



**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**

**CENTRO GERONTOLÓGICO SAN MARTÍN DE PORRES  
BARRIO DE MONSERRATE**

**PROPUESTA ARQUITECTÓNICA PARA UN CENTRO DE ATENCIÓN  
DIURNA PARA EL ADULTO MAYOR**

**PRESENTADA POR**

**FEDERICO URIAS DELGADO REÁTEGUI**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO**

**LIMA – PERÚ**

**2013**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE  
INGENIERÍA Y ARQUITECTURA

**ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA**

**CENTRO GERONTOLÓGICO SAN MARTÍN DE PORRES  
BARRIO DE MONSERRATE  
PROPUESTA ARQUITECTÓNICA PARA UN CENTRO DE  
ATENCIÓN DIURNA PARA EL ADULTO MAYOR**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ARQUITECTO**

**PRESENTADO POR**

**FEDERICO URIAS DELGADO REÁTEGUI**

**LIMA - PERÚ**

**2013**

## Dedicatoria

A mi padre, Adrián, por su perseverancia y constancia, características que me ha infundado siempre, para salir adelante y por su amor inagotable.

A mis familiares, mi madre Zonia, a mi hermana Dominga y a Severa por su amor incondicional.

¡Gracias a ustedes!

A mis maestros, los arquitectos Juan Gunther y Francisco Martines por apoyarme en su momento.

A mis amigos, los arquitectos César Luna y Víctor Pimentel Gurmendi. Que nos apoyamos mutuamente en nuestra vocación y convicción de vida.

Finalmente, a los maestros que marcaron cada etapa de mi camino universitario, y que me ayudaron con sus experiencias y despejaron mis dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vi
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL TEMA</b>	
1.1. Problema	01
1.2. Hipótesis	02
1.3. Objetivos	02
1.4. Justificación	03
1.5. Alcances y Limitaciones	04
<b>CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL</b>	
2.1. Usuario – La Persona Adulta Mayor ( <b>PAM</b> )	07
2.2. Características del Envejecimiento	16
2.3 Gerontología y Geriatría en el Perú	22

2.3.1 El aspecto biológico	23
2.3.2 El aspecto psicológico	23
2.3.3 El aspecto social	24
2.4 Edificios Referenciales	32
a) Edificios Referenciales a Nivel Internacional	32
b) Edificios Referenciales a Nivel Nacional	42
<b>CAPÍTULO III. LA ACCESIBILIDAD</b>	
5.1 Relación entre Arquitectura y Accesible	57
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS</b>	
4.1 La Problemática del Centro Histórico de Lima	70
4.2 Reseña Histórica y Evolución de Espacios Hospitalarios en el Centro Histórico de Lima	76
4.3 Los Precusores de la Independencia y la Medicina	82
4.4 Contexto del Área del Proyecto (recuperación y puesta en valor)	87
a) Barrio de Monserrat “LOCUS”	87
b) El Lugar	93
c) Planos Temáticos	94
4.5 Antecedentes de los predios	99
<b>CAPÍTULO V. PREMISAS DE DISEÑO - Fachada y crujía, Planteamiento Arquitectónico y Criterios de Diseño.</b>	
5.1 Planteamiento Arquitectónico y Criterios de Diseño	122
5.2 Programa Arquitectónico	118
<b>CONCLUSIONES</b>	128
<b>RECOMENDACIONES</b>	131
<b>ANEXOS</b>	133
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	135

## ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AM	Adulto Mayor
CAM	Centro del Adulto Mayor
CIAM	Centro Integral del Adulto Mayor
CIDAP	Centro de Investigación, Documentación y Asesoría Poblacional
INC	Instituto Nacional del Cultura
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MINDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
PAM	Persona Adulta Mayor
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
RNE	Reglamento Nacional de Edificaciones

## RESUMEN

El presente proyecto tiene como objetivo el diseño de un centro médico orientado a la Gerontología, ya que el índice de Personas Adultos Mayores es considerable<sup>1</sup>. En la actualidad la red asistencial solo permite atender emergencias pero no cubre la demanda para la recuperación física y psicológica del paciente.

Por otro lado, la investigación buscará comprender la morfología, evolución y accesibilidad de los espacios de atención médicos ambulatorios en la actualidad y planteará una mejora de estos. Finalmente, el diseño del espacio tendrá como premisa la contextualización con el entorno y creará una unidad arquitectónica con el edificio contiguo, con la finalidad de brindar mayor y mejores servicios para las personas adultas mayores.

---

<sup>1</sup> Según las cifras de Instituto Nacional de Estadística e Informática- Censo 12/2007.



## **ABSTRACT**

The project aims to design a medical center of Gerontology, because and the rate of aging people is considerable in Lima- Perú. At present, the health care network, and handle emergencies only allows but does not cover the demand for physical and psychological recovery<sup>2</sup> .

By the other hand, the research seeks to understand the morphology, evolution and accessibility of ambulatory medical care spaces now, and this thesis try to improve them. Finally, the design of space contextualizes with environment, and it also creates an architectural unit with the adjacent building, in order to provide more and better services for older people.

---

<sup>2</sup> *According to figures from the National Institute of Statistics and Informatics Census 12/2007.*

## INTRODUCCION

El presente trabajo, desarrolla el diseño de un Centro de Atención Asistencial diurna orientado a la Gerontología<sup>3</sup>, donde además se brindará atención Geriátrica. El planteamiento surge en vista que los Adultos Mayores **(AM)** en nuestro país están en aumento<sup>4</sup> y requieren de este tipo de servicios.

Así mismo el Centro Histórico de Lima es protagónico para este grupo poblacional ya que en el realizan un gran número de sus actividades cotidianas y es un sitio de referencia a lo largo de su vida según el ENAHO<sup>5</sup>.

El entorno es de Valor Monumental abalado por la UNESCO, el cual además presenta un tipo de arquitectura domestica de antaño<sup>6</sup>. La cual en su mayoría presenta un deterioro evidente.

---

<sup>3</sup> Es un centro de cuidado diario, pensado para que los adultos mayores encuentren un espacio adecuado donde se promueva su autonomía e interactúen con su mismo grupo etario en condiciones de bienestar, l.

<sup>4</sup> Según las cifras de Instituto Nacional de Estadística e Informática- Censo 12/2007.

<sup>5</sup> Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), es la investigación que permite al INEI desde el año 1995, efectuar el seguimiento de los indicadores sobre las condiciones de vida.

<sup>6</sup> Según las personas consultadas, en su mayoría arquitectos. Donde llegan a la conclusión que se trata de un inmueble típico en la arquitectura colonial.

Por otro lado, vemos que muchos de estos inmuebles tienen un uso incompatible y que repercute de manera negativa, como por ejemplo:

- Subdivisión y tugurización de las casonas.
- Deterioro de los ambientes.
- Demoliciones clandestinas.
- Falta de mantenimiento.
- Poco interés y desidia por el bien común.

Ante este panorama el diseño del espacio tendrá como premisas, entender la morfología del lugar, lo característico del sitio (sin ser repetitivo) brindar accesibilidad, armonizar con el entorno y crear una unidad arquitectónica con el edificio adyacente. Planteando organizar y rediseñar los ambientes existentes con los nuevos espacios; con el fin mejorar los flujos internos de circulación para un adecuado funcionamiento y clara orientación del Adulto Mayor. Los espacios plasmarán tres aspectos fundaméntales: comodidad, seguridad y movilidad. Esto asegurara una notable mejora en la autoestima, la independencia y la dignidad del AM asevera el Arq. Xavier García-Milá Lloveras<sup>7</sup>.

El proyecto estará ubicado en el Jr. Callao N° 557 y N° 593 junto a la Casa San Martín de Porres<sup>8</sup> con N° 535.

Estos inmuebles pertenecen a la orden Religiosa de Santo Domingo, está siempre ha mostrado preocupación por la gente de escasos recursos económicos y en particular por la Personas Adultos Mayores.

Justamente CHL cuenta con gran número de albergues, hospicios y beneficencias. Contexto idóneo para un proyecto como este.

---

<sup>7</sup> Arq. Español especializado en ciudades, entornos y edificaciones accesibles. Estudio AiA.

<sup>8</sup> Institución sin fines de lucro que realiza una labor social en beneficio de personas de escasos recursos económicos y está bajo la tutela de la Orden Religiosa de Santo Domingo.

La obra nueva incorporará los restos de una antigua casona republicana (Siglo XVIII) la que mantiene algunos vestigios (Fachada y un módulo o crujía<sup>9</sup>).

Estos elementos aunque incompletos serán preservados y restaurados como parte del presente trabajo. Es justo citar que la presente no es un trabajo de restauración, ya que como se mencionó anteriormente, está orientado al diseño de un Centro Gerontológico. Este punto se verá en un capítulo aparte, donde se aborde la conservación y restauración de la fachada y crujía existente.

Finalmente el objetivo de acumular estos inmuebles es brindar mayor posibilidad de servicios a esta población vulnerable y contribuir a la renovación de inmuebles de valor monumental.

---

<sup>9</sup> Arq. Espacio comprendido entre dos muros de carga o paredes maestras. Corredor largo de un edificio, que da acceso a piezas situadas a ambos lados. Espacio que hay entre dos muros de carga o entre dos filas de pilares o columnas.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL TEMA**

En la actualidad las Personas Adultas Mayores representan el 9.1% de la población nacional (2 495 643 personas) las estadísticas indican un incremento a 12.4% para el año 2025, según el INEI<sup>1</sup>. La expectativa de vida de esta población ha incrementado, pero a su vez sufren de enfermedades múltiples y crónicas.

Ante esta realidad, la infraestructura de salud a nivel nacional sirve para atender las emergencias, pero no se cuenta con espacios adecuados para prevenir, generar conciencia y potenciar la independencia del adulto mayor en sus distintas condiciones físicas y mentales, es decir, cómo tratar las enfermedades propias de esta población. Asimismo, es importante promover el estilo de vida saludable en el Adulto Mayor, tal como asevera el Dr. Parodi, en una entrevista realizada por el diario El Comercio<sup>2</sup>.

#### **1.1 Problema**

La infraestructura de los centros especializados en el Adulto Mayor en el Cercado de Lima, en su mayoría, no permiten una

---

<sup>1</sup>Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda/ Instituto de Estadística e Informática.

<sup>2</sup>EL COMERCIO. "Surgió un nuevo paciente". Entrevista al doctor José Francisco Parodi. Fecha: Domingo, 26 de abril del 2009 Director del Centro de Investigación del Envejecimiento de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres (CIEN)/ Doctor en Geriatría.

libre autonomía de sus usuarios, por una falta de planificación y diseño integral para un servicio óptimo, según ENAHO.

## **1.2 Hipótesis**

La arquitectura como medio de accesibilidad e inclusión para la Persona Adulta Mayor.

## **1.3 Objetivos**

### **a) Objetivo General**

Diseñar un centro de atención diurna especializado en Gerontología<sup>3</sup>, que se integre a un inmueble adyacente, teniendo como contexto el barrio de Monserrate en el CHL.

### **b) Objetivos Específicos**

- Comprender diferentes posturas teóricas, para tener elementos de juicio y tener un planteamiento sólido en el desarrollo del diseño final.
- Proyectar un centro de atención especializado en Gerontología.
- Implementar el concepto de accesibilidad para personas de la tercera edad con discapacidad leve y frágil.
- Realizar un análisis tomando como ejemplo proyectos similares nacionales e internacionales y complementar este análisis con las principales demandas y dolencias del adulto mayor en nuestro país, para, de esta manera plantear los espacios necesarios de atención Geriatría<sup>4</sup>.
- Proyectar un edificio acorde con el contexto del barrio de Monserrate. Se plantea un diseño innovador que a la vez sea óptimo para el adulto mayor creando una unidad arquitectónica con el inmueble contiguo.
- Analizar la tipología del entorno inmediato al edificio a proyectar.

---

<sup>3</sup> (de geros, anciano y logos, estudio) es el área de conocimiento que estudia el viejo, la vejez y el envejecimiento. A diferencia de la geriatría -rama de la medicina que se centra en las patologías asociadas a la vejez, y el tratamiento de las mismas-, la gerontología se ocupa, en el área de salud, estrictamente de aspectos de promoción de salud. Por lo demás, aborda aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados con el adulto mayor.

<sup>4</sup> La rama de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación de las enfermedades del adulto mayor.

### c) Objetivo Operativo

El diseño buscará la comodidad espacial y funcionalidad, a fin de lograr una adecuada acumulación de los predios (el existente y el proyectado).

El edificio a proyectar tendrá como referencia otros ejemplos en lugares que intervengan en entornos de valor monumental. Adicionalmente, el diseño contemplará las disposiciones del MINDES, MINSA, INC y la Municipalidad de Lima, necesarias para este caso.

La data recogida del entorno inmediato será relevante en el resultado del diseño de la fachada.

## 1.4 Justificación

El proyecto tiene por justificación, que la expectativa de vida se ha incrementado a nivel mundial y esto no es ajeno en nuestro país. Además, la infraestructura existente no es acorde con el servicio que se brinda para el Adulto Mayor y es muchos caso es insuficiente e ineficiente, es este concepto la arquitectura contribuirá con un diseño adecuado que mejore la intención del AM. Por otro lado, el CHL tiene alto porcentaje de construcciones de valor monumental, pero estas no están siendo bien tuteladas.

Al mismo tiempo, la Orden Religiosa de Santo Domingo realiza una labor social en beneficio de la población vulnerable. Como es el caso de la Casa de San Martín de Porres, predio que se anexará a la obra a proyectar.

Lo antes expuesto refleja la falta de planificación y diseño acorde a las nuevas necesidades de esta población y a la vez el reto que supone intervenir en un entorno monumental recogiendo los mejores aportes del sitio para un diseño óptimo.

Finalmente, la OMS establece los lineamientos de ciudades accesibles y estilos de vida saludable para las PAM. Esto evidencia que las ciudades tienen una serie de barreras arquitectónica y que están asociadas a una cultural de modelo antropométrico perfecto, el cual no

crece, no enferma, no envejece y no muere. He allí una de mis principales motivaciones que tiene la presente, la de crear espacios accesibles.

### **1.5 Alcances y Limitaciones**

La presente buscará como aporte, crear un edificio acorde para este tipo particular de usuario, autovalentes (realizan actividades cotidianas) y frágiles (presentan alguna limitación). El desarrollo del proyecto establecerá claramente las competencias de la gerontología, el cual es el eje principal del presente trabajo y la geriatría aplicada a nuestra realidad. En ese marco, se tiene que los alcances y limitaciones, son los siguientes:

- Se estudiará la morfología, situación del predio existente complementada con el análisis del entorno inmediato.
- Se plantea tipificar las principales patologías propias de esta población, teniendo como resultado un programa de funciones exclusivas de este grupo etario. Aunque no es el tema central del trabajo, se contará con la opinión del INC, profesionales especializados en la restauración y profesionales de la construcción, los cuales serán consultados, para una respuesta arquitectónica adecuada.
- Se tendrá como una limitación la escasa información escrita que data de la época de construcción del predio en el que se interviene.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO REFERENCIAL**

El marco referencial plantea comprender la gerontología como la ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos psicológicos, biológicos, sociales. Pues estos aspectos influyen de manera directa en la forma como el ser humano asume su proceso de envejecimiento, y tiene como objetivo lograr la mayor autovalencia del adulto mayor en sus distintas condiciones físicas y mentales.

Este proyecto plantea la creación de espacios adecuados para el servicio terapéutico y asistencial a brindar. Para ello, el presente trabajo, se desarrollará en tres partes, las mismas que se citan a continuación y que se desarrollarán a lo largo de toda la tesis.

- **Primero:** Definir el tipo de **usuario** – PAM -, sus características, las necesidades básicas que presenta, determinar su grado de participación en la sociedad y finalmente que tipo de política de estado existe. Además tener conocimiento de los programas y organizaciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los PAM.

Al mismo tiempo definir el concepto de Gerontología en el mundo y como se está aplicando a nuestra realidad. Es importante para el estudio, comprender los espacios de atención para el Adulto Mayor y definir sus características. Estos espacios son:

- CAM (Centro del Adulto Mayor/ Essalud)
  - CHG (Clínicas y Hospitales Geriátricos)
  - CEMFR (Centro Especializado en Medicina Física y Rehabilitación Trauma Neurológica)
  - Albergues y hospicios públicos
  - Labores sociales
  - Asilos y casas de rasposo privados
  - Centros de desarrollo de una comunidad senil
  - Granjas de AD inválidos o dependientes
- **Segundo:** comprender el concepto de accesibilidad en la Arquitectura, como está se aplica en los tres campos exclusivos al hombre, es decir en su salud física, salud mental y su integración en la sociedad. Además para efectos del planteamiento general se aplicaran los reglamentos y textos que abordan la accesibilidad. Para tener como resultado espacios eficientes, ventilados, amplios e iluminados y estos permitan producir, mejorar y estimular la socialización de los usuarios.
- **Tercero:** el entorno inmediato en donde se emplazará el edificio a proyectar, (Barrio de Monserrate y sus características) y como ello beneficia la obra nueva. Esto será pautado por una postura arquitectónica producto del análisis de textos y casos de otras partes del mundo. Así mismo, como la Casa San Martín de Porres (edificio a Anexar) se integrará a la obra nueva.

Es conveniente decir que el centro histórico se caracteriza por ser un foco de turismo cultural, que a menudo acude gente de edad avanzada y con un grado de discapacidad asociada significativo. Por ello, la intervención podría a potenciar el CHL como referente turístico. Al mismo tiempo, el

CHL frente a otras zonas más modernas suele estar habitado por PAM, con escasez de recursos económicos, muchas de ellas con limitaciones físicas, sensoriales o psíquicas y que, por lo tanto, serán las primeras en beneficiarse con un proyecto de este tipo.

Por último, el casco histórico actúa para el conjunto de la ciudad como referente cultural y de servicios, acudiendo a él gran cantidad de habitantes de otros barrios que también se verán beneficiados

## **2.1 Usuario - Persona Adulta Mayor (PAM)**

En la actualidad una vida larga activa es un signo de buena salud. El envejecimiento de la población mundial, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, es un indicador de la mejora de la salud mundial. La población mundial de 60 años o más es de 650 millones, y se calcula que en el 2050 alcanzará los 2,000 millones.

Sin embargo, esta tendencia positiva se acompaña de desafíos sanitarios especiales para el siglo XXI según la OMS<sup>5</sup>. Es imprescindible preparar al personal que brinda atención sanitaria y a las sociedades para que atiendan las necesidades de este grupo etario pasando a ser un trabajo interdisciplinario.

Vale mencionar que tras la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Viena 1982) se tomó como la edad umbral los 60 años. Dos años más tarde la OMS establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años a más para evitar múltiples denominaciones como anciano, geronte, entre otras.

En los países en vías de desarrolló, la OPS<sup>6</sup> considera como Adulto Mayor a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado. Ya en el año 1996, la ONU<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud.

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud.

<sup>7</sup> Organización de las Naciones Unidas.

denomina a este grupo poblacional Personas Adultas Mayores (**PAM**) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General.

En nuestra realidad el Gobierno desarrolló el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010 bajo la dirección del MINDES<sup>8</sup>. Este documento relata que el Perú se encuentra en pleno proceso de transición demográfica, donde el comportamiento de la tasa de fecundidad es moderada y la tasa de mortalidad se califica como moderada-baja, igual condición presentan países como Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Venezuela y República Dominicana.

Adicionalmente, el censo del 2007 dio como resultado que la población a nivel nacional es de 27'412,157 de personas; agrupadas en población infantil asciende a 8'357,533 p. (0-14 años), jóvenes a 7'554,204, (15-29 años), adulta joven a 5'588,602, (30-44 años), adulta a 3'416,175 (45-59 años) y adulta mayor a 2'495,643. (60 y más años de edad).

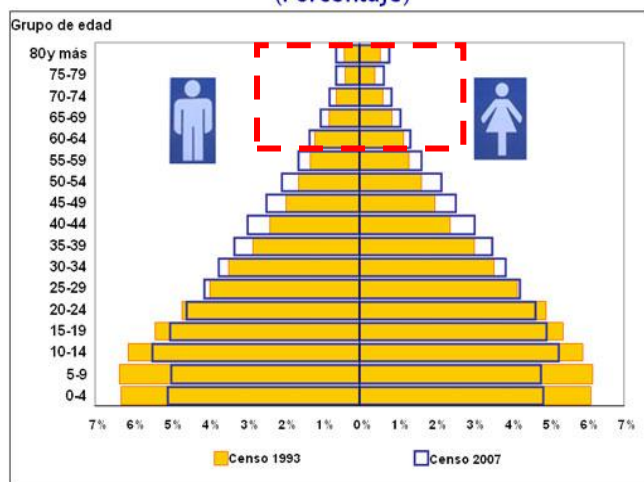
Así se concluye que, en términos porcentuales, la población infantil y los jóvenes representan más de la mitad de la población censada (58,0%) y los adultos mayores representan el 9,1% lo que equivale a 2'495,643 personas son Adultos Mayores.

Esto se aprecia en el gráfico de la pirámide poblacional del Perú, en donde se puede ver como este segmento ha incrementado en el año 2007 con relación al censo del 1993.

---

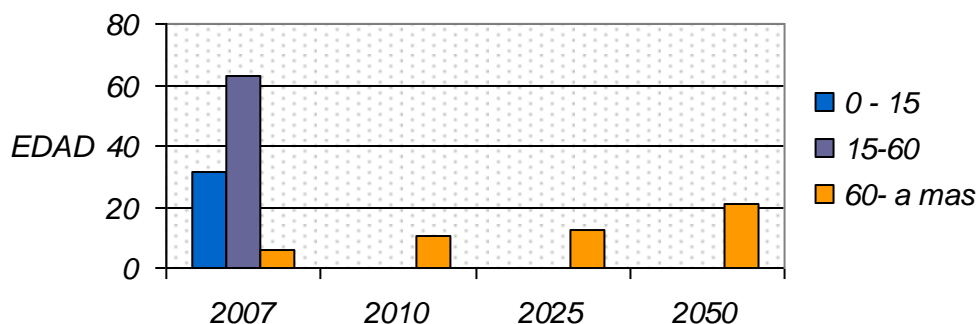
<sup>8</sup> Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

PERÚ: PIRÁMIDE DE POBLACIÓN CENSADA,  
1993 Y 2007  
(Porcentaje)



Fuente: INEI – censo 1993 - 2007

Proyecciones oficiales estiman que para el año 2010, 2025 y 2050 esta proporción subirá en 10,8%, 12,4% y 21.3%



respectivamente (Censo 2007).

