 18 menos que Chile, lo que da una idea de la enorme disparidad que existe entre los países de la región.

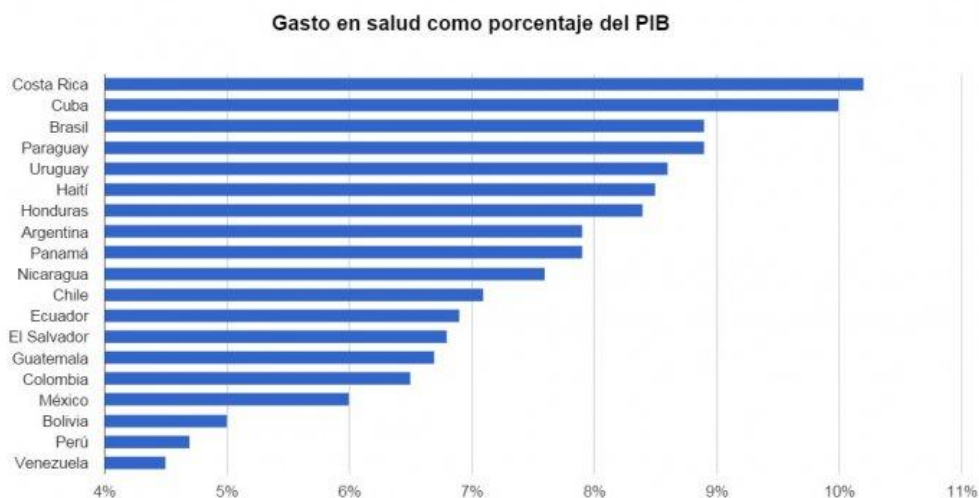
También están mal Bolivia (68 años), Guatemala (72) y El Salvador (72).



Otro indicador trascendental es la mortalidad infantil, porque revela la penetración del sistema sanitario en la población. Cuando muchas personas no tienen acceso a hospitales ni a profesionales para atender sus emergencias, las mujeres dan a luz sin asistencia, en condiciones sumamente peligrosas.

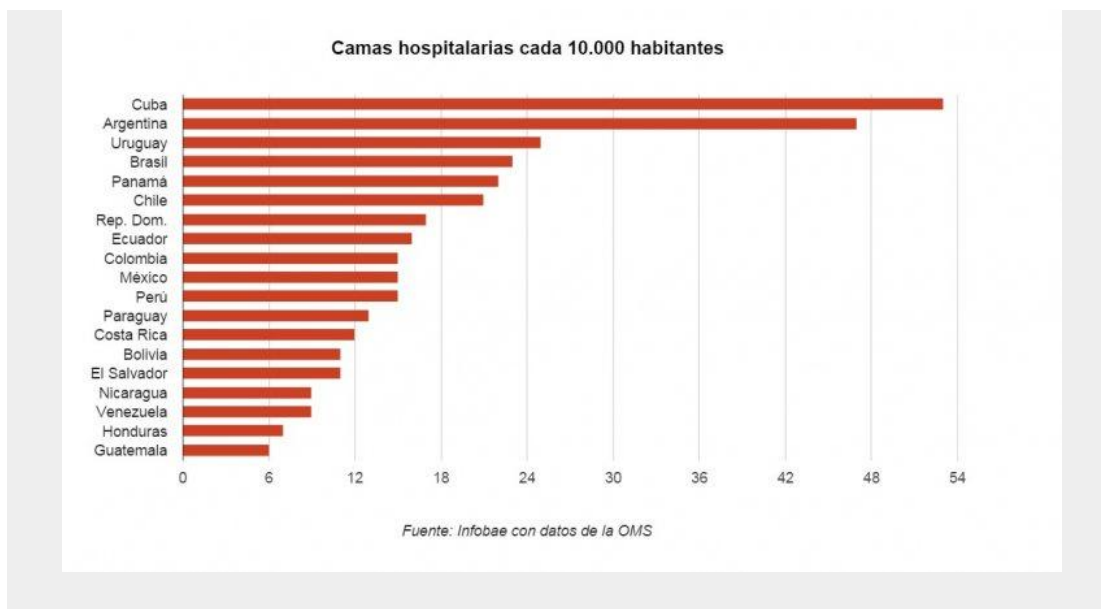
En este rubro el que está a la cabeza es Cuba. Según la OMS, la probabilidad de morir antes de los cinco años es de 6 cada 1.000 nacidos vivos. En segundo lugar está Chile, con 8, y luego viene Costa Rica, con 10.

Nuevamente, el que está en una situación más delicada es Haití, con 73 cada 1.000. Bastante lejos, pero igualmente en malas condiciones, están Bolivia (39) y Guatemala (31).



Fuente: Infobae con datos de la OMS

Si se considera el gasto en salud como porcentaje del PIB, Costa Rica y Cuba están al tope, destinando cerca del 10% de acuerdo a cifras de la OMS. Allí es posible encontrar una correlación entre gasto y resultados. Pero en tercer lugar aparecen Brasil y Paraguay, que destinan el 8,9%, pero están lejos de los mejor ubicados. La mejor prueba de que no hay una relación matemática entre una cosa y la otra es que Haití gasta un punto y medio más de su producto que Chile, que con 7,1% está por debajo de la mediana. Sin recursos no se puede hacer nada, pero con presupuestos abultados mal administrados, tampoco.



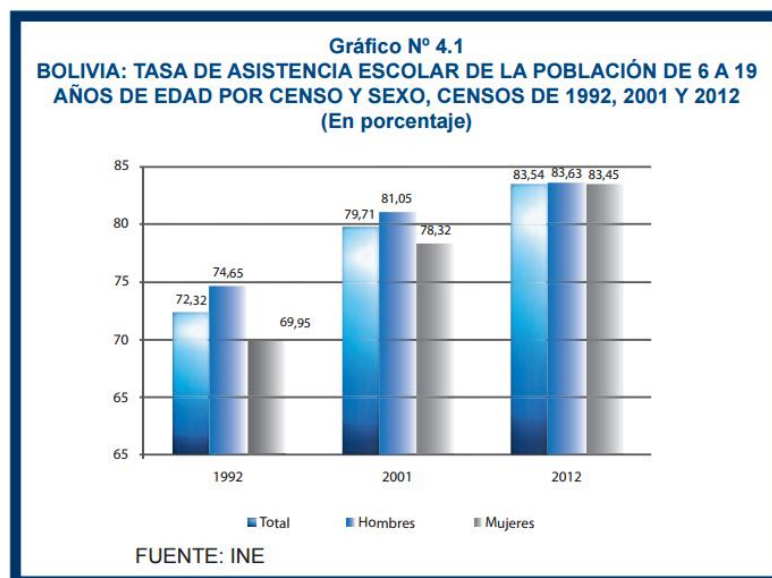
Ni siquiera tener muchos hospitales, con muchas camas, es garantía de éxito.

Funciona para Cuba, que está primero con 53 cada 10.000 habitantes. Pero no tanto para Argentina, que está segunda con 47, más del doble que Chile (21), aunque con resultados más pobres.

Tomando en cuenta los indicadores de salud podemos concluir que Bolivia entra en penúltimo lugar tanto en mortalidad (39 de 1000) como en esperanza de vida (68 años) entre los países latinoamericanos ascendiendo sólo un puesto en los gastos de salud del producto interno bruto (6%) y otros 3 en relación a las camas hospitalarias que existen para abastecer a la población (11 camas para 10 000 habitantes), sin embargo este número no representa en realidad una mejor atención de salud demostrado entre la relación Cuba – Argentina.

Haciendo una relación entre ambas condiciones de calidad de vida (salud y educación) podría decirse que la que se encuentra en mayor estado de gravedad es la salud.

7.1.3. INDICADORES DE SALUD Y EDUCACIÓN EN BOLIVIA



Cuadro N° 4.3
BOLIVIA: POBLACIÓN DE 6 A 19 AÑOS DE EDAD Y TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR POR SEXO SEGÚN CENSO Y GRUPO DE EDAD ESCOLAR, CENSOS DE 1992, 2001 Y 2012
(En número de personas y porcentaje)

CENSO Y GRUPO DE EDAD	TOTAL	POBLACIÓN DE 6 A 19 AÑOS					DIFERENCIA HOMBRE – MUJER
		Hombres	Mujeres	TASA DE ASISTENCIA			
				Total	Hombres	Mujeres	
CENSO 1992	2.152.439	1.085.326	1.067.113	72,32	74,65	69,95	4,70
6 – 14 años	1.494.415	758.682	735.733	83,82	85,57	82,02	3,55
15 – 19 años	658.024	326.644	331.380	46,2	49,3	43,15	6,15
CENSO 2001	2.746.050	1.393.403	1.352.647	79,71	81,05	78,32	2,73
6 – 14 años	1.875.932	955.715	920.217	91,41	91,99	90,82	1,17
15 – 19 años	870.118	437.688	432.430	54,46	57,16	51,73	5,43
CENSO 2012	2.958.202	1.513.677	1.444.525	83,54	83,63	83,45	0,17
6 – 14 años	1.899.878	976.927	922.951	94,06	93,81	94,34	-0,53
15 – 19 años	1.058.324	536.750	521.574	64,66	65,10	64,20	0,91

FUENTE: INE
NOTA: No incluye personas que residen habitualmente en el exterior y personas que no especifican la pregunta de asistencia escolar.

Bolivia presenta una asistencia escolar de 83,54 % entre los 6 a 19 años, en primaria del 94,34% y disminuyendo considerablemente en secundaria con un 64,20%

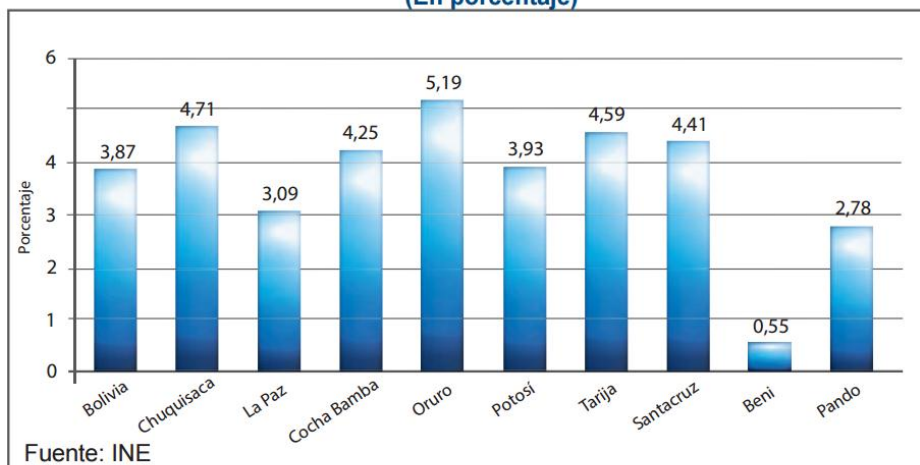
Cuadro N° 4.4
BOLIVIA: TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR DE LA POBLACIÓN DE 6 A 19 AÑOS DE EDAD,
CENSOS DE 2001 Y 2012
(En porcentaje)

DEPARTAMENTO	TOTAL	CENSO 1992			Dife- rencia hom- bre- mujer	TOTAL	CENSO 2001			TOTAL	CENSO 2012		
		Hom- bres	Mu- jeres				Hom- bres	Mu- jeres	Dife- rencia hom- bre- mujer		Hom- bres	Mu- jeres	Dife- rencia hom- bre- mujer
TOTAL	72,32	74,65	69,95	4,70	79,71	81,05	78,32	2,73	83,54	83,63	83,45	0,17	
Chuquisaca	62,42	65,14	59,69	5,45	73,42	75,34	71,47	3,87	80,84	80,86	80,81	0,04	
La Paz	75,38	79,15	71,57	7,58	83,25	85,25	81,21	4,04	85,88	86,32	85,43	0,89	
Cochabamba	71,07	73,86	68,24	5,62	78,54	80,05	76,99	3,06	83,80	84,20	83,37	0,84	
Oruro	78,83	80,88	76,72	4,16	83,33	84,68	81,92	2,76	85,23	85,58	84,85	0,72	
Potosí	70,26	74,42	66,05	8,37	78,93	82,13	75,65	6,48	84,23	85,30	83,12	2,18	
Tarija	67,99	67,83	68,15	-0,32	74,91	74,50	75,33	-0,83	81,03	80,00	82,11	-2,11	
Santa Cruz	73,08	73,42	72,73	0,69	79,53	80,06	78,99	1,07	82,05	81,69	82,42	-0,73	
Beni	72,48	72,85	72,08	0,77	77,52	77,07	78,01	-0,94	82,47	81,74	83,28	-1,54	
Pando	60,32	58,17	62,84	-4,67	70,17	68,81	71,69	-2,88	80,26	78,27	82,53	-4,25	

FUENTE: INE

Tarija se encuentra en el puesto número 7 entre los departamentos de Tarija con un porcentaje de 81,03% seguido por Chuquisaca y Pando.

Gráfico N° 7.1
BOLIVIA: POBLACIÓN CON ALGUNA DIFICULTAD PERMANENTE POR DEPARTAMENTO,
CENSO 2012
(En porcentaje)



El Censo 2012 a diferencia del Censo 2001 incorporó preguntas que permitieron identificar a la población con dificultades permanentes para:

- Ver, aún si usa anteojos o lentes
- Oír, aún si usa audífono
- Hablar, comunicarse o conversar
- Caminar o subir escalones
- Recordar o concentrarse

Tarija está en 3er lugar sólo superado por Chuquisaca y Oruro.

Entre otros datos referentes de la salud obtenidos del INE tenemos:

En 2016 la tasa de mortalidad

es.....5,97%

Es decir 60 de cada 1000

Estando en el puesto número 6 entre los departamentos de Bolivia donde los departamentos de Santa Cruz, Beni y Pando tienen tasas inferiores a 4%

En 2016 la tasa de natalidad

es.....22,6

Estando en el puesto número 6 entre los departamentos de Bolivia donde los departamentos La Paz, Cochabamba y Oruro tienen tasas inferiores.

En 2016 la esperanza de vida al nacer

es.....72.8 años

Siendo la más alta esperanza de vida en todo Bolivia considerando 69 años la mínima que le pertenece a Potosí.

7.1.4. ENVEJECIMIENTO A NIVEL MUNDIAL

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos.

Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años.

Habrán en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes.

Por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres.

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores.

La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas.

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles.

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías.

En todo el mundo, muchas personas de edad avanzada están en riesgo de ser maltratadas.

En los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) y negarles premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por presión). El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración.

La necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando.

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales.

A medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de casos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer.

El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo. En los países de ingresos bajos y medianos los ancianos aquejados de demencia por lo general no tienen acceso a la atención asequible a largo plazo que su afección puede requerir. Muchas veces, la familia no recibe ayuda gubernamental para ayudar a cuidar de estos pacientes en casa.

En las emergencias, las personas mayores pueden ser especialmente vulnerables.

Cuando las comunidades son desplazadas por desastres naturales o conflictos armados, puede ocurrir que los ancianos sean incapaces de huir o de viajar grandes distancias, por lo cual se los abandona. Por el contrario, en muchas situaciones estas personas pueden ser un recurso valioso para sus comunidades y en la prestación de la ayuda humanitaria cuando se involucran como líderes comunitarios.

7.2.ANÁLISIS DE MODELOS REALES

7.2.1. INTERNACIONAL

Memoria de Título

Centro Integral para el Adulto Mayor



Universidad de Chile
Facultad de Arquitectura y Urbanismo
2006

Profesor Guía: Óscar Ortega

Alumno: Cristián Ruiz Rudolph

Propuesta programática:

- 1- Recepción
 - Hall de acceso
 - Secretaria y sala de espera
 - Oficina Director c/baño
 - Archivos
 - Sala de uso multiple (reuniones – terapia grupal)
- 2- Zona Talleres
 - Taller de capacitación
 - Taller multiuso (Bordados, pintura, música y manualidades)
 - Baños
- 3- Zona Salud
 - Kineseología y masoterapia
 - Sala de terapia ocupacional
 - Gimnasio
 - Camarines
 - Baños
- 4- Zonas comunes
 - Estares
 - Casino
 - Mediateca
 - Salas multiuso ampliables (sala de T.V. o música o juegos)
 - Oratorio
 - Baños
- 5- Zona privada
 - Dormitorios (6 camas c/baño)
 - Enfermería
 - Dormitorios aislados
 - Casa religiosa

- 6- Zona servicios
 - Cocina y despensas
 - Lavandería
 - Bodegas general y de ropa
 - Camarines y baños del personal
 - Sala estar auxiliares y cuidadores
 - Guardarropías
- 7- Circulaciones – estar y muros

Las razones para la elección del sitio son:

- Excelente accesibilidad y servicio: generado por los ejes Santa Rosa y Carmen.
- Cercanía al Hospital San Borja.
- Ubicación en un punto estratégico, en cuanto a lugares que usan los adultos mayores y vecinos: de Plaza Gacitúa, Plaza Bogotá, Centro Integral para el Adulto Mayor, Iglesia y Parroquia San Antonio de Padua y otros establecimientos religiosos, lo que potencia la integración.
- Mantenimiento de la Imagen Urbana, en general y la Existencia de Construcciones de Interés Arquitectónico (Edificios- Cités) Esto genera una apreciación del espacio público y un interés por usarlo por parte del Adulto Mayor.
- Existencia de Zonas Residenciales. lo que produce un cuidado por el espacio público (jardines, limpieza) e interés del Adulto Mayor por usarlo.
- La existencia de una arquitectura dura, pequeños predios y pasajes y cités en algunas zonas evitan la aparición de arquitectura nueva de grandes predios (bodegas) en los alrededores.
- Existencia de establecimientos educacionales y hogares juveniles, permitiendo la integración con otros grupos.

- Adecuado tamaño de manzanas y predios que permitan el desarrollo del proyecto.



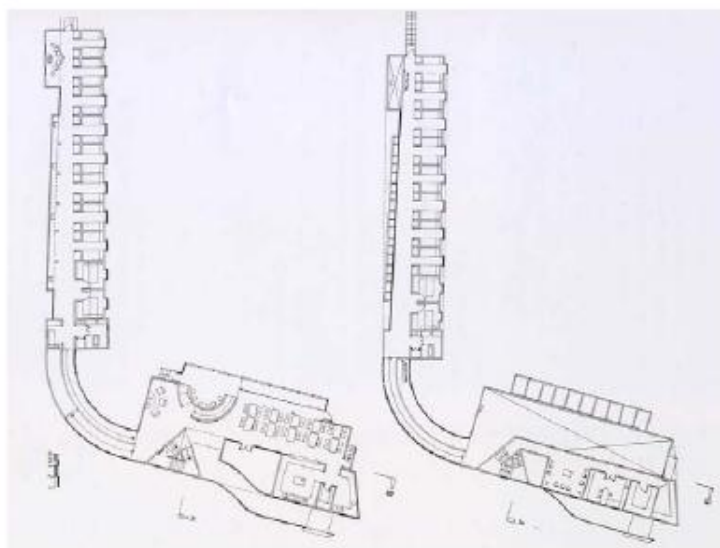
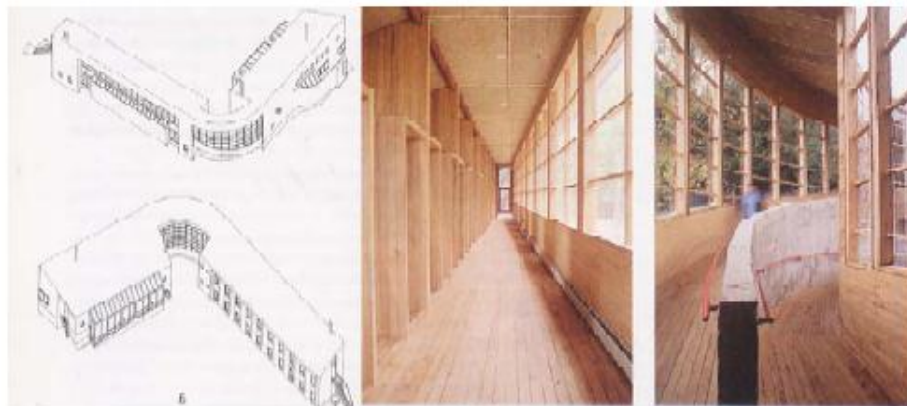
Ubicación de los límites del área para la elección de un nuevo terreno dentro del contexto general de la zona sur-oriental de la comuna de Santiago



Catastro de los elementos que definen la elección del área:

- Vialidad y servicios en líneas azules
- Áreas Verdes en verde
- Establecimientos religiosos en amarillo
- Salud en cruces rojas
- Hogares en puntos azules
- Pasajes y cités en café
- Establecimientos educativos en naranja.

Propuesta de diseño morfológico:



7.2.2. NACIONAL









En Residencia Geriátrica Santa Cruz ofrecemos el servicio de Residencia Permanente o Temporal , así cuidamos y atendemos a sus seres queridos mayores, todos los días y las 24 horas.

El trato personalizado a cada residente, la asistencia especializada y nuestro constante esfuerzo por aumentar su calidad de vida han marcado nuestra trayectoria.

Las personas mayores que, por diferentes causas, necesitan de una atención médica especializada, tienen en nuestra casa todas sus necesidades cubiertas para que desarrollen una excelente calidad de vida.

Ambientes:

- Salón recreativo
- Comedor
- Jardines
- Gimnasio
- Dormitorios
- Sala de terapias

 <p>Salón recreativo</p> <p>Más detalles</p>	 <p>Comedor</p> <p>Más detalles</p>	 <p>Jardines</p> <p>Más detalles</p>
 <p>Gimnasio</p> <p>Más detalles</p>	 <p>Dormitorios</p> <p>Más detalles</p>	 <p>Sala de terapias</p> <p>Más detalles</p>



7.2.3. LOCAL

Gobierno Autonomo Regional Del Chaco Tarijeño - Villamontes



Licitaciones: Convocatoria nacional

Licitación: construcción casa del adulto mayor villa montes
Cuce: 13-0906-17-408090-1-1
Estado: Contratado
Entidad: Gobierno Autonomo Regional Del Chaco Tarijeño - Villamontes
Departamento: No aplica
Fecha de publicación: 18 de Septiembre de 2013
Fecha de presentación: 9 de Octubre de 2013
Reunion de aclaración: Sin fecha registrada
Fecha adjudicación/desierta: Sin fecha registrada
Monto: Dieciocho millones quinientos veintinueve mil quinientos setenta y tres 30 Bs. 18,529,573.30
Contacto:
Modalidad: Licitacion Publica - LP
Archivos: Convocatoria, D.B.C., Resolucion de aprobacion del DBC, Res. de Adjudicacion (nota)

De manera puntual los trabajos constructivos a ejecutarse se describen de la siguiente manera:

- Construcción de la infraestructura o instalaciones de una sola planta, emplazadas en 9 pabellones o bloques que en su conjunto llegan a un área superior a los 8.500 m² y que consiste en un hogar con servicios de hospedaje o albergue, de cocina para una adecuada alimentación, de lavandería, etc., en el que el adulto mayor podrá departir e interactuar con personas de su misma edad, recibir visitas de familiares y amigos, realizar actividades físicas y juegos lúdicos acorde a su edad, recibir cuidados médicos y fisioterapéuticos y en la que también podrá contar con espacios para el apoyo espiritual, social y psicológico.
- La construcción del proyecto también comprende la construcción de áreas exteriores emplazadas en una superficie mayor a los 8.000 m², además de la

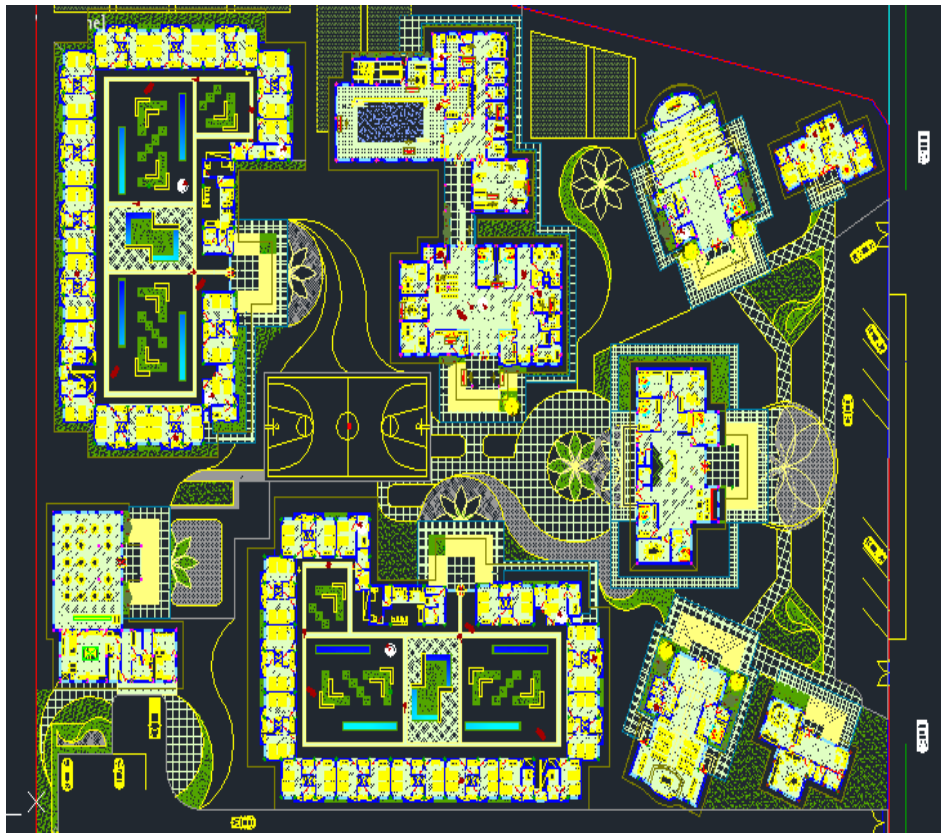
construcción del cierre perimetral y la ejecución de instalaciones especiales de energía eléctrica, gas natural, hidráulicas y ornamentales.

- Para brindar todas estas alternativas de albergue y apoyo se ha enfatizado el diseño arquitectónico con un programa basado en la comodidad, funcionalidad y correcta distribución de los ambientes para lograr un óptimo rendimiento de las personas que concurran a este Centro, con la implementación del proyecto se dará residencia a 200 personas hombres y mujeres adultos mayores además de un aproximado de 15 personas destinadas a la atención de los albergados y el desarrollo de actividades administrativas y operativas.
- Bajo esos conceptos el proyecto constara de las siguientes áreas y dependencias:

ÁREA ADMINISTRATIVA.- Oficinas de administración, de residencia médica y de portería con todas sus dependencias.

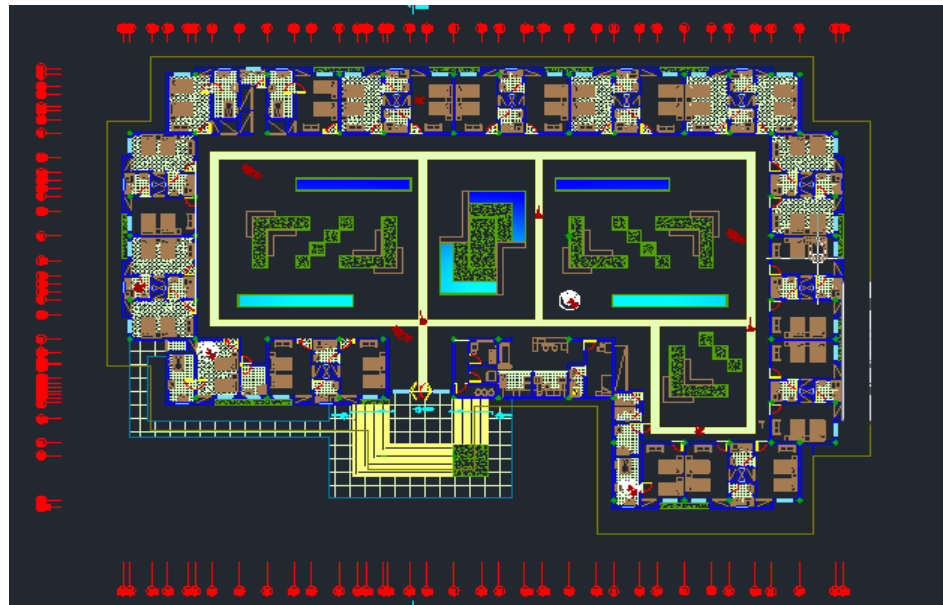
ÁREA OPERATIVA.- Áreas de circulación, Pabellones habitacionales, áreas y Patios de descanso y recreacionales, Pabellones hospitalarios destinados a la atención de los albergados, áreas de fisioterapia, áreas de atención psicológica y psiquiátrica, de comidas y atención permanente, además de áreas Religiosas y de reuniones.