Elaborado por el autor

En el Perú, el envejecimiento<sup>9</sup> se produce con características diferenciadas en el caso de hombres y mujeres. Debido a profundas inequidades estructurales, los varones que actualmente cuentan con más de 60 años tuvieron acceso a los diferentes niveles de instrucción,

<sup>9</sup> Es un proceso intrínseco, irreversible que se da por el paso del tiempo en los seres vivos y que incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de enfermedades. Este presenta una serie de modificaciones morfológicas, biológicas y psicológicas.

lo que les permitió alcanzar una mejor calificación para insertarse en el mercado laboral en condiciones más ventajosas.

Esto hizo que accedieran en su mayoría a un trabajo formal y luego de un número de años laborando, tuvieran derecho a una pensión de jubilación y servicios de seguridad social. Por tanto, la vida de los varones se desarrolla en condiciones de mayor independencia, preferentemente en espacios no domésticos, mientras que en el caso de las mujeres, en su gran mayoría fueron relegadas para acceder a la escolaridad, lo que posteriormente limitó sus posibilidades de calificarse para el trabajo y su participación en el sector formal. La labor que desempeñaron estuvo orientada a actividades doméstica, convirtiéndolas en personas económicamente dependientes. Las diferencias de género en el envejecimiento se evidencian en diversos aspectos.

Precisamente, las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero con inferior calidad de vida y de menor independencia, conjuntamente se ve reflejado en que la esperanza de vida de las mujeres se ha incrementado más rápidamente en relación a la de los hombres, esta disparidad es el resultado de una combinación de diferencias biológicas, entre ellas la menor susceptibilidad a las enfermedades cardiovasculares de las mujeres antes de la menopausia, y de influencias culturales como la mayor exposición de los hombres a riesgos laborales. Asimismo, las mujeres registran tasas más altas de discapacidad en edades más avanzadas, lo cual refleja las mayor carga acumulada a lo largo de su ciclo vital, producto en su mayoría de las actividades domesticas. Esta panorama se debe a la falta de servicios de salud, educación y por una deficiente nutrición en las etapas anteriores de su vida.

En el tema de la pobreza, las mujeres adultas mayores tienen más probabilidades de ser pobres que los hombres adultos mayores, debido a efectos acumulados, tales como no haber sido preparadas para desempeñarse en labores mejor valoradas socialmente, percibir ingresos más bajos a lo largo de su vida y tener acceso a menores

pensiones y bienes, todo lo cual las lleva a pertenecer a una condición social más deprimida contribuyendo a generar tasas desproporcionadamente altas de pobreza entre las mujeres de mayor edad. Las más afectadas son aquellas mujeres adultas mayores que nunca se casaron, o enviudaron.



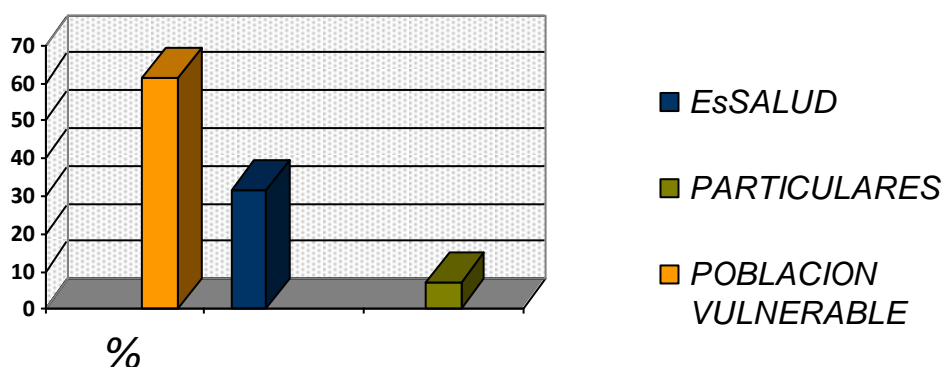
Fuente: Fotografía OMS

Por otro lado, los sistemas públicos de pensiones se diseñaron considerando que los hombres serían la principal fuente de ingreso económico. Pese a que hay mayor cantidad de mujeres de edades más avanzadas, ellas reciben menos apoyo que los hombres por parte de la seguridad y los gobiernos, debido a que ellas no han participado en la fuerza laboral de la economía formal, de manera frecuente. En la práctica, las pensiones de las mujeres adultas mayores dependen de las aportaciones que hicieron sus esposos, lo cual se evidencia en el caso concreto de las viudas, las que al fallecer sus esposos ven reducida su pensión en un 50%.

Asimismo, las mujeres que han enviudado tienen mayores probabilidades de vivir solas que los hombres viudos, debido a que viven más tiempo y, por motivos culturales, generalmente se casan con hombres mayores que ellas.

Según la información recogida determinamos que la asistencia médica de las PAM en nuestro país esta segmentada en tres: el Seguro Social de Salud (Essalud) representando al 31,4% de la población AM. Luego sigue las Fuerzas Armadas, Seguros Privados -AFP- y otros

siendo el 7.2%. Y finalmente se encuentra la Población Vulnerable conformada por 63.0%.



Elaborado por el autor

Tal como refleja este cuadro, la población vulnerable es mayoritaria esta sufre más el proceso de envejecimiento a temprana edad por falta de recursos económicos y baja cultura e instrucción adecuada para conducir un envejecimiento saludable.

Simultáneamente, se observa que los adultos mayores se han incrementado en mayor medida en el área urbana a nivel nacional, representando en la actualidad **el 70% de la población adulta mayor**. Pero además, esta población adulta se concentra principalmente en el departamento de Lima y en la Provincia Constitucional del Callao (Centralismo). En ambas jurisdicciones habitan 813,296 adultos mayores **que representan el 39.1%** del total de adultos mayores del país. Asimismo, tenemos que la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados, afirma que el grupo socioeconómicos de adultos mayores tiene una gran presencia en el Cercado, Rímac, Breña y la Victoria.

Ante este panorama, es que se plantea el presente trabajo para atender las necesidades médicas básicas y espaciales de este segmento. Teniendo como beneficiados a la gente carente de recursos económicos, sin excluir al resto de la población.



Es política de Estado atender la demanda de servicios de salud de las personas adultas mayores, en especial de los más vulnerables. La inversión en el cuidado de la salud de esta población, reduce los de atención en salud y la incidencia de la morbilidad y sus consecuencias como la discapacidad y la mortalidad.

El MINSA<sup>10</sup> presenta los “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”, con el objeto de brindar un marco referencial así como un conjunto de orientaciones que puedan constituirse en la base de las acciones para la atención integral de salud de las PAM, que conlleve a la estructuración de un sistema moderno y eficaz de los servicios de salud, con nuevas propuestas de servicios, capaces de satisfacer las necesidades de salud de nuestros adultos mayores y atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable.

Es justo precisar que el presente documento se enmarca en las políticas mundiales como es el caso de:

- a) Primera y Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Viena, 1982.- Madrid, 2002.
- b) Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las Personas Adultas Mayores en el Área Iberoamericana, 1992.
- c) Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Resolución 50/141 - 30/01/96.
- d) Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 2003. Legislación y Políticas Públicas.

Además de lo antes citado, se debe tener en cuenta la normativa en el ámbito nacional, puesto que estas son de carácter obligatorio.

---

<sup>10</sup> Ministerio de Salud.

- a) Ley N° 27408 - Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público.
- b) Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- c) Decreto Supremo N° 010-2000-PROMUDEH, que aprobó el documento: "Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores".
- d) Decreto Supremo N° 005-2002-PROMUDEH, que aprobó el "Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006".
- e) Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- f) Resolución Suprema N° 014-2002-SA, que aprobó los "Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006".
- g) Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento: "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud".
- h) Resolución Ministerial N° 769-2004-MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.01: "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- i) Resolución Ministerial N° 859-2004-MINSA, que modifica la Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, precisando que el grupo etario adulto mayor es a partir de los 60 años.

Las normativas citadas entienden al envejecimiento del ser humano como un proceso natural, universal, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida. Por otro lado, se habla indistintamente de ancianidad, vejez, sanidad, tercera edad, senescencia<sup>11</sup>, longevidad y hoy en día de Adulto Mayor, como si fueran sinónimos y no lo son.

---

<sup>11</sup>Que empieza a envejecer.

Cabe aclarar que el termino Personan Adulto Mayor (PAM) está tipificado desde el año 1984, tras que, la Organización Mundial de la Salud lo estableciera así para referirse a las personas de 60 años a más. Pues bien, se muestran dos clasificaciones que permiten aclarar este punto.

a) Clasificación de orden biomédica

- Infancia o niñez	0-15 años
- Juventud	15-30 años
- Adulterez o Madurez	30-45 años
- Presenilidad	45-60 años
- Senilidad, Senectud, Vejez o Ancianidad	60-80 años
- Longevidad más de	80 años

b) La clasificación de orden laboral, la misma que fue enunciada por el investigador francés Jean Heut en 1956 y que determina 4 etapas o edades de 28 años cada una.

- Primera edad	0 - 28 años
- Segunda edad	28-56 años
- Tercera edad	58-84 años
- Cuarta edad	màs de 84 años

Así, en el campo laboral la jubilación va asociada a la vejez (60 años, en los pueblos en desarrollo y 65 en los industrializados). En nuestra realidad, hoy en día se está elaborando la Ley Nº 29426 que establece la jubilación anticipada. Esta Ley establece que solo accederán a este beneficio aquellos trabajadores que, al momento de solicitar la medida, cuenten con 55 años cumplidos para varones y 50 años para mujeres.

## 2.2 Características del Envejecimiento

Envejecer es la consecuencia de una serie de factores, internos y externos, que interactúan sobre el individuo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento en el organismo de las personas. Además acontecen cambios de diferentes tipos que detallamos:

- Físicos, con el paso de los años, se producen cambios en el humano, en la vista, oído, dentadura, en la piel, el cabello, etc.
  
- Psicológicos, se generan cambios en las facultades intelectuales y mentales. Es muy importante que la persona adulta mayor comprenda que con la edad se presentan ciertas limitaciones y que estas son normales. El estado de ánimo de una persona adulta mayor puede variar, pero la tristeza y la depresión se pueden evitar o atenuar.
  
- Sociales, se producen cambios que disminuyen las oportunidades de trabajo, estudios, desarrollo y condiciones de vida de las personas adultas mayores.

Finalmente, se puede segmentar en tres los estados funcionales de las PAM sin hacer diferencia de ningún tipo y repercutiendo en esta población.

- a) Persona **Adulta Mayor Independiente o Autovalente**, es aquella capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, todo esto con autonomía mental.
  
- b) Persona **Adulta Mayor Frágil**, es aquella que tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica. En gran porcentaje de esta población emplea algún tipo de aparato ortopédico. La población físicamente disminuida se categoriza en:

- Visual: cierto grado de aflexión / pérdida parcial / pérdida total
- Ayuda Ortopédica: silla de ruedas / muletas / bastón / andadores / tirantes/ miembros artificiales / calzado especial (ortopedia)
- Auditivas: sordera – dureza de oído
- Cardio-Vascular
- Respiratoria
- Retraso Mental
- Artritis

c) Persona **Adulto Mayor Dependiente o Postrado** (No Autovalente), es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tienen problemas severos de salud funcional y mental.

Lo antes citado nos muestra que la población que será atendida en este centro gerontológico es la población autovalente y la población Frágil, ya que las PAM dependientes necesitan una atención especializada. Existen varios factores físicos que pueden acelerar el proceso del envejecimiento:

- Estrés
- Hipertensión
- Tabaquismo y alcoholismo
- Obesidad
- Soledad, poca participación socio laboral
- Sedentarismo
- Escasa actividad física
- Problemas respiratorios
- Afecciones mentales
- Otros

Asimismo, existen factores que retardan el envejecimiento, es decir que pueden ayudar al adulto mayor a gozar de una buena salud hasta una edad muy avanzada:

- El sueño tranquilo

- Actividad física continúa.
- Una adecuada nutrición y alimentación
- La participación socio laboral
- Tener un estilo de vida saludable (no tabaco, no alcohol, descanso apropiado)
- Actividades productivas, recreativas y espirituales
- Atención de salud

Muchas veces por desconocimiento de la fisiología<sup>12</sup> humana del adulto mayor, este está sometido a tratamientos innecesarios. El envejecimiento presenta en los individuos alteraciones naturales que es necesario conocer, para diferenciarlas de aquellas que se producen en forma patológica. Algunas características son el aumento de peso; una actitud postural en que sobresale la flexión, acercándose la cabeza al pecho, se exagera la cifosisdorsal<sup>13</sup>; se inmoviliza la columna lumbar; los miembros pierden movilidad a nivel de codos, hombros, rodillas; la marcha se hace más lenta e insegura y los pasos más cortos y titubeantes; disminuye la visión y la audición, lo mismo sucede con el tacto, el gusto y el olfato. Lo referido se debe a la degeneración de las terminaciones nerviosas.



Fuente: Fotografía elaborada por OMS

<sup>12</sup> La **fisiología** (del griego *physis*, naturaleza, y *logos*, conocimiento, estudio) es la ciencia que estudia las funciones de los seres multicelulares (vivos). Es una de las ciencias más antiguas del mundo. Muchos de los aspectos de la fisiología humana están íntimamente relacionadas con la fisiología animal, en donde mucha de la información hoy disponible ha sido conseguida gracias a la experimentación animal. La anatomía y fisiología son campos de estudio estrechamente relacionados la curvatura fisiológica de la columna vertebral en la región dorsal

<sup>13</sup>La curvatura fisiológica de la columna vertebral en la región dorsal.

El corazón del adulto mayor sufre varios cambios importantes; trabaja más para transportar la misma cantidad de sangre; se hace fibroso, aumenta la cantidad de grasa subepicárdica; hay mayor rigidez en las válvulas cardíacas; se presentan modificaciones en la circulación coronaria después de los 60 años; la fuerza y la cantidad de latidos cardíacos disminuye, el consumo de  $O^2$  disminuye. Se puede aseverar que los pulmones disminuyen y pierden elasticidad. También, disminuye la elasticidad de la caja torácica, debido al depósito de calcio en el sistema óseo-cartilaginoso y a un debilitamiento de la musculatura respiratoria, produciendo con ello una disminución de la ventilación pulmonar.

En síntesis, el deterioro del aparato respiratorio es progresivo e irreversible en los adultos mayores, y sus características son: carraspeo constante, voz quebrada, pérdida de la elasticidad torácica, disminución progresiva de la elasticidad de la membrana pulmonar, los alvéolos y los bronquiolos, lo que conlleva dificultad para un suministro adecuado de oxígeno y la consiguiente eliminación del exceso de  $CO_2$ .

El sistema neuronal entra en deterioro fundamental por la pérdida de 100.000 neuronas diarias, lo que acarrea un enlentecimiento de todas las funciones motoras, sensitivas y sensoriales (pérdida de motricidad fina). Disminución de las facultades intelectuales en este aspecto dos son las características:

- Se mantiene la comprensión, la capacidad de juicio, el vocabulario y los conocimientos generales.
- Se alteran la atención, la concentración, la memoria, la rapidez de reacción y de asimilación.

Es decir, el deterioro neuro-psicomotor se traduce en: Alteración de los reflejos a nivel de los huesos y de los tendones, trastorno del equilibrio en posición bípeda; trastorno en el esquema corporal; trastorno en la ejecución de ejercicios; trastorno en el conocimiento del mundo exterior.

Para efectos del edificio a proyectar debemos tener claro que el sistema sensorial, está en constante deterioro y presenta alteraciones en cada uno de sus campos, como son:

- La vista: Implica una pérdida y modificaciones de la visión de cerca, debido a la disminución de la elasticidad del cristalino. Reducción del campo visual.
- El oído: Lo que influye tanto en el campo motor como en el ámbito social.

Una persona con disminución auditiva, es una persona ansiosa, insegura, que pierde el equilibrio y que por lo tanto tiene problemas para desplazarse. Igualmente los defectos de audición no le permiten llevar una conversación fluida lo que conlleva un aislamiento ya sea por voluntad propia o por reacción de las demás personas.

- El gusto: Quizás uno de los mayores problemas para el adulto mayor es la pérdida del gusto lo que le hace perder interés por ciertos alimentos, y caer en crisis alimenticias y nutricionales. (de allí los suplementos vitamínicos).
- El olfato: En el caso del adulto mayor, esta disfunción afecta significativamente la calidad de vida la persona pierde un sentido vital de alerta hacia olores peligrosos como escapes de gas, humo, etc. Las causas de esta alteración son múltiples y no están bien dilucidadas; pueden deberse a diferentes factores, como enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, neoplasias intracraneales, infecciones virales de la nariz, tumores y pólipos nasales, neurotoxicidad de fármacos y otras sustancias y enfermedades autoinmunes.
- Alteraciones musculares (Disminución de la tonus muscular - Pérdida de la fuerza - Atrofia de la masa muscular) alteraciones articulares (perdida de movilidad y elasticidad, haciéndose



proclives a las lesiones como consecuencia de la artrosis<sup>14</sup>) y alteraciones óseas (que es el paso del hueso de un estado consistente a otro esponjoso, con las consecuentes deformaciones). El calcio es el elemento fundamental para mantener en forma los huesos, el mayor depósito de este mineral se produce entre los 6 y los 18 años. Pero generalmente esto es percibido sólo cuando ya adultos se produce alguna fractura en la cadera o en las vértebras, y se diagnostica al paciente con osteoporosis.

Finalmente, la disminución de la masa corporal, presencia de arrugas, falta de vitalidad y apetito sexual frustrado, producto del estado físico propio de la edad. Datos oficiales por parte de Essalud muestran que los síndromes geriátricos frecuentes según su predominancia:

- Incontinencia urinaria
- Inmovilidad
- Trastornos de la visión
- Trastornos de la audición
- Trastornos del equilibrio
- Polifarmacia
- Trastorno del sueño
- Alteración emocional
- Trastorno de la orientación
- Trastorno de la memoria
- Problemas en la dinámica familiar
- Problemas de relaciones sociales
- Enf. Osteoarticulares
- Enf. Cardiovasculares
- Enf. Respiratorias
- Enf. Oftalmológicas
- Enf. Genitourinarias
- Enf. Digestivas

---

<sup>14</sup>La artrosis es la desaparición progresiva del cartílago que limita el juego de la articulación, con la consecuente atrofia muscular, dolor; rigidez de ligamentos y tendones conexos; debilitamiento de las propiedades del líquido sinovial.

- Enf. Metabólicas
- Enf. Dermatológicas
- Enf. Neurológicas
- Traumatismos

Los síndromes mencionados serán tomados en cuenta para una congruente elaboración del programa arquitectónico.

### 2.3 Gerontología y Geriatría en el Perú

Para empezar se debe tener en claro algunos conceptos y de esta manera tener una visión en conjunto de la Gerontología. Empezaremos definiendo que la Gerontología etimológicamente proviene de **geron** que significa viejo y **logos** que significa estudio o tratado. El término aparece en 1903, cuando Michel Elie Metchnikoff (1845-1916)<sup>15</sup> propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida".



Fuente: Fotografía elaborada por el MINSA

Hoy en día la Gerontología se define como ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (psicológicos, biológicos, sociales) pues estos aspectos influyen de manera directa en la forma como el ser humano asume su proceso de envejecimiento.

---

<sup>15</sup>Sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nóbel de Medicina y Fisiología en 1908.

Al analizar al ser humano desde el enfoque integral de la Gerontología observamos que existen aspectos que permanecen en un constante inter juego, es decir que cuando se afecta uno de ellos necesariamente se afectan los demás, estos aspectos son los que a continuación se desarrollarán.

### **2.3.1 El aspecto biológico**

Este aspecto trata el proceso de envejecimiento y el declive normal a nivel estructural y funcional del organismo. Es decir, analiza todos los cambios físicos normales y patológicos que se pueden dar durante esta última etapa del ciclo vital. Este aspecto considera la ancianidad normal como una condición física carente de enfermedad aguda y propone que el envejecimiento saludable en lo orgánico, presenta componentes genéticos, medioambientales y psicosociales.

### **2.3.2 El aspecto psicológico**

Analiza todas las habilidades cognitivas y afectivas del adulto mayor no obstante solo desde hace pocos años la psicología trata el envejecimiento, por tanto, las teorías y esquemas que utiliza son rudimentarios frente a lo que existe en las áreas tanto infantil como de adolescencia. Los campos que se analizan para afianzar este aspecto, son los siguientes:

- a) Inteligencia, son las aptitudes mentales y capacidad de razonamiento dividida en Inteligencia fluida y cristalizada. Se entiende la inteligencia fluida como la aptitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información. Está basada en la carga biológica del individuo.
- b) Inteligencia cristalizada, se basa en el producto de la educación, los conocimientos y la experiencia que se adquiere en el seno de una cultura.

- c) Memoria, es la facultad de reproducir en la conciencia ideas o impresiones pasadas, se clasifica según la proximidad de los hechos en: memoria inmediata o primaria (hasta 30 segundos), memoria reciente (varios días), memoria remota o secundaria (pasado lejano recordado), memoria terciaria (pasado lejano no recordado). Su pérdida no es inevitable ni irreversible en la tercera edad según recientes investigaciones (si no existe alguna enfermedad).
- d) Creatividad, se refiere a la originalidad e inventiva para resolver un problema.
- e) Personalidad, es tal vez la más compleja en el estudio del aspecto psicológico de un individuo por ser esta única para cada persona; esta comprende características individuales, formas de ser, estilos de vida.
- f) Identidad, se basa en la integración del conocimiento que el individuo posee, de su potencial físico y mental, de sus ideas, motivos, objetivos, roles sociales y limitaciones.
- g) Autoconcepto, se refiere al concepto que cada persona tiene de si misma es decir al juicio del sujeto en relación con lo que él mismo y los demás piensan sobre su persona.
- h) Razonamiento, proceso mental que introduce orden en el caos de datos recogidos por la mente a través de la percepción y el aprendizaje. La capacidad para la formación de conceptos puede disminuir con la edad, pero no es independiente de la capacidad de aprendizaje o de la inteligencia, así que hay personas de edad que mantienen esta capacidad plena.