PLANO GENERAL DE LA CASA DEL ADULTO MAYOR

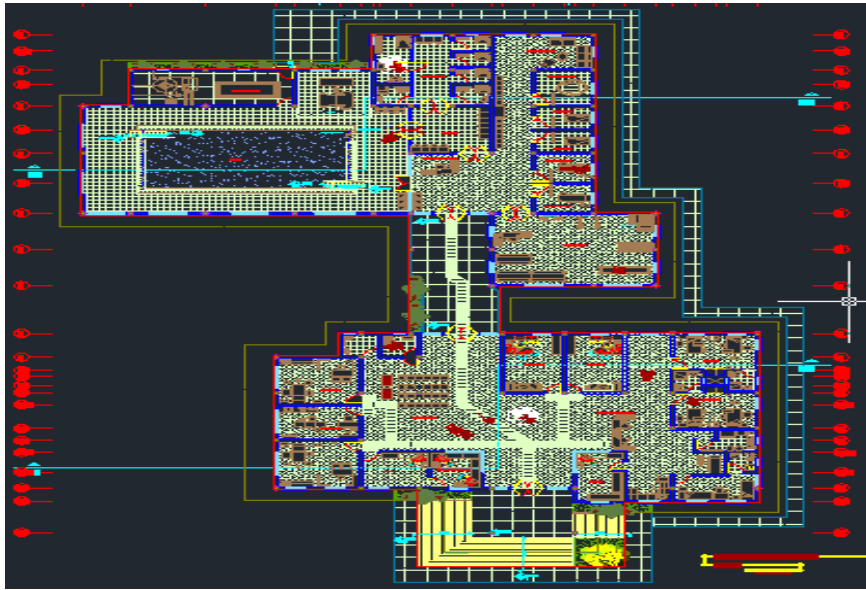


Para una mejor comprensión, a continuación se expone de manera general la composición de las áreas o pabellones arriba descritos:

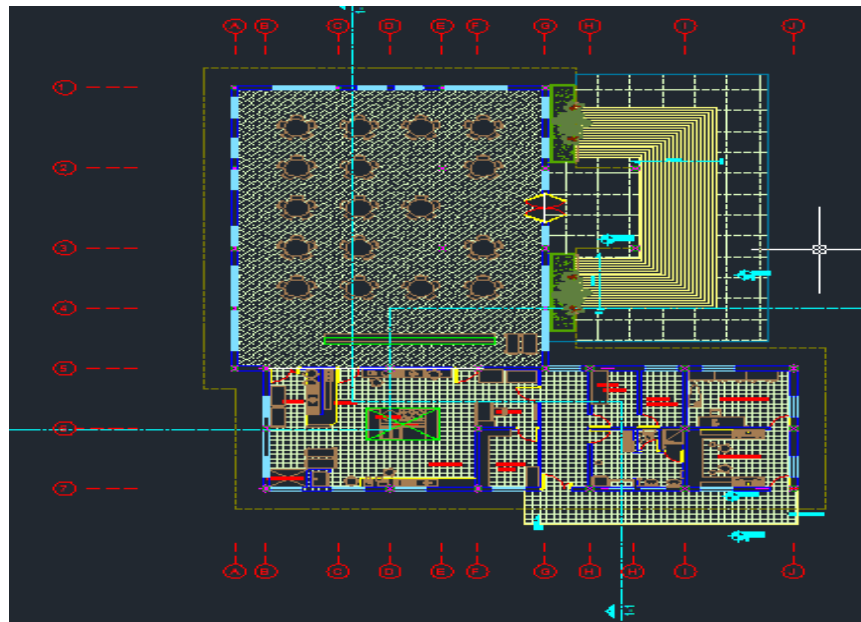
- Pabellón de Dormitorios A y B: Cuenta con 26 habitaciones, cada una de ellas con baño privado equipado con los distintos elementos de sujeción para la cómoda movilidad y acondicionadas para los distintos requerimientos físicos de los usuarios (por ejemplo el movimiento de silla de ruedas). Residencia médica para la atención de los adultos mayores y un área central con una galería cubierta con jardines y espejos de agua para aportar humedad al ambiente conjuntamente a áreas de esparcimiento y recreación.



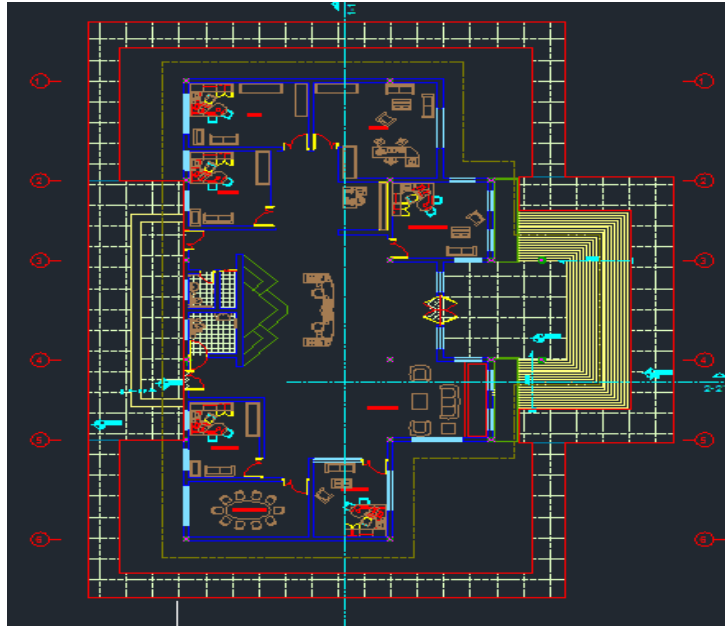
- Pabellón de Medicina y Fisioterapia: Cuenta con seis consultorios, equipados según especialidad (odontología, medicina general y apoyo psicológico), dos habitaciones de internación y de observación, tres salas de masajes, dos áreas de fisioterapia, dos salas de hidroterapia, Una sala de hidromasaje, piscina cubierta acondicionada con barras de seguridad, Gimnasio para la realización de la mecanoterapia, Baños para el personal, Baños para los adultos mayores, Áreas de duchas, vestidores y casilleros, Cuarto de máquinas con un equipo de termo mecánica para el filtraje y calentamiento de agua para la piscina y las duchas.



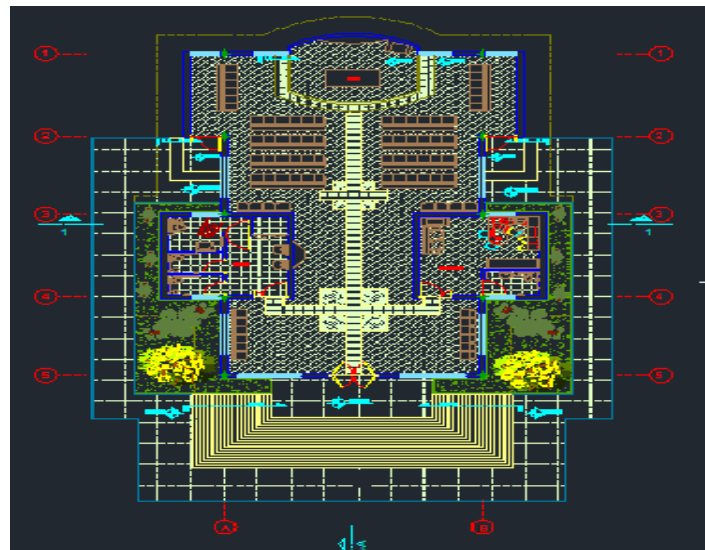
- Pabellón de Servicios: Cuenta con un área de cocina equipada, Área de comedor para 50 personas, Área de alacena, Área de depósitos, Oficina para el dietista, Oficina para el economato, Área de limpieza, Área de lavanderías, Área de planchado.



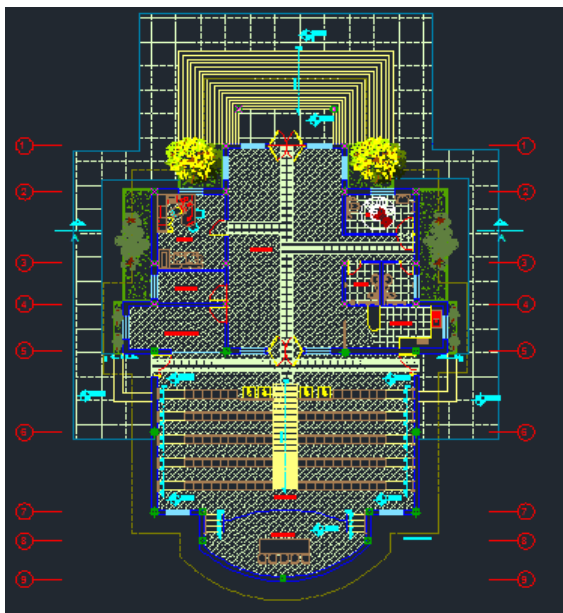
- Pabellón de Administración: Cuenta con una Recepción, Sala de espera, Sala de reuniones, Sala de entrevistas, Oficina de contabilidad, Oficina de dirección, Oficina de archivo, Trabajo social, Baños para el personal y visitas.



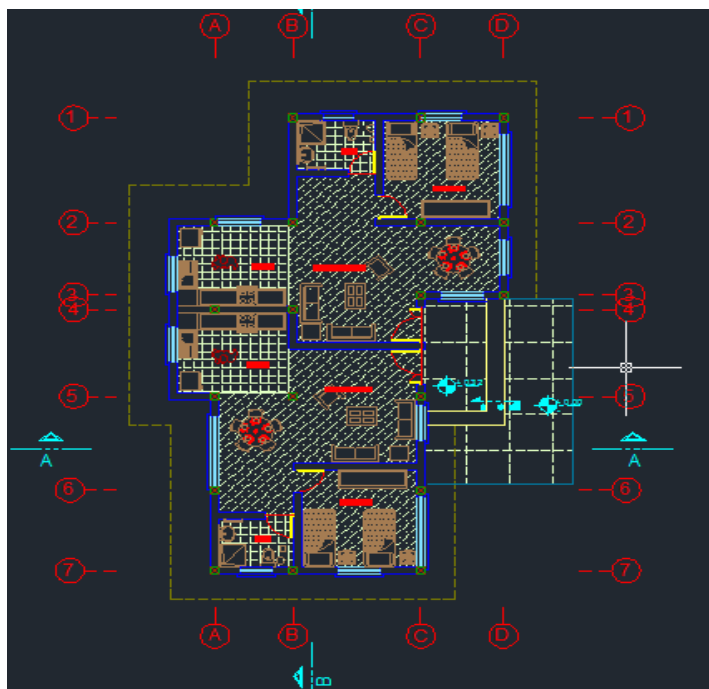
- Pabellón de Capilla: Cuenta con un Área de culto, Oficina para el sacristán, Área de limpieza.



- Pabellón Auditorio: Área de auditorio, Baños, Depósitos, Sala técnica – iluminación y sonido, Cocineta.



- Área de Seguridad, Portería y Casa Adjunta: Dos casetas de vigilancia, Casa de residencia médica.



7.3.ANÁLISIS DE EMPLAZAMIENTO

7.3.1. CRITERIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS URBANAS

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO ESTADO
PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Los centros poblados adquieren categoría urbana en términos poblacionales a partir de los 2000 habitantes, sin embargo un asentamiento urbano de menor población, puede presentar esta categoría cuando:

- Se tenga un uso intensivo del suelo en vivienda, equipamientos, espacios públicos
- Cuento con una estructura urbana definida por una red vial que conecta los espacios públicos con los privados y al asentamiento con su entorno rural y otras poblaciones
- Que la red vial permita estructurar los servicios de agua potable, alcantarillado, energía eléctrica, gas domiciliario, iluminación pública etc.
- Independientemente del tamaño del asentamiento urbano debe existir una densidad de carácter urbano
- Debe existir una tasa de crecimiento poblacional cercana al promedio nacional
- Mínimamente los equipamientos de salud y educación deben estar funcionando, sin perjuicio de otros como centro de comunicaciones, centro de copio, etc. •
- El centro urbano debe generar dinámicas económicas que potencien el desarrollo de su entorno rural (intercambio, producción, servicios) ó sea

un centro de gestión y administración (capital de municipio, provincia o departamento)

El municipio de Uriondo tiene una población de 20.271 habitantes (dato INE 2016) igual que las ciudades intermedias (aquellas que cuentan de 20 000 a 50 000 habitantes dato EMEBOL) adquiere una categoría urbana ya que cumple con los puntos anteriormente mencionados.

7.3.2. CARACTERÍSTICAS CLIMATOLÓGICAS A TOMAR EN CUENTA PARA LA UBICACIÓN DE UN CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

El organismo humano tiene la capacidad de mantener constante la temperatura corporal incluso en presencia de variaciones ambientales. A medida que envejecemos, se producen modificaciones del metabolismo basal, lo que determina cambios en la termorregulación así como en la percepción de la temperatura. Experimentalmente se ha demostrado que el anciano presenta un déficit de adaptación a la temperatura externa. Tolera mal el calor, pero todavía peor el frío, porque las reacciones vasomotoras metabólicas son poco eficientes. Al envejecer, la piel se adelgaza y se desnaturalizan los receptores cutáneos de la temperatura, por lo que el anciano puede tener dificultad para percibir con certeza si tiene frío o calor.

Cuando el cuerpo se enfrenta a las bajas temperaturas, se pierde más calor del que se produce y los vasos sanguíneos de la piel deben contraerse para conservar la temperatura corporal. La vasoconstricción determina que el corazón deba bombear la sangre a través de los vasos contraídos por lo que se observa un aumento de la presión arterial y consecuentemente un riesgo mayor de infarto agudo de miocardio. Esta

situación ha sido notada en estudios observacionales, que demostraron que a medida que la temperatura disminuye, se incrementan las enfermedades, y con ello el riesgo de fallecer. (Por cada grado que cae la temperatura debajo de los 18°C, aumentan las muertes en cerca de 1,5%).

- Los ancianos pierden la capacidad de sentir cambios bruscos de temperatura
- Las temperaturas invernales influyen sobre la presión arterial.
- Artrosis. Las bajas temperaturas no la ocasionan, pero pueden agravar las dolencias típicas de esta enfermedad relacionada con el sistema locomotor.
- Dermatitis. El frío, el viento y la humedad contribuyen a reseca la piel, se acentúan los eccemas y las grietas en las zonas expuestas de la piel, como la cara y las manos.
- Alergias. Hay pacientes sensibles al polen de árboles como el ciprés que provocan los síntomas habituales de alergia primaveral en los meses más fríos. O la alergia a la humedad, se trata de una reacción alérgica al moho que se produce en espacios húmedos.
- Trastorno afectivo de temporada. Con el invierno un adulto mayor que durante la mayor parte del año lleva una vida normal, tiende a aislarse, pudiendo precipitar un episodio depresivo.
- Las enfermedades crónicas cardíacas, pulmonares o del hígado, así como los medicamentos para tratarlas (diuréticos, hipotensores, broncodilatadores, etc.) también alteran la capacidad del organismo para luchar contra las altas temperaturas.
- Las personas con trastornos cognitivos, como la demencia o ciertas lesiones secundarias a accidentes vasculocerebrales, pueden no ser

capaces de poner remedio a sensaciones tan básicas como la sed, o incluso de explicar a los demás sus molestias. En algunos casos, incluso pueden no llegar a sentir el calor como tal.

Tomando en cuenta los anteriores puntos mencionados, el clima más propicio para el adulto mayor es:

ARIDO - TEMPLADO

El clima templado es un tipo de clima que se caracteriza por temperaturas medias anuales de alrededor de 15 °C y precipitaciones medias entre 500 mm y 1000 mm anuales.

El clima árido o clima desértico, es una expresión utilizada para designar el clima de una región del planeta donde las precipitaciones anuales son menores a los 200 mm y donde el modelo climático estudiado se caracteriza por sus escasas precipitaciones, por debajo de la evapotranspiración. La temperatura media anual supera los 18 °C.

LOS CLIMAS DESÉRTICOS (ÁRIDO) TEMPLADOS (BWH o BWN) se encuentran generalmente cerca de áreas tropicales, subtropicales o en altas altitudes.

Los climas desérticos (árido) templados se caracterizan por temperaturas más moderadas que otros lugares en latitudes comparables. Las temperaturas son suaves durante todo el año, por lo general no están sujetos a ninguna de las temperaturas extremas que se encuentran típicamente en los climas desérticos.

- Su característica árida evita las complicaciones de la humedad en el adulto mayor.

- Su característica templada evita las situaciones climáticas extremas, es decir calor y frío extremos, ideal para el adulto mayor.

7.3.3. CARACTERÍSTICAS DE EMPLAZAMIENTO A TOMAR EN CUENTA PARA LA UBICACIÓN DE UN CENTRO INTEGRAL

CARACTERISTICAS DEL EMPLAZAMIENTO A TOMAR EN CUENTA PARA LA UBICACIÓN DE UN CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR:

- Buena accesibilidad y comunicación con vías expeditas.
- Cercana a establecimientos de salud y religiosos, áreas verdes, centros de equipamiento.
- Dentro de lugares utilizados para distintos tipos de actividades y con variados tipos de población adultos niños, adolescentes. genera, por un lado, integración y contacto con otros Adultos Mayores y la comunidad y, por otro, una mejor calidad de vida al tener la posibilidad de participar en actividades físicas y culturales que no realiza en el Hogar.
- Tamaños de manzanas y predios adecuados.: un terreno pequeño y demasiado accidentado ofrece pocas posibilidades para generar buenas condiciones de habitabilidad en cuanto a la iluminación natural y distribución de recintos adecuados para el adulto mayor.
- Bajo flujo vehicular: La contaminación acústica: es generada por las Avenidas y calle de alto tráfico: lo que hace disminuir la posibilidad que el anciano frecuente el espacio urbano, generando problemas de integración.

- Debe encontrarse dentro de sectores en que se pueda circular fácilmente como peatón.
- Existencia de zonas residenciales predominantemente: en caso contrario se produce contaminación acústica, generando problemas en la habitabilidad. El ubicarse en una zona en que predominan las Actividades Productivas y Comerciales y vía de alto tráfico. Esta situación genera: 1. Aislamiento del Hogar en un entorno agresivo y deteriorado (autos en veredas, basura, delincuencia) 2. El no uso del espacio público (pasear) por parte del Adulto Mayor. 3. Falta de integración al no relacionarse el Adulto Mayor con los vecinos. 4. Posibilidad de que el hogar quede aislado, al desaparecer usos residenciales.
- La Irrupción cada vez mayor de nuevas construcciones de bodegaje, productivas y comerciales. Esto produce un cambio en la imagen urbana del barrio produciendo un desinterés por parte del Adulto Mayor de usar el espacio público al no sentirlo como propio.
- Dentro de sectores con la imagen urbana propia de la zona

Tomando en cuenta los anteriores puntos mencionados se ha visto por conveniente el emplazamiento del CIAM en un área urbana con las siguientes características:

7.3.4. CIUDAD INTERMEDIA DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS (UNESCO)

La ciudad media-intermedia no puede definirse sólo por el tamaño de la población. Tan o más importante es el papel y la función que la ciudad juega en su territorio más o menos inmediato, la influencia y relación que ejerce y mantiene en éste y los flujos y relaciones que genera hacia el exterior.

Las ciudades medias articulan el territorio y funcionan como centros de referencia para un territorio más o menos inmediato. Y es precisamente ese papel y esa relación, que los centros mantienen con su territorio, lo que ayuda a definir con más claridad el mismo concepto:

- Son centros servidores de bienes y servicios más o menos especializados para la población del mismo municipio y de otros municipios (asentamientos urbanos y rurales), más o menos cercanos sobre los que ejerce cierta influencia.
- Son centros de interacción social, económica y cultural, «el corazón económico de amplias áreas rurales en las ciudades del Tercer Mundo», como comentan en sus amplios estudios Jorge Hardoy y David Satterthwaite.
- Son asentamientos ligados a redes de infraestructuras que conectan las redes locales, regionales y nacionales e, incluso, algunas, con fácil acceso a las internacionales, como en el caso de las ciudades medias de las periferias metropolitanas.
- Son nodos que articulan flujos, puntos nodales, de referencia y de acceso a otros niveles de la red.
- Son centros que suelen alojar niveles de la administración de gobierno local, regional y subnacionales a través de los cuales se canalizan las demandas y necesidades de amplias capas de la población.

La descentralización administrativa y gubernamental a estos niveles, a estas escalas, lleva consigo una mejor comprensión del medio sobre el cual desarrollar proyectos y medidas más acordes con la realidad y necesidades del propio medio.

Otras características, también muy generales, hacen referencia a su propia escala y a ésta en relación con asentamientos urbanos mayores :

- Sistemas más equilibrados y sostenibles, por razones de escala que ejercen relaciones más equilibradas con su territorio, aunque algunas, sobre todo en algunas áreas del Tercer Mundo, ejercen de centros de explotación de amplias áreas rurales o de explotación de los recursos naturales y humanos de su área de influencia...
Por su escala, pero, pueden potencialmente mantener relaciones más armónicas, relaciones más abiertas y equilibradas con su territorio.
- Son centros más fácilmente gobernables, gestionables y controlables y que permiten en principio una mayor participación ciudadana en el gobierno y gestión de la ciudad. Pueden brindar, por sus características sociales y culturales, un campo fértil de experimentación de alternativas a las nociones de urbanidad, convivencia y gobernabilidad, hacia una mayor calidad de vida.
- Son asentamientos con escalas y dimensiones más humanas y aprensibles que ayudan al ciudadano a identificarse más con su ciudad, ciudades a las que les es relativamente fácil tener o crear una identidad propia. Podemos decir que presentan menos conflictividad social y acarrear menores costos sociales. Podemos afirmar que sus habitantes tienen un mayor apoyo en las relaciones interpersonales, directas, tanto a nivel de barrio como de ciudad.
No tienen los problemas medioambientales que presentan las megaciudades y ello se convierte en un claro potencial, en una importante baza a jugar de cara al éxito social y económico y proyección de la ciudad.
- Por su tamaño tienen una menor diversidad social y cultural, y se produce lo que podríamos llamar cierta endogamia social. Pueden tener una debilidad de sus recursos humanos si se produce una concentración de los mismos en los mayores centros urbanos, generando una falta de información y análisis específico de las mismas.

Menor competitividad económica frente a la metrópoli o gran aglomeración urbana que tiende a concentrar las funciones superiores del sistema. Tiene mayor dificultad de acceso a los principales flujos de información y capital. Pueden ser más vulnerables que aquellas, económicamente frente a las crisis cíclicas, cuando son muy dependientes de un solo sector económico.

7.3.5. CONCEPTOS URBANOS ESTRATÉGICOS PARA EL DISEÑO DE ESPACIOS A ADULTOS MAYORES

Envejecimiento Sano y Calidad de Vida: Habilidad, Apropiación, Inserción y Seguridad según Escalas Residenciales del Espacio del Adulto Mayor.

Para abordar el diseño de espacios destinados a la habitación y permanencia de Adultos Mayores, se considera fundamental incorporar una perspectiva de envejecimiento sano como marco general de referencia para la acción habitacional. Esta perspectiva plantea que las características del hábitat residencial son determinantes en un proceso de envejecimiento con calidad de vida física y mental, considerando que el espacio residencial se estructura en base a tres niveles de escala: unidad de vivienda, entorno inmediato y conjunto habitacional.

Cada escala residencial está asociada a un concepto de evaluación de calidad. La escala de la unidad de vivienda se ha asociado al concepto de habitabilidad, la del entorno inmediato al concepto de apropiación, y la del conjunto habitacional –o entorno urbano mayor como envolvente a las viviendas de Adultos Mayores- al concepto de inserción. Adicionalmente, todas las escalas de la estructura residencial tienen incorporado el concepto de Riesgo, que desde la perspectiva del diseño especial para Adultos Mayores es necesario minimizar.

Estos conceptos también están asociados al diseño de equipamientos comunitarios especiales de Adultos Mayores.

Particularmente, el concepto de riesgo se asocia a un enfoque de Prevención y Manejo de Caídas, el cual en el contexto de la presente Guía se ha abordado en base a las recomendaciones que indica la guía "Prevención y Manejo de Caídas, Serie de Guías Clínicas del Adulto Mayor", de MINSAL, en cuanto al "Abordaje y Manejo de los Riesgos Ambientales", para prevenir y minimizar estos riesgos como una condición básica de cualquier diseño.

Para efectos del sistema residencial, la habitabilidad se entiende como el nivel de confort derivado del acondicionamiento físico ambiental al interior de la unidad habitacional. La apropiación se manifiesta en el nivel del entorno inmediato, en cuanto al desarrollo pleno de la convivencia con los pares y eventualmente con otros habitantes en el espacio colectivo directo a las unidades habitacionales regulares. La inserción se refiere al nivel de conjunto habitacional, en términos de la socialización en el barrio, el acceso a equipamiento y servicios y la existencia de redes de atención y asistencia propios de esta etapa. El estado general de riesgo actúa progresivamente en la medida que el Adulto Mayor se desplaza y se aleja de la vivienda.

En el caso de la evaluación de los equipamientos especiales, la habitabilidad se entiende desde la perspectiva del grado de dependencia que éstos tengan de terceras personas y/o instituciones que operan y mantienen dichos equipamientos, que determinará cuál es el equipamiento adecuado

para su forma de vida³. La *apropiación* se considera desde la perspectiva de complementar desarrollo pleno de convivencia entre los pares, en un entorno que tenga relación con los espacios exteriores propios del equipamiento y que permita desarrollar actividades comunitarias al aire libre, en un estado de protección y seguridad adecuados. En el caso de la *inserción en el barrio*, el acento está en las condiciones de localización de los equipamientos especiales, dada principalmente por una adecuada accesibilidad urbana.

La dinámica de diseño de espacios para Adultos Mayores tiene como marco los Principios de Diseño Universal y Accesibilidad Total desarrollado por múltiples organismos a nivel nacional e internacional y para los cuales existe numerosa información y antecedentes. Esta guía sistematiza y aplica indicaciones y recomendaciones en este sentido, que se expresan más adelante, como Referencias de Diseño de Espacios para Adultos Mayores. La aplicación de los criterios de diseño universal y de accesibilidad total busca asegurar el cumplimiento de estándares de diseño que aseguren la calidad en los distintos niveles o escalas residenciales, de modo de lograr conceptos integrados y adecuados a los diversos estados propios de esta etapa de la vida.

Modalidades de Acción sobre el Espacio Residencial: stock existente y nuevos proyectos Residenciales y de Equipamientos Especiales

La guía de diseño se orienta a apoyar acciones de diseño tanto para la producción de nuevos proyectos de vivienda y equipamiento para Adultos Mayores, como para el mejoramiento de la infraestructura existente. Esto último es particularmente relevante en el país, considerando que existe un fuerte retraso en la generación de diseños adecuados a las necesidades de este segmento, lo que ha originado un stock habitacional y de infraestructura urbana con importantes carencias en cuanto al diseño accesible para la vejez y la minusvalidez en general.

En ambos casos, la guía permite evaluar, mediante guías de comprobación, los conceptos de habitabilidad, apropiación e inserción para viviendas y equipamientos, existentes o en etapa de diseño, para que el producto cumpla los estándares requeridos.

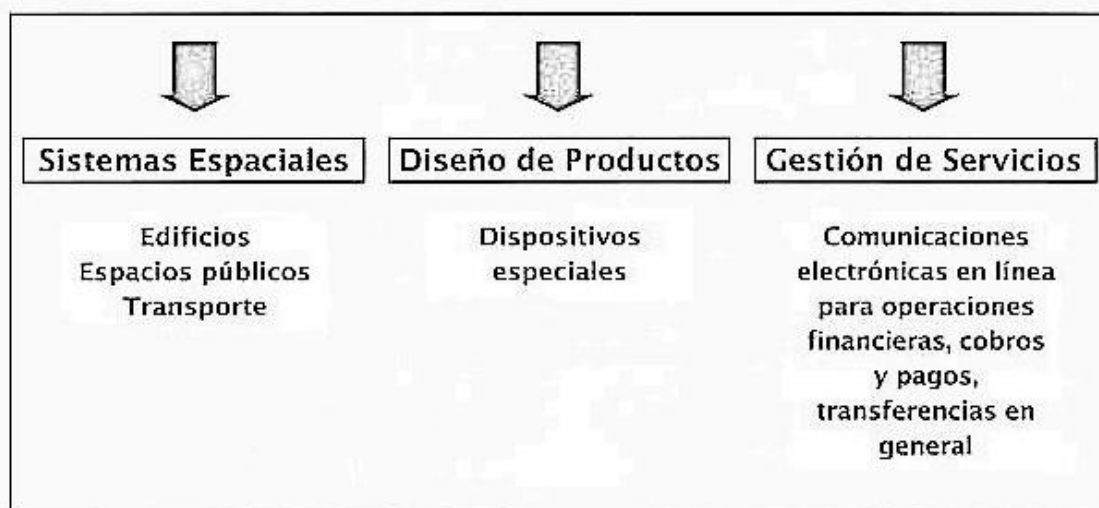
7.3.6. REFERENCIAS DE DISEÑO DE ESPACIOS PARA ADULTOS MAYORES

Criterios de Diseño Universal y Accesibilidad Total

DISEÑO UNIVERSAL SE ENTIENDE COMO EL DISEÑO DE PRODUCTOS Y ENTORNOS APTOS PARA EL USO DEL MAYOR NUMERO DE PERSONAS, SIN NECESIDAD DE ADAPTACIONES NI DE DISEÑO ESPECIALIZADO. NOTA DEL EDITOR)

Bajo distintos nombres -diseño universal, accesibilidad sin barreras, diseño libre de barreras, diseño para todos y accesibilidad integral-, el concepto de diseño con criterios de inclusividad está referido a un proceso de integración o plena de las personas, independientemente de su condición de valencia.

El diseño accesible se vincula a tres grandes componentes: los sistemas espaciales, el diseño de productos y la gestión de servicios, generando un sistema de facilidades para los distintos ámbitos de la vida y sus actividades.



En el ámbito de los sistemas físico espaciales, la accesibilidad total está vinculada a la minimización del riesgo para todas las escalas de la estructura residencial -unidad de vivienda, entorno inmediato, entorno urbano mayor-, de tal forma de facilitar el acercamiento y uso del ambiente construido por parte de cualquier persona en condición de restricción. En efecto, existe un aumento progresivo del riesgo a medida que las personas se desplazan y alejan de la unidad de vivienda, al cruzar el umbral hacia el entorno urbano en sus distintos niveles, debido a las barreras del espacio construido, los componentes móviles que se desplazan en él y los entornos socialmente agresivos, presentándose un decrecimiento sostenido de las condiciones de confort expresadas en habitabilidad, apropiación e inserción, con factores que son incidentes, inhibidores o cohibidores.

A la hora de evaluar los factores incidentes en la habitabilidad de la unidad de vivienda, inhibidores de la apropiación del entorno inmediato, es relevante considerar aspectos como los siguientes:

- ✔ Rampa de acceso.
- ✔ Barandas firmes de apoyo en rampas, inodoros y duchas.
- ✔ Ancho y pendiente adecuados.
- ✔ Superficie antideslizante en huellas de escalas y pisos de áreas vulnerables, como tinajas y duchas.
- ✔ Cintas brillantes de precaución en los peldaños.
- ✔ Anchos de accesos a recintos y accesos en general.
- ✔ Ancho adecuado de circulaciones.
- ✔ Circulaciones generales claras y expeditas.
- ✔ Señalética adecuada a distintas discapacidades.
- ✔ Expedición de evacuación en caso de emergencia.

- ✔ Desniveles en acceso a los recintos.
- ✔ Pavimentos antideslizantes.
- ✔ Encandilamientos, destellos o encegecimientos.
- ✔ Ducha teléfono operativa.
- ✔ Comandos de iluminación efectivos y fáciles.
- ✔ Recintos y /o artefactos para discapacitados.
- ✔ Espacio para mobiliario de apoyo.
- ✔ Altura adecuada de cocina y lavaplatos.
- ✔ Accesibilidad clara.
- ✔ Acceso sin obstáculos (barreras como desniveles mal resueltos, obstáculos, gradas impropias, protuberancias).
- ✔ Pavimento adecuado.
- ✔ Veredas sin protuberancias.
- ✔ Ancho de veredas adecuado.



El entorno inmediato está normalmente determinado por el espacio de proximidad a la vivienda, que puede ser privado o público.

En el caso de las viviendas tipo casa localizadas en un terreno de dominio privado con patio y antejardín, éste corresponde tanto al espacio inmediato -cruzando el umbral entre el interior y exterior- como a aquel que está cruzando el umbral que delimita el espacio exterior privado (veredas y calle inmediatas). En el caso de la vivienda de tipo continua que no tiene antejardín, su fachada es el umbral que delimita el espacio privado -a la vez interior- del espacio público, y su entorno inmediato lo constituyen las veredas y calle contiguas. En el caso de las viviendas en base a departamentos, su entorno inmediato comienza cruzando el umbral del espacio privado y, por lo tanto, está constituido por los pasillos del edificio, sus estares y halls de acceso, los patios y antejardines interiores del edificio, los estacionamientos y las veredas y calle inmediatas.

Por esta razón, el recorrido o itinerario entre la calle y la vivienda es el que debe evaluarse en sus condiciones de movilidad, accesibilidad y seguridad e intervenir, si así lo requiere, para mejorar estas condiciones.

De esta forma, los principales elementos de análisis y objeto de propuestas son:

- Anchos de pasos y circulaciones.
- Condiciones de paso con libertad de circulación.
- Barandas en circulaciones.
- Cuidar cambios de nivel en pavimentos para asegurar continuidad sin barreras.
- Texturas y resaltes de reconocimiento en pavimentos en el caso de problemas de percepción del espacio.
- Condiciones de mantención del pavimento.
- Segregación de tránsito peatonal.
- Disposición de mobiliario urbano (existencia y organización).
- Espacios de transición entre calle y fachada.
- El plano de la fachada: puerta, mecanismo de apertura de la puerta, cubierta de protección al acceso, espacio de transición entre el exterior y el interior de la vivienda.





El entorno urbano mediano o mayor corresponde al espacio urbano público en el que se inserta la unidad de vivienda o el conjunto de unidades, en una escala de barrio o vecindario, que para el caso de las viviendas especiales de los Adultos Mayores vinculadas a programas habitacionales se asocia al nivel del conjunto habitacional de referencia.

Las características de las aceras o veredas pasan a ser determinantes en este nivel, considerando que más del 40% de los elementos que estrechan las veredas por debajo de 1,2 metros mínimos de ancho necesarios, es el mobiliario urbano, el arbolado y las plantas, las obras en construcción o vehículos mal estacionados. En conjunto, los postes e iluminación, árboles y autos mal estacionados concentran más de la mitad de los elementos que estrechan veredas por debajo de una medida accesible. El mal estado del pavimento es el segundo motivo más importante de inaccesibilidad.

Una buena acera o vereda está estructurada en base a una banda ancha y libre de paso, con pavimentos diferenciados, pendiente longitudinal y rebajes suaves en las esquinas. La diferenciación es altamente relevante en función de las discapacidades físicas.



7.3.7. REQUISITOS DE SALUD Y SEGURIDAD

El espacio a construir para el Adulto Mayor debe contemplar factores físicos y de entorno, que incidirán en su salud física y psicológica.

Factores Físicos

✓ Temperatura:

- Se definirán rangos de temperatura (mínimas y máximas), que tienen que ver con el diseño, la orientación y la materialidad de la vivienda del Adulto Mayor (se debe considerar la inercia térmica de los materiales, la aislación, la exposición, de techumbre, muros, pisos (por zona según norma Net 2251), la incorporación de cerramientos de protección, usando la gradualidad de exposición que dan elementos tales como persianas, aleros, trillages, etc.
- Evitar puentes térmicos, por interrupción de los aislantes en techos y muros
- Respetar porcentaje máximo de superficie de ventana respecto a paramentos verticales envolventes considerando la zona y espesor de vidrios (según norma de zona térmica).

✓ Humedad:

- Se evitarán superficies frías de condensación, sin aislamiento adecuado (cañerías y ventanas).
- Evitar que las zonas húmedas (cocina y baño), tengan ventilación insuficiente.
- Evitar el uso de materiales hidrosclópicos, en áreas húmedas que propicien la aparición de hongos.

✓ Acústica:

- Se tomarán las medidas necesarias para garantizar buenas condiciones acústicas (mínimas y máximas en interior y exterior inmediato). Mediante el uso de materiales aislantes o mitigación del ruido exterior por medio de barreras arbóreas u otros dispositivos, en conformidad al Decreto Supremo Nº 47 (V. y U.) de 1992 O.G. V.C y sus modificaciones.
- Considerar la discapacidad auditiva en elementos tales como timbres, los que en estos casos deben ser reemplazados por luz.

✓ Circulación de aire:

- Se evitarán las corrientes de aire y los espacios estancos, mediante una adecuada distribución y ductos de ventilación.

✓ Iluminación:

- Se garantizará abundante luz natural, con áreas de asoleamiento y luz artificial apropiada en intensidad y ubicación, considerando la discapacidad visual del A.M.

✓ Contaminación:

- Mitigación de la presencia de gases y partículas de polvo, mediante barreras arbóreas u otros dispositivos artificiales.

Factores de Entorno:

- la intimidad.
- la confianza.
- la seguridad.

✓ Recomendaciones generales en cuanto al entorno:

- Diseño adecuado de los recintos según actos y funciones.
- Seguridad de la calidad de los materiales que determinan su durabilidad en el tiempo.
- Seguridad en la evacuación en caso de catástrofes (incendios, terremotos, anegamientos, etc.).
- Seguridad por apropiación visual del entorno inmediato.
- Seguridad dada por diseño de las viviendas, de los conjuntos para A.M y de cómo estos se insertan en el total del conjunto habitacional y a sus redes de circulación y abastecimiento.
- Diseño adecuado de los espacios interiores, intermedios y exteriores, que acojan tanto la Intimidad como la sociabilidad. (el encuentro) y actividades de convivencia.
- Implementación de elementos disuasivos de seguridad (cierres, alarmas, vigilancia electrónica, botón de pánico etc.)

7.3.8. PROPUESTAS PARA EL CIAM, EL ENTORNO Y EL CONJUNTO

- a) En relación al tamaño de la vivienda que ésta sea de mínimo 35 m².
 - b) Que la unidad de vivienda considere programa interior ajustado en pos de lograr un patio privado cuyo diseño estructure una transición adecuada entre entornos privados y públicos, y con el conjunto.
 - c) La unidad debería generarse en base a una organización de tipo nuclear, permitiendo organizar en forma concéntrica y sucesiva las actividades del AM, con independencia de recintos, circulaciones simples y claras en su direccional, generando actividades interiores y exteriores.
 - d) Privilegiar plantas despejadas e integradas funcionalmente para generar un menor peligro de accidente y entregar sensación de amplitud.
 - e) Considerar el jardín como un lugar de privilegio para el AM, incluyendo en los diseños accesos directos y expeditos entre interior y exterior, al igual entre espacios en el interior, evitando pasillos en el desplazamiento e incorporando la idea de núcleos centralizados de distribución en base a pequeños hall.
 - f) Deben privilegiarse en la interacción entre vivienda y entorno inmediato un acceso a la agrupación reconocible y acceso a vivienda desde espacio colectivo apropiado.
 - g) Agrupar núcleos de viviendas conformados y articulados con espacio central y otros espacios de libre uso.
 - h) Conformar espacios colectivos y de equipamiento propio y Relaciones de uso con servicios cercanos.
 - i) Diseñar Conjuntos residenciales cerrados de pocas viviendas.
 - j) Generar espacios de uso privado con distintos grados de apropiación y pertenencia.
 - k) Implementar teléfonos públicos comunes de fácil acceso y protegidos ante externos en el conjunto.
 - l) Fomentar muros perimetrales más elevados.
 - m) Considerar acceso a la vivienda con protección de reja antejardín.
 - n) Construir asientos para promover la socialización y la comodidad en el estar en el entorno inmediato.
 - o) Construir cocinas en las sedes sociales de los condominios.
 - p) La agrupación de viviendas debe articularse con el área central del conjunto y con sus equipamientos.
 - q) Generar relaciones de uso con servicios cercanos del conjunto.
 - r) Localizarse de tal forma de evitar que se tomen dos líneas de locomoción colectiva.
 - s) Distanciamiento de la vivienda a los servicios y equipamientos no debería superar las dos cuadras.
-
- t) Deben configurarse agrupaciones de viviendas de AM reconocibles dentro del conjunto, de mayor centralidad y visibles, como una forma de proteger a esta comunidad.
 - u) Las áreas residenciales para AM deben formar parte del diseño del conjunto, integral y funcionalmente.
 - v) Las agrupaciones de vivienda deben igualmente contar con equipamientos propios, que se complementen con servicios del conjunto (relaciones recíprocas).
 - w) Los equipamientos deben privilegiar claridad y funcionalidad en sus circulaciones; Diferenciar accesos a espacios de uso público y comunitario, de aquellos que conducen a servicios.
 - x) Los espacios intermedios son necesarios en la continuidad espacial y de uso.

7.3.9. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE DISEÑO

COMPONENTE HABITABILIDAD

Ancho de Puertas

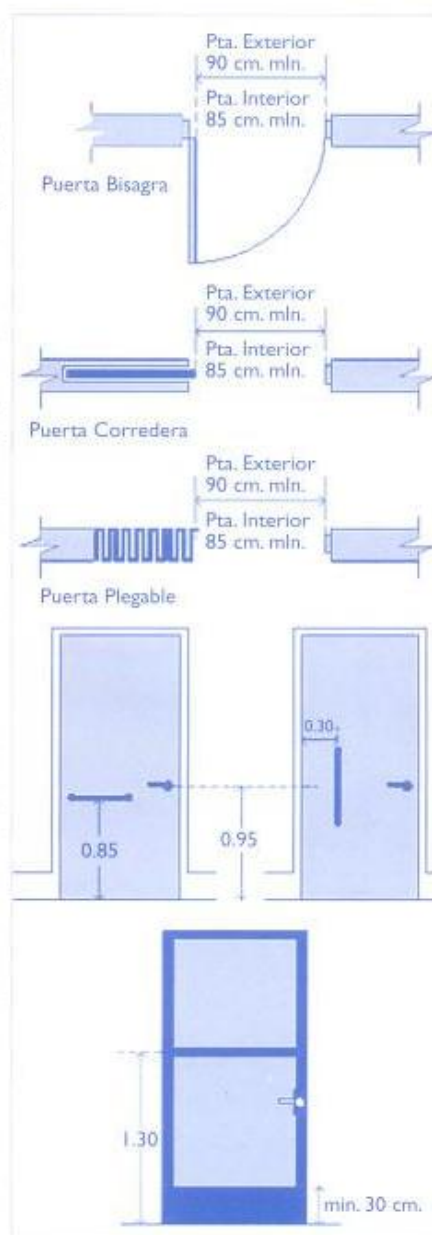
Para los tres estados de envejecimiento se recomienda que las puertas de acceso tengan un ancho mínimo de 90 cm. Para las puertas interiores se recomienda un ancho mínimo de 85 cm. Estas medidas son válidas para los distintos tipos de puertas, sean éstas de abatir, correderas o, eventualmente, plegables. El picaporte debe ser tipo palanca y ubicarse a una altura de 95 cm.

En general, es relevante que las puertas cuenten, además del picaporte de palanca, con una barra adicional, vertical u horizontal, en base a las especificaciones que se observan en la Figura más abajo a la derecha. Esta se coloca sobre la cara que abate hacia el usuario. Normalmente en el caso de puertas correderas o plegables, las barras son verticales y se colocan en ambas caras de la hoja.

La diferenciación de color entre puertas, marcos de puerta y muros siempre es recomendable como un factor de reconocimiento.

Las puertas de vidrio deben tener un zócalo de protección, recomendado entre 30 a 40 cm de alto, como protección ante el choque de la silla de ruedas. En general este dispositivo es recomendable en todo tipo de puertas. Las puertas de vidrio deben considerar algún tipo de identificación de seguridad para su reconocimiento. Normalmente la colocación de una franja pintada o adherible (tipo calcomanía) a la altura de la visión (aproximadamente a 130 cm desde la base) constituye un dispositivo eficiente para ser detectadas.

Debe considerarse siempre una alternativa de paso para sillas de ruedas cuando existan circulaciones o accesos mediados por puertas giratorias, torniquetes u otros.

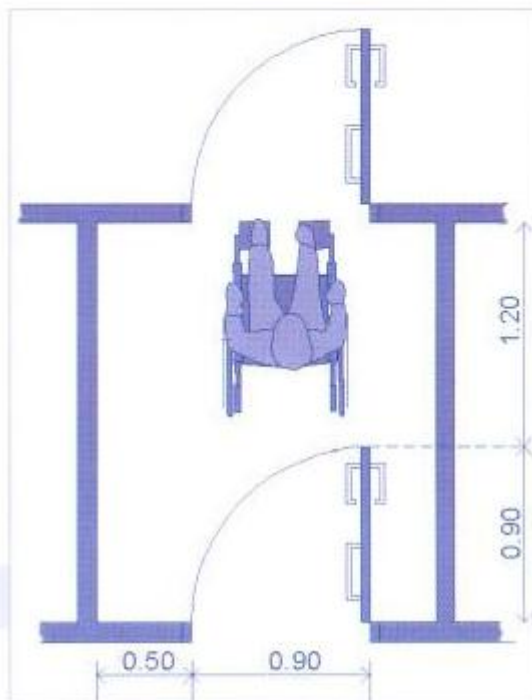


COMPONENTE HABITABILIDAD

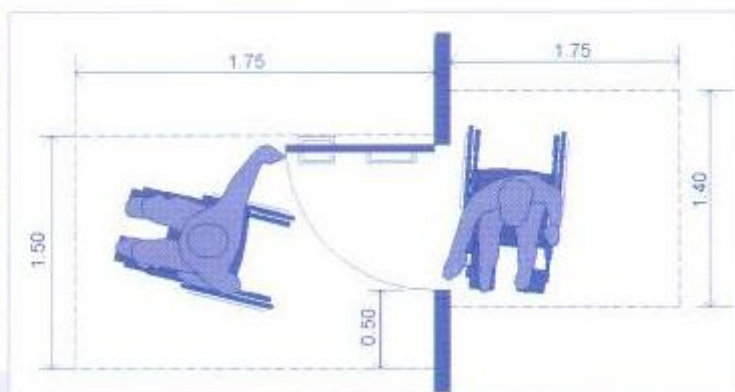
Apertura y Cierre de Puertas

Siempre hay que considerar, para el caso de personas que se desplazan en silla de ruedas, el espacio necesario de aproximación para accionar puertas. Ello es particularmente importante en el caso de puertas de abatir, que requieren mayor superficie de maniobra. De esta forma, es siempre conveniente agregar aproximadamente 120 cm más de longitud, tal como se muestra en las Figuras.

Cuando no sea posible considerar mayor superficie en los espacios, se recomienda utilizar puertas correderas o plegables.



Las puertas en base a sensores de apertura automática deben regularse en función de los tiempos de demora y características de movilidad de los adultos mayores, para que éstos alcancen a atravesar la puerta.



COMPONENTE HABITABILIDAD

Servicios Higiénicos

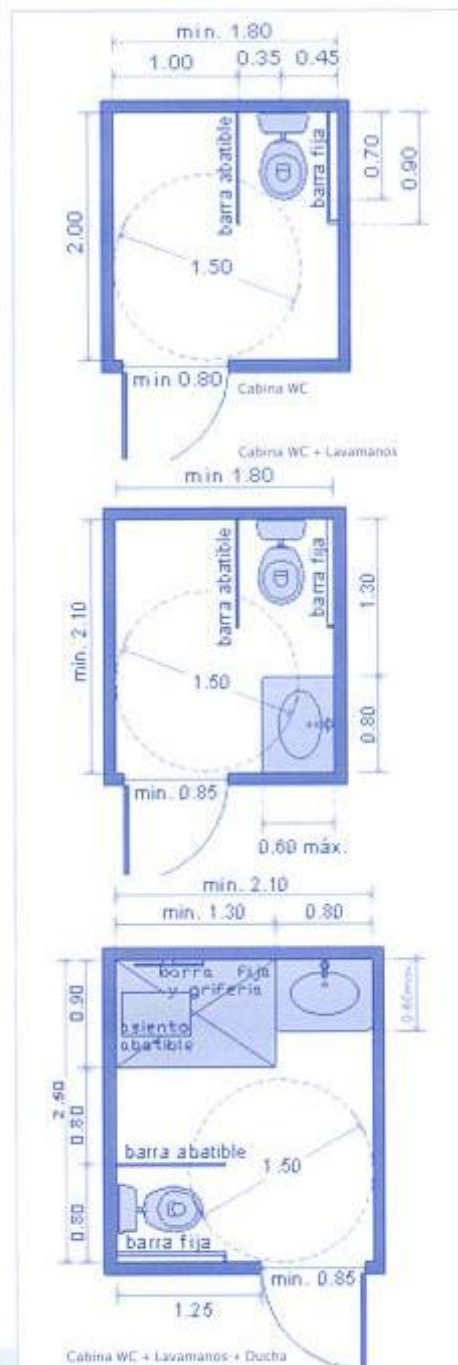
Las dimensiones y distribución del recinto deben considerar el sistema de apertura de la puerta, abatiéndose siempre hacia el exterior y localizándola de tal forma que no enfrente el WC y su área, por razones de seguridad. Una eventual caída de la persona puede bloquear la puerta y, con ello, la fácil ayuda desde fuera por parte de una tercera persona. También puede recomendarse sistemas de puertas correderas, y en cualquiera de los casos, el ancho mínimo de la puerta será de 85 cm.

Idealmente deberían existir alarmas en los baños y en general siempre debe prevalecer la seguridad ante caídas, por tratarse de zonas húmedas y resbaladizas. Por ello, los pisos deben incorporar sistemas antideslizantes.

Siempre deberá disponerse de barras de apoyo en estos recintos, ya sea al interior del recinto donde se localiza el WC u otro artefacto sanitario, o bien en las antesalas a éstos cuando se trate de baños públicos. Las barras deberán colocarse en sentido horizontal, a una altura adecuada a las personas que se desplazan en silla de ruedas, de aproximadamente 85 cm. Deben contemplarse barras complementarias verticales o diagonales estratégicamente localizadas, para contribuir al apoyo adicional.

Las barras de apoyo tienen un diámetro de 35 a 40 mm y deben ser de sección redonda, con un largo aproximado de 90 cm.

El recinto siempre deberá diseñarse considerando un espacio libre de maniobra en el plano vertical y horizontal. De esta forma, las personas en silla de ruedas o que requieran de elementos adicionales de apoyo como andadores, deben disponer de un espacio de maniobra equivalente a 1,5 m de diámetro mínimo, hasta una altura de al menos 70 cm desde el nivel del suelo.

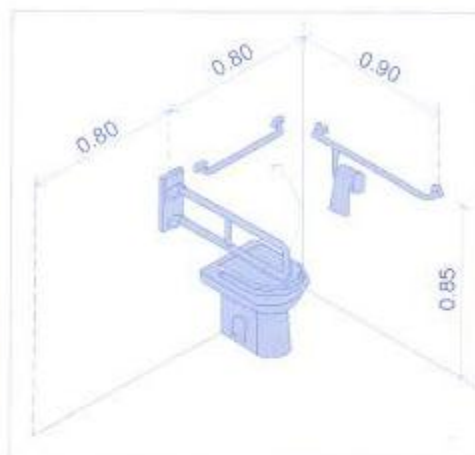


COMPONENTE HABITABILIDAD

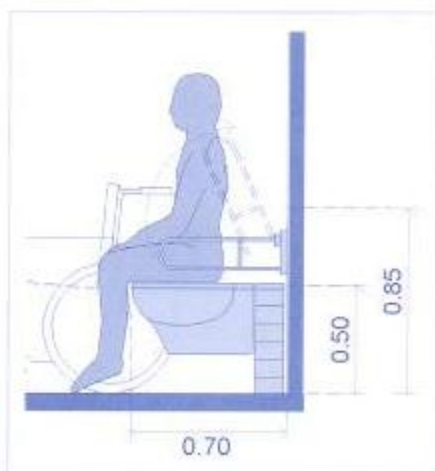
Servicios Higiénicos

La Figura lateral muestra la disposición de las barras abatible y de apoyo, para la utilización del WC por parte de personas con silla de ruedas.

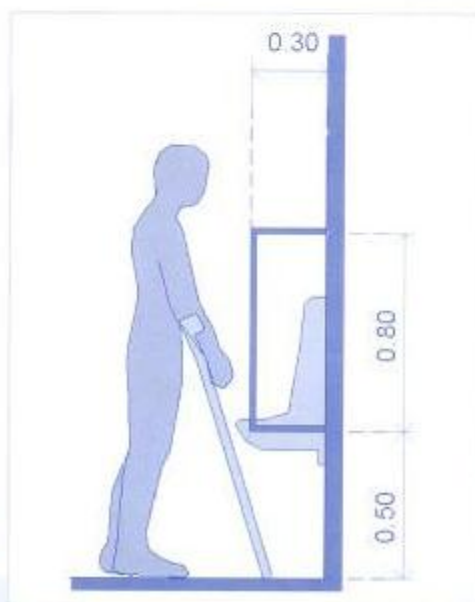
La altura de la taza debe adecuarse a la altura de la silla de ruedas. Si la altura estándar es menor, conviene incorporar una base sobre la cual se instale el inodoro para alcanzar la altura adecuada. Por otra parte, éste debe sobresalir de la pared en una proporción que permita alcanzar al menos 70 cm de profundidad, para su alcance desde la silla de ruedas.



Las descargas también deben ser con mecanismos de palanca.



Los urinarios deben incorporar barras de apoyo y ganchos para colgar las muletas o bastones.



COMPONENTE HABITABILIDAD

Servicios Higiénicos

En el caso de la ducha, es clave diseñar espacios de acercamiento libres de obstáculos (bordes o resaltes) para personas en silla de ruedas, considerando una pendiente mínima para el escurrimiento de las aguas y pisos con material antideslizante.

Se recomienda incorporar barras verticales y horizontales para permitir múltiples apoyos, y un asiento abatible idealmente fijo para evitar que la persona resbale al trasladarse desde la silla de ruedas si tiene grados de discapacidad.