### **2.3.3 El aspecto social**

Este trata la influencia que tiene la sociedad sobre el individuo, por ello se estudian los siguientes tópicos:

- Status: Define la posición social en sus aspectos adscritos y adquiridos
- Aspectos adscritos: pertenecen al individuo sin su esfuerzo – edad, sexo, clase social de origen, carga genética.
- Aspectos adquiridos: Conseguídos por el esfuerzo del individuo – clase social alcanzada, posición lograda rol: Esquema global de interacción

La suma de status y roles definen la posición individual del sujeto. Posición que muchas veces se ve desplaza llegada esta etapa.

- Conflictos generacionales: se refiere a la oposición entre diferentes grupos generacionales.
- Socialización: se refiere a proceso por el cual el individuo aprende comportamientos correctos e incorrectos dentro de la sociedad en la que se encuentra; lo bueno y lo malo.
- Resocialización: es el proceso que reconstruye las relaciones sociales rotas, luego de muchos años de desempeño de roles establecidos: esposo, padre, trabajador, y que obliga a aprender las obligaciones y derechos de los nuevos: abuelo, viudo, jubilado. Vale citar que el espacio a crear tiene como concepto base el antes mencionado.

Esto es lo que conforman los aspectos bio – psico - sociales del individuo; y estos dan el enfoque integral de la gerontología.



Fuente: Fotografía elaborada por el CGP.

Existen otros aspectos que también se mantienen en relación con los mencionados: el ecológico y el espiritual; no obstante estos varían dependiendo la región o el país donde se encuentra el individuo, por esta razón su estudio aún está en construcción. Se afirman que estos aspectos se relacionan entre si creando un solo sistema, el sistema humano.

Este enfoque es un enfoque moderno que se ha comenzado a trabajar buscando el estudio integral de la vejez, para lograr en las personas un envejecimiento saludable. La Gerontología está basada en los siguientes campos específicos:

- La Geriatría es una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en la senectud es decir resuelve los problemas de salud de los ancianos. Tiene por objetivo la recuperación funcional del anciano enfermo e incapacitado para conseguir el máximo nivel posible de autonomía e independencia, facilitando así su reintegración a una vida autosuficiente en su domicilio y entorno habitual. Los fines propios de esta especialidad son:
- El desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos, que de forma aguda y subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social.
- La movilización de todos los recursos para integrar a la comunidad el mayor número de ancianos posible.
- La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten.
- La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad.

Finalmente, se tiene como dato que solo existen 125 médicos geriatras a nivel nacional según el Dr. Parodi. Cifra que evidencia la falta de profesionales para servir a esta población que va en aumento.

- La **Gerontología Social** es la disciplina que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos. Es una área de la Gerontología, que se ocupa de estudiar y medir el impacto de las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientes en el fenómeno de envejecimiento de ser humano, así como, sus consecuencias en la PAM. Pero sobretodo, frente a esta realidad, la Gerontología Social, propone, desarrolla y lidera acciones de cambio para mejorar el estilo de vida y lograr el bienestar integral de ésta población.
- La **Psicogeriatría**, Psiquiatría Geriátrica o Gerontopsiquiatría es una ciencia que surge de la Psiquiatría y trata los trastornos propios de la vejez como son los trastornos de adaptación, diferentes aspectos de la personalidad, trastornos afectivos, trastornos psicóticos y especialmente las demencias propias de la tercera edad.

Las personas, en la etapa de la vejez, tienen unas condiciones biológicas y psicosociales que pertenecen al campo de la Psicogeriatría, y no al de la Psiquiatría propiamente dicho, ya que los "trastornos" que padecen las PAM son propios de la edad.

- La **Psicología Geriátrica**. es una disciplina biopsicosocial recortada de la medicina neurológica, la psiquiatría y la psicología general y tradicional que diagnostica, investiga e interviene terapéuticamente en un vasto repertorio de enfermedades del cerebro de las personas mayores tanto neurológicas, psiquiátricas como neuropsiquiátricas.

En consecuencia, el presente trabajo entiende la geriatría como la especialidad que se avoca a las patologías del adulto mayor. Y que la gerontología es el campo que se orienta a determinar

un estilo de vida apropiado para el adulto mayor basado en los aspectos físicos, mentales y sociales. Adicionalmente, se debe determinar las competencias de los profesionales sanitarios en la atención a estas personas. Es decir: médico general, geriatra, psicogeriatra, técnico en geriatría, enfermeras, técnicos en fisioterapia.

La Gerontología en el país ha tomado mayor importancia con la creación de la Sociedad de Gerontología y Geriatría del Perú (**SGGP**) que es una asociación civil sin fines de lucro, representada por médicos de la especialidad en geriatría, constituida para lograr los altos fines establecidos en su estatuto. Su fecha de fundación es el 20 de noviembre de 1978, la sede es la ciudad de Lima, pero cuenta con varias filiales dentro del país. Esta se rige por sus estatutos sociales, el Reglamento de Funcionamiento de Instituciones Médico Científicas del Colegio Médico del Perú y supletoriamente por el Código Civil. Además, está afiliada a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Gerontología y Geriatría y a su ente normativo mundial, la International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) fundada en 1950, esta institución busca reunir a los geriatras del país para crear conciencia y conocimiento sobre el proceso saludable de la PAM.

Es imperativo citar que en el Perú existen entidades que buscan orientar y concientizar a la sociedad en general sobre la geriatría y gerontología tales como:

- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Academia Latino Americana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA)
- Red de Municipios Saludables
- Sociedad de Gerontología y Geriatría del Perú
- Asociación de Geriatría y Gerontología de las Fuerzas Armadas y Policiales
- Asociación de Enfermería Gerontológica del Perú
- Instituto de Geriatría y Gerontología de la UPCH
- CASPAM Centro de Apoyo para Personas Adultas Mayores



- ONG Vena Solidaria
- Consorcio Perú, Envejecimiento y Desarrollo
- Asociación Adulto Feliz
- Red ANAMPER Red Nacional de Asociaciones de Adultos Mayores del Perú
- Red Latinoamericana de Gerontología Caritas del Perú

En relación a la infraestructura para la atención del AM en nuestra nación, se tiene conocimiento que el 01 de julio de 1984 en el hospital Almenara, perteneciente a Seguro Social, por gestiones del Doctor Jorge Aguayo se creó el servicio de Gerontología y Geriátrica. Como primera institución orientada a la atención del AM.

Actualmente, la infraestructura sanitaria asistencial para las PAM en nuestro país se encuentra diversificada tanto en el sector privado y público pero se puede agrupar de la siguiente manera:

**a) CHG (Clínicas y Hospitales Geriátricos)**

Instituciones médicas dedicadas al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Además, proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas.

Los hospitales brindan un servicio integral albergando al paciente y realizando un monitoreo constante de la dolencia. Los servicios que brinda son:

- Oftalmología
- Odontología
- Cardiología
- Neurología
- Gastroenterología
- Traumatología y ortopedia

- Neumología
- Otorrinolaringología
- Psicología Geriátrica
- Nutrición Geriátrica
- Rehabilitación

La presente tomará los servicios básicos que brinda, ya que es un centro de atención diurno. Al evaluar la estancia de los usuarios se llegó a la conclusión que el servicio demandaría mayor costo y personal permanente.

Además de lo expuesto, cabe resaltar lo siguiente, “de acuerdo a la OMS y a las encuestas realizadas por EsSalud, lo mejor para el anciano es que viva el mayor tiempo posible en forma autónoma, socialmente integrado, en su barrio y en su casa si es viable, ya que a medida que envejece le es cada vez más traumático mudarse”.

**b) CEMFR (Centro Especializado en Medicina Física y Rehabilitación Trauma Neurológica)**

Es un centro de fisioterapia para los tratamientos contra diversos tipos de dolores y disfunciones físicas, lesiones traumatológicas, neurológicas, deportivas, entre otras. Los servicios que ofrece son:

- Termoterapia (calor)
- Crioterapia (frío)
- Hidroterapia (cuerpo entero, extremidades superiores e inferiores)
- Ultrasonidos
- Corrientes especiales
- Electromagnetos
- Mecanoterapia
- Manuales terapéuticas
- Recuperación Funcional Post Trauma
- Restablecimiento de Lesiones Neurológicas (parálisis facial, parálisis de nervios periféricos, hemiplejías y neuralgias).
- Alivio del dolor y recuperación de la movilidad

- Recuperación de Problemas de Columna
- Terapia Física Deportiva (Gimnasio)
- Artritis
- Artrosis
- Fibromialgia
- Dolor de Espalda
- Parálisis Facial
- Esguince
- Tendinitis
- Desgarro Muscular
- Bursitis
- Lesiones Deportivas
- Fascitis
- Plantar
- Gonalgia
- Síndrome del Túnel del Carpo
- Escoliosis
- Hernias
- Hemiplejias
- Dinámicas cognitivas

Vale citar que los servicios fisioterapéuticos son relevantes en el campo de Gerontología, además, estos son muy necesarios en la actualidad para la población a atender.

**c) CAM (Centro del Adulto Mayor/ Essalud)**

Los Centros del Adulto Mayor son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo. Se desarrollan en la mayoría de estos centros las siguientes actividades.

- Taller de educación emocional

- Taller de memoria
- Talleres de auto cuidado
- Talleres artísticos
- Talleres de cultura física
- Taller de actualización cultural
- Taller de alfabetización
- Talleres productivo de bienes y servicios
- Talleres ocupacionales
- Talleres de ciberdiálogo
- Turismo social
- Asistencia social (comedor, asesoría legal, etc.)
- Programa red de soporte familiar
- Huertos familiares y medio ambientes
- Eventos deportivos y recreativos

Según la doctora Elisabeth Simbort (Directora del Área de Protección al Adulto Mayor de ESSALUD) existen 111 Centros del Adulto Mayor a nivel nacional de los cuales 37 operan en Lima metropolitana y solo 2 son de propiedad de Essalud. Cabe resaltar que todos los centros son edificios adaptados a esta función, y cada día son más las personas que participan de sus actividades.

## **2.4 Edificios Referenciales**

### **a) Edificios Referenciales a Nivel Internacional**

#### **a.1) Ficha Técnica de la Casa para la Tercera Edad - España**

Proyectada por: BCQ Arquitectos

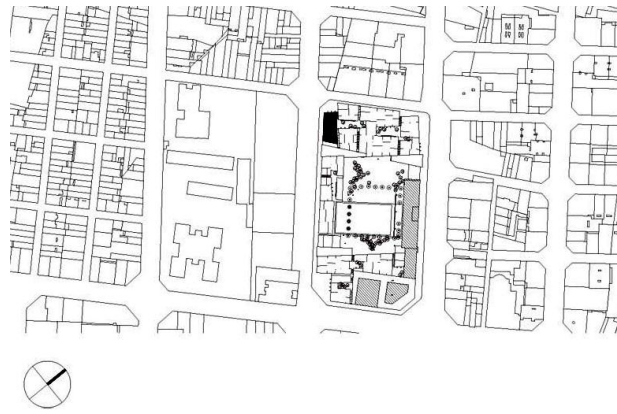
Cliente: Ayuntamiento de Barcelona, Distrito Horta Guinardó (España)

Ubicación: Horta-Guinardó, Barcelona, España

Arquitectos: Baena Casamor Arquitectes

Superficie: 1.144 m<sup>2</sup>

Proyecto: 2005-2006



Fuente: Plataforma Arquitectura

El objetivo principal es conseguir un edificio confortable para la tercera edad, un espacio en el que sus usuarios se encuentren a gusto, un lugar con el que se puedan identificar. Por esta razón se escogen materiales de construcción y acabados conocidos, materiales cálidos y confortables –como la cerámica y la madera- en general, una imagen arquitectónica doméstica y próxima.



Fuente: Plataforma Arquitectura

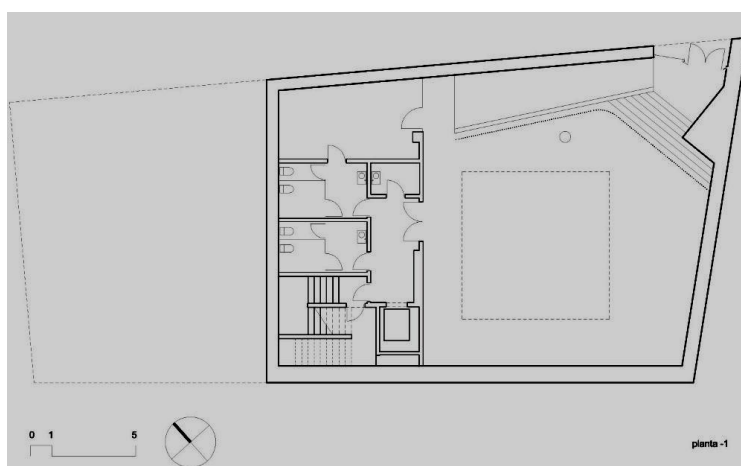
La forma en planta del edificio se adapta fielmente al espacio disponible en uno de los Jardines Príncipe de Girona. El edificio se plantea estrechamente relacionado con el parque, un volumen que participa del lenguaje, de los materiales y del funcionamiento del parque. De hecho, a menudo se piensa en el edificio como un pabellón del parque, un mirador desde el cual los usuarios pueden dominar visualmente la actividad de los alrededores, en el parque y en la calle.



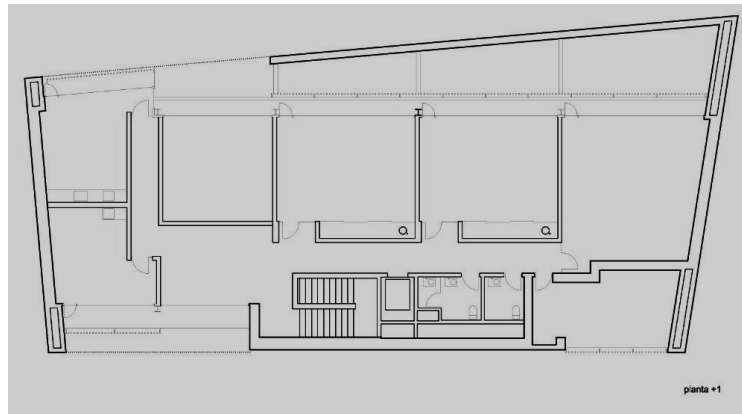
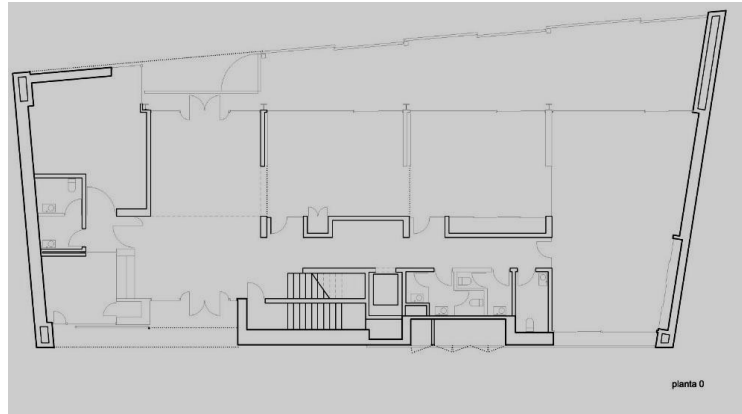
Fuente: Plataforma Arquitectura

“Es muy estimulante para los usuarios contemplar las dinámicas que suceden en la ciudad y a la vez tener un punto privilegiado para observar la naturaleza”, afirman los proyectistas.

El edificio se desarrolla en 3 niveles en un terreno con una pendiente pronunciada. Punto interesante para desarrollar una serie de rampas y de esta manera resolver un acceso cómodo y seguro. La planta baja es permeable; se puede atravesar el edificio por el vestíbulo. De hecho, el edificio es también una nueva puerta de acceso entre la calle y el interior del parque. Creando un relación interesante entre el espacio público y el privado. Una de las plazas del parque, se pavimento con madera, generando un nuevo acceso a través del edificio.



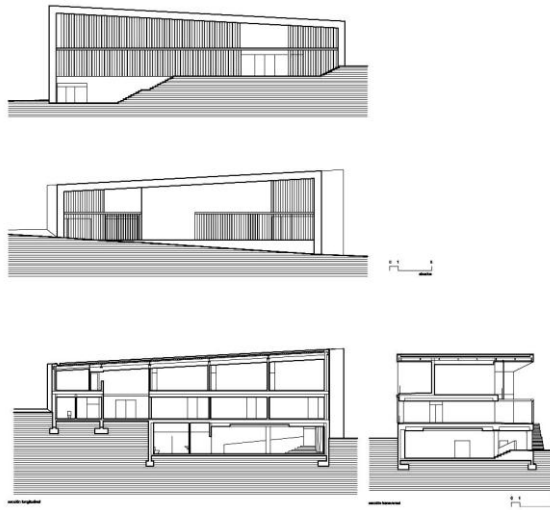
Fuente: Plataforma Arquitectura



Fuente: Plataforma Arquitectura

El enchape de cerámica tipo ladrillo desciende por las fachadas menores hasta el suelo y da al volumen la imagen de un gran portal. Las fachadas mayores, de ventanales acristalados y entramado de madera, buscan un cierto parentesco con los pavimentos de madera y el mismo mobiliario urbano del parque. Adicionalmente, el edificio cuenta con un elevador, contemplando la posibilidad que a futuro existan usuarios con movilidad reducida.

Finalmente, se puede apreciar que la planta está basada en trazos ortogonales pero ello no quita poder realizar ciertos quiebres; es importante mencionar esto, ya que las formas sinuosas no son apropiadas para esta población, crean confusión y podrían devenir en tropiezos y caídas que son negativas para el adulto mayor.



Fuente: Plataforma Arquitectura





Fuente: Plataforma Arquitectura

### a.2) Ficha Técnica de la Casa de Día - España

Proyectado por: Flexo Arquitectura

Cliente: Consorci Recursos Sociosanitaris, Conselleria Benestar Social (España)

Ubicación: C/ Pensament 5. Palma de Mallorca, España

Arquitectos: Flexo Arquitectura Col: Albert Jener, Cristina Oliver

Superficie: 530 m<sup>2</sup>

Fecha proyecto: 2009



Fuente: Plataforma Arquitectura

En un terreno de 1141m<sup>2</sup>, con fachada en tres calles y retranqueo obligatorio de 3mts a vial, se propone un centro de estancias diurnas y actividades colectivas para personas mayores con

movilidad reducida. La propuesta parte de tres principios elementales que a continuación se explican.



Fuente: Plataforma Arquitectura

1. Áreas colectivas: Interpretamos el proyecto como una oportunidad para intensificar las relaciones colectivas en el centro. Por ello, organizamos el programa en una sola planta alrededor de un gran jardín con dos pinos existentes y orientado a sur.



Fuente: Plataforma Arquitectura



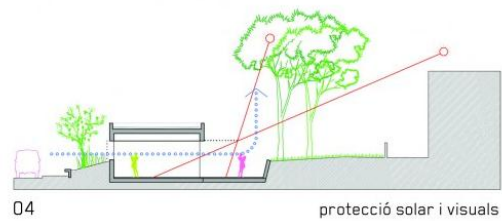
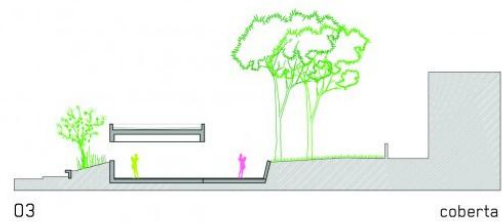
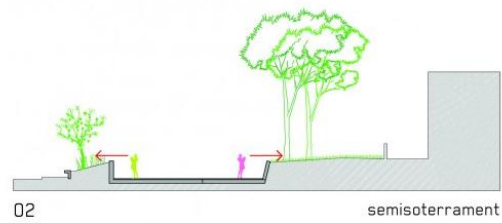
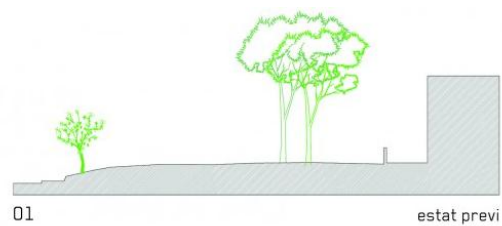
Fuente: Plataforma Arquitectura

El jardín, que quedará semienterrado para protegerse del viento, de las vistas de los peatones y para disponer el plano natural de terreno a la altura de la vista del usuario, articulará y vertebrará todas las actividades colectivas del centro institucionalidad.

Espacio público, proponemos consolidar el carácter institucional del centro, como elemento articulador de la zona, unificando todos los elementos de fachada con el color blanco y creando espacios públicos los tres metros de separación a la calle. Este dota de un área de relación colectiva alrededor del edificio y previo a la entrada del mismo. Punto relevante para los usuarios ya que se dan dinámicas cotidianas pero en un espacio adecuado para gente de movilidad reducida.

## 2. Intercambio climático

La configuración volumétrica, la geometría del patio semienterrado, la orientación y la definición de la pérgola y la fachada, ofrecen las siguientes ventajas; garantizan la protección solar en verano, el control lumínico, control visual y la ventilación natural cruzada en todos los puntos del edificio.

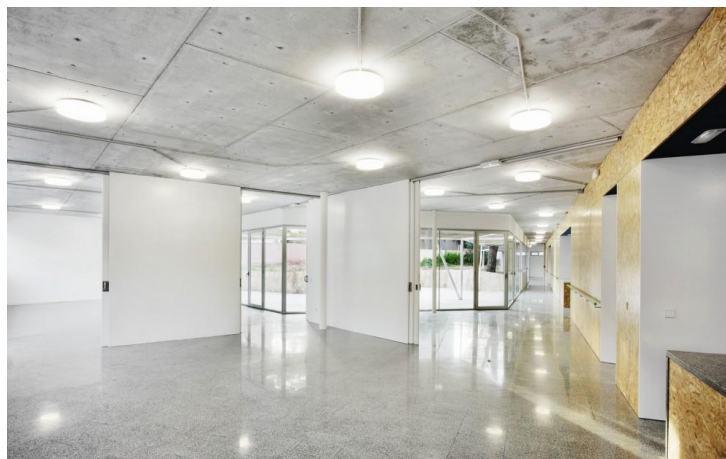


Fuente: Plataforma Arquitectura

### 3. Recursos Disponibles

Frente a la limitación económica, se dará una respuesta híbrida, que combinará materiales y técnicas locales (marés, mortero proyectado, alicatado cerámico, encañizado, etc.) con materiales y técnicas industriales (malla metálica, policarbonato, tableros osb, etc.). De esta manera, se podrán optimizar los recursos que ambos sectores ofrecen.