Las Figuras laterales indican las medidas adecuadas para el diseño de los espacios y la disposición de la grifería, considerando siempre alturas alcanzables de los distintos elementos como jaboneras, repisas, duchas teléfono (siempre recomendables) u otros elementos



En general no se recomienda el uso de tinas para Adultos Mayores. Sin embargo, si ésta es la solución adoptada, se necesita apoyo de barras según se observa en la Figura. No se recomienda esta modalidad para el caso de personas que dependen de silla de ruedas.



Asiento abatible para cabina de ducha, tocador, etc. Se instala atornillado a la pared sobre la que se abate.
<http://www.ortopediasom.com>



COMPONENTE HABITABILIDAD

Recintos de Cocinas

Dependiendo del espacio físico disponible, debe considerarse una dimensión mínima de desplazamiento en estos espacios tomando como referencia una persona en silla de ruedas. Al igual que en el resto de los espacios adecuados a Adultos Mayores con grados de discapacidad, no deben existir obstáculos entre el nivel de piso y los muebles de almacenamiento o mesones, dejando una altura mínima libre de 70 cm.

Si se dispone de elementos bajo los muebles, estos deben poder desplazarse, considerando por ejemplo cajoneras con ruedas.

Se recomienda siempre una relación frontal con lavaplatos, cocinas, refrigeradores u otro espacio de trabajo que contenga dispositivos como hornillos, hornos, microondas, jugueras, etc..

Es importante especificar medidas de distancia al muro y altura de mobiliario adecuado a una persona que se desplaza en silla de ruedas. Lo mismo sucede con la localización de las llaves de gas, u otro mecanismo de encendido, las que deben alcanzarse fácilmente y con seguridad en virtud de las quemaduras.

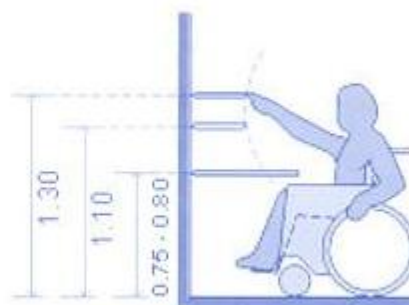
El aparato de cocina debe estar siempre aislado en sus costados por seguridad para el usuario. En lo posible, debe considerarse la utilización de materiales resistentes al calor en mesas y mesones.



min. 0.85



min. 0.85

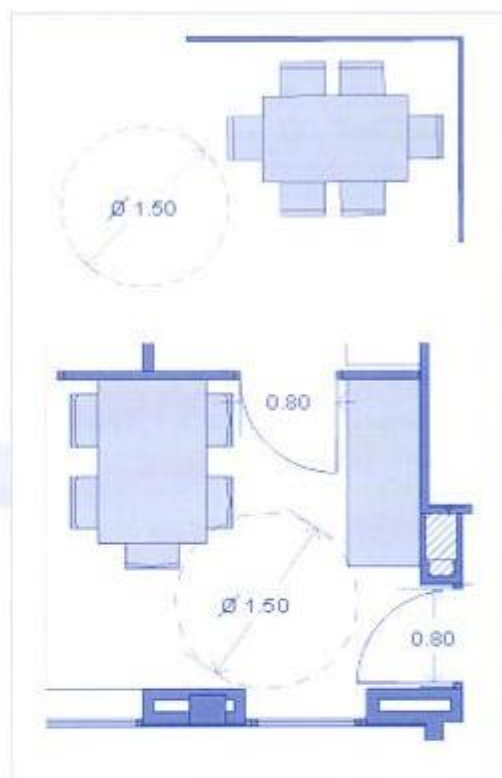
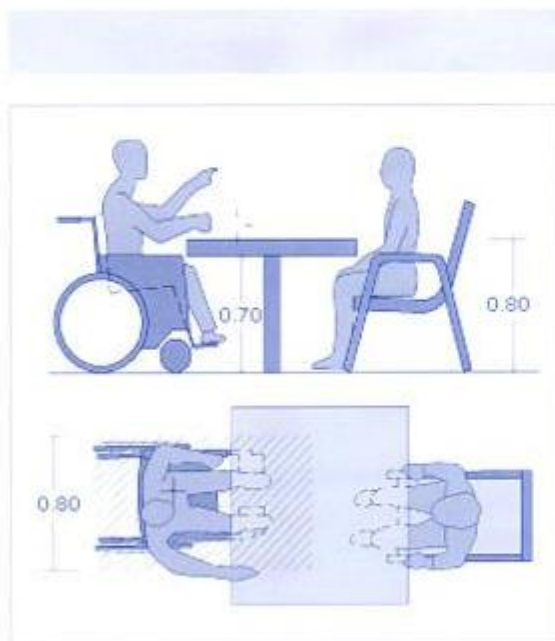


COMPONENTE HABITABILIDAD

Recintos de Cocinas

Como ya se mencionaba, dependiendo del espacio físico disponible debe considerarse una dimensión mínima de desplazamiento considerando una persona en silla de ruedas, sin obstáculos entre el nivel de piso y los muebles.

Se recomienda la utilización de mesas con apoyo central único y altura no inferior a 70 cm.

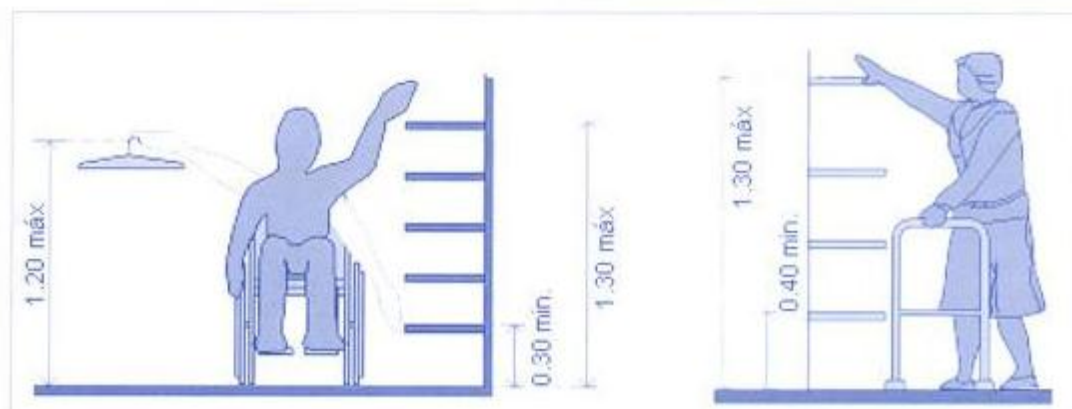
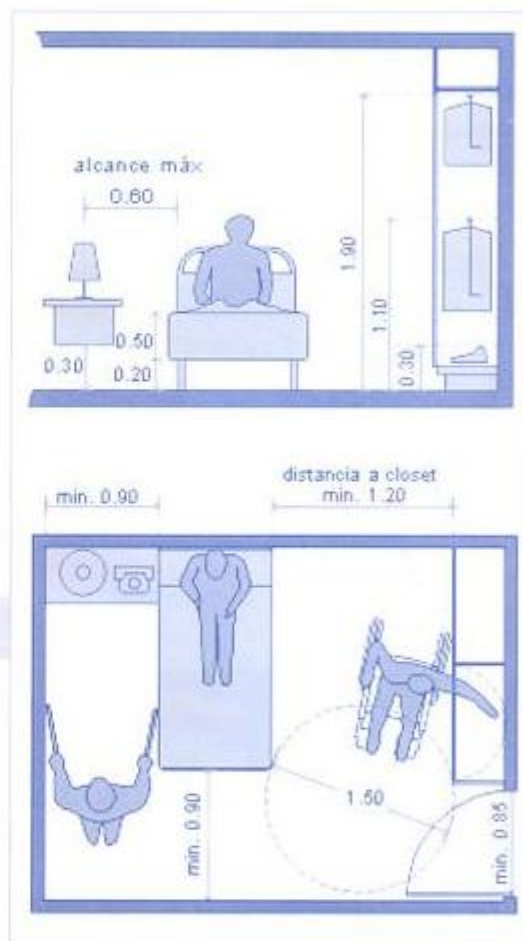


COMPONENTE HABITABILIDAD

Dormitorios

La disposición de dormitorios debe considerar la asistencia de otra persona a las personas Adultas Mayores. Las dimensiones y espacios mínimos deben considerar siempre la dependencia a silla de ruedas, con libertad de rotación en planta y aproximación a mobiliario, puertas y ventanas, con libertad de visión hacia fuera.

Debe recordarse, como se mencionaba anteriormente en la sección de puertas y ventanas, incorporar mecanismos de cierre y apertura adecuados en tipo y altura, además de antepechos de seguridad contra impactos.

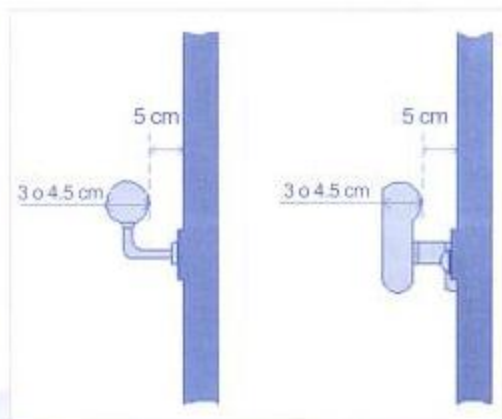


COMPONENTE APROPIACION ENTORNO INMEDIATO

Pasamanos

Los diseños de rampas y escaleras deben considerar pasamanos en ambos costados. Se recomienda que este elemento sobrepase la longitud de estos componentes de 15 cm a 30 cm en las entradas y salidas, según muestra la Figura inferior.

Cuando las rampas o escaleras tienen anchos que superan los 4 m, siempre se recomienda incorporar pasamanos intermedios.



Los pasamanos deben ser fijos y estables, además de permitir el deslizamiento de los apoyos sin interrupción en toda la longitud. El pasamanos debe permitir que una persona cierre su mano en torno a éste, para lo cual se recomienda un diámetro de 3 a 4,5 cm y una separación de 5 cm del muro.

El diseño del pasamanos debe considerar 3 alturas, una para adultos (95 cm), una para niños o para que se apoyen las sillas de ruedas (70 cm), y una para evitar caídas accidentales (25 cm).

La superficie no debe tener interrupciones ni elementos que sobresalgan. Para distinguirlos y facilitar su uso, los pasamanos deben tener colores característicos diferenciados de su entorno.



COMPONENTE HABITABILIDAD

Pasillos

Las áreas en la cuales las personas circulan públicamente se recomienda que los espacios estén siempre libres de obstáculos y peldaños, permitiendo el desplazamiento sin interrupción de las sillas de ruedas y de los no videntes. Para los desniveles se recomienda considerar el uso de rampas y plataformas elevadoras de acuerdo a las características ya indicadas.

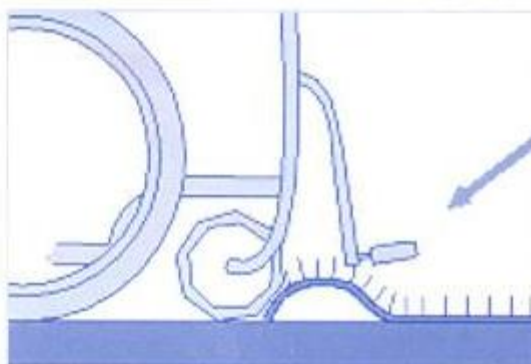
El mobiliario que requiera utilizarse en los pasillos, debe ubicarse todo en el mismo lado.

Se recomienda que los pasillos tengan un ancho mínimo de 1,40 m.

Los elementos adosados a muros de pasillos deben estar a una altura apropiada (2,1 m), y cuando su ubicación sea a menor altura no deben sobresalir más de 20 cm.

Los pisos de los accesos principales, los espacios de distribución y los pasillos que cuenten con elementos como alfombras, estos siempre deben estar bien adheridos al piso para evitar accidentes.

Para aquellos pasillos de mucha circulación de personas con problemas de movilidad, debe evaluarse la incorporación de pasamanos, de acuerdo a las recomendaciones ya indicadas.



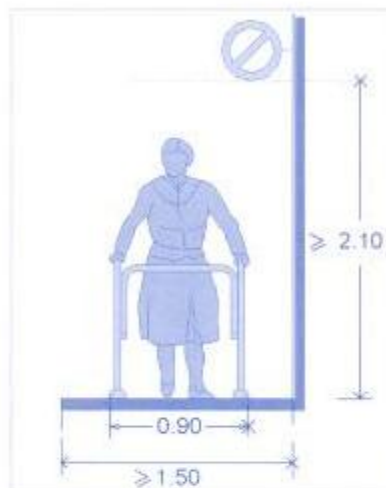
COMPONENTE INSERCIÓN EN EL BARRIO

Veredas

La vereda debe ser el primer elemento a revisar en el barrio. Este componente está destinado a la circulación peatonal, por lo que debe diseñarse en trazado recto y libre de obstáculos.

Para la adecuada circulación de peatones, la vereda debe comprender 2 bandas longitudinales: la banda de circulación y la banda de elementos.

El ancho de la banda de circulación debe permitir el paso simultáneo de 2 peatones, y considerar que uno de éstos circula en silla de ruedas. Para lograr este objetivo, se recomienda un ancho de 150 cm.

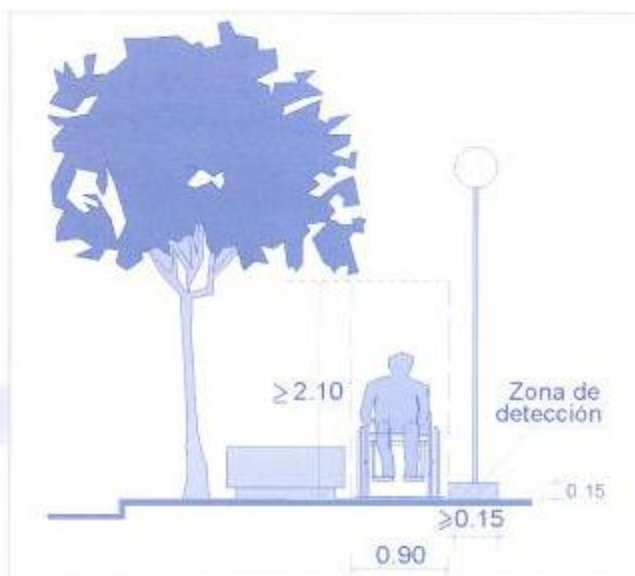


Todos los elementos complementarios, tales como señalización y mobiliario urbano, deben ubicarse en la banda de elementos, ya que deben estar fuera del área de circulación de los peatones.

Todas las veredas deben tener rebajes de soleras y rampas para compensar las diferencias de nivel que se producen entre la acera y la calzada en los cruces peatonales. Se recomienda una pendiente entre 8% y 12%.

El pavimento de las circulaciones debe ser duro, sin resaltos y antideslizante.

La circulación de los peatones debe contar con un espacio mínimo de 2,1 m de alto y 90 cm de ancho. La pendiente transversal de la vereda no debe superar el 2%.



COMPONENTE INSERCIÓN EN EL BARRIO

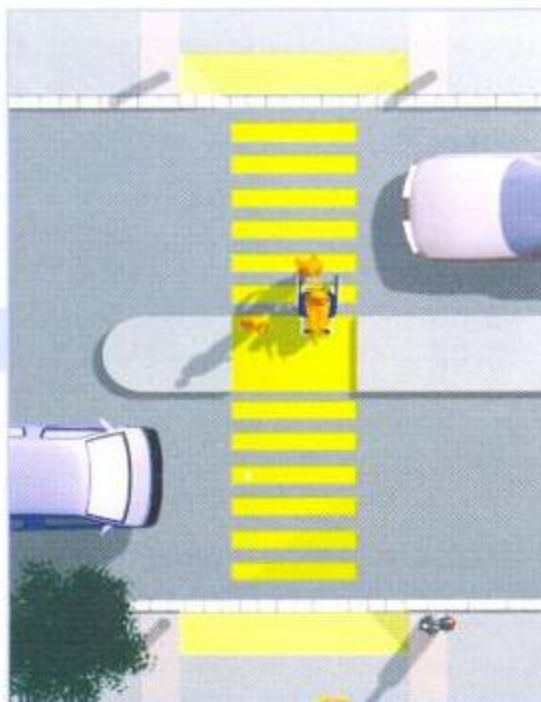
Cruces y Pasarelas Peatonales

Los cruces peatonales deben estar correctamente señalizados tanto para peatones como para automovilistas. La rampa, en el desnivel entre la acera y la calzada, debe coincidir con la ubicación del paso de cebra y ser del mismo ancho, o en su defecto tener un ancho mínimo de 1,2 m libres de obstáculos.

En las calles donde la circulación peatonal es prioritaria, se puede utilizar un cruce peatonal elevado a la cota de la acera, en todo el ancho del cruce peatonal.

En los casos en que el cruce de peatones es altamente peligroso, se recomienda la instalación de pasarelas peatonales elevadas. En este caso, se recomienda también utilizar pasarelas con rampas. Estas últimas requieren mayor espacio para su instalación, pero permiten su uso por parte de todo tipo de personas.

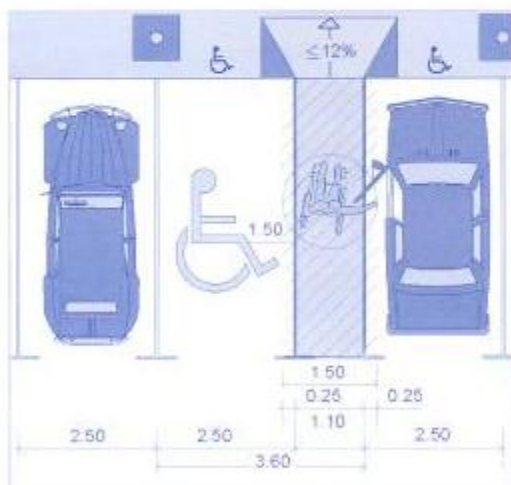
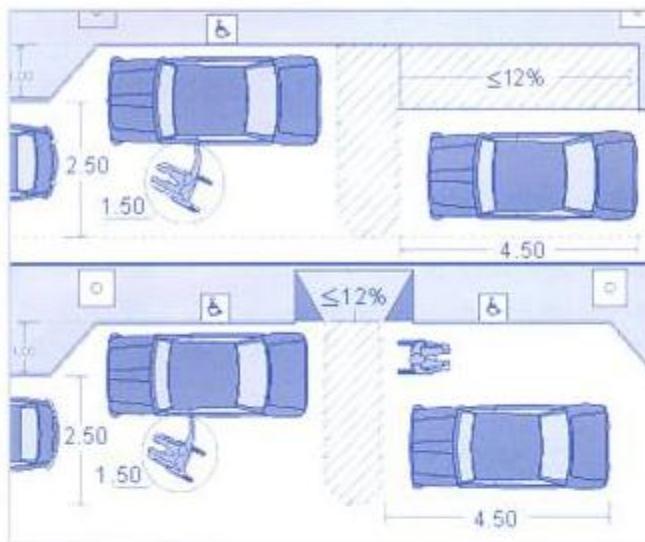
Las pasarelas deben incorporar pasamanos en toda su extensión, de acuerdo a las indicaciones realizadas.



COMPONENTE INSERCIÓN EN EL BARRIO

Estacionamientos

Los lugares de estacionamientos para personas discapacitadas y Adultos Mayores deben ser localizados cerca de los acceso y de los lugares de mayor concurrencia, y deben estar suficientemente señalizados. La superficie mínima de un estacionamiento debe ser de 3,5 m de ancho y de 5 m de largo, dimensiones que permiten la maniobra de acercamiento, entrada y salida del vehículo de personas discapacitadas y con sillas de ruedas.



El estacionamiento que se encuentra paralelo a la calzada debe ensancharse en la vereda para lograr los 3,5m de ancho, requeridos para la movilidad del conductor. El estacionamiento que se proyecta diagonal a la vereda debe reunir las mismas condiciones que el estacionamiento paralelo a la circulación vehicular.

La dotación mínima de estacionamientos a proyectarse es aquella resultante de la aplicación de la tabla contenida en el Artículo 2.4.2. de la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones.

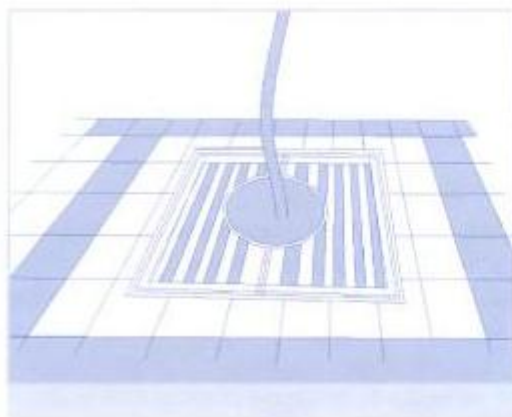
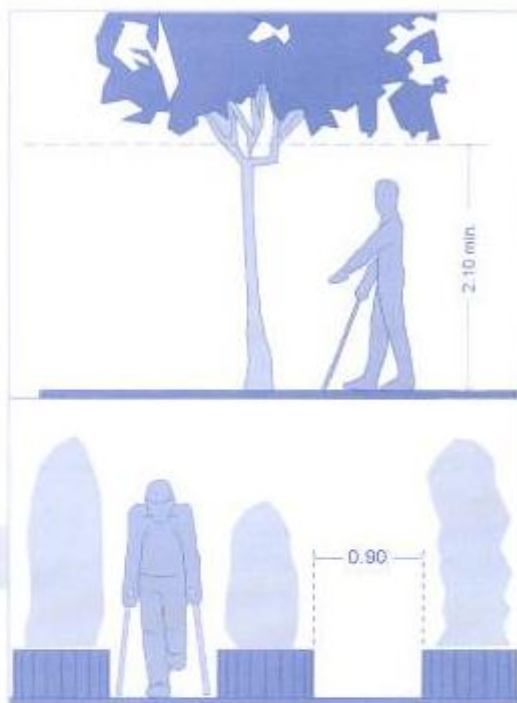
Estos estacionamientos tendrán un ancho mínimo de 3,6 metros, de tal manera de permitir el descenso y ascenso a una zona de circulación libre y segura, la que se deberá demarcar de color amarillo, de 1,10 m de ancho. Esta zona podrá ser común para otros estacionamientos de personas con discapacidad y estará incluida en el ancho de 3,6 metros indicado. Estos estacionamientos deberán singularizarse en los planos del proyecto y su comunicación con el resto del edificio, así como el acceso al espacio público, deberá efectuarse en concordancia con lo establecido en el Artículo 4.1.7. de la Ordenanza mencionada.

COMPONENTE INSERCIÓN EN EL BARRIO

Vegetación

Al igual que todos los elementos en la vía pública, la vegetación que se emplace en las veredas no debe obstaculizar la circulación de los peatones. El crecimiento de los árboles debe ser controlado, dejando un área de circulación libre de ramas de al menos 2,10 m.

Los maceteros que se utilicen para el diseño paisajístico, y que se emplacen en los espacios de circulación peatonal no deben obstaculizar el tránsito de los peatones, para lo cual es necesario dejar un espacio libre de al menos 90 cm.

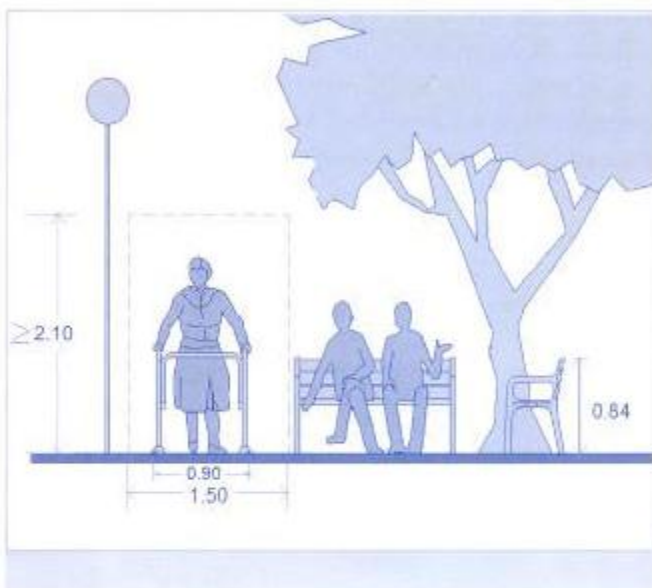


Las bases no pavimentadas que rodean los árboles urbanos se deben cubrir con rejillas de tal forma que no existan desniveles con el pavimento de las veredas, para evitar accidentes de personas con problemas de movilidad o no videntes. Las características de estas rejillas deben homologarse a las características de las rejillas de ventilación antes mencionadas.

COMPONENTE INSERCIÓN EN EL BARRIO

espacio Público y Recreativo en Exteriores e Interiores

La garantía de accesibilidad se vincula a acciones localizadas sobre el espacio público que contribuyen a un manejo del entorno por parte de los Adultos Mayores, sin importar su condición de valencia, de tal forma de mantener un tránsito continuo y sin barreras, como rebajes de veredas, senderos con anchos mínimos para el tránsito en silla de ruedas o implementos de apoyo como andadores, estacionamientos segregados cercanos a los accesos y, en general, los itinerarios deben estar libres de obstáculos hasta las entradas de los edificios.



También es relevante considerar lugares de descanso en el transcurso de un recorrido, así como texturas de pavimentos y color para diferenciar los tipos de espacios recreativos (senderos, áreas de juego, espacios de estar, etc.).

Si las circulaciones tienen pendientes superiores a 2%, conviene incorporar barandas de apoyo en estos tramos.

El diseño del mobiliario urbano y la señalética es relevante. Debe considerarse elementos bien afirmados a las superficies, particularmente en el caso de basureros, bancos, faroles y letreros. En cualquier caso, éstos deben instalarse fuera de los senderos de circulación para un tránsito seguro y sin barreras.

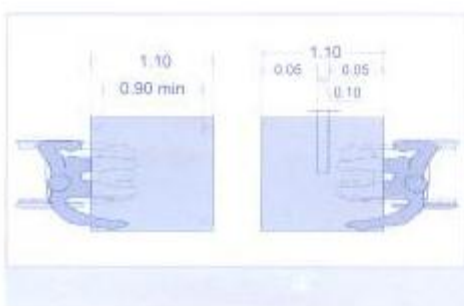
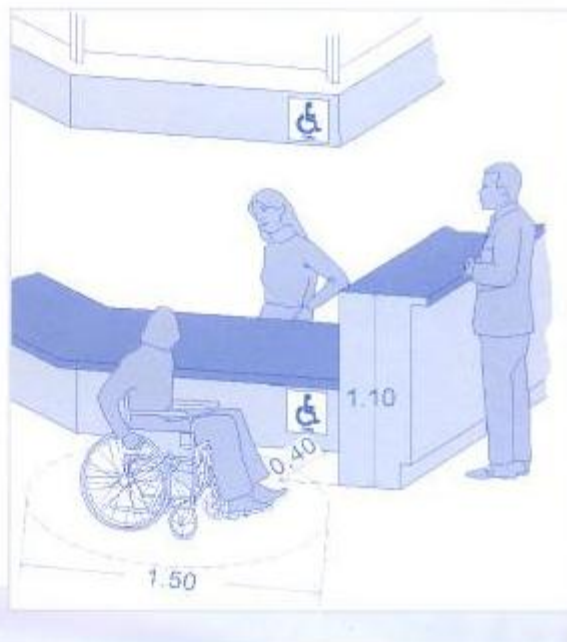
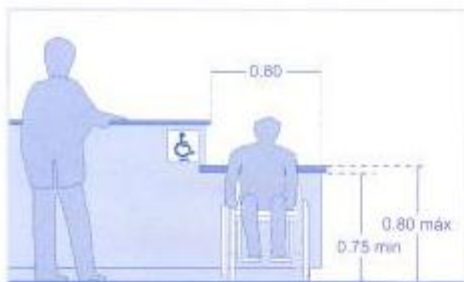
Para la discapacidad visual, la diferenciación de pavimentos y la utilización de guías laterales en los senderos es fundamental, para que éstos puedan ser identificables mediante un bastón. También deben incorporarse barandas de apoyo estratégicamente localizadas. La señalética debe ser palpable según los códigos de esta discapacidad.