El diseño demuestra que un edificio accesible no está asociado a un edificio de costo elevado muy por el contrario cuando se planifica en simultáneo programa y espacialidad. Dan como resultado infraestructura adecuada y adaptable.



Fuente: Plataforma Arquitectura

## b) Edificios Referenciales a Nivel Nacional

A nivel nacional, se han tomado como edificios referenciales un centro de atención médico ambulatorio para el adulto mayor, denominado: Hospital II Centro Geriátrico de Essalud - San Isidro Labrador, y tres centros de permanencia diurna para el adulto mayor, denominados: Centros del Adulto Mayor Barranco, Centros del Adulto Mayor Comas, Centros del Adulto Mayor Cercado, los mismos que se analizan dentro de este punto y se citan más adelante.

Los centros de atención médico ambulatorio tienen como brindar atención de alta complejidad médica y estabilizar los pacientes de emergencia. Además es complementado con un área de hospitalización favoreciendo la recuperación de los usuarios

Los centros de permanencia diurna para el Adulto Mayor (CAM), son espacios en donde se dan encuentros intergeneracionales dirigidos a personas de más de 60 años o jubilados. Se pueden citar tres campos a los que se abocan con el fin de tener PAM saludables, estos son: actividades motrices, actividades lúdicas, actividades intelectuales. Según la Doctora Marlene Moquillosa (Directora del Área Asistencial) comenta que en los últimos años estos centros han tomado gran protagonismo y esto se ve reflejado en la participación por parte de los usuarios. Al mismo tiempo el 32% de asegurado entro a estos centros con un cuadro de depresión. Situación frecuente en esta etapa.

### ARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES DE BIENESTAR Y PROMOCIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR ENERO A DICIEMBRE 2008 - 2009

CUADRO 1

COBERTURA Y ACTIVIDADES	NUMERO DE PARTICIPANTES		COMPORTAMIENTO PORCENTUAL DEL NIVEL DE PARTICIPACIÓN
	2008	2009	
1 PROGRAMA ESTILOS DE VIDA PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO	482,168	773605	60%
Taller de Educación Emocional	10,580	21012	99%
Taller de Memoria	12,043	23227	93%
Taller de Autocuidado	26,897	43703	63%
Taller Artístico	29,561	62133	110%
Taller de Cultura Física	34,948	93238	167%

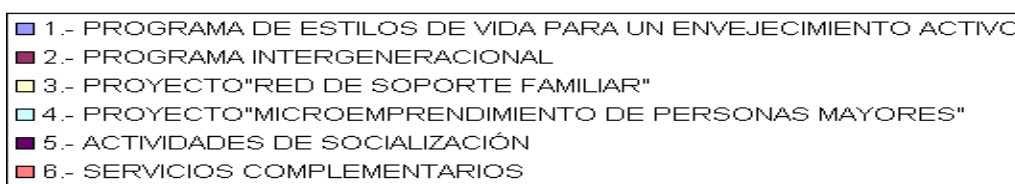
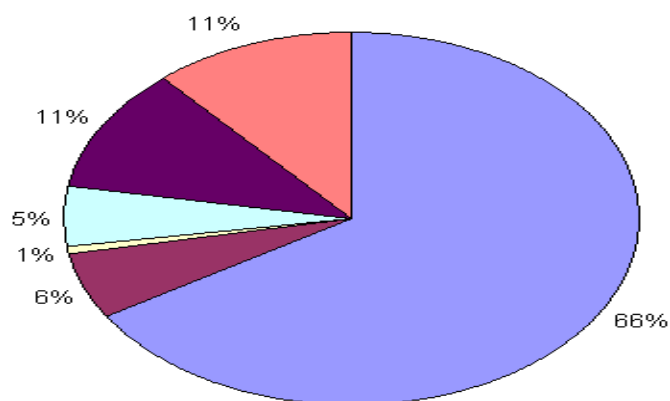
	Taller de Actualización Cultural	5,605	17788	217%
	Taller de Alfabetización	482	1652	243%
	Eventos Deportivos y Recreativos	16,382	74432	354%
	Turismo Social	29,676	36989	25%
	Huertos Familiares y Medio Ambiente	3,150	3950	25%
	Comedor Social	312,844	395481	26%
<b>2</b>	<b>PROGRAMA INTERGENERACIONAL</b>	<b>25,284</b>	<b>68268</b>	<b>170%</b>
.-	Eventos de Integración Intergeneracional	24,791	38329	55%
	Campañas de Sensibilización(*)	493	29939	5973%
<b>3</b>	<b>PROYECTO RED DE SOPORTE FAMILIAR</b>	<b>3,344</b>	<b>23166</b>	<b>593%</b>
.-	Campaña de Educación Social "Del maltrato hacia una Cultura del Buen Trato del Adulto Mayor"	2,884	21226	636%
	Servicio de Voluntariado a la Familia	460	1940	322%
<b>4</b>	<b>PROYECTO MICROEMPREDIMIENTO DE PERSONAS MAYORES</b>	<b>23,238</b>	<b>53235</b>	<b>129%</b>
.-	Taller Ocupacional	22,261	41105	85%
	Taller Productivo de Bienes y Servicios	977	12130	1142%
<b>5</b>	<b>ACTIVIDADES DE SOCIALIZACION</b>	<b>144,401</b>	<b>192081</b>	<b>33%</b>
.-				
<b>6</b>	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</b>	<b>90,973</b>	<b>135983</b>	<b>49%</b>
.-				

(\*) Se informa sólo las campañas realizadas.

Fuente: Sub Gerencia de Protección al Adulto Mayor- Gerencia de Prestaciones Sociales  
Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales

Fuente: Cuadro elaborado por ESSALUD

Al mismo tiempo comenta que los programas de estilo de vida saludable son los de mayor participación y mitigan los cuadros de depresión, esto se da a nivel nacional. Como ya se mencionó el generar una cultura con relación al envejecimiento es uno de los motivos en que se fundamenta la tesis en desarrollo.



Fuente: Grafica elaborada por ESSALUD

Lima Metropolitana concentra el 53% de participantes (657539 Per.) del total a nacional. Se puede ver que el mayor porcentaje de participantes está también en el programa estilos de vida para un envejecimiento activo con un 66%, seguido de las actividades de socialización y servicios complementarios con un 11% cada uno, luego el programa intergeneracional con 6%, micro emprendimientos con 5% y finalmente el proyecto Red de soporte familiar con 1%.

Haciendo un análisis más minucioso vemos que el mayor porcentaje de participación se da en el comedor social con 36%, servicios complementarios 11%, 10% actividades de socialización y 9% cultura física entre otros. Afirma la Doctora Moquillosa.

Con respecto a la infraestructura, la doctora Elisabeth Simbord (Área de Protección al Adulto Mayor de ESSALUD) comenta que existen 137 CAM a nivel nacional de los cuales 37 operan en Lima metropolitana y de ellos



solo 2 son de propiedad de Essalud. Además, aclara que todos los CAM son edificios adaptados a esta función y muchas veces no tiene comodidad y seguridad apropiada para esta población.

### **Centros de permanencia diurna para el Adulto Mayor (CAM)**

#### **b.1) CAM - BARRANCO (EsSalud)**

“El centro es de propiedad de Essalud, está ubicado en la Avenida Grau 705 – Barranco, el radio de acción de este centro son los distritos aledaños”, comenta el promotor y responsable del centro, Fernando Pastor Espino.

El centro se ubica en una casona de estilo republicano, de primera mano apreciamos 2 niveles. Los espacios son de usos múltiples donde se realizan dinámicas de hasta 20 personas.



Elaborado por el autor

El primer nivel cuenta con un patio posterior espacio que ha sido techado y en el cual es posible de realizar mayor número de programas albergando en promedio 50 personas. El piso en general es de concreto pulido permitiendo tener un buen estado ya que el tránsito de personas es alto; sin embargo, desearían contar con algo más apropiado para los AM, comenta el promotor.



Elaborado por el autor



Elaborado por el autor

Por otro lado, el segundo nivel no es utilizado frecuentemente porque la circulación es muy prolongada (26 peldaños) y a la vez angosta. Los usuarios desearían poder contar con un montacargas, al menos, pero esto demandaría realizar alteraciones estructurales y un gasto que no contempla el presupuesto destinado a los CAM.

Finalmente, tras la visita se pudo recoger la necesidad de instalar pasamanos, ya que estos son muy necesarios y requeridos por parte de los asegurados; los mismos que también comentaron acerca de su necesidad de contar con áreas verdes.



Elaborado por el autor

#### b.2) CAM - COMAS (EsSalud)

Este centro, de propiedad de Essalud y con dirección en Av. Túpac Amaru km. 901 urb. Huaquillay - Comas, “cuenta con gran afluencia por parte de sus asegurados y población de comunidades aledañas, a pesar de ser Comas un distrito de consolidación reciente”, comenta la promotora y responsable del centro Sr. Norma Gonzales Muñoz.



Elaborado por el autor

El edificio es de un solo piso pero cuenta con un segundo nivel que se ha acondicionado para brindar más servicios, pero esto no es lo correcto. El primer piso es una planta libre que funciona como sala de usos múltiples, como se aprecia en la foto inferior.



Elaborado por el autor

El acceso al segundo piso está resuelto por una escalera funcional, más no óptima para los usuarios.



Elaborado por el autor

Un punto relevante a mencionar son las vigas invertidas que atraviesan de lado a lado este piso, dificultando el libre desplazamiento. La solución fue poner escaleras adosadas a las vigas, pero terminan poniendo en riesgo a los usuarios, más aun encontrándonos en un país de actividad sísmica (ver foto). La promotora comentó esta necesidad.



Elaborado por el autor

### b.3) CAM - LIMA CERCADO (EsSalud)

“El centro se desarrolla en un espacio es alquilado, con un superficie de 280 m<sup>2</sup>. Se ubica en el Pase Colon # 323 en el CHL. Es interesante citar que su operatividad es reciente pero tiene mucha acogida por parte de los asegurados y la comunidad aledaña, comunidad que está ávida de estos servicios”, cometa la promotora y responsable del centro la Sra. Clotilde Meza Menchego.



Elaborado por el autor

El centro se desarrolla en un solo piso; en un edificio republicano de tipología doméstica, el cual presenta un esquema de corredor central y espacios adyacentes que adicionalmente es acompañado de un corredor lateral. Distribución que no es la idónea para un centro de estas características.



Elaborado por el autor



Elaborado por el autor

Finalmente, el segundo salón funciona como sala de usos múltiples. Espacio necesario para los programas que brinda el CAM, testifica la promotora. Además, manifiesta que estos centros tendrían mayor acogida si son completados con especialidades geriátricas.



Elaborado por el autor

### b.3) CAM - SAN ISIDRO (EsSalud)

“Este centro es alquilado, sin embargo, tienen más de 40 programas que brindan a sus asegurados, puesto que el centro es amplio y cuenta con un gran patio techado de 200 m<sup>2</sup> aproximadamente”, comenta la promotora y responsable del centro, la Sra. María Medina Gongora.

Está ubicado en la Av. Del Bosque 290- San Isidro. La edificación se desarrolla en 2 niveles es de tipología doméstica con una estética rural (estilo Tudor contemporáneo) y además cuenta con espacios amplios organizados a partir de un recibidor adyacente a la circulación vertical y finaliza en un patio posterior.



Elaborado por el autor

Los programas de mayor acogida son los de índole cultural y artísticos ya que cuentan con una biblioteca, salón de charlas y taller de arte.



Elaborado por el autor





Elaborado por el autor

Un programa interesante a mencionar es el taller de autoestima en el cual los usuarios manifiestan sus vivencias y plantean soluciones para vivir de una manera plena.



Elaborado por el autor

El cuidado de la persona es relevante en esta etapa, por ello cuentan con maquinaria para rutinas de mantenimiento físico. Complementado con un salón de cuidado unisex.



Elaborado por el autor

La promotora manifiesta que las simulaciones carecen de pasamanos óptimos y ello algunas veces ha causado accidentes, pudiendo evitarse si contara con ellos pero al ser un edificio alquilado no se puede instalar estos elementos



Elaborado por el autor

Los espacios de índole artística se ubican al bajo techo y al aire libre, hecho que motiva a otras personas en involucrarse en ellos. Como menciona la promotora estos centros de interacción generacional repercuten de manera positiva en la autoestima de los usuarios. Además esta población asume un compromiso absoluto con los programas a los que asisten.



Elaborado por el autor

Finalmente el patio posterior es de gran utilidad para los usuarios por ser un ambiente usos múltiples y además de contar con vegetación. Área verde que es cuidada y mantenida por los usuarios a través del programa de horticultura y plantas ornamentales.



Elaborado por el autor

## Centro de atención médico ambulatorio

### b.4) Hospital II Centro Geriátrico de Essalud - San Isidro Labrador

Dirección: Carretera Central Km. 3.5 Santa Anita/ Ate -Lima

Es el primer centro de Essalud que se dedica a atender exclusivamente a adultos mayores. Este Centro Geriátrico de Mediana Estancia es una institución especializada en brindar cuidados especiales, servicios de enfermería y atención médico-geriátrica que requieren los Adultos Mayores dependientes referidos de otros Centros Asistenciales de la Red Almenara (radio de acción, estandarizado por el MINDES) debido a las enfermedades o complicaciones que padecen.



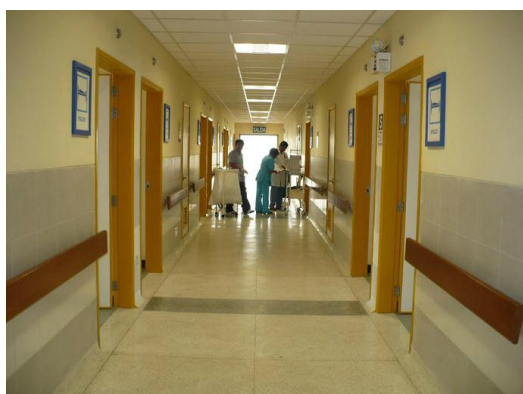
Fuente: Fotografía elaborada por el MINSA

Adicionalmente, incorpora centros de salud de la seguridad social del Cercado de Lima, La Victoria, El Agustino, Ate-Vitarte, Santa Anita y San Juan de Lurigancho.



Fuente: Fotografía elaborada por el MINSA

Tiene por visión ser un hospital líder a nivel nacional e internacional en la atención del Adulto Mayor, en formación de recursos humanos, en investigación científica y desarrollo tecnológico, logrando la satisfacción de nuestros usuarios internos y externos.



Fuente: Fotografía elaborada por el MINSA

Este centro de salud, con dimensiones de hospital, primero especializado de la red geriátrica de todo el país cuenta con los servicios de hospitalización, unidad de vigilancia geriátrica, medicina física y rehabilitación motora, terapia ocupacional e hidroterapia. En el trabajarán nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras y médicos geriátricos.



Fuente: Fotografía elaborada por el MINSA

El Centro San Isidro Labrador se levanta sobre un terreno de 10 hectáreas. Contando con 8.465 m<sup>2</sup> techados que se desarrollan en 4 pisos. Vale citar que el edificio se desarrolla bajo el esquema de corredor principal y espacio laterales, con ello se privilegia el aprovechamiento de la luz natural y el dominio visual del entorno.

Además, cuenta con las 180 camas, y demás servicios requeridos para un establecimiento de salud de complejidad I3, tal como lo ordena la “Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud” y la “Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Emergencia” (ver anexo).



Fuente: Fotografía elaborada por el MINSA

### **CAPÍTULO III**

#### **LA ACCESIBILIDAD**

Luego haber presentado un panorama de la situación del Adulto Mayor pasaremos a enfocar la accesibilidad y su relación con la arquitectura. Tras consultar el diccionario de la RAE encontraremos por definición de accesible los conceptos de alcanzable, cercano, próximo, asequible, abordable, cordial, afable, comprensible, inteligible, fácil, sencillo.

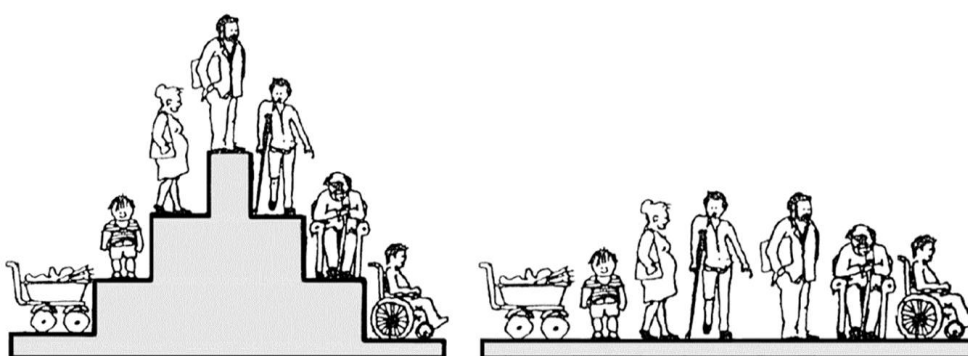
Teniendo claro esto, uno se pregunta ¿Qué relación existe entre Arquitectura y accesibilidad? Las respuestas son diversas, pero la realidad refleja un panorama trágico. Ya que se hacen grandes inversiones en infraestructura tanto en el campo privado como el público pero manejan un doble moral a la hora de abordar el tema de accesibilidad, ya sea tanto para gente con movilidad reducida o gente con una discapacidad asociada revelando una exclusión absoluta.

Más aun en nuestra sociedad joven, donde se concibe a un prototipo antropométricamente perfecto y en donde se plantea el término de adaptación como algo cotidiano, abalado en que el factor económico predomina sobre los valores éticos y de compromiso para con la sociedad.

En este punto de reflexión, en el que se apoya la presente tesis, planteando un diseño viable, óptimo y de calidad donde el usuario tenga la mayor autonomía y seguridad en el espacio.

### 5.1 Relación entre Arquitectura y Accesible

El término accesibilidad en arquitectura en este caso, se describe a la posibilidad que tiene una persona de llegar a lugares físicos considerando las capacidades físicas y mentales de cada individuo.



Fuente: Grafico elaborado por el Manual de la Accesibilidad.

El objetivo que se plantea es crear las condiciones necesarias para que las PAM con impedimentos puedan realizar el mismo tipo de actividades que las que no tienen dificultades. Para lograrlo se cuentan con ayuda técnica (normativa, manuales, etc.) y conceptos, que desde el momento de la formulación del diseño de un edificio o una intervención urbana, se deben tener en cuenta .

Además, debemos tomar conciencia de la problemática a la que se han visto sometidas las personas AM durante siglos; en otras palabras, todo espacio cerrado conlleva la necesidad de observar que los elementos arquitectónicos estén libres de obstáculos para las personas con movilidad reducida y con limitaciones sensoriales. Pero no solo hay que hacer arquitectura para discapacitados sino también hacerla accesible a todos/as es decir, un adulto mayor, una embarazada, una mamá con cochecito, una persona que se quebró una pierna, quienes necesitan de

una arquitectura amable que les haga más fácil acceder a lo que necesiten por sus propios medios.

La legislación, la práctica, el diseño se unen a fin de generar espacios que permitan una mayor movilidad, seguridad y comodidad. Esto no quiere decir que se tendrán que romper fachadas patrimoniales, no que hay que "afear" una fachada sino que hay que buscar la mejor solución al problema de la accesibilidad, para eso hay rampas, elementos mecánicos, cambios de puertas, etc.

Se debería pensar, en el hecho que hacer un edificio nuevo accesible cuesta 7% más, mientras que rehabilitarlo o adaptar uno existente, termina costando un 21% más en promedio, comenta el Arq. Baena Casamor.

Las cartas están echadas. Tenemos que formarnos para poder hacer la arquitectura viable pero de un modo natural, pensar los proyectos incorporando los conceptos de accesibilidad.

A la par se van formando nuevos arquitectos que se desarrollan en la investigación y ejecución de formas alternativas de diseño, construcción y adaptación de los espacios públicos y privados para permitir un acceso adecuado a las edificaciones en general.

Los espacios para las PAM deben apuntar fundamentalmente a tres aspectos: comodidad, seguridad y movilidad, esto puede lograrse con un mobiliario cuidadosamente seleccionado y bien distribuido. Diseños que satisfagan la eliminación de barreras arquitectónicas y que estén asociados a un compromiso con los usuarios.

Hay que tener en cuenta que la dependencia le genera al AM frustración, impotencia, le quita calidad de vida, se ve gradualmente encerrado dentro de un laberinto de imposibilidades, tiende a deprimirse, a aislarse, y se enferma.



Un ambiente correctamente diseñado para esta etapa de la vida le permite al AM autovalerse en mayor o menor medida. Esto habla de un aumento de la autoestima, la independencia y de la dignidad del AM.

Para poder aproximarnos a un diseño accesible se debe tener claramente definido las siguientes pautas basadas en la Norma A120 del Reglamento Nacional de Edificaciones:

- Escaleras:

Señalización: Se colocarán franjas de señalización de textura y color contrastado antes del primer escalón y después del último. Serán de la misma longitud del escalón y se prolongarán 1,20 m en ambos extremos. Estas franjas tendrán un pavimento táctil de acanaladura paralelo al borde de las escaleras y bien contrastado visualmente al resto del pavimento circundante. La sección de acanaladura será mayor en las escaleras en exteriores que la usada en escaleras en interiores. Este pavimento se instalará zona de llegada.

La iluminación debe evitar deslumbramientos en el ascenso y el descenso. Si el nivel de iluminación natural de la escalera es bajo, se incrementará con luz artificial.