La vegetación debe seleccionarse en función de su textura, evitando plantas con espinas o texturas agresivas en general. La incorporación de tipos de vegetación y flores con aromas diferenciados contribuye con la identidad espacial. También es adecuado incorporar elementos de agua cuyo sonido contribuye a generar calma y aporta a regular el clima del entorno.

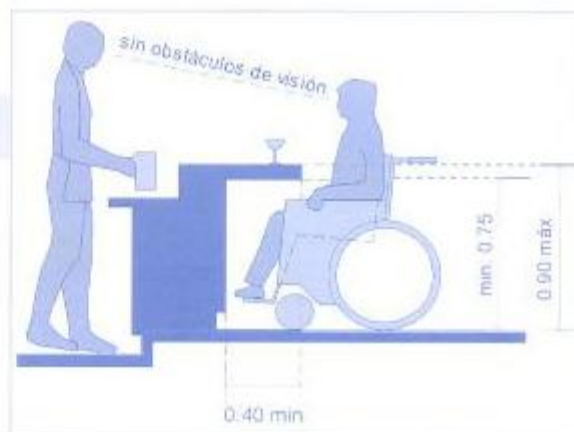
COMPONENTE INSERCIÓN EN EL BARRIO

espacio Público y Recreativo en Exteriores e Interiores

En áreas de atención de público los elementos que son manejados por las personas atendidas, como buzones, dispensadores de números, timbres e interruptores de apertura automática de puertas o cualquier otro elemento de uso por parte del público, deben situarse a una altura máxima de 120 cm. De la misma forma, los mesones deben tener una altura adecuada para personas que transitan en silla de ruedas.



En restaurantes, pubs y cafés debe contemplarse circulaciones con anchos adecuados para silla de ruedas hasta las mesas, y que parte de éstas permitan su acercamiento.



COMPONENTE HABITABILIDAD

Ancho de Puertas

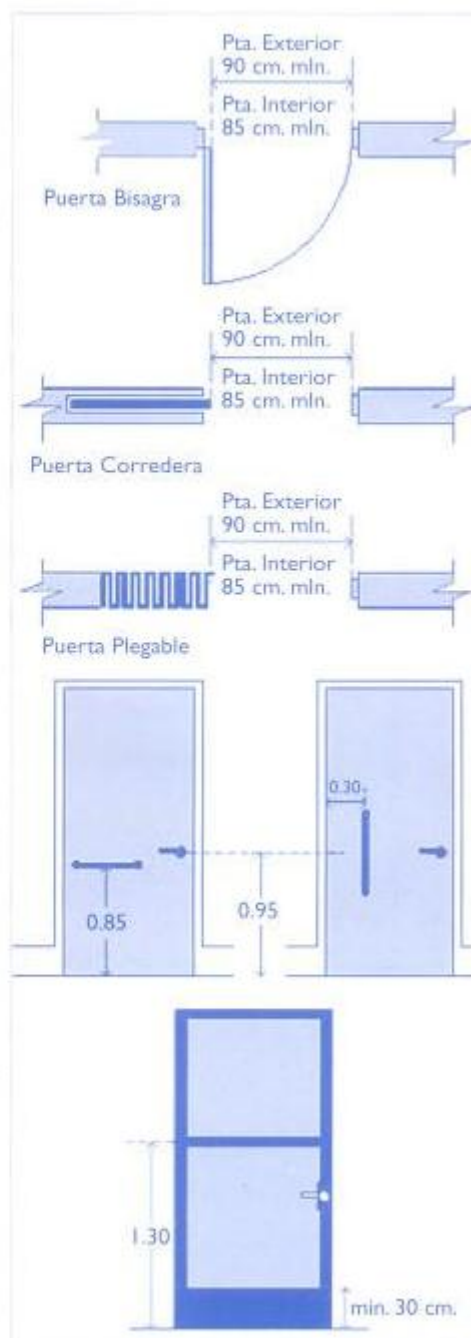
Para los tres estados de envejecimiento se recomienda que las puertas de acceso tengan un ancho mínimo de 90 cm. Para las puertas interiores se recomienda un ancho mínimo de 85 cm. Estas medidas son válidas para los distintos tipos de puertas, sean éstas de abatir, correderas o, eventualmente, plegables. El picaporte debe ser tipo palanca y ubicarse a una altura de 95 cm.

En general, es relevante que las puertas cuenten, además del picaporte de palanca, con una barra adicional, vertical u horizontal, en base a las especificaciones que se observan en la Figura más abajo a la derecha. Esta se coloca sobre la cara que abate hacia el usuario. Normalmente en el caso de puertas correderas o plegables, las barras son verticales y se colocan en ambas caras de la hoja.

La diferenciación de color entre puertas, marcos de puerta y muros siempre es recomendable como un factor de reconocimiento.

Las puertas de vidrio deben tener un zócalo de protección, recomendado entre 30 a 40 cm de alto, como protección ante el choque de la silla de ruedas. En general este dispositivo es recomendable en todo tipo de puertas. Las puertas de vidrio deben considerar algún tipo de identificación de seguridad para su reconocimiento. Normalmente la colocación de una franja pintada o adherible (tipo calcomanía) a la altura de la visión (aproximadamente a 130 cm desde la base) constituye un dispositivo eficiente para ser detectadas.

Debe considerarse siempre una alternativa de paso para sillas de ruedas cuando existan circulaciones o accesos mediados por puertas giratorias, torniquetes u otros.



7.3.10. ANÁLISIS DE SITIO

7.3.10.1. UBICACIÓN DEL VALLE DE LA CONCEPCIÓN

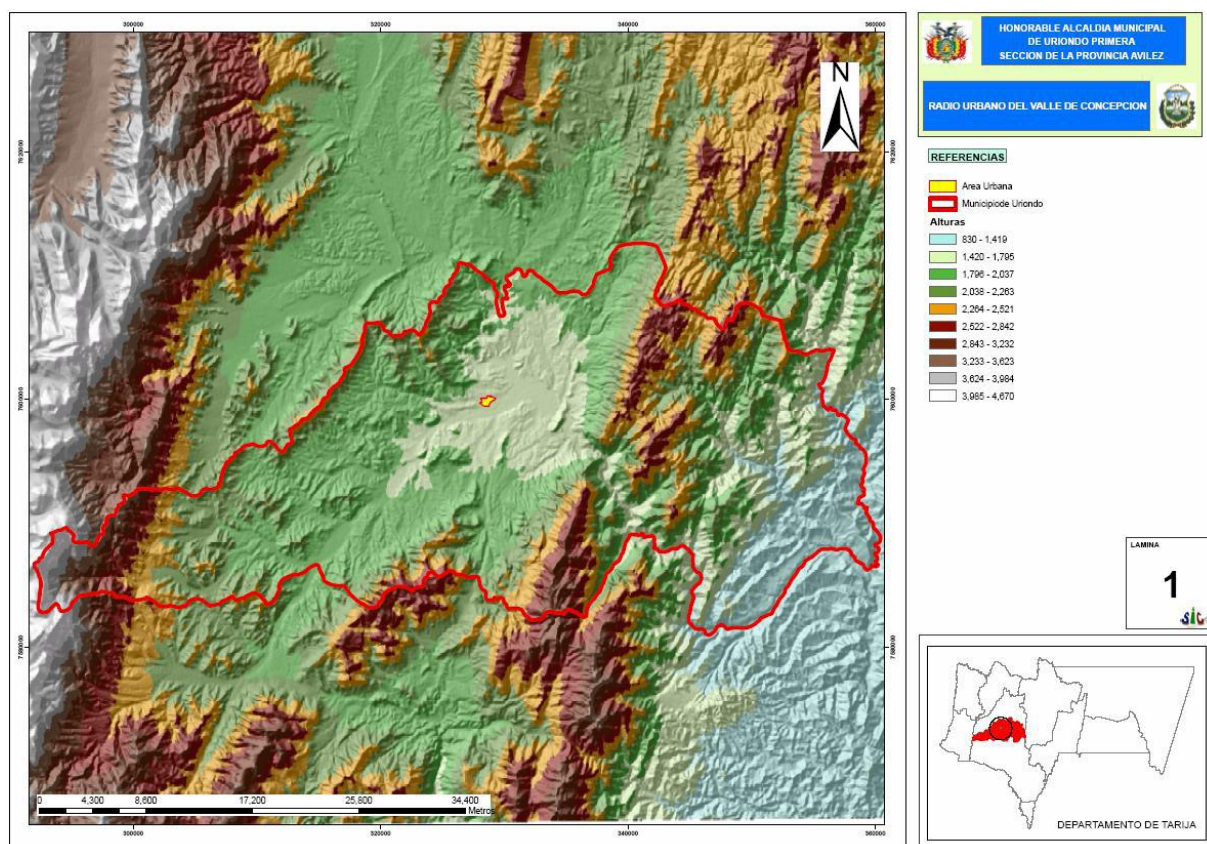
La capital de la primera sección de la provincia Aviles, El Valle de la Concepción, se emplaza en la margen izquierda del Guadalquivir y a la margen derecha del río Camacho respectivamente, y se encuentra a 25 km al sur de la capital del departamento, a la que se conecta mediante un desvío de la ruta fundamental denominada Panamericana.

El Valle de la Concepción del municipio de Uriondo fundado en el año 1574, es la ciudad capital administrativa de la provincia Avilés, una de las 6 provincias del departamento de Tarija – Bolivia.

La provincia Avilés cuenta con dos municipios que son Uriondo y Yunchará.

Tiene como colindancias más próximas a Padcaya y Bermejo, municipios de la provincia Aniceto Arce, conectados por la vía principal de acceso que tienen como destinos más próximos a la ciudad capital del departamento y el país vecino Argentina.

El valle de la concepción tiene como superficie definida 323,6 hectáreas como área urbana general, que comprenden el área intensiva, extensiva y protegida.



7.3.10.2. ALTERNATIVAS DE EMPLAZAMIENTO

De acuerdo tanto a los modelos referenciales como a la necesidad de un equipamiento que albergue a un grupo numeroso de usuarios, es necesario emplazar el equipamiento en un terreno con amplias dimensiones.

Para este fin se ha visto como optimo hacer un análisis de aquellas áreas que por norma pueden disponer de superficies de loteamiento de estas características además de tomar en cuenta la finalidad para la que está enfocado el equipamiento para así no invadir ni romper con la zonificación ya planteada por el municipio de Uriondo, tanto en su plan de ordenamiento territorial como en lo que en si ya se caracterizan.

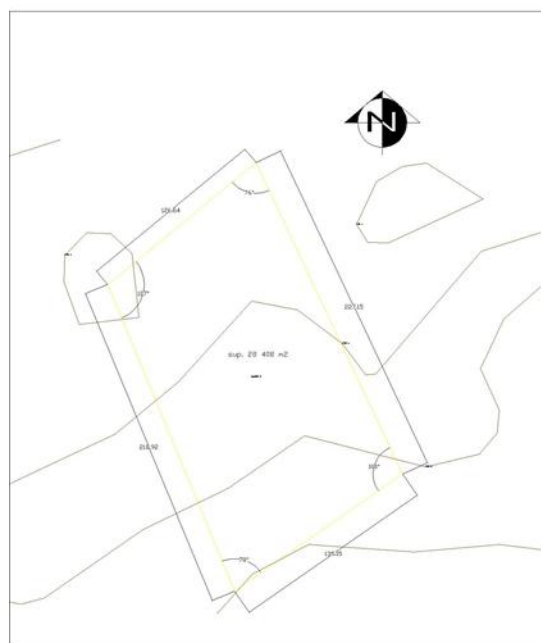
Dentro de la mancha urbana del Valle de la Concepción el área residencial extensiva tiene las características que se buscan para el emplazamiento del equipamiento.

A base de este conocimiento se toman en cuenta las siguientes tres propuestas:

Alternativa 1

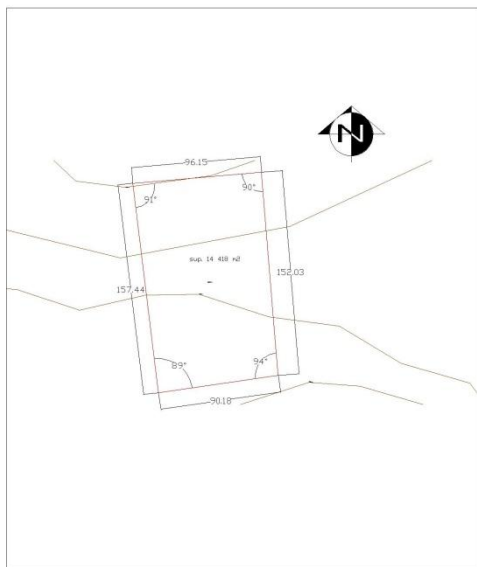


parámetro	fortaleza	Oportunidad	debilidad	amenaza
accesibilidad	Vía poco transitada	Conevión vial más próxima al área	Acceso en estado precario	
topografía	Solo existe una pendiente del 2%	Superficie naturalmente corrosiva	No muy óptimo para el cultivo	
ubicación	Zona tranquila y residencial	Facilidad de localización	Solo una vía de ingreso	
infraestructura	Próximo a equipamiento de salud	Accesibilidad a el área educativa		
entorno	Buenas vistas próximo a cultivos	paisajismo mimetice con el entorno		

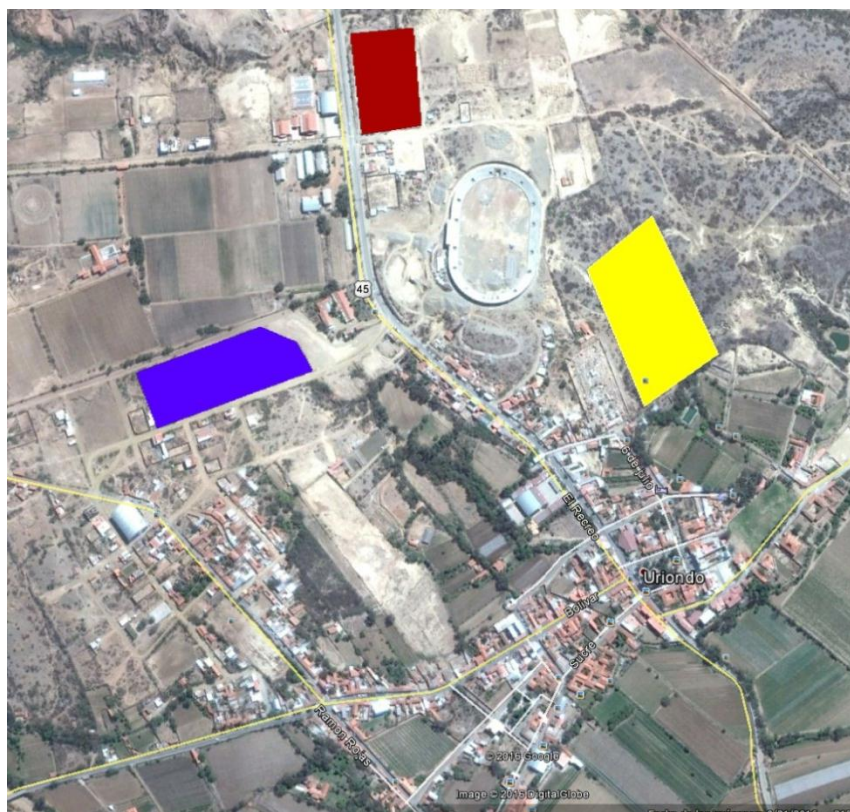


accesibilidad	Vía de acceso poco transitada	Consolidación de una vía secundaria	Distante de las vías principales	aislamiento
topografía	Solo existe una pendiente del 2%	Posible área de cultivo	Terreno en condiciones precarias	
ubicación	Próximo al área de ocupación mixta	Posibilidad de expansión si necesario	Sin conexión directa a ningún área intensiva	Abandono e indiferencia
infraestructura	El más cercano a equipamientos religiosos y admin	Crear conexión con los equipamientos deportivos	Distante al área de salud	
entorno	Buenas vistas próximo a cultivos	paisajismo mimetice con el entorno		

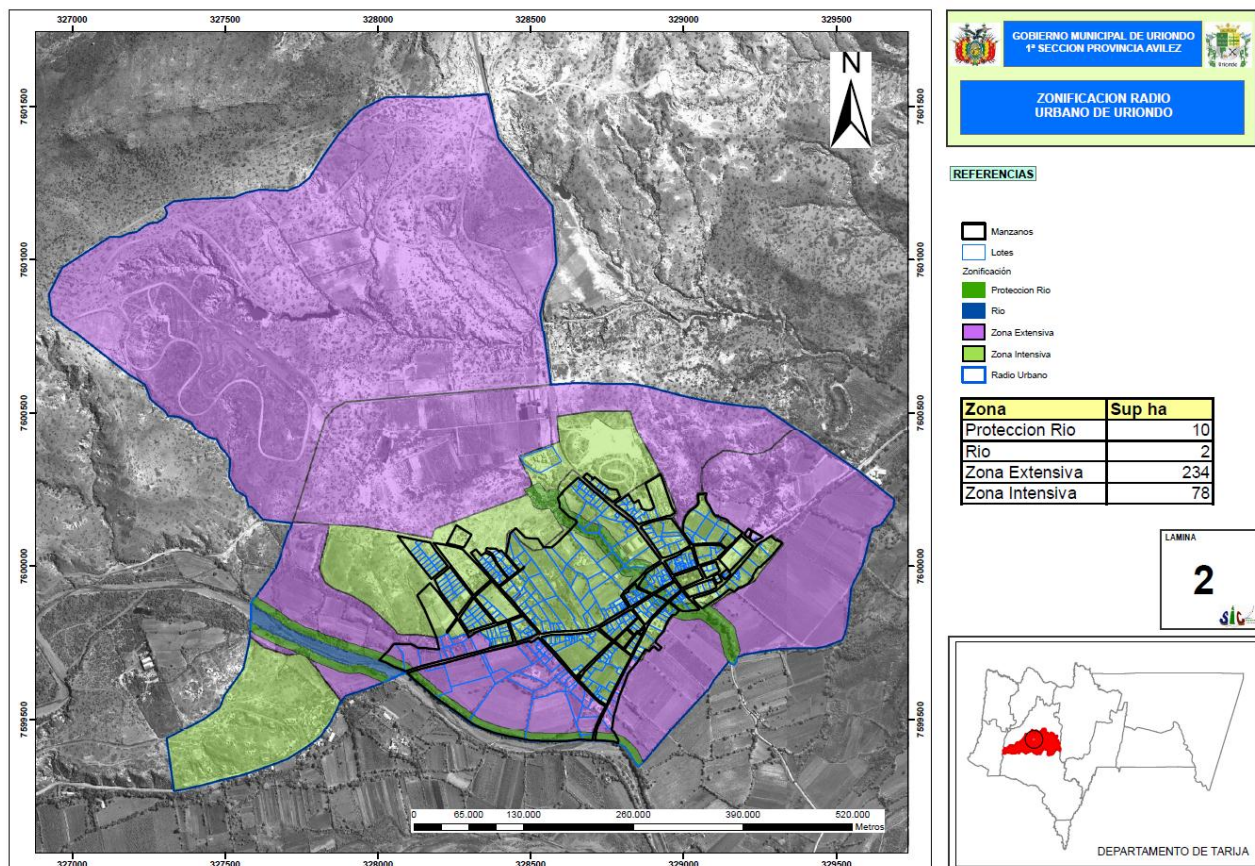
Alternativa 3



parámetro	fortaleza	Oportunidad	debilidad	amenaza
accesibilidad	Sobre la vía principal	Parada de movilidad urbana	Ingreso demasiado transitado	Accidentes o atropellos
topografía	Solo existe una pendiente del 2%	Superficie naturalmente corrosiva	Terreno árido sin posibilidad de cultivo	
ubicación	Mejor accesibilidad de todas	Facilidad de localización	Distante del área de uso mixto	
infraestructura	Próximo a equipamiento deportivo		Distante a todas las demás zonas habitables	Próximo a la zona industrial
entorno		Crear un diseño propio	Sin vistas que aprovechar	Contaminación del área industrial



7.3.10.3. ÁREA EXTENSIVA DEL VALLE DE LA CONCEPCIÓN



Artículo 27. Área Residencial Extensiva: Las perspectivas de crecimiento del Valle precisan de la identificación de un área de futura expansión, la misma que fue identificada en el sector norte del centro poblado, en consideración a que se trata de tierras para rehabilitación por lo que definimos que son la opción ambiental más favorable para la futura expansión de la ciudad, la que se irá incorporando de manera paulatina al área intensiva, una vez que se dé la saturación de esta última, debiéndose realizar todos los lineamientos previos a su ocupación.

I. Reglas de Uso: El Área residencial extensiva, se encuentra definida en la parte norte por el trazo de la avenida de circunvalación propuesta perteneciente a la

red vial primaria, mientras que por la parte sur son las coordenadas del cuadro N° 8 que la delimitan con mayor precisión, la zona abarca una extensión de 44,2 hectáreas, estableciendo en su interior, una vez densificada como área residencial una densidad de 100 hab. /ha.

1. Permitido: El uso residencial y servicios complementarios como expendio de alimentos, farmacia, libros y útiles para oficina, salud, educación y recreación. Una vez urbanizada, se permitirán fraccionamiento en lotes que no sean menores a los 500 m² y mantengan un frente mínimo de 15 m. Las edificaciones de residencias observarán una altura máxima de 9m., respetando un coeficiente de uso de edificación del 60 %. Mientras no se incorpore como área intensiva los usos permitidos serán el agrícola, pecuario, recuperación de tierras, forestación, reforestación, sistemas de riego. Se permitirá el fraccionamiento de terrenos o propiedades únicamente en parcelas iguales o mayores a 2 hectáreas.

2. Limitado: Se limitará la ubicación de servicios de reparaciones y servicios al transporte, como talleres lavaderos y llanterías, de igual manea la instalación de depósitos de materiales de construcción y el uso residencia de carácter mixto con actividades de apoyo a las a dichas actividades sobre la red primaria y regional.

En esta área y sobre la red primaria, se prevé la construcción de una terminal provincial que apoye la actividad turística.

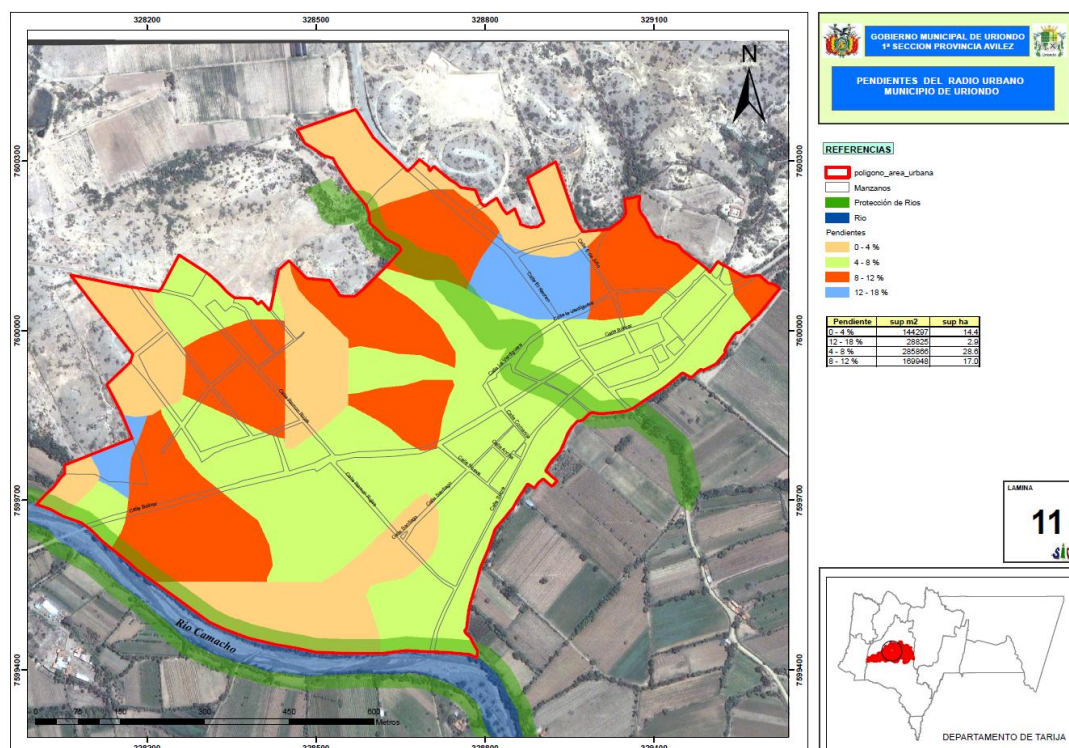
En tanto la zona se mantenga como extensiva, será permitido la construcción de equipamiento u otro tipo de infraestructura de apoyo a la producción.

3. Prohibido: Cualquier tipo de industria, comercio, edificios públicos, instalaciones de termoeléctricas, engarrafadores, etc.

7.4. ASPECTOS FISICO NATURALES, CONTEXTO FÍSICO

7.4.1. TOPOGRAFÍA

Como se puede apreciar que las pendientes oscilan entre el 0 y el 18% siendo más frecuente entre 4 y 8%.

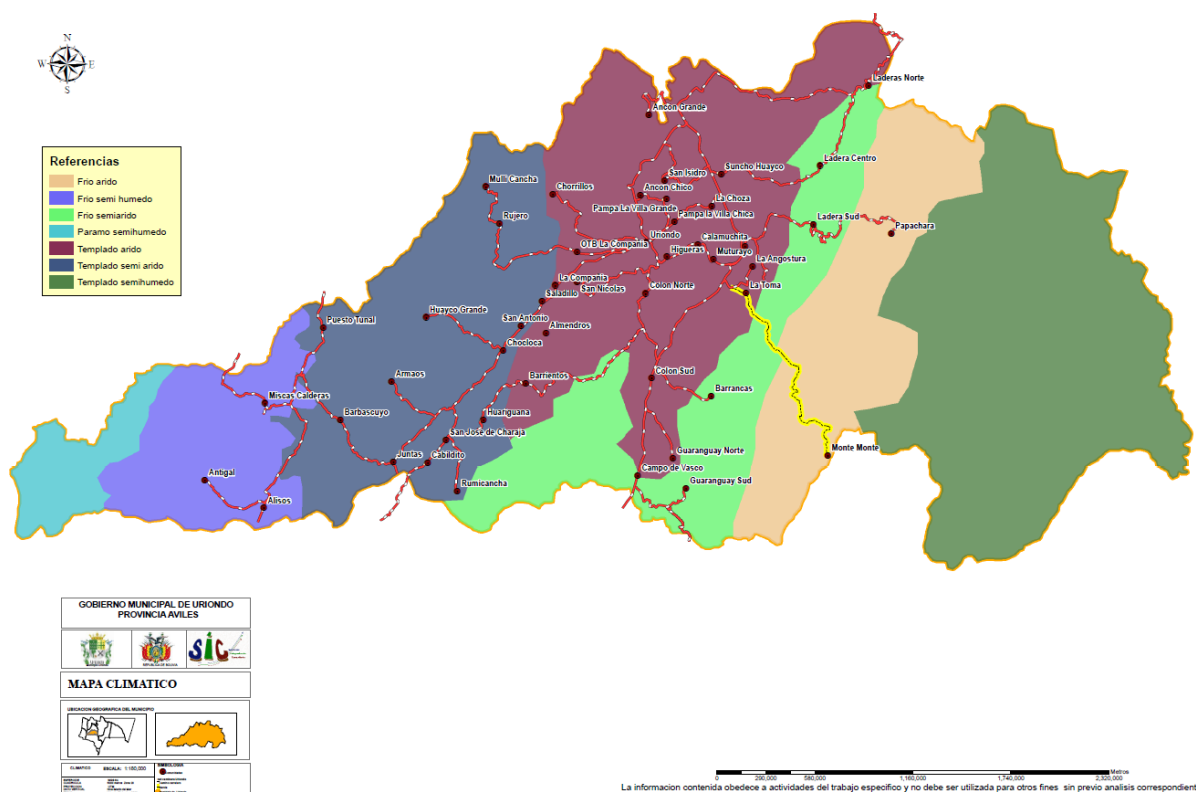


7.4.2. CLIMA

El Municipio cuenta con cuatro estaciones meteorológicas, consiste en una climática, dos pluviométricas y una con dos parámetros de temperatura y precipitaciones.

Para la clasificación climática se determinó, por el método Schaufelberguer quien establece la unión de dos metodologías como la clasificación de Caldas y Lang. Según Lang toma en cuenta para la clasificación climática los datos de precipitación promedio anual de las estaciones inmersas al interior del municipio de Uriondo con la ayuda del mapa temático de alturas clasificadas,

rango de temperaturas promedio y el factor Lang, resulta para el radio urbano la clasificación de Clima Templado Árido. Clima con alturas entre 1.001 a 2.000 msnm, cuyas temperaturas varia de 17.5° a 24° C, además alcanza un índice de Lang dentro el rango de 20,1 a 40, cuyo tipo climático se encuentra aledaños al río Guadalquivir, más propiamente hacia el norte, sobre la llanura fluvio-lacustre de la parte central del municipio y donde se realiza la mayor actividad agrícola.



a) Precipitación.

La provincia Avilés alberga en su totalidad varias estaciones pluviométricas, las cuales se utilizaron para determinar la precipitación media anual, dando como resultado una precipitación de 434 mm/año. Y la precipitación se aprecia en gráfico 40.

Los días con lluvias se dan en los meses de septiembre hasta abril, caracterizado por precipitaciones cortas con frecuencia e intensidad variable, mientras en los días de los meses restantes (mayo . agosto) época de estiaje, el déficit de agua en los acuíferos y los drenajes naturales es muy notorio.⁸

b) Temperatura

La temperatura mínima media anual en el Valle de Concepción es de 9.7 °C, con una máxima de 26.4 y mínima extrema promedio de -9.0°C y temperatura extrema 40 °C respectivamente.

Los días con helada se registran en los meses de mayo a septiembre. La humedad relativa promedio es de 47%. La dirección del viento predominante es el Sud - Este con una velocidades promedio de 2.6. km/hr, datos determinados por medio de datos medidos en la estación de Padcaya.

7.4.3. VEGETACIÓN

La imagen urbana que presenta Uriondo, no muestra vegetación en sus calles, sin embargo sus alrededores y senderos, están delimitados precisamente por grandes masas de árboles, que además de convertirse en un factor determinante del equilibrio climático y ecológico, ofrecen un paisaje y una calidad espacial inigualable.

Sin embargo cuando se habla de las áreas verdes existentes al interior del espacio urbano, sobre todo en el área central, diremos que las mismas son escasas y de pequeñas dimensiones cuya vegetación tiene características arbustivas.

TIPO DE VEGETACION PREDOMINANTE	PRINCIPALES PLANTAS SILVESTRES	PRINCIPALES ANIMALES SILVESTRES
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Molle ▫ Algarrobo ▫ Tusca ▫ Eucalipto ▫ Sauce 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Churqui ▫ Keuña ▫ Tola ▫ Aliso ▫ Tusca ▫ Taco 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Viscacha ▫ Leon ▫ Zorro ▫ Condor ▫ Chancho ▫ Urina ▫ Perdiz ▫ Paloma

7.5.ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

7.5.1. DEMOGRAFÍA CENTRO URBANO DE URIONDO

La dinámica permanente de las actividades en el campo social y económico del departamento, los municipios y sus centros urbanos, requieren cada vez de una información más desagregada de las proyecciones de la población disponibles, con el propósito de examinar su volumen, composición y estructura para incorporar los mismos en los Planes de Desarrollo Departamental, Planes de Desarrollo Municipal, Planes de Ordenamiento Urbano y los Planes de Ordenamiento Territorial a nivel regional y local. Asimismo, se demanda esta información para la construcción de indicadores sociodemográficos.

VALLE DE CONCEPCIÓN: TASAS DE CRECIMIENTO POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

Grupo Quinquenal	Tasas de Crecimiento %	
	Hombre	Mujer
0-4	-0,72	-1,36
5-9	-1,05	-1,59
10-14	-0,37	-0,82
15-19	0,74	0,19
20-24	1,54	0,61
25-29	1,75	0,45
30-34	-0,72	0,95
35-39	1,86	1,43
40-44	1,62	0,72
45-49	1,98	0,97
50-54	2,22	1,48
55-59	2,27	1,79
60-64	1,93	1,51
65-69	1,71	1,15
70-74	1,76	1,28
75-79	3,39	3,14
80 y +	3,65	3,50

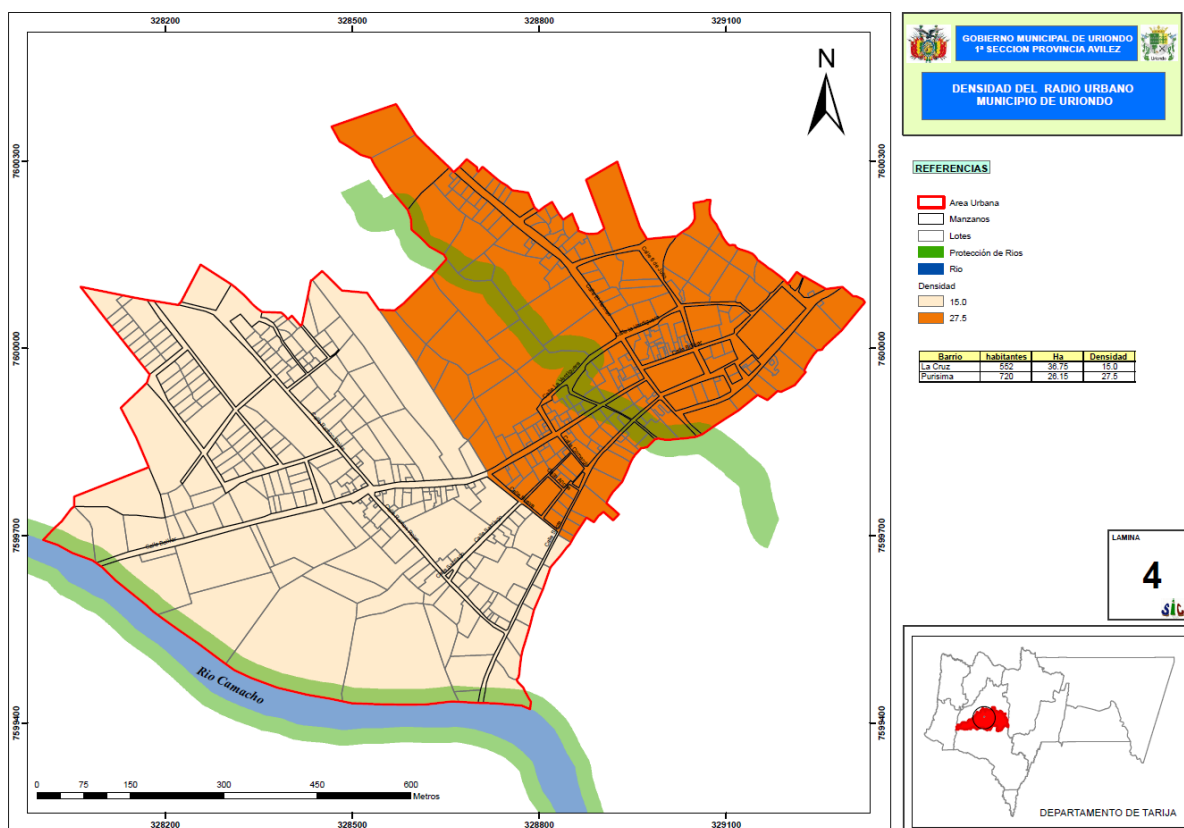
Fuente: INE 2005

Elaboración: SIC. Srl

7.5.2. DENSIDAD DEMOGRÁFICA DE URIONDO

La densidad promedio estimada para el Valle de Concepción es de 25,5 habitantes por hectárea; esto en consideración a su estructura espacial y su actividad económica, referida al agro, que no le permite una mayor densificación de su población.

Considerando los barrios del Valle de Concepción, se observa que el barrio con mayor población como La Purísima, 720 habitantes, es uno de los más densos con 27,5 habitantes por hectárea y el barrio La Cruz con 15,0 habitantes por hectárea.



7.5.3. RELIGIÓN

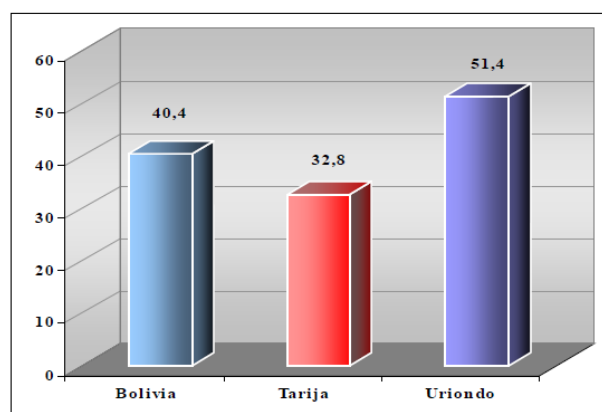
La población del Valle de Concepción en su gran mayoría profesa la fe Católica, sin embargo, se nota la presencia de iglesias Evangélicas en las OTB`s del área urbana y comunidades aledañas.

Es la religión católica la que organiza una serie de eventos religiosos conmemorativos de acuerdo a su calendario festivo, tanto en la ciudad como en las comunidades rurales.

7.5.4. INDICE DE POBREZA

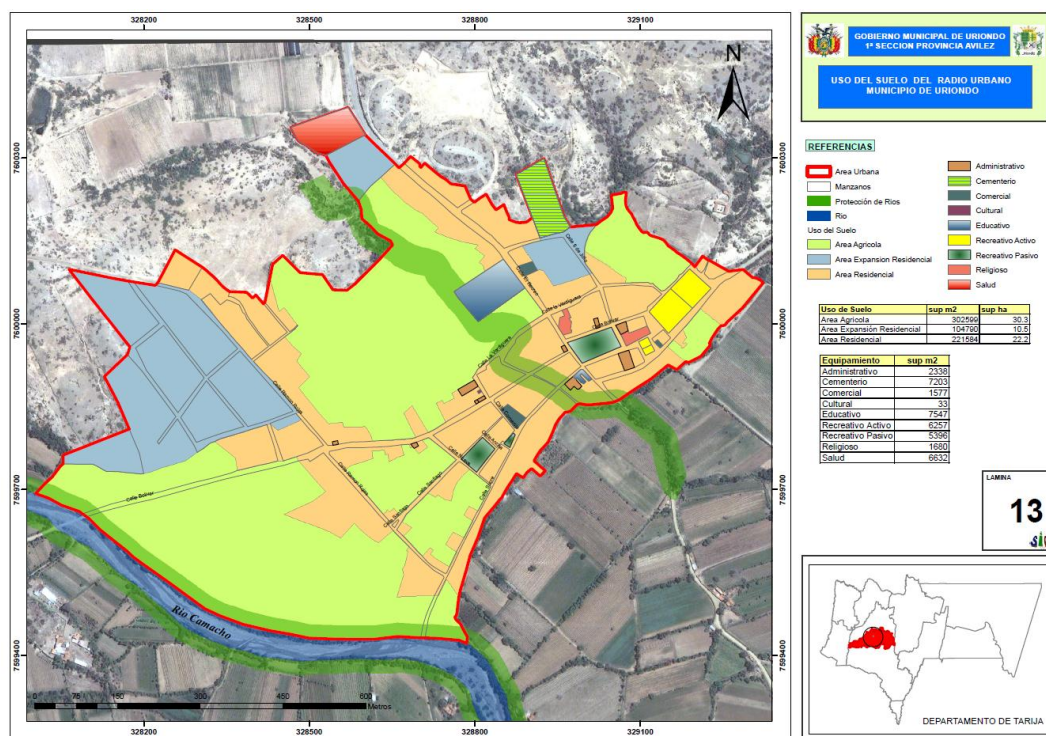
En el municipio de Uriondo la incidencia de pobreza extrema es alta con respecto a los niveles nacional y departamental, en Tarija la incidencia de pobreza extrema es del 32,8 por ciento y en el municipio de Uriondo es del 51,4 por ciento.

MUNICIPIO DE URIONDO: INCIDENCIA DE POBREZA EXTREMA, 2001



Fuente: Estadísticas e Indicadores Sociodemográficos, Productivos y Financieros por Municipio de Tarija (INE 2001)
Elaboración: SIC, Srl.

7.6.USO DE SUELO



7.6.1. EQUIPAMIENTOS DE EDUCACIÓN

Los establecimientos educativos existentes en el Valle de la Concepción son: Delfín Pino Ichazo, Nuestra Señora del Rosario y Santa Cecilia.

El establecimiento educativo Delfín Pino Ichazo es dependiente del Estado y funciona en el turno de la mañana. Acoge a estudiantes de las Unidades Educativas Delfín Pino Ichazo Primaria y Secundaria. El nivel máximo de instrucción que imparte es cuarto de secundaria.

El establecimiento cuenta con 28 aulas de los cuales dos están en mal estado. Respecto a recursos humanos, cuenta con 47 profesores.

Los establecimientos Nuestra Señora del Rosario y Santa Cecilia son establecimientos de convenio. El primero acoge a estudiantes de nivel inicial; en sus mismas instalaciones funciona el Internado. El segundo

ofrece una educación técnica humanística a estudiantes de nivel secundario.

Unidad Educativa Delfin Pino Ichazu



Foto: SIC. Srl.

Unidad Educativa Nuestra Señora del Rosario



Foto: SIC. Srl.

CUADRO 12 EL VALLE DE CONCEPCIÓN: UNIDADES EDUCATIVAS Y OFERTA EDUCATIVA

Unidad Educativa	Dependencia	Nivel
Delfin Pino Ichazo	Fiscal o Estatal	Primaria
Delfin Pino Ichazo Secundaria	Fiscal o Estatal	Secundaria
Nuestra Señora del Rosario	Convenio	Inicial
Santa Cecilia	Convenio	Secundaria

Fuente: Servicio Departamental de Educación

Elaboración: SIC, Srl.

7.6.2. EQUIPAMIENTOS DE SALUD

En el Valle de la Concepción se encuentra el Hospital “Fanor Romero”, entidad de salud de segundo nivel; tiene como funciones, la atención de partos y la prestación de servicios de internación hospitalaria básica. Esta entidad de salud forma parte del Sistema Boliviano de salud que a su vez depende del Ministerio de Salud y Previsión Social.

En infraestructura física, el hospital cuenta con 10 ambientes que se encuentran en mal estado. Como equipamiento tiene 6 camas, un equipo de odontología completo, dos computadoras, cunas móviles y otros insumos. Para el transporte de pacientes cuenta con una ambulancia en mal estado –la única en todo el municipio-, entre otros medios de

transporte tiene una camioneta y una moto. Como medios de comunicación tiene teléfono y una radio.

En recursos humanos el hospital tiene 5 médicos, 2 enfermeras, 5 auxiliares de enfermería 2 sanitarios, 2 odontólogos un portero y 2 chóferes; todos son permanentes.

EL VALLE DE CONCEPCIÓN: PERSONAL DEL HOSPITAL FANOR ROMERO

Personal	Cantidad
Medico	5
Enfermera	2
Auxiliar de Enfermería	5
Sanitario	2
Odontólogo	2
Portero	1
Chofer	2

Fuente: Boletas Barriales 2007, SIC. Srl.

Elaboracion: SIC. Srl.

7.6.3. SANEAMIENTO BÁSICO

El saneamiento básico hace referencia al abastecimiento de agua potable, alcantarillado y evacuación de aguas servidas y tratamiento de residuos.

De acuerdo a la información primaria obtenida en el valle de Concepción, podemos deducir que el servicio que tiene mayor cobertura es el agua potable y el alumbrado público, con porcentajes aceptables del 82 por ciento para ambos, por el contrario el servicio de alcantarillado sanitario, tiene un porcentaje de 41 por ciento, en tanto que la instalación de redes como de gabinetes para el gas domiciliario a llegado a cubrir el 58 por ciento del área urbana, sin embargo tan solo un porcentaje cuenta con el servicio de forma efectiva, mientras que el servicio de telefonía fija, alcanza un porcentaje muy bajo del 20 por ciento.

VALLE DE CONCEPCIÓN: LONGITUD DE LAS REDES Y COBERTURA DE SERVICIOS BÁSICOS

TIPO DE SERVICIO	LONGITUD RED(Km.)	COBERTURA (%)
Alumbrado Publico Red	6,47	82%
Alcantarillado Sanitario	3,19	41%
Gas Domiciliario	4,53	58%
Telefonia Fija	1,57	20%
Agua Potable	6,43	82%
Longitud de calles (Km.)	7,86	

Fuente: Boleta Distritos Urbanos (Trabajo de Campo), SIC. Srl.

Elaboracion: SIC. Srl.

7.6.4. TIPO DE VIVIENDA Y TENDENCIA

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 del INE en el Valle de Concepción se tenía 379 viviendas. Con una población de 1.236 habitantes significaba en promedio 3 personas por vivienda.

Del total de viviendas, 376 son particulares referidas principalmente a casas, departamentos, cuartos, viviendas improvisadas, etc., y solamente 3 tienen la categoría de viviendas colectivas. Es decir, hospitales, asilos, orfanatos, internados, cárceles como también establecimiento militar.



Foto: SIC. Srl.

Morfológicamente la vivienda está dada por un lenguaje arquitectónico común, que se refleja en el uso de materiales predominantes como tierra, tejas y madera; y un sistema constructivo basado en muros y tabiquerías de adobe y elementos de estilo, como aleros, canes, pilares y zócalos, pero más allá del repertorio formal aparente, están aquellos valores sustantivos que la acreditan como un eslabón insustituible en la breve cadena que constituye la historia de la arquitectura que permanece viva en esta ciudad, este conjunto define la esencia de un pueblo rural, donde conviven en perfecta armonía el asentamiento humano con el clima y el paisaje.

VALLE DE CONCEPCIÓN: MATERIALES DE CONSTRUCCION DE LAS VIVIENDAS, 2001

Materiales de la Vivienda		Porcentaje
Paredes	Ladrillo	11,9%
	Adobe	87,7%
	Piedra	0,4%
	Total	100%
Pisos	Tierra	19,6%
	Cemento	51,6%
	Mosaico	22,1%
	Ladrillo	6,3%
	Otro	0,4%
	Total	100%
Techo	Calamina	13,7%
	Teja	77,2%
	Losa	3,9%
	Paja	4,6%
	Otro	0,7%
	Total	100%

Fuente: INE Beyond 20/20

Elaboración: SIC. Srl.

7.6.5. INFRAESTRUCTURA RECREATIVA

La infraestructura recreativa está referida a la actividad pasiva como activa, en esta segunda se incorporan principalmente a los campos deportivos que se han construido en todo el Valle de Concepción y son importante para que la población en general pueda realizar deporte o agruparse para compartir actividades barriales, el área urbana utiliza

aproximadamente 6.257 m² para este tipo de equipamiento, es decir para los campos deportivos que como se pueden percibir son muy reducidos en cantidad.

De igual manera debemos referirnos a otro tipo espacio recreativo, el referido a la recreación pasiva en parques, plazas y parques infantiles.

VALLE DE CONCEPCIÓN: EXISTENCIA DE INFRAESTRUCTURA RECREATIVA AÑO 2007

		
PARQUES Y PLAZAS	CANCHAS POLIFUNCIONALES	CANCHAS DE FUTBOL
3	1	1

Fuente: Boletas Barriales 2007, SIC. Srl.

Elaboracion: SIC. Srl.

7.6.6. TRANSPORTE PÚBLICO

El transporte público tiene a su cargo el traslado de pasajeros desde el Valle hacia la ciudad de Tarija, este medio de transporte está constituido por motorizados denominados minibuses y autos que hacen su recorrido por rutas preestablecidas y con una periodicidad de tiempo. El transporte público tiene como parada oficial sobre la calle El Recreo y la Bolívar, el promedio de frecuencia de salida entre estos vehículos oscila entre los 15 a 20 minutos. El número de asociados por sindicato varía también entre los 30 y 40 afiliados, haciendo un total de 70 unidades que estarían prestando el servicio.

CUADRO 29 VALLE DE CONCEPCIÓN: PARQUE AUTOMOTOR DEL TRANSPORTE PÚBLICO; AUTOS Y TRUFIS

Nombre de Asociacion/Sindicato	Nº de Asociados	Precio (Bs.)	Horario	Frecuencia
Asociacion de taxis Aviles El Valle	40	5	4:00 AM.-7:00 PM.	Todos los dias
Sindicato Valle de Concepcion	30	5	4:00 AM.-7:00 PM.	Todos los dias

Fuente: Sindicato de Transporte Valle La Concepcion

Elaboracion: SIC. Srl.

7.6.7. DESARROLLO VIAL

La situación actual de las vías en la mancha urbana del Valle, presenta el siguiente diagnóstico: El desarrollo logrado con en sus vías alcanza el 66 por ciento, mientras que el 34 por ciento son calles con tierra, el pavimento flexible ha alcanzado un porcentaje del 15 por ciento constituyéndose en el material más usado para la superficie de rodadura de las vías, el 5 por ciento son calles con losetas y el 46 por ciento son calles con piedra.

VALLE DE CONCEPCIÓN: SITUACIÓN ACTUAL DE LAS CALLES AÑO

Descripcion	Longitud Km.	Superficie m2	%
Asfaltado	1,16	1.157,12	15%
Empedrado	3,61	3.613,65	46%
Losetas	0,42	415,25	5%
Tierra/Ripio	2,68	2.675,37	34%
Total	7,86	7.861,40	100%

Fuente: Boletas Barriales 2007, Trabajo de Campo, SIC. Srl.

Elaboracion: SIC. Srl.

Calle Sucre

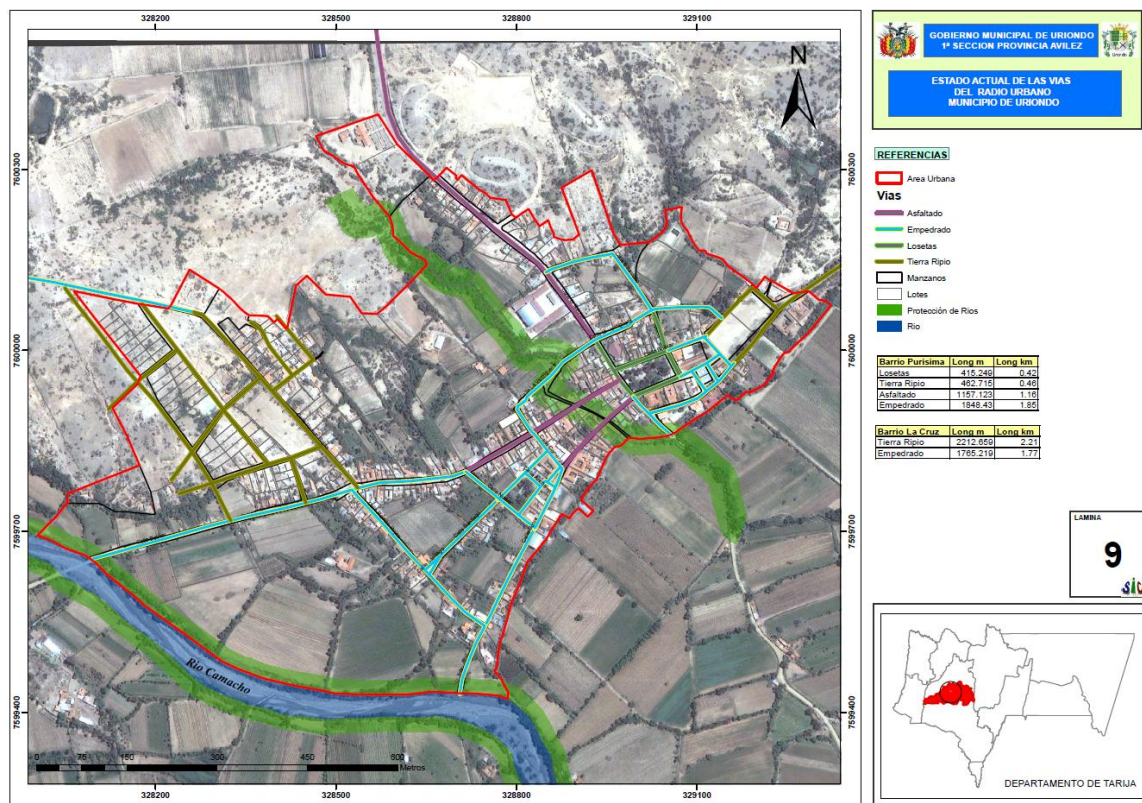


Foto: SIC. Srl.

Calle El Recreo



Foto: SIC. Srl.



7.7. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

7.7.1. ADULTO MAYOR BOLIVIANO

El envejecimiento de la población es un proceso que está ocurriendo en todas las regiones del mundo. Con las tasas de fecundidad que están disminuyendo y la esperanza de vida que está aumentando, la proporción de personas adultas mayores está creciendo cada vez más. Estudios demuestran que Bolivia también está viviendo un proceso de envejecimiento, es decir, mientras nuestra población mayor de 60 años aumenta, la población joven disminuye.

De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 Bolivia tiene 10.027.254 habitantes, de los cuales 893.696 tienen 60 años o más de edad (424.486 o el 47,5% hombres y 469.210 o el 52,5% mujeres). Es decir 8,9% de la población boliviana tiene 60 años o más de edad. Comparando este dato con el dato de la proporción de personas adultos mayores del Censo 2001,

cuando era 7%, es evidente que la población en nuestro país está envejeciendo. Se estima que para el 2020 existirán más de 1 millón de personas adultas mayores y para el 2050 esta cifra llegará cerca de 3 millones.

7.7.2. DATOS ESPECIFICOS SOBRE EL BENEFICIARIO

Donde viven

- Según los Resultados de la Encuesta a Hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años (EPAM) de 2011, actualmente la mayoría de las personas adultas mayores vive en el área urbana: 63,8% versus 36,2% en el área rural

Pobreza

- Los resultados de la EPAM 2011 demuestran que más de la mitad de las personas adultas mayores (52,2%) vive en una situación de pobreza lo que hace de ellos sectores muy vulnerables y con serias desventajas.
- En el área rural la cantidad de las personas adultas mayores que viven en una situación de pobreza es aún mayor y sube a 59,2%. Además, uno de cada tres personas adultos mayores del área rural vive en una situación de pobreza extrema.

Condición laboral

Bolivia no ha desarrollado en forma eficiente los sistemas de seguridad social y las rentas de jubilación son bajas para la mayoría, estos factores han determinan que los adultos mayores se encuentren aún insertos en el mercado laboral más allá de los límites deseados.

- Según la EPAM 2011 68,1% de la población adulta mayor entre 60-64 años y 48% de la población de 65 años y más aún sigue aportando con su fuerza de trabajo.
- La EPAM 2011 también revela que en el caso del área rural la proporción de adultos económicamente activos es mayor que en el área urbana: 60,5% de las personas de 65 años y más son económicamente activas en el área rural versus 41,2% de las personas del mismo grupo de edad en el área urbana. Similar situación se registra en el caso de hombres respecto a mujeres, lo que hace pensar quepresumiblemente las actividades domésticas realizadas por las mujeres no son entendidas como económicamente activas
- Con el 79,3% de las personas de 60 a 64 años y el 88,5% de las personas de 65 años y más la mayoría los/las adultos/as mayores económicamente activa trabaja por cuenta propia.