La zona de llegada o de arranque deben tener mínimo 1,20 m. Su ancho coincidirá al menos con el de la escalera, y este dependerá del flujo de personas y del uso al que esté destinado el edificio. El siguiente listado muestra cuáles deben ser esos mínimos en anchura:

- Espacios de uso público:

Cruces ocasionales  $\geq 1,20$  m

Cruces habituales  $\geq 1,50$  m

Cruces continuos  $\geq 1,80$  m

- Viviendas  $\geq 1,05$  m

Los peldaños debe ser de un material antideslizante, ser fijo u uniforme.

Los paso y contrapaso deben tener medidas uniformes

Aunque la normativa marca la altura máxima de la tabica entre 16 cm y 18 cm (dependiendo de la comunidad autónoma) la ideal es que esta altura se aproxime a 15 cm. Todos los peldaños de un mismo tramo tendrán la misma altura. El ángulo de inclinación de la escalera deberá estar entre  $25^\circ$  y  $30^\circ$ . El peldaño deberá tener forma continua, con tabica y sin bocel. No se incluirán escalones compensados ni peldaños aislados. Todos los escalones deberán incluir, en la huella, una banda antideslizante de 5 cm de anchura y ubicada a 3 cm del borde del peldaño, quedando encastrada en el escalón y abarcando toda la longitud del mismo.

- Plataformas elevadoras:

Estos dispositivos suponen una solución para salvar las escaleras.

Pueden ser de traslación vertical y de traslación oblicua.

- Rampas:

Dimensiones: Dependerán del flujo de usuarios previsto. Las mínimas serán las siguientes:

Cruces ocasionales  $\geq 1,20$  m de ancho

Cruces habituales  $\geq 1,50$  m de ancho

Cruces continuos  $\geq 1,80$  m de ancho

- Zonas de llegada: suficiente para que quepa un círculo de diámetro mayor o igual a 1,50 metros.

- Descansos intermedios: ancho mínimo igual de la rampa. Fondo mínimo de 1,50 metros.

-Señalización:

Se señalizan mediante franja táctil de acanaladura al inicio y final de la rampa, con las mismas características que las que se instalan en las escaleras.

- Pendiente:

Determinada por la relación entre el desnivel que se debe salvar y la longitud de la proyección horizontal. Las pendientes máximas según la proyección horizontal L del plano inclinado de la rampa, son las siguientes:

Si la longitud de la proyección horizontal es mayor de 6 m y menor de 9 m. la pendiente máxima será del 6%.

Si la longitud de la proyección horizontal es mayor de 3 m y menor o igual a 6 m, la pendiente máxima será del 8%. - Si la longitud de la proyección horizontal es menor o igual a 3 m, la pendiente máxima será del 10%.

- Mesetas:

En rampas largas, insertar mesetas intermedias (como máximo, cada 9 m de proyección horizontal) para el descanso de los usuarios.

- Umbrales:

Si se produce ante una puerta, el espacio entre puerta y plataforma de desembarque tendrá una longitud mínima de 1,20 m más la longitud ocupada por el barrido de la puerta.

- Rampas mecánicas:

Apropiadas en grandes edificios públicos (aeropuertos, estaciones, etc.). Pueden tener pendientes superiores a las de las rampas fijas (hasta 10% con anchura mínima de 1,00 m). Hay que proteger los laterales con barandillas de cristal o chapa metálica. Hay que coordinar la velocidad del pasamanos móvil y la de la rampa.

- Rampas móviles o temporales:

Puede resultar de utilidad cuando no sea posible instalar una rampa fija por falta de espacio. Debe ser segura, estable y de poco peso Elementos comunes: El recorrido de la escalera o rampa estará libre de obstáculos. Los aparatos de iluminación, climatización y megafonía se ubicarán a 2,20

m de altura. La directriz de la escalera o rampa será recta o ligeramente curva.

- Pasamanos:

Se instalarán pasamanos continuos en todo el recorrido a ambos lados de la escalera o rampa. Además, se prolongará 30 cm, hacia abajo para evitar enganches, en el inicio y fin de la misma en los espacios de circulación y de uso. Estos pasamanos serán fáciles de asir, de sección preferentemente circular, con diámetro entre 40 y 50 mm, separado de la pared entre 45 y 55 mm y con sistema de sujeción que permita el deslizamiento continuo de la mano a lo largo del mismo. El pasamanos se colocará a dos alturas: una entre 65 y 75 cm y la otra entre 95 cm y 105 cm, desde el borde de cada peldaño o plano inclinado. Se evitará usar materiales muy deslizantes o que sufran sobrecalentamiento.

El pasamanos puede aprovecharse para colocar correctamente en él información táctil.

- Barandillas:

Los huecos horizontales de la barandilla medirán menos de 12 cm de longitud y no deben facilitar el trepar por ellos. Deben estar firmemente ancladas a los paramentos para evitar movimientos u oscilaciones. Deben soportar las solicitaciones mínimas resultantes de las siguientes cargas:

Carga vertical uniformemente repartida=50 da N/m

Carga horizontal uniformemente repartida

Escaleras y rampas de uso público=100 da N/m

Escaleras y rampas en viviendas=50 da N/m

- Zócalo:

Los peldaños o tramos de rampa que tengan los bordes laterales libres, dispondrán de un zócalo o elemento de protección lateral de 10 cm de altura que podría integrarse en la barandilla.

- Pavimento:

Los pavimentos deberán cumplir las condiciones de accesibilidad que se especifican en la ficha 2.1. Las alfombras deberán eliminarse. Si no

resulta posible, habrá que fijarlas perfectamente a la superficie de la escalera o rampa.

- La Entrada:

Los accesos deben ser mínimo de 1 metro y las puertas deben permitir el paso de una silla de ruedas o una camilla en caso de urgencias.

Si las entradas tienen escalones, convierte a los mayores impedidos en verdaderos prisioneros. Una solución sería reducir la altura de los escalones añadiendo medio escalón. Otra, agregar una baranda para poder tomar impulso al subir y conservar el equilibrio al bajar. Otra posibilidad es utilizar una rampa desmontable o fija para subir en silla de ruedas. (la inclinación recomendable es de 5 grados con un ascenso máximo a 3,5 metros) con la colocación de barandas de seguridad para evitar las caídas.

Si dentro de la casa existieran pasillos largos es importante que tengan pasamanos de ambos lados.

Las escaleras deberán contar con pasamanos de ambos lados

La casa debe contar con portero eléctrico, no solo por comodidad, sino por seguridad y para evitar traslados inútiles.

Los herrajes deberán ser tipo manivela y de color contrastante al de la puerta para facilitar su visualización.

Todos los ambientes deben estar correctamente iluminados.

Los pisos deben ser, en lo posible, lisos, nivelados y mantenidos en buen estado. No deben ser resbaladizos: las superficies más seguras son las de baldosas sin esmaltar, vinilo y de madera sin pulir.

Las alfombras gruesas resultan fatigosas para andar y dificultan enormemente el desplazamiento en silla de ruedas. Las alfombras sueltas son peligrosas, si se quiere usar un felpudo en la puerta es necesario fijarlo al piso.

Evitar encerar pisos y escaleras y no usar patines (en el piso)

Es importante liberar los espacios por los que se circula y acondicionar los apoyos necesarios con muebles estables y fijos, rampas o pasamanos.

Una buena iluminación y una instalación eléctrica bien distribuida hacen más agradable, eficiente y segura la casa.

Los interruptores deben ser instalados de tal modo que todo espacio oscuro pueda iluminarse antes de entrar; para las personas con sillas de ruedas es aconsejable que estén a la altura de los picaportes. Los enchufes deben instalarse a la altura que resulte más conveniente.

Los cables eléctricos son muy peligrosos: es importante no dejarlos sueltos, sino que estén fijos a la pared por encima del zócalo. Se debe realizar un control adecuado de tomas de corrientes, protectores de las mismas, llaves térmicas y disyuntores. Es muy importante tener instalado un disyuntor para evitar accidentes que son poco frecuentes pero mortales.

No usar estufas de gas sin tiro balanceado. Se debe realizar un control periódico por un gasista matriculado de los artefactos y llaves de gas del hogar. Es importante colocar detector de humo y detector de fugas de gas en la casa.

Siempre se debe tener un extintor en buenas condiciones.

Se deben quitar los umbrales de las puertas para permitir el cómodo desplazamiento de las sillas de ruedas y evitar el tropiezo de las personas con trastornos en la marcha.

- El comedor:

El lugar donde el anciano pase la mayor parte del día debe encontrarse personalizado, es decir, decorado con objetos de su agrado, como fotos, cuadros, libros, música, objetos personales, etc.

Es importante que pueda seguir los programas de radio y televisión que le gusten. Por ello es muy importante que cuente con un sillón cómodo, que no le produzca dolores. Aunque tampoco es aconsejable que se quede todo el día sentado en el sillón mirando televisión. También hay que tener en cuenta que la tv prendida como ruido de fondo puede ser altamente perjudicial para la atención, la capacidad comunicacional y la memoria.

si es necesario, deberá tener auriculares personales, aconsejados en caso de disminución auditiva y un control remoto al alcance de la mano.

Los timbres de la puerta y del teléfono deberán tener la intensidad suficiente o contar con indicadores luminosos visibles desde toda la casa.

En caso de no contar con estos elementos se puede utilizar amplificadores telefónicos.

El teléfono deberá tener dígitos grandes y memoria para grabar los números más usados por el anciano.

Es importante que el anciano tenga una agenda al lado del teléfono con los números de los bomberos, emergencias médicas y de familiares cercanos para pedir ayuda rápidamente ante algún problema.

Para diferenciar objetos, espacios y elementos es conveniente usar colores contrastantes y cálidos (rojo-amarillo-naranja) ya que son de mayor visualización, en contraposición con el azul o el verde.

- Sillas:

En la medida de lo posible deberán ser livianas, seguras y estables. No poseer bordes filosos, salientes o tornillos que puedan enganchar la ropa o lastimar.

Si el anciano tuviera alguna dificultad para pararse o sentarse, utilizara el apoya-brazos de la silla, por ello es necesario que por lo menos una silla de la casa sea tipo sillón. (en las sillas del comedor no es necesario porque se puede utilizar la mesa como apoyo).

Es importante que estén bien acolchadas para que sean blandas (los mayores en general se desploman sobre ellas), pero no deben ser extremadamente mullidas pues esto dificulta la incorporación. Es aconsejable que sea de material poroso (que no favorezca la transpiración) y lavable.

- El Dormitorio:

Para muchos ancianos el dormitorio es el lugar de la casa de mayor intimidad y es la habitación a la que pueden ir cuando quieren estar solos. Es importante poder controlar la luz, la calefacción y la ventilación. Es conveniente tener un teléfono junto a la cama y, si es necesario, un intercomunicador o un timbre de llamadas. También se sugiere realizar una extensión del portero eléctrico.

Los placares, armarios y estantes

Uno de los aspectos más problemáticos de cualquier vivienda es la ubicación de objetos, utensilios y prendas en espacios adecuados y accesibles.

Si la elasticidad y la movilidad se ven afectadas, debemos ponernos creativos para guardar los objetos en lugares de fácil alcance y ordenarlos según la frecuencia de uso. Los cajones, por ejemplo, deberían estar de la altura de la rodilla hasta la de los hombros como máximo.

Si solo puede usarse una mano para abrir el cajón, este debe poseer un tirador central. Si en cambio las manos son débiles o duelen se pueden cambiar los tiradores por una barra y un lazo de tela o cuera del que se pueda tirar con el antebrazo. Los deslizadores ubicados a ambos lados del cajón facilitan su desplazamiento.

Para personas que utilizan silla de ruedas, las barras para colgar ropa deberían estar ubicadas más bajas.

- La cama:

Debe ser cómoda, de fácil entrada y salida y fácil de hacer. Es importante que este situada de manera que todas las cosas que el anciano necesite estén al alcance sin necesidad de levantarse o pedir las. Debe estar separada de la pared para poder acercarnos a ella por cualquiera de los costados.

Si se va a permanecer durante un tiempo extenso en cama, se aconseja ubicarla cerca de una ventana, frente a un pasillo o trasladarla al comedor para que la persona en tratamiento pueda participar y sentirse involucrada en los movimientos cotidianos de la casa.

Es importante tener en cuenta la altura de la cama, de manera que permita estar sentado y que los pies lleguen al suelo. Si se trata de un anciano en silla de ruedas, la cama tiene que corresponderse con la altura de la silla.

Es conveniente que el colchón sea duro o que este reforzado con una tabla por debajo. Se deberá permitir la aireación.

Las barandas ofrecen estabilidad para cambiar de postura o levantarse- para un correcto uso deben abarcar las tres cuartas partes de la cama-. Puede emplearse también una barra hecha con tubos de metal que se



sujete a la misma. Si las manos conservan fortaleza, un par de agarraderas metálicas a ambos lados de la cama, atornilladas, pueden ser útiles para cambiar de posición (se encuentran en ortopedias y casas especializadas).

El largo recomendado de la cama es de 2m con un colchón de 1,90m, siendo la altura ideal de la cama al piso de 0,30 cm para facilitar la limpieza.

En caso que el anciano deba permanecer en cama, una bolsa que cuelgue al costado de la cama nos permitirá tener cerca los objetos de mayor necesidad. Otra posibilidad es colocar una bandeja que se pueda acoplar a la cama.

Las sábanas deben ser grandes y la de abajo debe ser elastizada para evitar que salga durante la noche.

#### - El Cuarto de Baño

Es importante que el cuarto de baño nos brinde comodidad, seguridad y que no sea un impedimento para la higiene diaria, un aspecto aseado es importante porque produce sensación de bienestar y aumenta la autoestima.

La ducha es un elemento que nos facilita el baño –especialmente sentados-, como así también un estante u ordenador donde se pueda colocar todo lo necesario: jabón, champú, esponja, cepillos, etc.

Las paredes cercanas a la ducha deberán tener agarraderas (no deben confirmarse con las argollas para colgar las toallas) y es conveniente colocar alfombras antideslizantes en el piso para evitar accidentes

## **CAPÍTULO IV**

### **ANALISIS**

#### **4.1 La Problemática del Centro Histórico de Lima**

El Perú en general y Lima especialmente poseen un patrimonio monumental arquitectónico de gran magnitud. Éste es un hecho largamente citado, pero no está muy arraigado en nuestra sociedad. El reflejo de ello, es la condición actual del Centro Histórico de Lima. Como cita el M. Arq. Hayacahua:

-Es lamentable el escenario del marco patrimonial, ya que la mayor parte de este se encuentra venido a menos y en riesgo de colapso. Los edificios representan documentos vivos de una época, y crean sentido de propiedad e identidad en una nación.

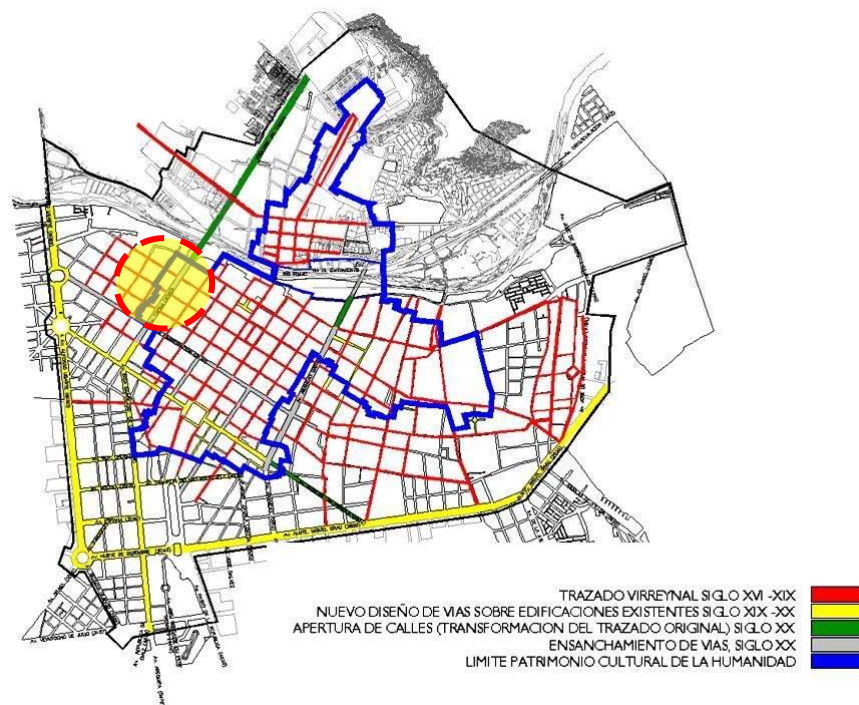
Lima es una ciudad arquitectónicamente muy rica, que se fue desarrollando de manera armoniosa a lo largo de 400 años e inicialmente el CHL fue acumulando tipologías arquitectónicas que han sabido coexistir manteniendo uniformidad de escala, alturas, ritmos y volumetrías.



Fuente: Fotografía elaborada por el autor

Sin embargo a mitad del siglo XX, las nuevas visiones de modernidad introducen cambios urbanísticos y arquitectónicos que alteran notablemente el resultado de un proceso de muchas décadas; por un lado, algunas corrientes ideológicas que buscaban resaltar los valores de la arquitectura local, introdujeron nuevos elementos y escalas monumentales en la ciudad, es así que la Plaza de Armas se transforma y aparecen los exaltadas tipologías Neo coloniales.

Por otro lado, la concepción de modernidad y su promesa de desarrollo llego acompañada de grandes transformaciones en la trama urbana, se amplían avenidas quitando importantes complejos religiosos como San Francisco y Concepciones de 400 años de antigüedad y tipologías residenciales de gran valor son derruidas para dar paso a grandes avenidas como Abancay, Tacna, Emancipación, Lampa y Camaná. Cabe reconocer que la ciudad sin murallas (finales de S. XIX) le abre perspectivas de movilización a la gente, que empieza a ocupar las nuevas zonas residenciales de Lima dejando el CHL prácticamente sin vecinos, en manos del comercio, entidades gubernamentales y corporativas.



Fuente: Plano elaborado por el IMP.

Las sucesivas crisis económicas que se producen desde los años 60<sup>s</sup> (S. XX) van deteriorando las condiciones de vida de los barrios populares como Monserrate, Rímac, y Barrios Altos, las mismas que acompañadas de iniciativas populistas como una mala ley que regula el inquilinato, congelando el precio de los alquileres, hace que la propiedad no solo se deteriore físicamente sino lo que es peor, se pierda la titularidad en enredadas sucesiones testamentarias y contratos de compra venta no saneados.

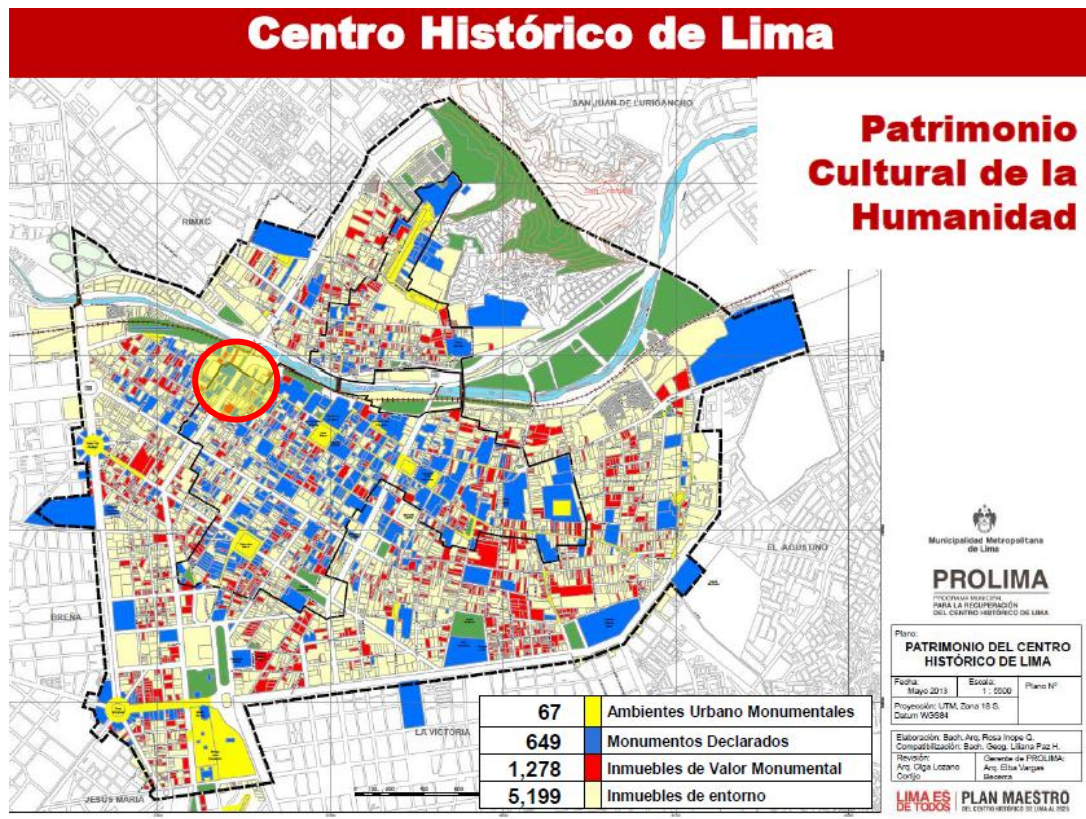
Ya en los 80<sup>s</sup> se da en el Perú una violenta y cobarde guerra que obliga a la población del interior del país, especialmente de la sierra central a emigrar hacia Lima en busca de seguridad y oportunidades, las grandes invasiones hacen que la ciudad se duplique y triplique tanto en extensión como en población y el CHL recibe su cuota de población y sobre todo de agravamiento de los problemas sociales. En todo este proceso la planificación de la ciudad brilla por su ausencia.

Ya en la década de los 90<sup>s</sup> con un casco histórico en grave situación de crisis, los barrios populares han llegado a alarmantes niveles de tugurización y de deterioro físico de los inmuebles, con ausencia de servicios básicos como agua y desagüe, con índices graves de violencia y marginalidad social.