Salud

- Según los resultados de la EPAM 2011 más del 62% de las personas adultas mayores percibe que su salud no es buena (60,5% en el área urbana y 65,7% en el área rural)
- Los porcentajes de las personas adultas mayores que están cubiertos por algún seguro de salud son aún bajos: 55,7% de las personas entre 60 y 74 años y 60,6% de las personas de 75 años y más en el área urbana y 54% de las personas entre 60 y 74 años y 53,7% de las personas de 75 años y más en el área rural. En ambos casos, el mayor número de personas adultas mayores que están siendo cubiertas por algún tipo de seguro de salud son protegidas por seguros públicos.

Situación familiar:

- Muy pocos de los adultos mayores viven solos: según los resultados de la EPAM 2011 los que habitaban en hogares unipersonales alcanzaba a 5,2% del total
- 85,4 % de las personas adultas mayores están casados(as) o viudos(as)
- La EPAM 2011 revela que más de 60% de las personas adultas mayores son consideradas jefe(a) de hogar, quienes son identificadas como la persona responsable y/o la que toma las decisiones más importantes del hogar, con una proporción aún mayor en el área rural

Idioma y Educación

- La condición de alfabetismo de la población adulto mayor es otra característica que influye en el tema de pobreza. Según los resultados de la EPAM-2011 el 21,8% de las personas entre 60-64 años de edad y el 33,6% de las personas de 65 años y más no sabe leer ni escribir. En el área rural este porcentaje aumenta a 31,5% de las personas entre 60-64 años 45% de las personas de 65 años y más.
- La mayoría de las personas adultas mayores que no saben leer ni escribir son mujeres: 31,2% de las mujeres entre 60-64 años y 46,3% de las mujeres de 65 años y más (versus 10,5% y 18,0% de los hombres respectivamente)

El analfabetismo está estrechamente relacionado a condiciones de pobreza extrema observadas generalmente en el área rural.

Pensión

- El Sistema Contributivo de Pensiones de Bolivia tiene una cobertura baja, alcanzando solo al 10,7% de las personas adultas mayores entre 60 a 64 y 16% de personas de 65 y más años de edad. La cobertura se concentra en el área urbana dónde hay una cobertura 14,7% para personas adultas mayores

entre 60 a 64 años y de 19,8% para personas de 65 años y más (versus 4,2% y 8,9% en el área rural respectivamente) y beneficia más a la población de hombres: los hombres jubilados entre 60 a 64 años llegan a 14,2% y los hombres jubilados de 65 años y más a 21,2%, mientras que las mujeres jubiladas entre 60 a 64 años sólo alcanzan a 7,8% y las mujeres de 65 años y más a 11,6%

- El Sistema No Contributivo de Pensiones basado en la Renta Universal de Vejez– Renta Dignidad, que beneficia a toda persona adulta mayor de 60 y más años que vive en Bolivia, registra coberturas más elevadas: 91% del total de las personas adultas mayores llegan a cobrar este beneficio.

Perfil de las personas mayores

- Actualmente casi dos tercios de las personas adultas mayores vive en el área urbana: 63,8%
- El nivel de analfabetismo es más alto que el promedio nacional: 21,8% para las personas entre 60 y 64 años y 33,6% para personas de 65 años y más
- Son económicamente activos/as en un porcentaje importante: 68,1% de personas entre 60 y 64 años y 48% de las personas de 65 años y más

CAPÍTULO VIII

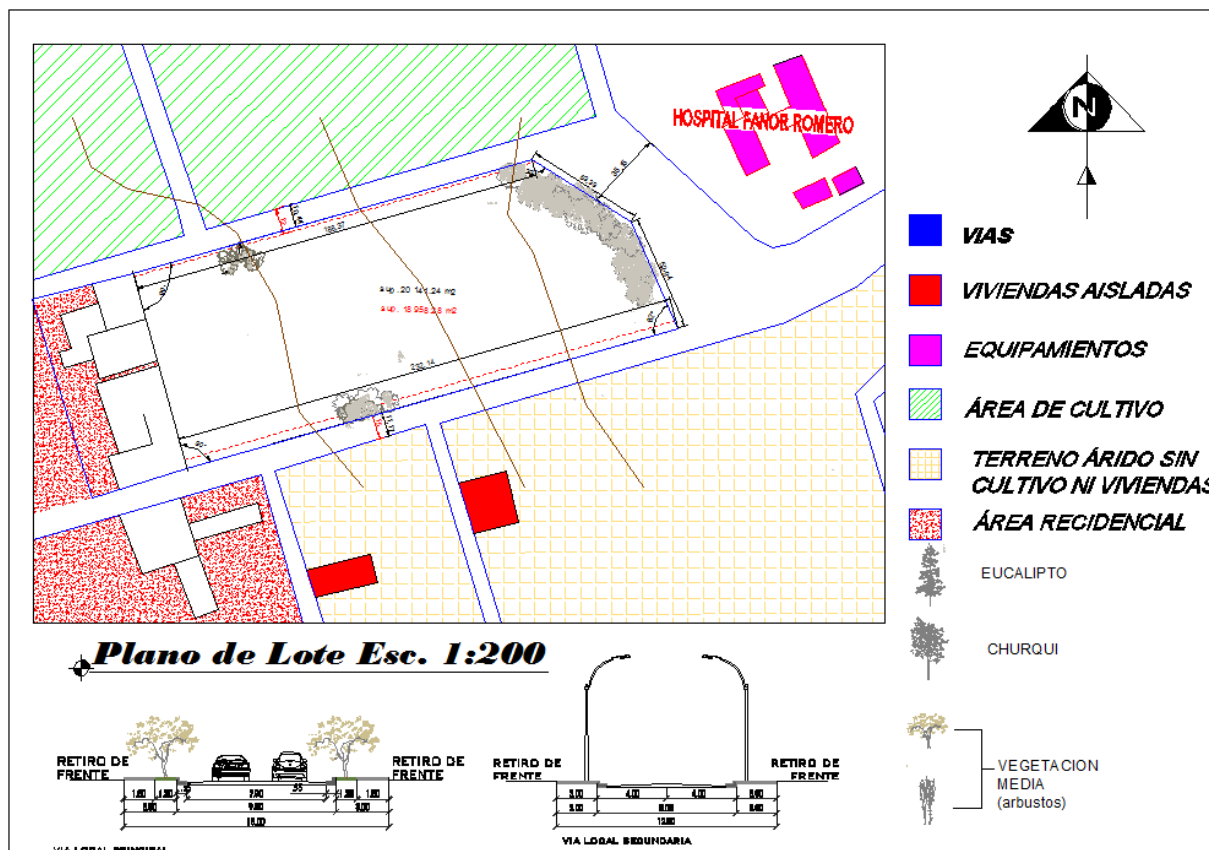
ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS

ESPECÍFICAS

DE LA ALTERNATIVA ELEGIDA

CAPÍTULO VIII

8. ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA ALTERNATIVA ELEGIDA



ASPECTOS GENERALES	CARACTERÍSTICAS	OBSERVACIONES
UBICACIÓN		
VIAL	Accesibilidad: El sitio se encuentra vinculado a una vía vecinal y que se conecta a	bajo flujo vehicular en el perímetro del terreno fácil accesibilidad dada la

	corta (100 m) distancia a una vía principal	proximidad de la vía principal
TERRENO	<p>El terreno es de forma regular, presenta una pendiente de 0 a 4 %.</p> <p>El terreno es considerado inhábil para el cultivo.</p>	<p>No es necesario elaborar movimientos de tierra de gran envergadura.</p> <p>Dada la pendiente uniforme se facilita el drenaje.</p> <p>Su inhabilidad para el cultivo permite el uso libre del suelo sin perjudicar la principal fuente de sustento en el área que es el cultivo.</p>
CLIMA	<p>No existen construcciones de grandes alturas alrededor que obstruyan el asoleamiento.</p> <p>El terreno ocupa la totalidad del manzano por lo que no se crea túneles de viento.</p>	<p>Buena soleamiento.</p> <p>Buena ventilación.</p>
VEGETACIÓN	Proximidad de la vegetación de las áreas de cultivo.	Creación de microclimas agradables debido a la presencia de vegetación.
EQUIPAMIENTO	Se encentra al frente de un hospital de segundo nivel, a 200 metros del área de equipamiento deportivo y a 300 metros de un equipamiento de educación.	<p>Compatibilidad con equipamientos de salud debido a su carácter de atención médica y las necesidades de los usuarios.</p> <p>Proximidad a las actividades de la sociedad.</p>

INFRAESTRUCTURA	Cuenta con todos los servicios básicos como ser gas domiciliario, agua potable, energía eléctrica, teléfono.	
IMPACTO SOCIAL Y URBANO	Ubicado en el área residencial extensiva según el plano de uso de suelo	El equipamiento por su naturaleza será generador de entorno urbano. Compatibilidad con el área residencial debido a su carácter social y humanitario y para el bien estar del adulto mayor.

CAPÍTULO IX
PREMISAS DE DISEÑO

CAPÍTULO IX

9. PREMISAS DE DISEÑO

9.1.FUNCIONALES

9.1.1. DEFINICIÓN DE TODAS LAS ÁREAS

BLOQUES DE DORMITORIO (ÁREA HABITACIONAL)

El área habitacional se divide según el grado de dependencia del adulto mayor y el sexo, por lo que se generan los siguientes tipos de bloques de dormitorios:

- Para el adulto mayor autovalente dividido en bloque de hombres y bloque de mujeres
- Para el adulto mayor semivalente o discapacitado en bloque de hombres y mujeres
- Para el adulto mayor postrado o en internación

Dentro de todos estos bloques existe el área de enfermería equipada según las necesidades del adulto mayor, además de contar con un área pública como ser un estar común o sala de televisión.

BLOQUE ADMINISTRATIVO Y DE CONSULTORIOS

Dentro de este bloque se puede observar todo el sector de administración del centro integral que se divide en un sector público de recepción y consultas y un área privada de documentación privada y reuniones.

Los consultorios forman parte del área de atención ambulatoria enfocándose en la atención médica que generalmente necesita el adulto mayor.

También existen los servicios auxiliares que vienen de la mano con la atención ambulatoria para un estudio más específico cuando así se merite.

ÁREA DE TALLERES Y APOYO MÉDICO

Área enfocada en la actualización, enseñanza y recreación del adulto mayor, cuenta con el equipamiento necesario para este fin.

Además cuenta con salas de apoyo médico para dar apoyo al adulto mayor con algunos problemas de motricidad y malestares físicos sean por enfermedades o causados por el tiempo para mantener y en algunos casos mejorar el estado físico del mismo.

ÁREA DE SERVICIOS

Destinada a la manutención de la indumentaria utilizada por el adulto mayor.

También para el mantenimiento de los equipos utilizados para abstener de los servicios básicos.

Y finalmente cuenta con el abastecimiento de alimentos para los usuarios del centro integral.

CAPILLA (ÁREA RELIGIOSA)

Área integrada al programa debido a la necesidad común además que para dar un bienestar también en el ámbito espiritual para así otorgar un completo servicio que genera una alta calidad de vida para el adulto mayor.

9.1.2. PROGRAMA CUALITATIVO

PROGRAMA CUALITATIVO ASILO PARA ANCIANOS					
DESCRIPCIÓN	NECESIDAD	ACTIVIDAD		USUARIO	AREA
BLOQUES DORMITORIOS					
DORMITORIOS ADULTO MAYOR INTERNACIÓN	descanso	dormir	camillas especiales	adulto mayor convalciente	privada
DORMITORIOS ADULTO MAYOR DISCAPACITADO	descanso	dormir	espacio para circulación mayor	adulto mayor discapacitado	privada
DORMITORIOS ADULTO MAYOR	descanso	dormir	comodidad	adulto mayor	privada
ESTACIÓN DE ENFERMERIA	atención inmediata	revisión médica	amplio y con todos los servicios	enfermeras y pacientes	semipública
ESTACIÓN DE ENFERMERIA DISCAPACITADOS	atención inmediata	revisión médica	amplio y con todos los servicios		semipública
ESTAR COMÚN	convivencia	relaciones sociales	comodidad y ventilación	adulto mayor	semipública
ESTAR COMÚN DISCAPACITADOS	convivencia	relaciones sociales	espacioso, cómodo y ventilado	adulto mayor discapacitado	semipública
BAÑOS	aseo	limpieza	espacio necesario	adulto mayor	privada
BAÑOS DISCAPACITADOS	aseo	limpieza	más area de circulación	adulto mayor discapacitado	privada
VESTIDORES	vestimenta	cambio de ropa	área necesaria	adulto mayor	privada
VESTIDORES DISCAPACITADOS	vestimenta	cambio de ropa	mayor dimensiones	adulto mayor discapacitado	privada
BLOQUE ADMINISTRATIVO Y DE CONSULTORIOS					
ÁREA PÚBLICA					
galería exterior	circulación	circular	iluminado	pacientes y familia	publica
hall de ingreso	distribución	circular	buenas visuales interiores	pacientes y familia	publica
baño público	aseo	limpieza	adaptado para discapacitados	pacientes y familia	publica
sala de espera	espera	esperar	comodo y a la vista	pacientes y familia	publica
ÁREA ADMINISTRATIVA					
Recepción – información	información	consultas	accesible	pacientes y familia	publica
Historias clínicas	datos	almacenar info	personal autorizado	personal autorizado	privada
Archivo	recopilación	guardar info	personal autorizado	personal autorizado	privada
Oficina técnica o administración	administración	administrar	accesible	pacientes y familia	semipública
Sala de uso múltiple	reunión	reunirse	amplio	personal, pacientes y familia	semipública
Dirección	jefe	dirigir	comodo y accesible	personal, pacientes y familia	semipública
Secretaría	organización	filtro	accesible	personal, pacientes y familia	semipública
ÁREA DE ATENCIÓN AMBULATORIA					
Sala de espera	espera	esperar	comodo y a la vista	pacientes y familia	publica
Consultorio kinesiólogo con baño	atención medica	consultar	amplio y funcional	pacientes y familia	semipública
Consultorio odontólogo con baño	atención medica	consultar	amplio y funcional	pacientes y familia	semipública
Consultorio psicólogo con baño	atención medica	consultar	amplio y funcional	pacientes y familia	semipública
Consultorio médico general con baño	atención medica	consultar	amplio y funcional	pacientes y familia	semipública
Consultorio de medicina tradicional con baño	atención medica	consultar	amplio y funcional	pacientes y familia	semipública
Estación de enfermería	atención inmediata	consultar	con todos los servicios	pacientes	privada
ÁREA DE SERVICIOS AUXILIARES					
Farmacia	medicamentos	recibir med	atención por ventanilla	pacientes	semipública
Laboratorio básico	análisis	estudio de muestras	personal autorizado	personal autorizado	privada
Toma de muestras	muestreo	tomar muestras	comodo y discreto	pacientes	semipública
ÁREA DEL PERSONAL					
Portería	seguridad	resguardo	personal autorizado	portero	privada
Dormitorio médico de guardia	estadia	dormir	personal autorizado	medico de guardia	privada
Baño y vestidor del personal	aseo	limpieza	con todos los servicios	personal	privada

ÁREA DE TALLERES Y APOYO MÉDICO					
Taller multiusos	distracción	recrearse	amplio, iluminado	adulto mayor, familia	semipúblico
Taller de capacitación	aprendizaje	informarse	amplio, iluminado	adulto mayor, familia	semipúblico
Biblioteca	libros	leer	discreto, cómodo	adulto mayor, familia	semipúblico
Kinesología y masoterapia	atención médica	tratamiento	amplio, iluminado	adulto mayor	semipúblico
Terapia ocupacional	atención médica	tratamiento	amplio, iluminado	adulto mayor	semipúblico
Baños y vestidor del personal	aseo	limpieza	con todos los servicios	personal	privado
Almacén general	acumulación	guardar	espacioso	personal	privado
Baños H y M	aseo	limpieza	diseño para discapacitados	adulto mayor, familia	semipúblico
ÁREA DE SERVICIOS (2 bloques)					
Baño y vestidor del personal	aseo	limpieza	con todos los servicios	personal	privado
ropería-lavandería-planchado y costura	mantenimiento	mantener	totalmente equipado	personal	privado
almacén general	acumulación	guardar	espacioso	personal	privado
sala de transformadores y grupo electrógeno	mantenimiento	mantener	con todos los medios de seguridad	personal	privado
baño H y M	aseo	limpieza	diseño para discapacitados	personal, adulto mayor y familia	público
cocina	comida	cocinar	grande totalmente equipada	personal	privado
despensa y refrigeración	almacenamiento	guardar	grande totalmente equipada	personal	privado
comedor	comida	comer	espacioso, buena circulación	personal, adulto mayor y familia	público
CAPILLA					
Altar	religión	orar	amplio y equipado	personal	privado
Nave + confesionario	asiento	sentarse	amplio y buena circulación	personal, adulto mayor, familia	público
Presbiterio	preparación	organizarse	equipado	personal	privado

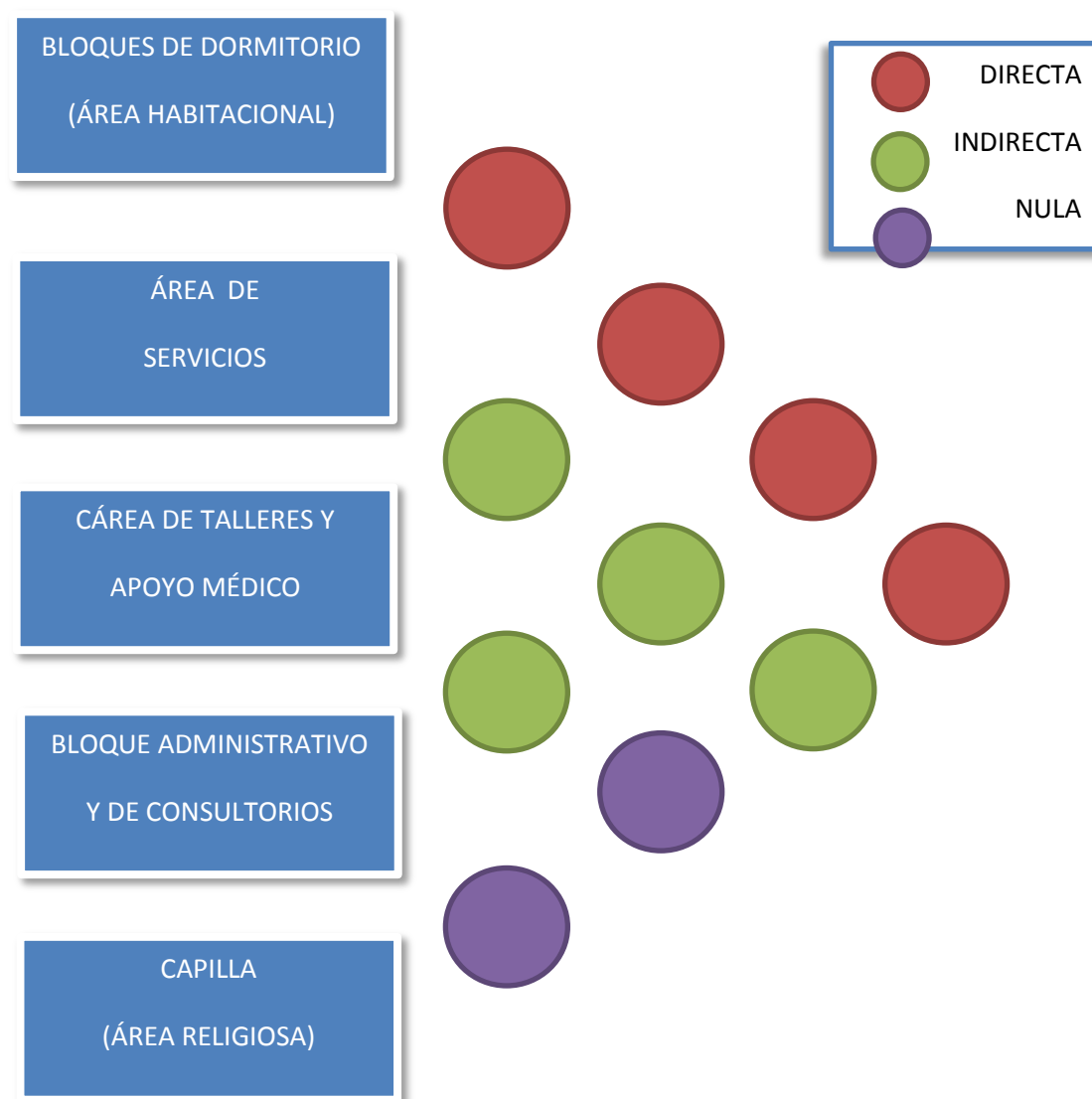
9.1.3. PROGRAMA CUANTITATIVO

PROGRAMA CUANTITATIVO ASILO PARA ANCIANOS					
DESCRIPCIÓN	Nº DE AMBIENTES	Nº DE USUARIOS	M2 POR USUARIO	M2 POR AMBIENTE	TOTAL
BLOQUES DORMITORIOS					
DORMITORIOS ADULTO MAYOR INTERNACIÓN	14	2	8,64	17,28	241,92
DORMITORIOS ADULTO MAYOR DISCAPACITADO	28	2	14,4	28,8	806,4
DORMITORIOS ADULTO MAYOR	28	2	8,64	17,28	483,84
ESTACIÓN DE ENFERMERIA	5	32	1,26	40,32	201,6
ESTACIÓN DE ENFERMERIA DISCAPACITADOS	1	32	1,62	51,84	51,84
ESTAR COMÚN	5	32	1,26	40,32	201,6
ESTAR COMÚN DISCAPACITADOS	1	32	1,62	51,84	51,84
BAÑOS	56	2	2,16	4,32	241,92
BAÑOS DISCAPACITADOS	14	2	3,6	7,2	100,8
VESTIDORES	56	2	2,16	4,32	241,92
VESTIDORES DISCAPACITADOS	14	2	3,6	7,2	100,8
TOTAL	222				2724,5
BLOQUE ADMINISTRATIVO Y DE CONSULTORIOS					
ÁREA PÚBLICA					
galería exterior	1	10	1,62	16,5	16,5
hall de ingreso	1	10	2,592	25,92	25,92
baño público	2	2	12,96	25,92	51,84
sala de espera	1	9	2,16	19,44	19,44

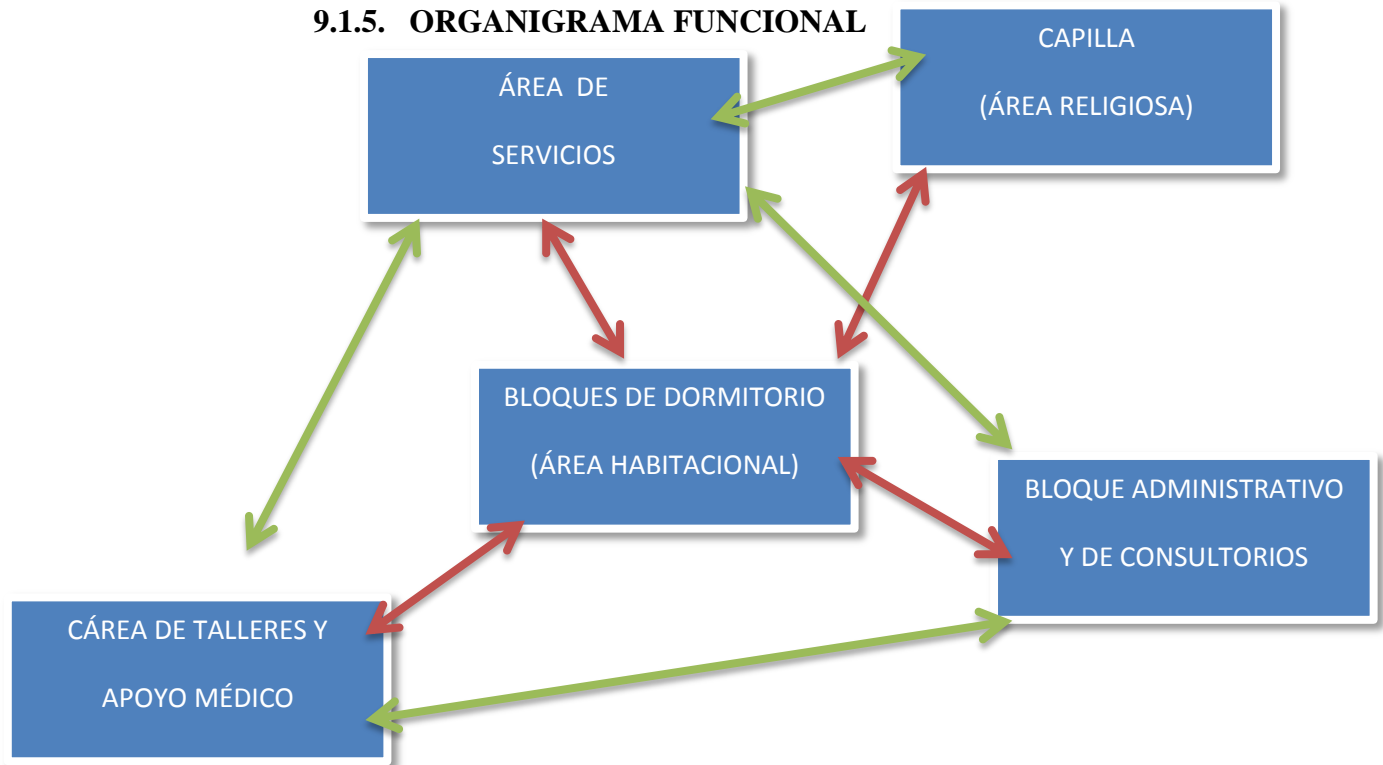
ÁREA DE SERVICIOS AUXILIARES					
Farmacia	1	2	4,32	8,64	8,64
Laboratorio básico	1	2	11,52	23,04	23,04
Toma de muestras	1	2	10,08	20,16	20,16
ÁREA DEL PERSONAL					
Portería	1	1	10,08	10,08	10,08
Dormitorio médico de guardia	1	1	15,12	15,12	15,12
Baño y vestidor del personal	1	6	4,32	25,92	25,92
TOTAL	25				485,64
ÁREA DE TALLERES Y APOYO MÉDICO					
Taller multiusos	1	48	2,92	140,4	140,4
Taller de capacitación	1	48	2,92	140,4	140,4
Biblioteca	1	32	3,96	126,72	126,72
Kineseología y masoterapia	1	25	2,22	55,44	55,44
Terapia ocupacional	1	25	2,22	55,44	55,44
Baños y vestidor del personal	1	6	5,76	34,56	34,56
Almacén general	1	2	6,48	12,96	12,96
Baños H y M	4	4	12,96	51,84	207,36
TOTAL	11				773,28
ÁREA DE SERVICIOS					
Baño y vestidor del personal	1	6	6,48	38,88	38,88
ropería-lavandería-planchado y costura	1	4	6,48	25,92	25,92
almacén general	1	1	8,64	8,64	8,64
sala de transformadores y grupo electrógeno	1	2	12,96	25,92	51,84
baño H y M	2	8	6,48	51,84	51,84
cocina	1	6	10,8	64,8	64,8
despensa y refrigeración	1	2	10,8	21,6	21,6
comedor	1	128	2,51	321,28	321,28
TOTAL	9				584,8
CAPILLA					
Altar	1	8	12,6	100,8	100,8
Nave + confesionario	1	128	1,65	211,68	211,68
Presbiterio	1	8	5,94	47,52	47,52
TOTAL	3				360
ÁREA ADMINISTRATIVA					
Recepción – información	1	3	4,8	14,4	14,4
Historias clínicas	1	1	10,8	10,8	10,8
Archivo	1	1	11,52	11,52	11,52
Oficina técnica o administración	1	3	4,8	14,4	14,4
Sala de uso múltiple	1	16	1,98	31,68	31,68
Dirección	1	3	6,48	19,44	19,44
Secretaría	1	3	5,76	17,28	17,28
ÁREA DE ATENCIÓN AMBULATORIA					
Sala de espera	1	12	2,4	28,8	28,8
Consultorio kinesiólogo con baño	1	2	19,08	38,16	38,16
Consultorio odontólogo con baño	1	2	19,08	38,16	38,16
Consultorio psicólogo con baño	1	2	19,08	38,16	38,16
Consultorio médico general con baño	1	2	19,08	38,16	38,16
Consultorio de medicina tradicional con baño	1	2	19,08	38,16	38,16
Estación de enfermería	1	14	3,11	43,56	43,56

SUPERFICIE TOTAL DE OCUPACIÓN	4928,2
CIRCULACIÓN MUROS Y TABIQUES (30%)	1478,5
SUPERFICIE TOTAL CONSTRUCCIÓN (40% DEL TOTAL DEL TERRENO)	6406,7
SUPERFICIE RECORRIDOS, PARQUEO Y ÁREA VERDE (60% DEL TOTAL DEL TERRENO)	9610,1
SUPERFICIE TOTAL DEL TERRENO (NECESARIA)	16017
precio steel framing m2 construido	250 Su\$
construcción asilo para ancianos	1 601 675 Su\$
	11 147 658 bs

9.1.4. DIAGRAMA DE RELACIONES FUNCIONALES



9.1.5. ORGANIGRAMA FUNCIONAL



9.1.6. PREMISAS

- privilegiar plantas despejadas e integras funcionalmente para generar un menor peligro de accidente y entregar sensación de amplitud
- crear accesos directos y expeditos entre interior y exterior, al igual que entre espacios del interior, minimizando pasillos en el desplazamiento e incorporando la idea de núcleos de distribución en base a pequeños hall.
- Buena articulación de los bloques habitacionales con el área de esparcimiento y los equipamientos.