En medio de este proceso, es lógico pensar que la arquitectura también se encuentra afectada, por un lado los espacios públicos invadidos por el comercio ambulatorio y las grandes avenidas ya dan muestras de saturación y desorden sumado a un caos vehicular.

Es en este contexto que gracias a la iniciativa y al trabajo de académicos y conservacionistas agrupados principalmente en lo que se llamó el Patronato de Lima, entidad formada en los años 80, se logra la declaración del Conjunto Religioso de San Francisco como Patrimonio de la Humanidad por parte de la UNESCO, tras ello el año 1991 por extensión

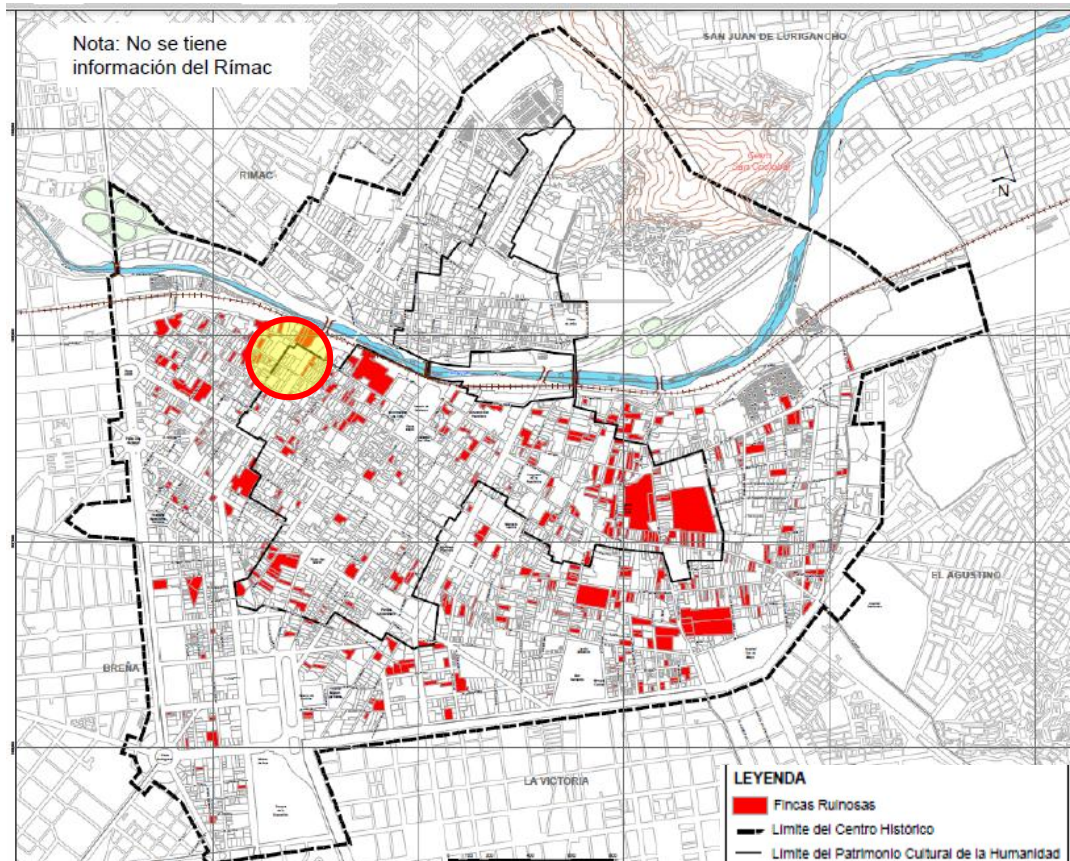
de esta declaratoria se declara al Centro Histórico de Lima como Patrimonio Cultural de la Humanidad.



Fuente: Plano elaborada por PROLIMA

Además se sabe que, la mayoría de los inmuebles son de adobe y quincha. Estos presentan deterioro, usos inadecuados, falta de mantenimiento y riesgo de colapso. El CHL concentra el mayor número de fincas ruinosas (ver imagen) de Lima Metropolitana

(18.087 inmuebles) y que el 38,1% son viviendas. Muchas de estas ubicadas en el casco histórico. Sabiendo que un promedio de 5 000 inmuebles se encuentran muy deteriorados; como es el caso del predio a intervenir.



Fuente: Plano elaborada por PROLIMA

En síntesis los factores que han contribuido a la desvaloración del Centro Histórico son:

- Incremento del comercio, en cantidad e intensidad, pero no en calidad.
- Exceso de normas.
- Pérdida de identidad y pertenencia por parte de la comunidad residente y la sociedad en general.
- Desorden del transporte.
- Falta de incentivos y seguridad a la inversión privada.
- Deterioro de la vivienda.
- Inoperatividad de la planeación – gestión.
- Expectativa de inversión inmobiliaria.
- Aparición de inmuebles precarios o de tipo autogestionario.
- Reemplazo de los muros de adobe y/o quincha por ladrillo y/o concreto.

-Estado del deterioro avanzado de las casonas patrimoniales con valor excepcional universal, cuyos valores intrínsecos se hallan amenazados por las demoliciones clandestinas.

-Reemplazo de elementos originales.

-Adición de nuevos elementos ajenos.

Si bien la economía se ha incrementado y por ende el mantenimiento de los edificios lo hará también en el corto plazo, la situación de las casonas patrimoniales difiere de este auge.

Desinterés en rescatarlas

-Inquilinos precarios.

-Recuperación de estos inmuebles para actividades comerciales que generan mayor renta pero un sobreuso que deteriora igual o más que la tugurización.

En consecuencia, se hallan en peligro de perderse los valores intrínsecos en ellas y por ende su autenticidad, aspecto decisivo en la valoración de los bienes culturales para integrar la Lista del patrimonio mundial. Debemos tener en cuenta que vivimos en un país con actividad sísmica, ante este panorama se estima que:

2,118 edificaciones colapsarían

454 edificaciones con severos daños estructurales

303 edificaciones sufrirían graves daños.

1,067 edificaciones podrían sufrir daños graves sin comprometer la estructura. Estos son los impactos esperados ante un sismo. (Fuente: Proyecto PNUD-INDECI-ECHO)

Finalmente, es necesario un liderazgo político para la recuperación del patrimonio y este se dio inicio en Lima, a partir del año 1995 con el alcalde Alberto Andrade. Durante su gestión se iniciaron los trabajos más importantes de recuperación de espacios públicos: Plaza de Armas, Plaza San Martín, Plaza Italia, Plaza Francia, Plazuelas en Barrios Altos, Parque de la Exposición fueron puestos en valor.

Se inició una lucha dura pero finalmente efectiva en la reubicación del comercio ambulatorio, para lograr este fin se llevaron a cabo interesantes programas municipales para la recuperación del patrimonio arquitectónico, como el Programa Adopta un Balcón que permitió la recuperación con capital privado de más 60 balcones coloniales y republicanos. Toda esta dinámica abrió el camino para que otros actores ingresen en la recuperación de la ciudad, la Cooperación Española por mencionar un caso, interviene en la recuperación de importantes edificios como el convento de San Francisco y La Casona de San Marcos. Algunos bancos recuperan Iglesias, portadas retablos y el Centro nuevamente vuelve a recobrar la atención de los ciudadanos y de quienes ven allí una oportunidad para invertir.



Fuente: Fotografía elaborada por el autor

Finalmente las condiciones para las cuales fueron diseñados y construidos muchos monumentos ya no existen, por lo tanto **su conservación** está estrechamente relacionada a la capacidad de poder **encontrar nuevos usos compatibles** con su carácter y conservación, pero que les permita tener vigencia en la actualidad. En ese sentido es que nace la propuesta de la tesis en desarrollo<sup>16</sup>.

#### **4.2 Reseña Histórica y Evolución de Espacios Hospitalarios en el Centro Histórico de Lima**

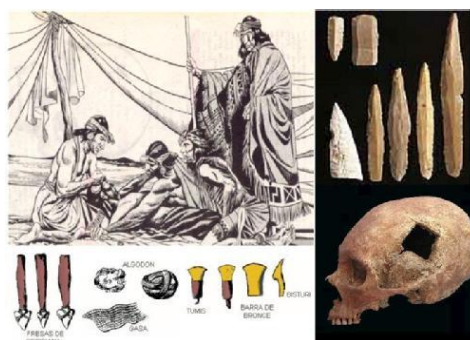
Tal como cita la Doctora Claudia Ugarteche Taboada, en su monografía de doctorado:

---

<sup>16</sup>Municipalidad Metropolitana de Lima y Municipalidad Distrital del Rímac  
“Preparación ante desastre sísmico y/o tsunami y recuperación temprana en Lima y Callao”  
Consultoría: “Fortalecimiento de capacidades de los Comités de Defensa Civil en conocimiento del riesgo y formulación de Planes de Operaciones de Emergencia ante sismos – Ámbito: Centro Histórico de Lima”, COOPI, Feb 2011.



“Si nos remontamos a la época del Imperio Incaico podemos afirmar que la Medicina de entonces tenía por objeto eliminar el síntoma, primaba pues el criterio terapéutico<sup>17</sup>, sobre el etiológico<sup>18</sup> que desconocían, pues creían que su origen era mágico-religioso. No identificaron el concepto de Emergencia y recuperación, ni existía ningún lugar específico donde atender pacientes con enfermedades que requieran atención rápida y precoz. Existían encargados de curar a la nobleza y a sus parientes, otros curaban a la gente común (curanderos<sup>19</sup>).



Fuente: Fotografía elaborada por el INC

En el Incanato "tenían más conocimiento de heridas y llagas, además de sus particulares hierbas para curarlas", según Cobo. Su terapéutica se basó en el empleo de hierbas y otros recursos de la naturaleza.”

Esto nos hace pensar que los criterios esotéricos primaban en esa sociedad y no se planteaba la cura a la enfermedad o dolencia, se presume que era la metodología a seguir, este panorama continuo en la época de la conquista y hasta el virreinato.

Sin embargo, ya para fines del siglo XVII aparecieron algunos médicos<sup>20</sup> y cirujanos que hicieron posible el progreso de la medicina durante el siglo XVIII en que la atención de los enfermos estaba a cargo de ellos, además existían aprendices, enfermeros, barchilones<sup>21</sup>, comadronas<sup>22</sup> y finalmente curanderos.

<sup>17</sup> Parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades.

<sup>18</sup> Estudio de las causas de las enfermedades.

<sup>19</sup> Persona que, sin ser médico, ejerce prácticas curativas empíricas o rituales.

<sup>20</sup> Eran personas que tenían criterios muy básico de medicina.

<sup>21</sup> El barchilón es poco más que un sirviente de hospital y algo menos que un asistente, practicante o enfermero.

Además ya se contaba en las ciudades con cirujanos modestos, barberos y flebotomos<sup>23</sup> que practicaban el oficio de limpiar heridas, realizar sangrías<sup>24</sup>, aplicar ventosas, etc.

Ya en la época de Virreinato se había instaurado un sistema precario de Atención Médica, ordenado por la Corona Española como lo que cita la Doctora Ugarteche, líneas más adelante en su texto:

“Entre las condiciones y los alcances que fijaba la corona al conquistar un imperio, estaba la obligación de fundar hospitales: " para remedio de los pobres en las tierras sometidas" Es así como el primer médico español que vino al Perú, Hernando Sepúlveda, en 1536 recibió el mandato: " para que cure a los pobres del hospital" disponiéndose de un solar para la construcción de esta primera suerte de hospital peruano.

El primer Centro Asistencial fue una enfermería que funcionó en el Rincón de Santo Domingo, que precedió al Real Hospital de Santa Ana, fundada por el Arzobispo Loayza en 1549.

Sepúlveda fue nombrado el 20 de Abril de 1537, protomédico<sup>25</sup> adjunto para examen de médicos, cirujanos y boticarios, además de otras cosas, para la que ejerció el cargo.”

En el Virreinato, existía una estructura o jerarquía sobre el cuidado de los enfermos que se hacía en tres instancias:

El nivel del pobre elemental, esclavo y siervo de gleba<sup>26</sup> o pobre urbano, eran asistidos en el hospital.

El nivel del artesano o del paciente burgués, era asistido en su domicilio por el llamado médico de cabecera<sup>27</sup>

El nivel del poderoso: príncipe, señor o magnate religioso, atendido en su residencia por un médico principal, el médico de cámara.

---

<sup>22</sup> *Gineco-obstetricia o matronería es una enfermera empírica dedicada al cuidado de la mujer especialmente durante el embarazo, el parto y el puerperio,*

<sup>23</sup> *Lanceta o bisturí para el drenado de sangre.*

<sup>24</sup> *Acción y efecto de sangrar (abrir o punzar una vena).*

<sup>25</sup> *Cada uno de los médicos del rey que componían el tribunal del protomedicato.*

<sup>26</sup> *Persona que sirve a Dios y guarda sus preceptos.*

<sup>27</sup> *Profesional médico a cargo de un número determinado de personas.*

Para esa época el hospital cumplía la función de un hospicio o guardería, en el que la enfermedad debía ser sobrellevada, predominando el consuelo y el rezo al moribundo o persona que padecía alguna enfermedad, que eran formas de ejercicio de la caridad; de ahí la incorporación de las prácticas religiosas cotidianas, como parte preferencial del cuidado de los enfermos.

En este proceso de curación, la imagen del sacerdote y del capellán ayudados por personas eclesiásticas era predominante y el médico venía a ocupar un rol secundario con breves visitas, pues el tratamiento tenía todas las características de un acto de amor y la medicina más que una profesión, era un acto de caridad.

A comienzos de 1549, ya establecida la pacificación en el Virreinato, Fray Gerónimo de Loayza, de la Orden de los Dominicos primer Arzobispo de Lima, fundó el Real Hospital de Nuestra Señora de Santa Ana, para la curación de los indios, como exhortaba la Corona Española.

El 12 de Mayo de 1551 se funda la Universidad de San Marcos (ex San Fernando), iniciándose el dictado de Medicina en el país. Después, en 1552, se creó el Real Hospital de San Andrés, por iniciativa de Francisco de Molina, el cual empezó en una humilde vivienda ubicada en el Callejón de Santo Domingo, este inicio atendiendo con seis camas. Cabe mencionar que la Orden Religiosa siempre ha mostrado interés por asistir a la población menesterosa.

Para 1559 como resultado de dos instituciones benéficas: La Misericordia y La Caridad, se creó el Hospital de Santa María de la Caridad, para la atención de mujeres españolas, ubicado donde está la Plaza Bolívar actualmente.

En 1562, Antón Salazar fundó el Hospital San Lázaro, ubicado al lado del río Rímac, pero en el lado opuesto a ciudad. Este centro estaba conformado por dos enfermeras, el servicio estaba orientado

al cuidado de los enfermos con lepra, especialmente para los afrodescendientes.

El 14 de Febrero de 1568, el Rey Felipe II estableció en el Perú, el Real Tribunal de Protomedicato<sup>28</sup>, nombrando de presidente Francisco Sánchez Renedo, que llegó a Lima un año después con el séquito de Toledo, de quien era médico de cámara. Este estaba integrado por el protomédico, que la presidía, los alcaldes examinadores de Medicina y Cirugía, por el asesor, que podía ser letrado o médico, el alcalde examinador de los flebotómicos o barberos, que eran de menor categoría. También contaban con un alguacil que debía comunicar los acuerdos y cobrar las rentas.

En esta época la Medicina en general permaneció estancada, primando que la enfermedad era el resultado de la cólera divina o consecuencia de la acción de los astros. Se vivía prácticamente en conocimientos como en la Edad Media, cuando en Europa primaba los criterios Renacentistas<sup>29</sup>, en si el Renacimiento demoró mucho en llegar a las tierras conquistadas.

En 1581, la gente de mar, es decir los navegantes y comerciantes, que venían de ultramar fundaron el **Hospital del Espíritu Santo** con la contribución de los marinos. Es deber de la presente hacer ciertas acotaciones sobre este edificio en particular, ya que éste se ubicaba en la calle donde se plantea el centro materia del presente trabajo (información recogida del Inventario Terán).

---

<sup>28</sup>Fue un cuerpo técnico encargado de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias, así como de ejercer una función docente y atender a la formación de estos profesionales. Creado en España en el siglo XV, en el siglo XVI se extendió a las colonias, fundándose los protomedicatos de México y del Perú.

<sup>29</sup>Perteneciente o relativo al Renacimiento. Renacimiento: Época que comienza a mediados del siglo XV, en que se despertó en Occidente vivo entusiasmo por el estudio de la Antigüedad clásica griega.

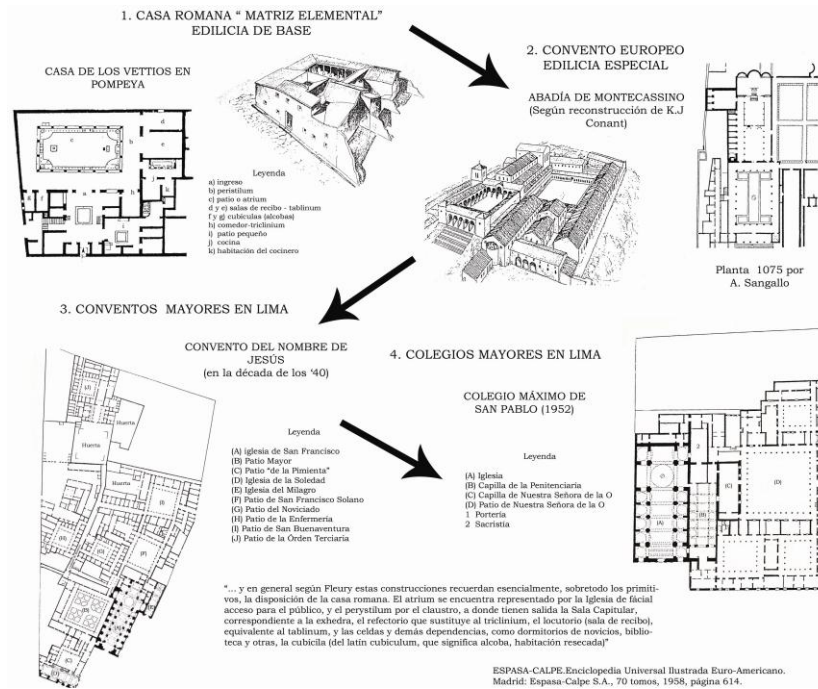


Fuente: Inventario Teran

El Jirón Callao antes llamado calle del Espíritu Santo, era ruta obligada de los navegantes ya que los viajes en alta mar eran largos y exhaustivos, por ello el hospital siempre contaba con pacientes, a la espera de la embarcación de la que procedían, esta información fue proporcionada por el Arquitecto Juan Gunther Doering. En 1586, se creó el Hospital de San Diego de Alcalá, para recibir a los convalecientes de San Andrés y el de San Felipe Neri, fundado por Santo Toribio de Morgrovejo, para el cuidado de los clérigos.

Para el año 1660, Lima con menos de cien años de fundada, ya contaba con diez hospitales, constituidos bajo las normas españolas: un gran patio claustal, los pabellones de internados formando un enorme crucero en su intersección había un altar consagrado al patrón respectivo y rodeando a los pabellones, las secciones complementarias de cocina, despensa, alojamiento del personal, botica, lavandería y almacén de ropa.

Es más la configuración espacial partía de la Casa Romana, que luego llegó a Lima pero ya en una fase más evolucionada como son los conventos. Cabe mencionar que la arquitectura doméstica en Lima también evolucionó a partir de esta casa romana matriz, ya que los espacios funcionales se organizaban alrededor del patio central, esto lo veremos más en detalle al momento de tratar el área a proyectar.



Fuente: Grafico elaborada por la Enciclopedia Universal Ilustrada

### 4.3 Los Precursores de la Independencia y la Medicina

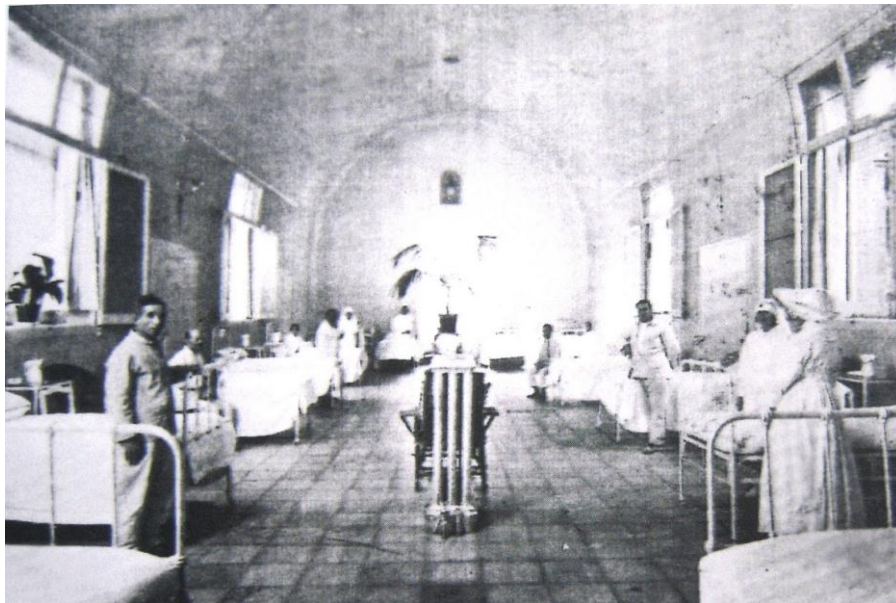
En el año 1730 se inicia una nueva era, inaugurándose "La Escuela Clínica" por Cosme Bueno<sup>30</sup>, del que fue discípulo Hipólito Unanue<sup>31</sup>, quien el 21 de Noviembre de 1792 creó el Anfiteatro Anatómico de San Andrés y da impulso a la anatomía e implanta el Método Clínico (Historia de la enfermedad, curación y observación). Iniciándose un gran adelanto y el despertar de la Medicina Peruana, formándose médicos y cirujanos con pensamientos más modernos, sin

<sup>30</sup>Francisco Antonio Cosme Bueno y Alegre (Belver de Cinca, Aragón 1711 - Lima 1798). Médico y Cosmógrafo Mayor del Virreinato del Perú, cosmógrafo: persona que ejerce la descripción astronómica del mundo, o astronomía descriptiva.

<sup>31</sup>José Hipólito Unanue (\*Arica-Perú, 13 de agosto de 1755 - † Cañete, 15 de julio de 1833), Fue médico, naturalista, meteorólogo, político, precursor peruano de la independencia, reformador de la medicina y fundador de una escuela médica muy relevante en la época, conocida como San Fernando

embargo ya empiezan a darse las pautas de tratamiento o el proceso de la patología como tal.

En el año 1780, Lima contaba con 60,000 habitantes que contaban con 1000 camas repartidas en 50 enfermerías en los siguientes hospitales: San Andrés, Santa Ana, San Bartolomé, Santa María de la Caridad (antes San Cosme y Damián), San Juan de Dios, San Lázaro, Incurables o Refugio, Barbones, Del Espíritu Santo y de las Camillas.



Fuente: Fotografía Archivo de la Nación

En esta época el esquema de los espacios hospitalarios era un gran salón rectangular el cual tenía dos filas de camas dejando un pasillo central. Este ambiente era complementado por el comedor, cocina y zona de enfermeras.

Finalmente al terminar el Virreinato cada hospital contaba con su propio estatuto, supervigilado por una hermandad de personas, ya sean religiosos o laicos comprometidos. Como ya hemos citado líneas arriba, el clérigo tenía mucho poder sobre la sociedad.

La República: Ya en guerra por la Independencia, hubieron adelantos notables en la atención médica, aunque aun no se tenía el concepto de esta como tal. El ejército libertador contaba con las

innovaciones impuestas por el cirujano napoleónico Larrey<sup>32</sup>: Ellos contaba con hospitales de sangre las ambulancias y los botiquines. La preocupación por dotar de los elementos necesarios a sus ejércitos hizo que se ocuparan de tener o reclamar siempre medicinas y cirujanos, y de montar los Hospitales de sangre.

El 30 de Julio de 1821, se funda el Colegio de la Independencia (antes Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando). Cuyo rector fue Cayetano Heredia<sup>33</sup>, quien impulsó la modernización de la medicina, de acuerdo a los adelantos de la Europa de ese entonces. Ya instaurada la República se procedió a unificar la administración y economía de los hospitales creándose con este objeto en 1825, La Junta de Beneficencia<sup>34</sup>.

El personal estaba dirigido por un médico y un cirujano que tenían la obligación de hacer dos visitas al día, a los enfermos que se encontraban en el hospital, mañanas: entre las siete y ocho horas, tardes: entre las tres y cuatro horas. Si se ofrecieran casos particulares estaban obligados a asistir en horas extraordinarias. Eran asistidos por enfermeros que vivían en el hospital. En este mismo año, el Consejo de Gobierno dio el Reglamento de los Hospitales Militares.

En Mayo de 1830, se instaló la Casa de la Maternidad, en el Hospital de la Caridad, por otra parte luego de 18 años es abolido el protomedicato.

En los primeros años la anestesia se utilizó con más frecuencia en las campañas militares; en cambio, en la práctica civil trataron de evitarla. En los hospitales sólo se daba atención a los que carecían de recursos económicos; el resto de la población lo hacía en sus domicilios.

---

<sup>32</sup> *Dominique-Jean Larrey (Beaudèan, 8 de julio de 1766 – Lyon, 25 de julio de 1842 \* Francia) fue un cirujano que, en las guerras napoleónicas, creó el transporte por ambulancia e introdujo los principios de la sanidad militar moderna, realizando los primeros triajes en los campos de batalla.*

<sup>33</sup> *José Cayetano Heredia Sánchez (Catataos, 1797 - † Miraflores, 1861\* Perú), fue un destacado médico peruano.*

<sup>34</sup> *Reunión de varias personas para conferenciar o tratar de un asunto..*



Cuando había un enfermo de gravedad la casa se transformaba en clínica. Una antigua doméstica, que sabía asistir a los enfermos se hacía cargo de este, no necesitando el concurso de enfermeras. El médico a cargo, era el médico de familia o de cabecera.

El 28 de Febrero de 1875 se inauguró el Hospital Dos de Mayo, que reemplazó al de San Andrés. Su organización era rudimentaria, contando con personal profesional en escaso número, prestando asistencia sólo en las mañanas, pues a partir de la ocho de la noche, cerraban sus puertas y todo el personal se retiraba a sus dormitorios, quedando los enfermos prácticamente abandonados.

El 17 de Abril de 1879, a los pocos días de declarada la guerra con Chile, el Gobierno creó la Junta Central de Ambulancias Civiles, con el objeto de concentrar y administrar gastos económicos de todas las ciudades y pueblos de la República que se hacen para la curación y asistencia de los heridos y con el fin de organizar las ambulancias civiles.

El mismo año al asumir J.C. Ulloa el cargo de cirujano en jefe de la Sanidad del Ejército, durante la guerra con Chile, empezaron a utilizar la antisepsia, en los soldados heridos, en los hospitales de sangre.

La introducción de esta técnica disminuyó notablemente la temida infección e hizo posible la difusión de la cirugía en la zona abdominal.

Continuando con la evolución cronológica, ya en 1896 se incorporó entre nosotros la asepsia, ligada a la Cátedra de Ginecología con el doctor Carvallo. Los brillantes resultados obtenidos, determinaron su rápida acogida.

Ese mismo año se creó el Ministerio de Fomento, que asumió entre sus funciones el ramo de las Beneficencias quedando

incluidas en la Dirección de Fomento, que constituyó el punto de partida de nuestra política de Salud.

En este periodo la actividad asistencial se desarrolló en los siguientes hospitales:

- Hospital de Santa Ana: recibió mejoras, construyéndose nuevas salas de operaciones, dotadas de equipos de esterilización, laboratorio y radiología. Pero transcurrido el tiempo fue reemplazado en 1924 por el nuevo Hospital Arzobispo Loayza.

- Hospital Dos de Mayo: En 1902 dio comienzo a la asepsia al llegar estufas de Albarrán, en 1906 se compraron guantes de jebe, en 1908 se instaló un moderno equipo de Rayos X, y lo más importante en 1913 se autorizó la recepción nocturna de emergencias, pues hasta entonces los hospitales no daban este servicio.

- Hospital Arzobispo Loayza: inaugurado en 1924 bajo la administración de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

- Hospital del Niño: Inaugurado en noviembre de 1929.

- Hospital Maternidad: Fundado en el local del Hospital de Santa Ana, en 1968.

- Hospital San Juan de Dios del Callao o de Bellavista: Dedicado a la atención de mujeres desde 1923. El terremoto de 1940 lo destruyó.

- Hospital de Guadalupe: Implementado con quirófanos, equipos de esterilización, rayos X y laboratorio.

- Sanidad del Ejército: Funcionaba en el Hospital Militar de San Bartolomé hasta 1956, en que se trasladó al nuevo local, el Hospital Militar Central (Av pershing y Brazil)

"Coronel Luis Arias Schreiber".

La Sanidad Naval se independizó en 1915; en 1956 se trasladó a su actual local. (Av. Venezuela)

La sanidad Aeronáutica se creó en 1937 y en 1956 se edificó el actual local del Hospital Central de Aeronáutica. (Av. Petit Thuars)

En 1929 se estableció la Sanidad de Gobierno y Policía y en 1961 se inauguró el Hospital Central de las Fuerzas Policiales. (Av. Brazil)

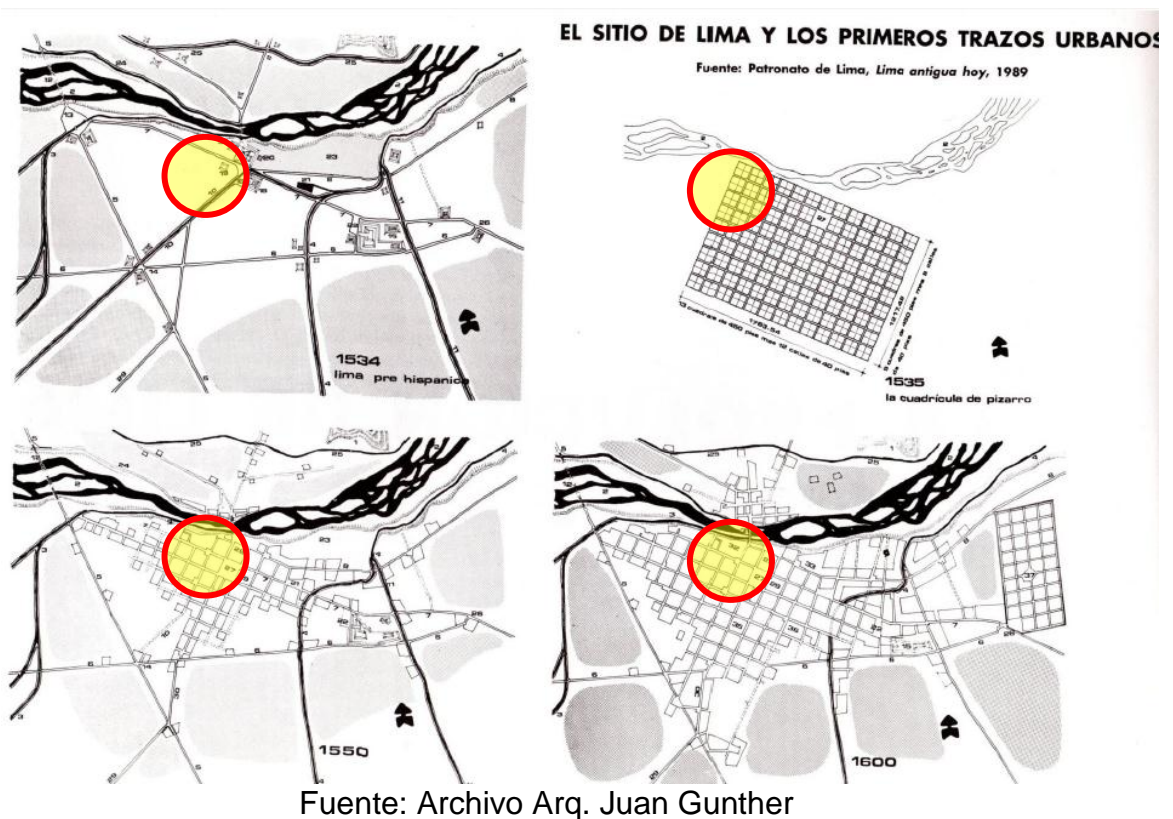
Instituto de Radioterapia, se fundó en 1937 frente al Hospital Loayza, (Av. Alfonso Ugarte) que posteriormente se denominó Instituto del Cáncer y más tarde Instituto de enfermedades neoplásicas.

Ya se empieza a dar la evolución de las distintas especialidades médicas, entre ellas la gerontología.

#### 4.4 Contexto del Área del Proyecto (recuperación y puesta en valor)

##### a) Barrio de Monserrat “LOCUS”

Para comprender la evolución, ubicación e importancia del barrio de Monserrat, es preciso, referirnos a la creación de Lima. Empezaremos diciendo que en la época precolombina, el territorio estaba habitado por diversos pobladores.



Antes de la llegada del Imperio Inca a la región, los valles de los ríos Rímac y Lurín estaban agrupados bajo el

señorío de Ichma<sup>35</sup>. Su presencia ha quedado atestiguada en unas 40 edificaciones de adobes, asociadas al sistema de irrigación de los valles.

En el siglo XIV, los Incas conquistaron la región e hicieron sus propios edificios públicos en sitios como Pachacámac. Ya para el año 1532, un grupo de conquistadores españoles dirigidos por Francisco Pizarro derrotaron al inca Atahualpa y conquistaron su imperio. Dado que la Corona Española había nombrado a Pizarro gobernador de las tierras que conquistase, éste emprendió la búsqueda de un lugar adecuado para establecer su capital.

Su primera elección fue la ciudad de Jauja, sin embargo, fue considerada inconveniente por su altitud y su lejanía del mar.

Se cuenta que exploradores españoles dieron cuenta de un mejor lugar en el valle del Rímac, cerca del Océano Pacífico, con abundante abastecimiento de agua, extensos campos de cultivo y un buen clima, factores determinantes para que el conquistador Pizarro decidiera fundar la nueva capital y es así que el 18 de enero de 1535 funda Lima también conocida con el nombre de Ciudad de los Reyes<sup>36</sup>.

En agosto de 1536, la recién fundada ciudad fue sitiada por las tropas de Manco Inca, líder de una rebelión incaica contra el mandato español. Los españoles y sus aliados nativos, encabezados por el propio Pizarro, derrotaron a los rebeldes.

---

<sup>35</sup> Sociedad que entre los años 900 y 1470 d.C. (otros dicen 1100 – 1450 d.C.) se desarrolló en los valles de los ríos Chillón, Rímac y Lurín. Esta logró desarrollarse y andar de la mano con la evolución del valle que por ese entonces tenía usos y costumbres propios.

<sup>36</sup> Se dice que Francisco Pizarro impuso a la nascente capital el mágico nombre de Ciudad de los Reyes porque coincidió con la fecha en que los Reyes Magos se encaminaron a Belén, al igual que él y su regimiento, buscando establecer la nueva capital. Sin embargo, según la historiadora María Rostworowski, afirma que fue en honor del emperador Carlos V de Austria y primero de España y de las Indias y de su madre, la reina Juana, confinada en su palacio por haber perdido la razón.



Fuente: Crónicas de Lima

Finalmente el 3 de noviembre de 1536, la Corona Española reconoció la fundación y el 7 de diciembre de 1537, el emperador Carlos V confirió un escudo de armas a la ciudad.

El 18 de enero de 1535 el conquistador español Francisco Pizarro asentó la ciudad de Lima en la banda izquierda del río Rímac. Según los escritos que nos han legado los cronistas de la época, le dio una forma triangular. Recostó la base sobre el río, y entre este y los primeros edificios reservó un espacio de cien pasos para ejido<sup>37</sup>. El área de la ciudad se dividió como un tablero de ajedrez en 117 islas o manzanas cuadradas. Cada manzana de 15,687 metros cuadrados, se dividió a su vez en cuatro solares. En total, Pizarro dio a Lima 13 cuadras de largo por 9 de ancho. El conquistador en persona trazó lo que sería su cuadrilátero histórico e inicial:

La actual Plaza Mayor fue configurada con el Palacio del Gobernador, la Catedral y el Cabildo. Y a partir de allí Lima empezó a crecer lenta y pausada, "sin fausto y sin vanidad". El fausto, aunque recatado y convincente, se concentró en las iglesias. Los vecinos pusieron empeño en la construcción de sus templos. Y estos fueron los

---

<sup>37</sup> Del lat. \*exītus, por exītus, salida. Campo común de un pueblo, lindante con él, que no se labra, y donde suelen reunirse los ganados o establecerse las eras.

verdaderos estandartes del empuje urbanizador de la ciudad. Lima se convirtió de pronto en el centro comercial de las colonias de España. Con ello se intensificó la industria de la edificación, se inició el uso de cada vez mejores materiales, y sobre todo, creció la ostentación de los limeños en sus construcciones. Se edificaron grandes casonas y palacetes, los templos se llenaron de extraordinarias muestras del arte de la época.

Ese legado se mantiene hasta hoy en los linderos de lo que ha convenido en llamarse Centro Histórico, el antiguo Damero de Pizarro. Sus calles conservan intacta la añeja belleza de su arquitectura colonial. Recorrerlas es atravesar cuatro siglos de memoria viva, es atisbar tras las puertas de las altas casonas, e ingresar a sus luminosos patios y balcones barrocos. En la actualidad, el Centro Histórico de Lima se halla enmarcado por las avenidas Tacna, Grau, Abancay y el río Rímac, zona conocida también como 'Lima Cuadrada', 'El Damero de Pizarro' o 'El Cercado', porque durante la época de la Colonia la ciudad estaba rodeada por una muralla que la protegió de las incursiones piratas. Por sus hermosos palacios y casonas, iglesias y conventos que atesoran innumerables joyas y obras de arte.

Al mismo tiempo, el barrio de Monserrate se configuró entorno a la Iglesia de nuestra Señora de Monserrate, este se encontraba en la periferia con respecto a la Plaza mayor. Por otro lado se sabe que a fines del siglo XVI llegaron a Lima dos monjes con el objeto de recoger limosnas para la construcción del Convento de Monserrat de Madrid, habiéndoseles alojado en calidad de hospicio en un solar (propiedad de Da. María de Loaysa) donde posteriormente se levantó un Conventillo. Fue Don Antonio Perez de la Canal quien con su propio dinero edificó después la Iglesia de Monserrate.

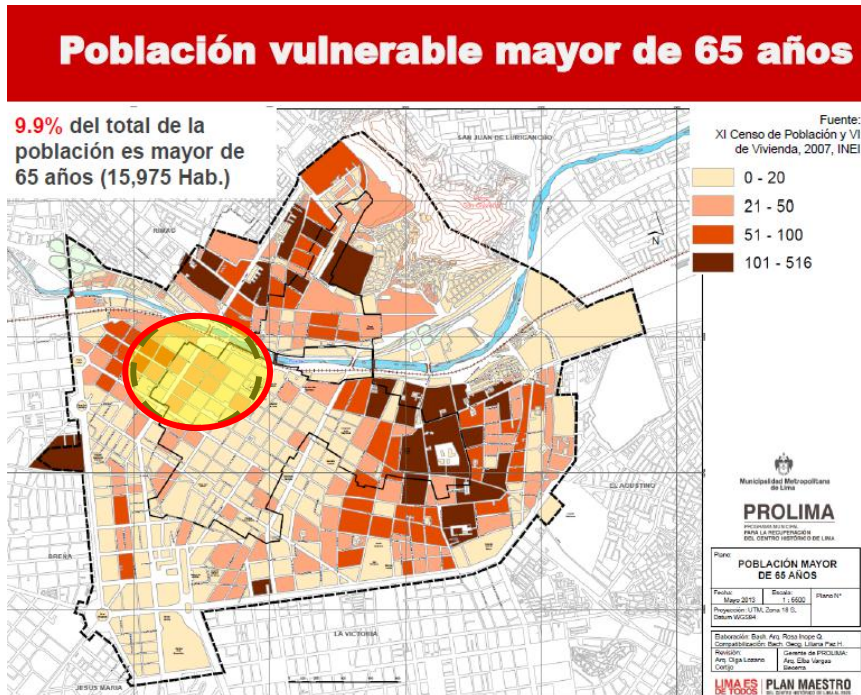


Elaborado por el autor

En los últimos años fue muy recordada la labor del padre Juan Serpa Meneses quien levanto en toda la zona varios edificios dedicados a la educación, salud y protección de los menores del barrio.

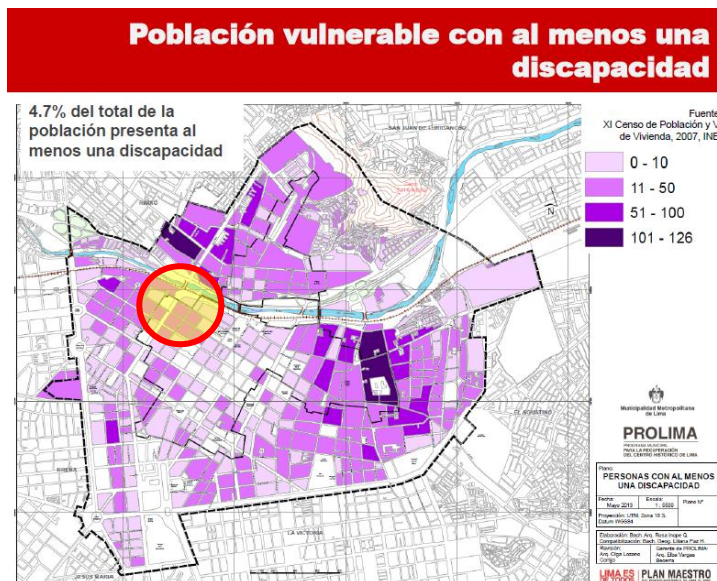
Un dato interesante es la Calle Espíritu Santo (Jr. Callao cuadra 5): Toma este nombre por el antiguo hospital del Espíritu Santo creado en 1573 por el griego-español Miguel de Acosta, para atender a la gente de mar. Según Bernabé Cobo fue edificado en una huerta donde nacieron las primeras rosas que se vieron en el Perú. En parte de esta misma huerta estaba la casa donde nació Santa Rosa de Lima. Tras el terremoto de 1746 este hospital es trasladado a Bellavista por el virrey Conde de Superunda, y en su local después funciono el Colegio de la Independencia, la Escuela de Mujeres de Nussard, Escuela Militar, Comisaría, Sociedad de Auxilios Mutuos, Escuela de Construcciones, y Minas que se transformó en la Escuela Nacional de Ingenieros. En esta calle queda también la casa donde nació San Martín de Porres. Inmueble que será utilizado para realizar la acumulación de predios. Comenta el Arq.

Gunther. Actualmente este sector se encuentra definido por la Av. Alfonso Ugarte, Malecón del Rímac, Av. Tacna y Av. Emancipación



Fuente: Plano elaborada por PROLIMA

Se percibe el sentido de barrio que es muy marcado, con una significativa población de adultos mayores 9.9% (ver imagen), mantiene una arquitectura monumental y de valor que lo singularizan, como una zona de vivienda en regular a malo su estado de conservación.



Fuente: Plano elaborada por PROLIMA



Con inmuebles tugurizados, con uso comercial que va sobre su periferia, y que debe ser controlado para evitar la eliminación de la vivienda en estos sectores Conjuntamente podemos afirmar que existe una presencia relevante de personas con algún tipo de discapacidad asociada (4.7%) como refleja el siguiente plano temático del CHL. Donde además se aprecia donde se encuentra las personas de 51 a 100 de edad. Público objetivo de este trabajo.

Finalmente podemos sintetizar que el barrio de Monserrate cuenta con una zona residencial media. Con edificaciones tugurizadas. Escenario relacionado con la delincuencia y pandillaje de la zona. Los espacios públicos no cuentan con áreas recreativas sumado a que la vía pública es invadida para la venta de chatarra y cables de segunda mano.