9.2.ESPACIALES

- conformar espacios colectivos y de equipamiento y relaciones de uso con servicios cercanos a los bloques habitacionales
- considerar el acceso al recinto con protección de reja

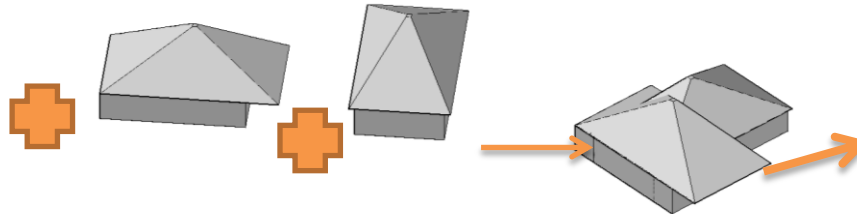
9.3.MORFOLÓGICAS

9.3.1. OBTENCIÓN DE LA FORMA

Administración y Consultorios



Metáfora formal



Construcción tradicional

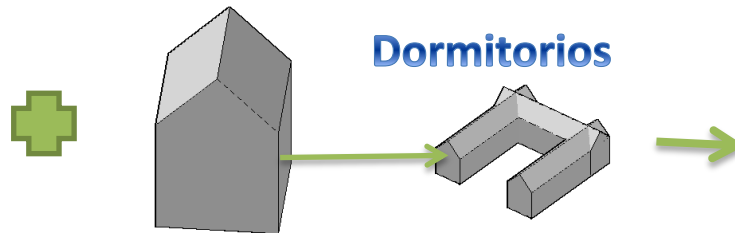
Abstracción y combinación



Boceto de Diseño final

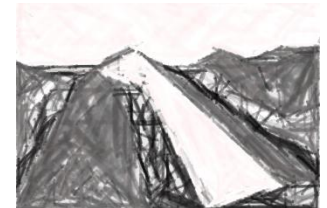


Metáfora formal



Construcción tradicional

Abstracción y combinación

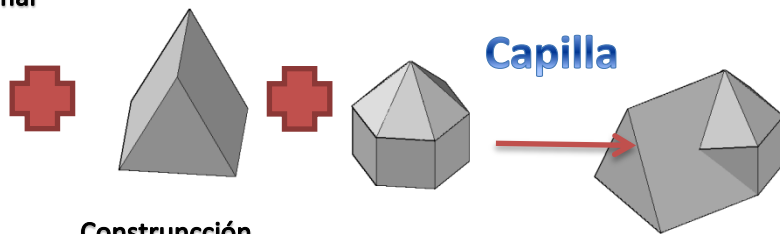


Boceto de Diseño final

Dormitorios

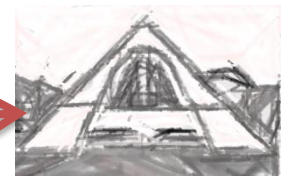


Metáfora formal



Construcción tradicional

Abstracción y combinación

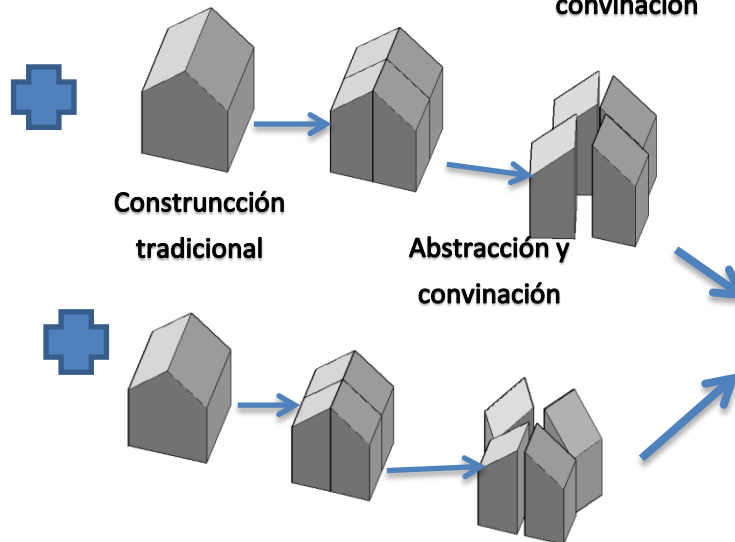


Boceto de Diseño final

Capilla



Metáfora formal



Construcción tradicional

Abstracción y combinación



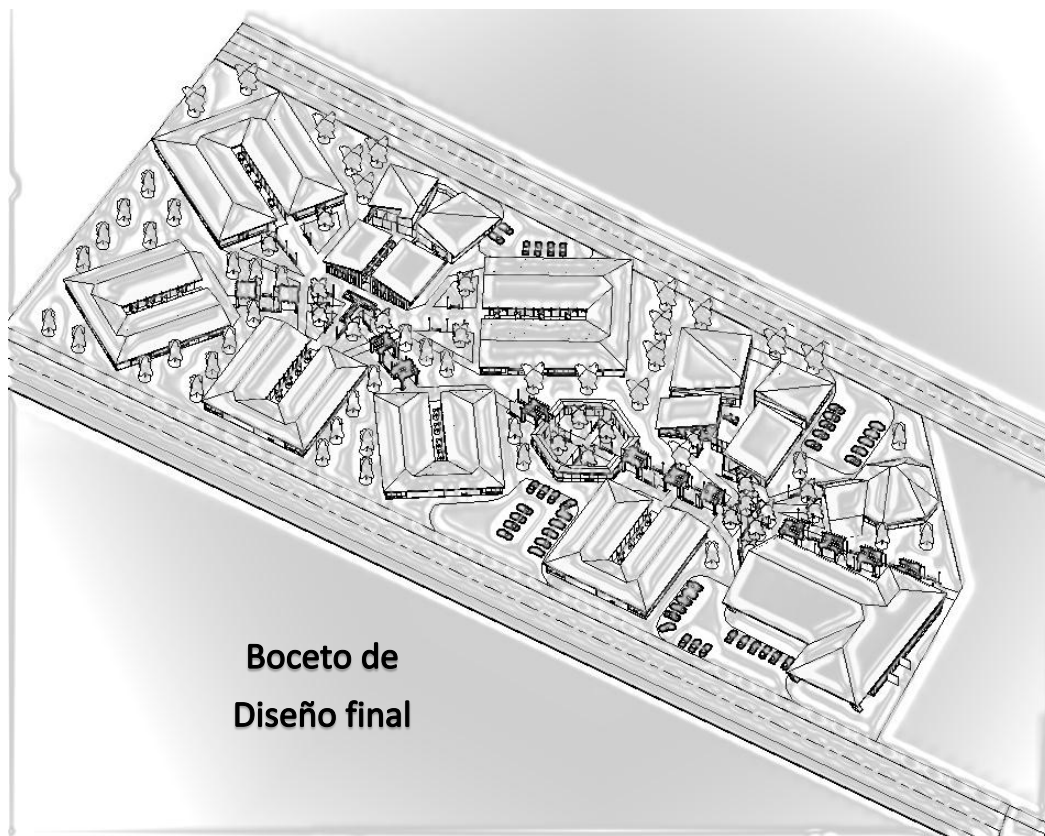
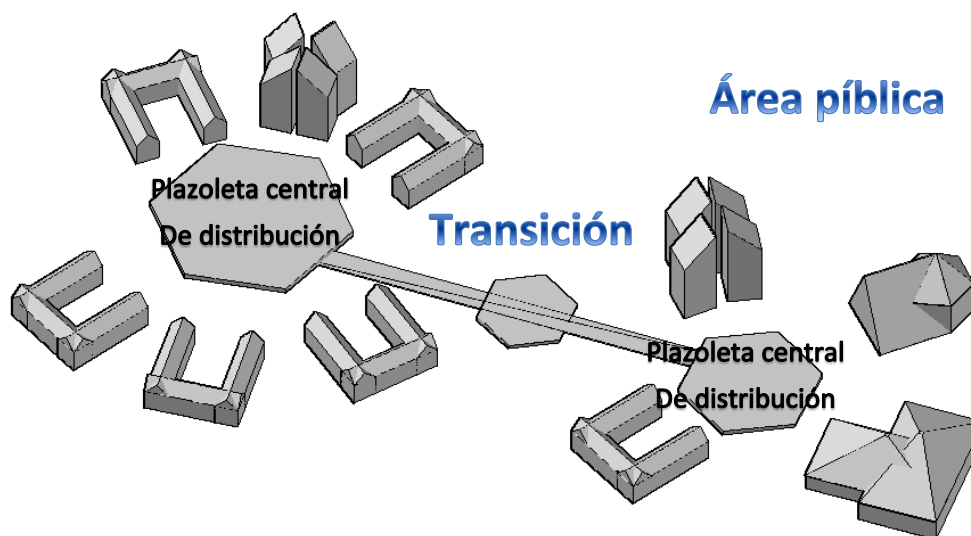
Boceto de Diseño final

Servicios

Talleres y Apoyo médico

9.3.2. OBTENCIÓN DE LA FORMA EN CONJUNTO

Área privada



Boceto de
Diseño final

- mantener la identidad morfológica de las edificaciones del medio
- utilizar formas puras para facilitar los recorridos
- Priorizar la morfología en una sola planta

9.4.PREMISAS PAISAJISTICAS

- Generar recorridos peatonales que incorporen la vegetación nativa del departamento de Tarija y los materiales más emblemáticos del sitio para generar un solo lenguaje entre el interior y el exterior del equipamiento.
- Crear puntos focales con ayuda de la vegetación para representar jerarquía con las visuales.
- Diseñar accesos y límites con ayuda del diseño paisajístico para no generar rupturas muy abruptas pero que el mensaje esté presente.

9.5.ESTRUCTURALES

9.5.1. NUEVAS TECNOLOGÍAS: STEEL FRAMING

El sistema del Steel Framing (SF), como se le conoce a nivel mundial, es un sistema constructivo de concepción racional, cuya principal característica es una estructura constituida por perfiles formados en frío de acero galvanizado que son utilizados para la composición de paneles estructurales y no estructurales, vigas secundarias, vigas de piso, cabios del techo y otros componentes. Por ser un sistema industrializado, posibilita una construcción en seco de gran rapidez de ejecución. Gracias a estas características, el sistema Steel Framing también es conocido como Sistema Autoportante de Construcción en Seco.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA STEEL FRAMING

La interpretación de la expresión inglesa “Steel Framing”, “steel = acero” y “framing” que deriva de “frame = estructura, esqueleto, disposición, construcción” (Diccionario Michaelis, 1987), puede ser definida como: Proceso por el que se compone un esqueleto estructural en acero formado por diversos elementos individuales unidos entre si, que así funcionan en

conjunto para resistir las cargas que solicitan al edificio y a la estructura y le dan su forma. Así, el sistema SF no sólo está restringido a su estructura. Como un sistema destinado a la construcción de edificios, abarca varios componentes y “subsistemas”. Estos subsistemas incluyen además el estructural, aislamiento termoacústico, de cierres interno y externos y de instalaciones eléctricas e hidráulicas.

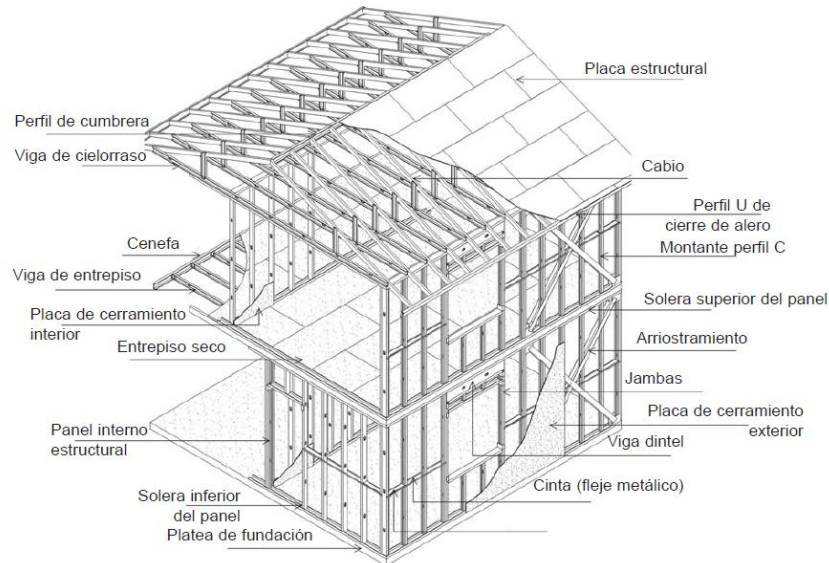


Figura 2.2.- Vista esquemática de una vivienda en Steel Framing.

9.5.2. PREMISAS

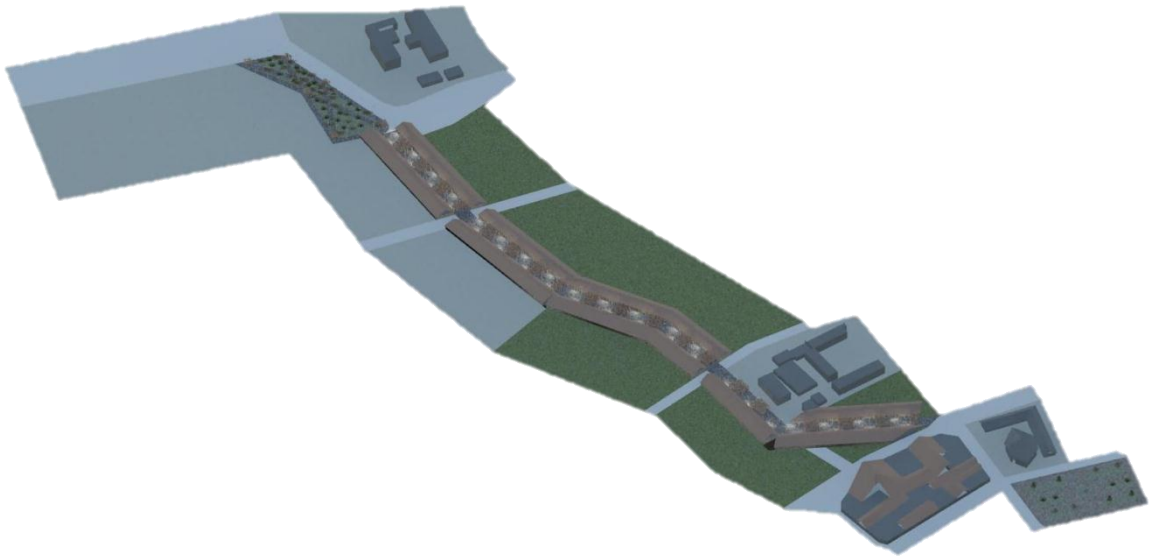
- fomentar muros perimetrales más elevados
- construir cocinas por cada bloque habitacional.
- tomar en cuenta tecnologías que den el confort necesario dentro de los bloques.
- Adaptar áreas interiores como exteriores a las necesidades del adulto mayor y discapacitado

9.6.URBANAS

9.6.1. PROPUESTA URBANA PARA LA INTEGRACIÓN DEL CIAM Y LA CIUDAD

PEATONAL:

La propuesta consiste en la integración del equipamiento con su entorno urbano mediante una peatonal, con fácil transitabilidad y con atractivos visuales dadas las características del adulto mayor, para que este tenga acceso a los principales equipamientos urbanos de la ciudad y así consiga una integración social.



Plaza – Atrio

Ubicada frontis del CIAM , tiene la función incentivar tanto a la sociedad como al adulto mayor la creación de vínculos además de significar un filtro entre el equipamiento y la peatonal



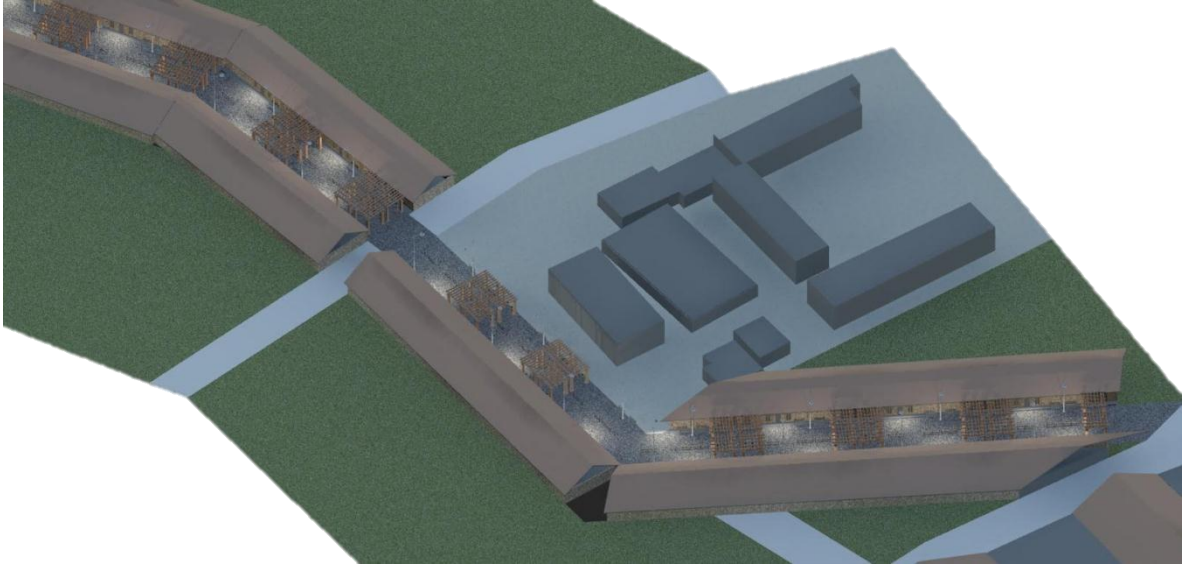
Hospital Fanor Romero

La conexión con este equipamiento permite el flujo equitativo de servicios además de la integración social



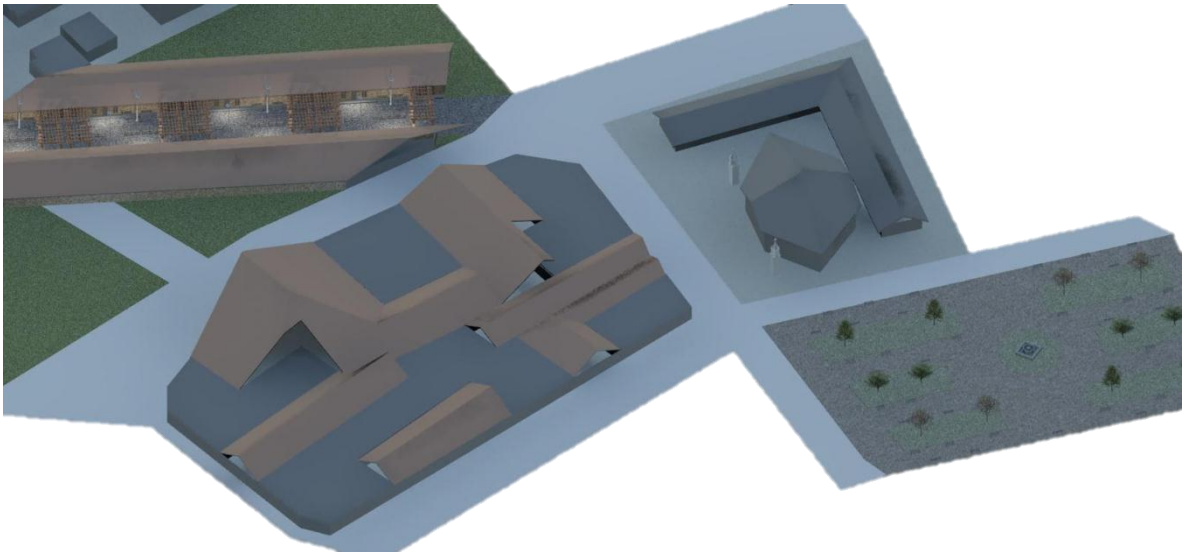
Escuela Delfín Pino

La interrelación del adulto mayor con la juventud le da el incentivo a la recuperación y la jovialidad



Plaza Uriondo y centro de la ciudad

El acceso a esta zona permite la máxima integración social además de comercial y de servicios



Diseño de la peatonal

Tiene un diseño que se mimetiza con su entorno y toma las principales características de la identidad urbana de la ciudad para así no romper con el entorno y darle al adulto mayor una sensación de familiaridad



9.6.2. PREMISAS

- construir mobiliario urbano para promover la socialización y la comodidad en el estar en el entorno inmediato.
- Mantener una armonía con las tipologías urbanas así como una mimetización con el entorno urbano y natural.
- Priorizar la integración del recinto con el medio urbano para así evitar el aislamiento de las actividades comunitarias.

9.7.PREMISAS AMBIENTALES

- Mantener la vegetación existente que no sea nociva para el terreno
- General un sistema de captación de aguas de lluvia para riego
- Crear redes de áreas verdes y arborización que sirvan para la buena ventilación, generación de microclimas e iluminación y sombra.

CAPÍTULO X

MEMORIA DESCRIPTIVA

CAPÍTULO X

10. MEMORIA DESCRIPTIVA

TEMA:

“CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYO PARA EL VALLE DE LA CONCEPCIÓN”



10.1. ANTECEDENTES

Al haber realizado un análisis a nivel del municipio de Uriondo: El Valle de la Concepción sobre sus potenciales climáticos, de ubicación, demográficos y sus necesidades , se demuestra una clara imagen de qué tipo de equipamiento se requiere implementar en la localización para explotar el potencial y cubrir una necesidad fundamental que aqueja al municipio.

10.2. DESCRIPCIÓN

A) Localización

DEPARTAMENTO : Tarija

PROVINCIA: Avilés

MUNICIPIO: Uriondo

CIUDAD: El Valle de la Concepción

CALLES: Calle S/N frente al hospital Fanor Romero a una cuadra de la calle principal “ el Recreo”

COORDENADAS:

LATITUD: 21° 41' 34,26"

LONGITUD: 96° 39' 32,46"

B) SUPERFICIE DEL TERRENO

El terreno tiene una superficie de 20 141,24 m² de los cuales área construida es:

Bloque dormitorios	2724,5 m ²
Área administrativa y de consultorios	485,64 m ²
Área de talleres y apoyo médico	773.28 m ²
Área de servicios	584,8 m ²
Capilla	360 m ²
Superficie total construida	6406,7 m ²

10.3. ACCESOS

PRINCIPAL

Ingreso al área administrativa, es el único bloque que tiene una fachada totalmente vista al exterior y no así rodeado por el muro perimetral, dándole la jerarquía que necesita



SECUNDARIO

Acceso que permite tanto al adulto mayor como al personal y/o los familiares tener un acceso directo a las instalaciones sin tener que ingresar al bloque administrativo.



VEHICULAR

Existen 3 accesos vehiculares:

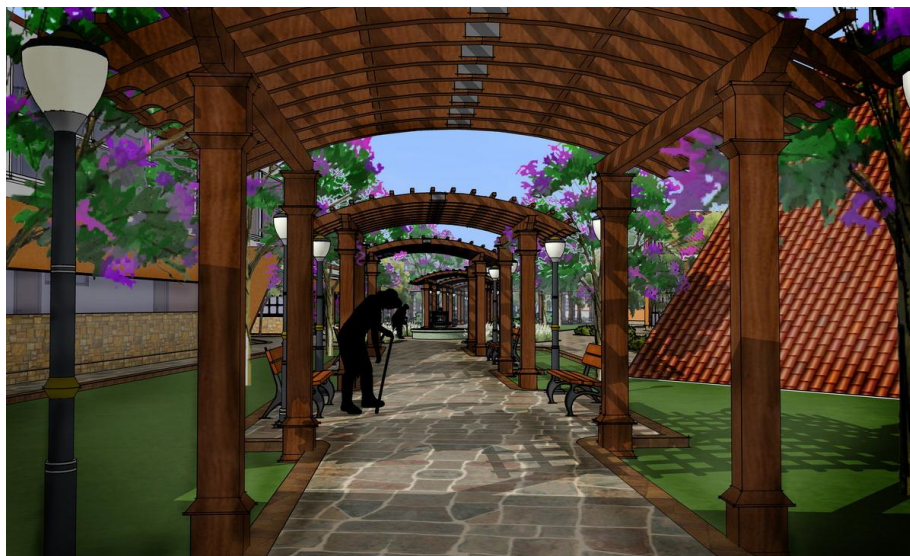
- Para el personal
- Para las visitas
- Para carga

Así no se genera un caos además que hace la diferenciación del nivel de permisividad de acceso a distintas dependiendo del individuo.



RECORIDOS PEATONALES

Con medias sombras y descansos a distancias prudentes para velar por el bienestar del adulto mayor



10.4. ESTRUCTURACIÓN DEL PROYECTO

10.4.1. ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL EQUIPAMIENTO

Dotar de todas las comodidades posibles al adulto mayor para así otorgarle una mejor calidad de vida.

10.4.2. ÁREAS FUNCIONALES

ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE CONSULTORIOS

Administración de ingresos y el manejo del centro integral además de la atención médica a los usuarios



BLOQUES DE DORMITORIOS

Con un lenguaje familiar, crea una conexión con el exterior con espacios transitorios que generan una sensación de unidad, habitaciones y su estación de enfermería para atención inmediata.



BLOQUE DE SERVIOS

Ingreso al comedor principal, jerarquización e individualidad para la fácil distinción de a lo que está dirigido, el área común de todos. Cuenta con cocina, despensa y ambientes para el mantenimiento y los servicios.



BLOQUE DE TALLERES Y APOYO MÉDICO

Varias actividades en un solo bloque por ello distintas fachadas para el mismo, biblioteca, talleres y gimnasio entre otros.



CAPILLA

Con un lenguaje morfológico claro de su funcionalidad, tiene una capacidad de 128 feligreses.