## b) El Lugar

Para poder entender claramente el entorno inmediato en el cual se incursiona, se tomó una manzana en paralelo al el terreno donde se incursiona. Teniendo por límites los jirones:

Norte: Jirón Conde Superunda (Cuadras 4, 5 y 6)

Oeste: Jirón Cañete (Cuadras 1, 2 y 3)

Sur: Jirón Huancabelica (Cuadras 4, 5 y 6)

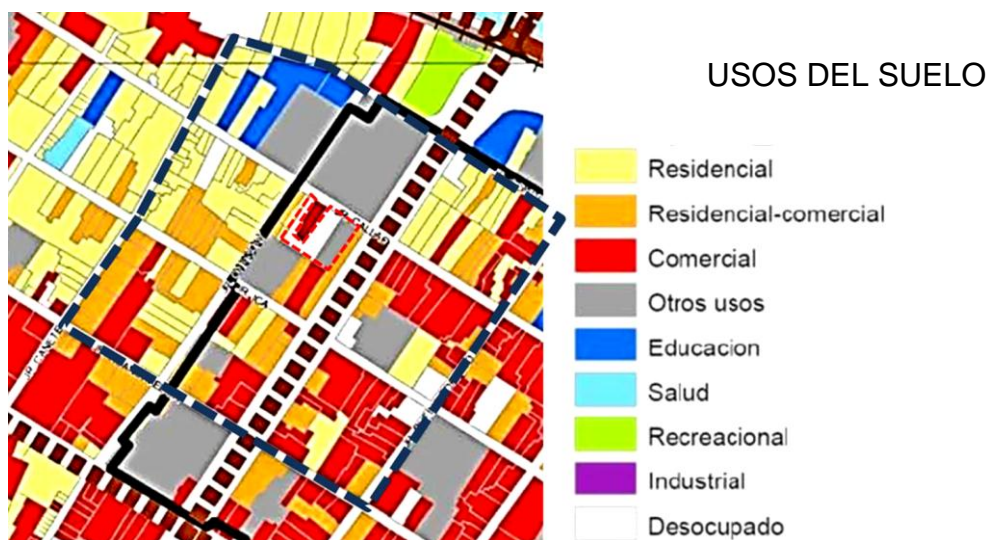
Este: Jirón Rufino Torrico (Cuadras 2, 3 y 4)



Elaborado por el autor

**c) Planos Temáticos (Fuente: Prolima - IMP)**

Los siguientes planos nos permite cuantificar el uso actual que se les da a los predios colindante, el tipo de material constructivo, cuales tienen valor monumental o de entorno monumental, estado de conservación, nivel de pisos y finalmente las topografía y secciones de vías.

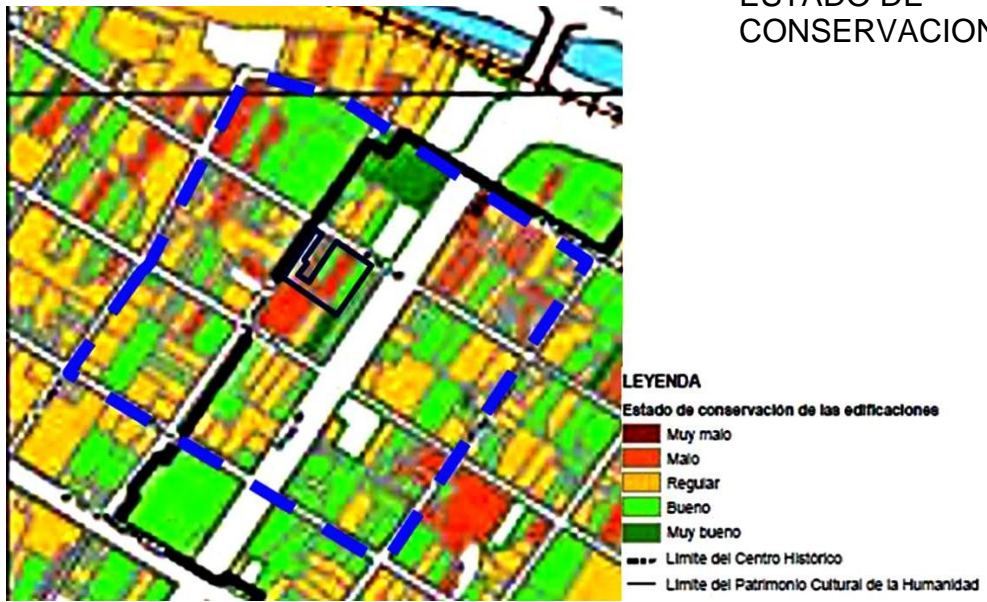


Fuente: Plano elaborado por PROLIMA



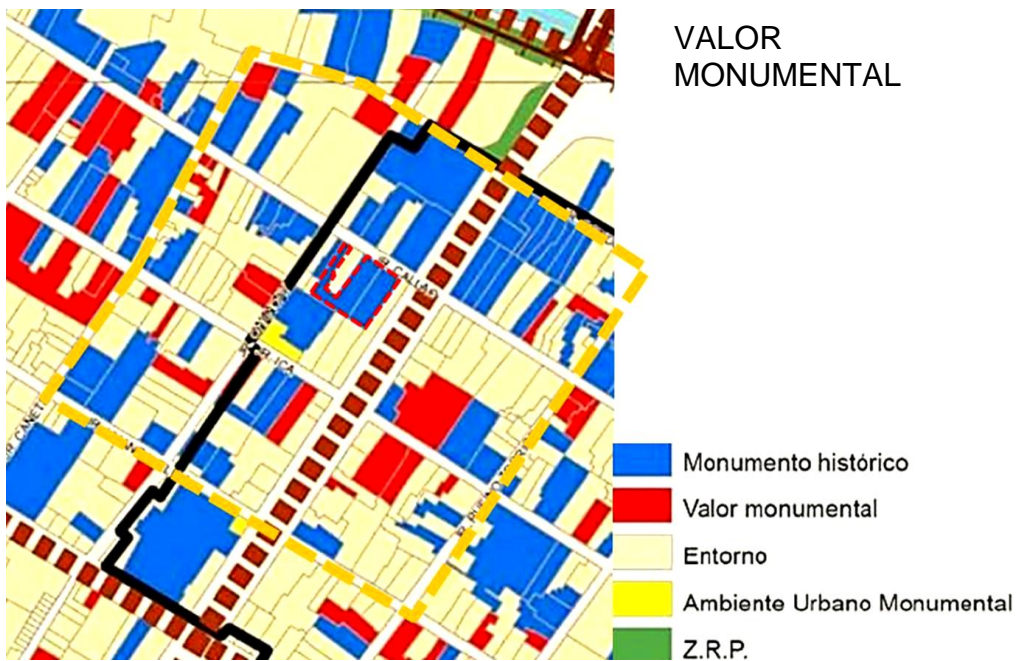
Fuente: Plano elaborado por PROLIMA

## ESTADO DE CONSERVACION



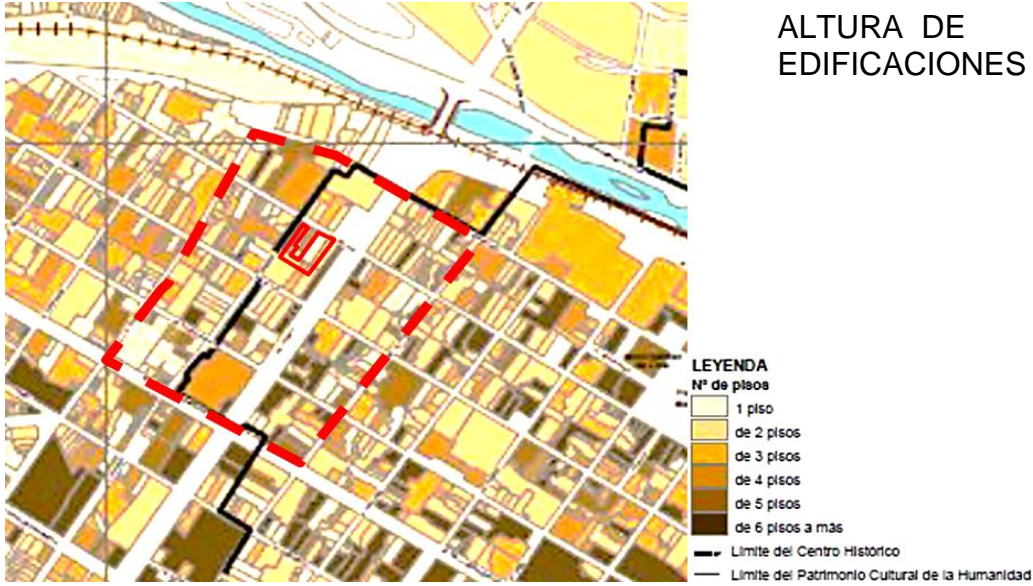
Fuente: Plano elaborado por PROLIMA

## VALOR MONUMENTAL

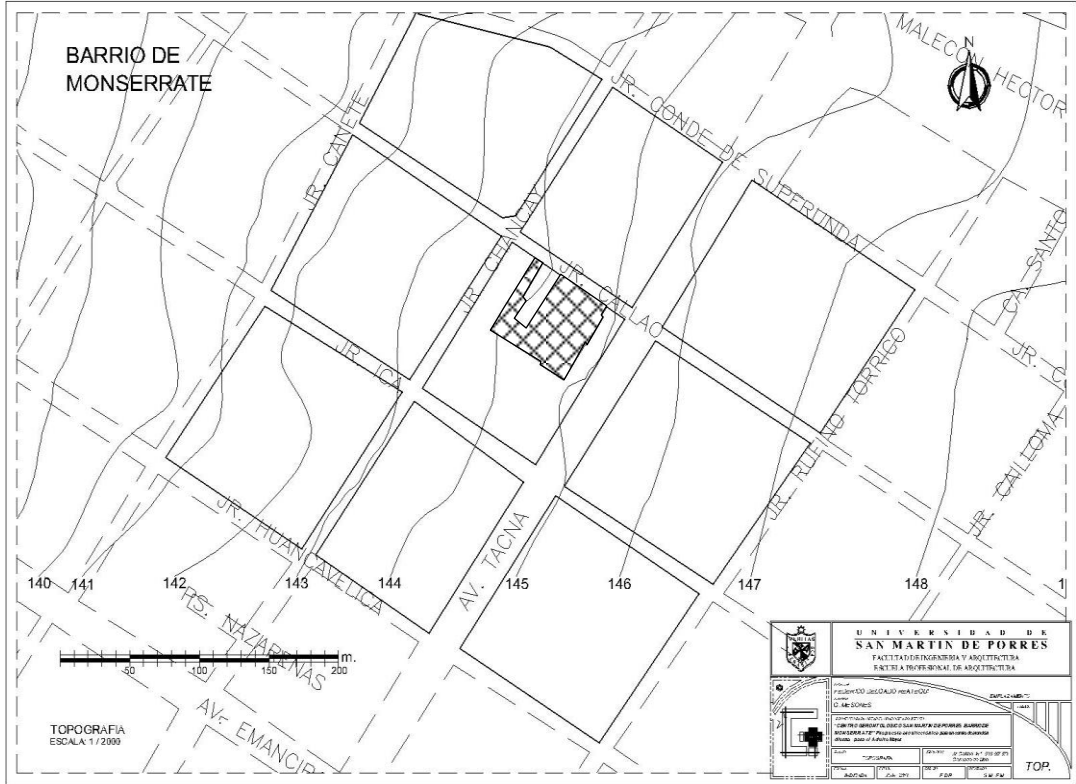


Fuente: Plano elaborado por PROLIMA

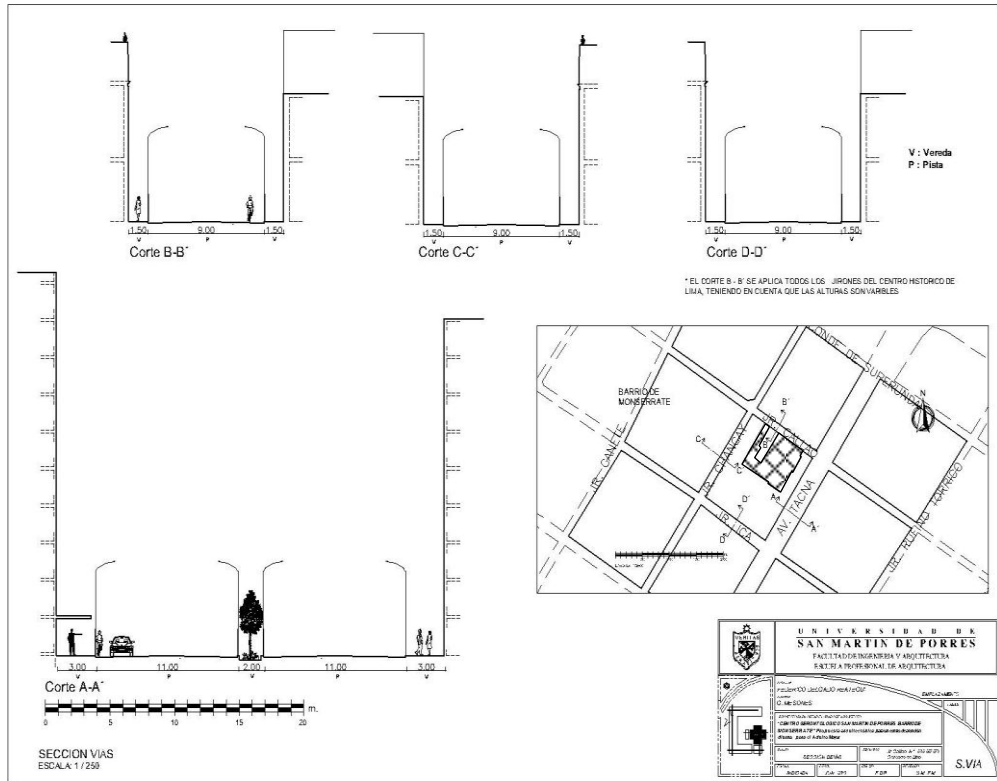
# ALTURA DE EDIFICACIONES



Fuente: Plano elaborado por PROLIMA



Elaborado por el autor



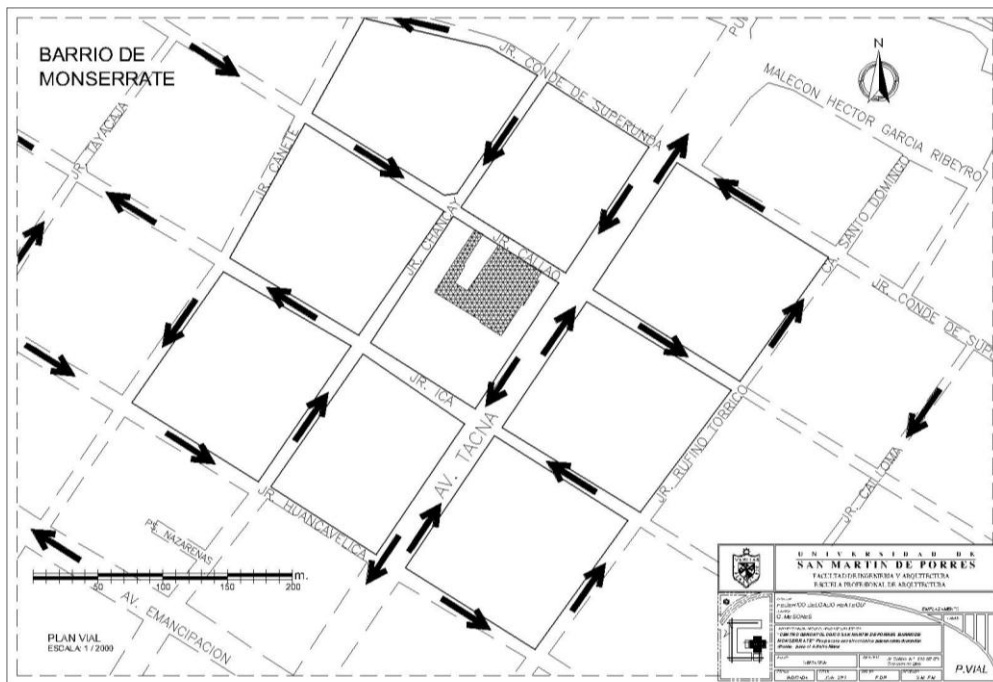
Plano elaborado por el autor



Elaboradas por el autor



Elaboradas por el autor



Plano elaborado por el autor

Tras analizar los planos temáticos, observamos que la altura de los edificios es de dos niveles en promedio, en su mayoría de construidos con ladrillo con un estado de conservación de regular a bueno. El uso de los inmuebles en su mayoría es comercio vecinal acompañado por un porcentaje de vivienda comercio.

La topografía es casi uniforme y contando con todos los servicios urbanos. Adicionalmente cuenta con una de las vías colectoras a nivel metropolitano (Av. Tacna) tiendo conexión a una de las vías de alcance nacional (Carretera Panamericana Norte).

Finalmente todo el sector es de ambiente Urbano Monumental y los inmuebles en que se intervienen tiene Valor Histórico y Valor Monumental

#### 4.5 Antecedentes de los predios

El terreno en que se desarrollará la presente es la acumulación de 2 predios. Por un lado tenemos la casa donde nació San Martín de Porres. Y por otro, el predio nexa a éste, que tiene una morfología irregular, más o menos en forma de “C” por decirlo de cierto modo. La sumatoria de las áreas es de 2,998.96 m<sup>2</sup>.



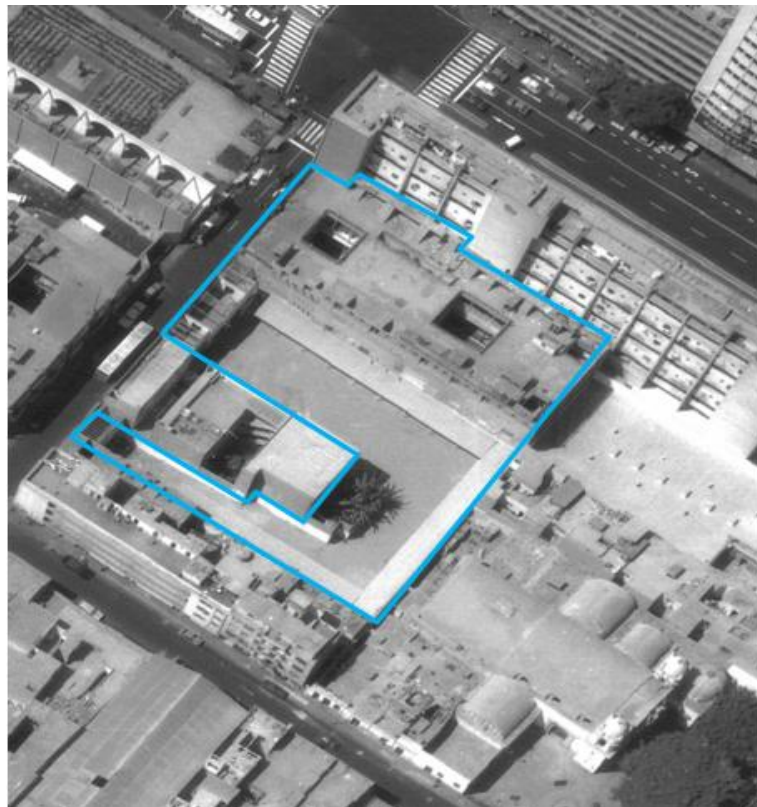
Elaborado por el autor

Estos dos predios se encuentran en el Jirón Callao cuadra cinco, Cercado de Lima.



Elaborado por el autor

Las dos construcciones datan de la época Republicana S.XVII además estos están tipificados como arquitectura domestica y cuentan con el valor de Patrimonio Monumental, tipificado por el Instituto Nacional de Cultura.

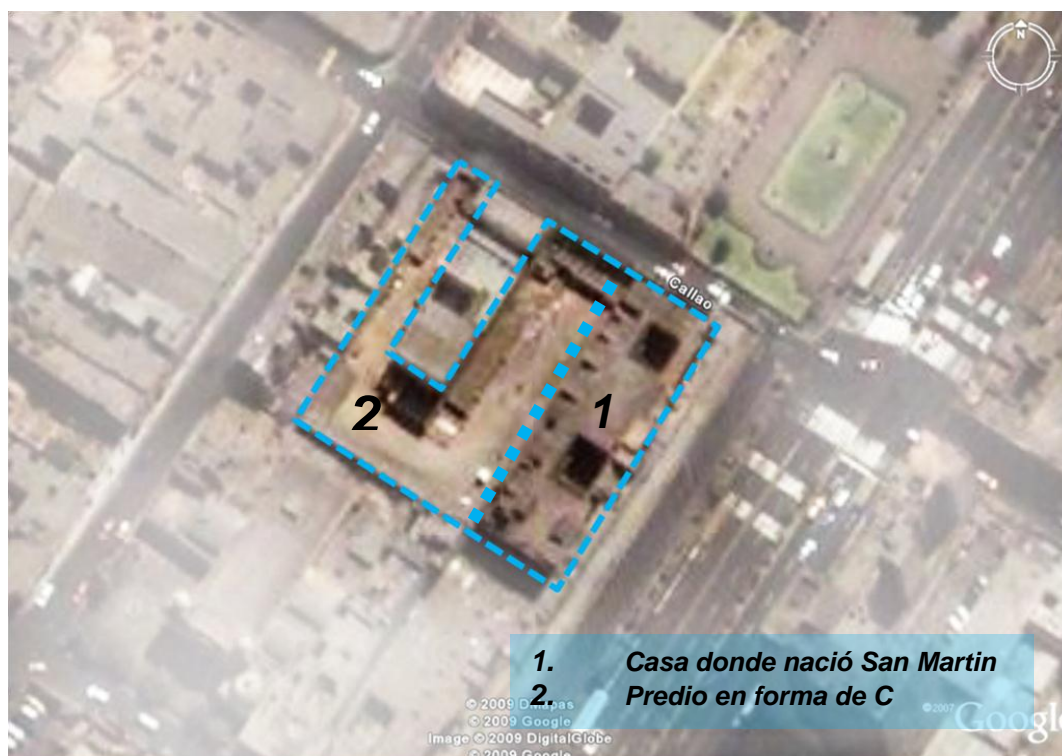


Fuente: INC

Foto tomada en 1985, la cual há sido proporcionada por el INC. Para empezar a describir estos dos inmuebles. Primero identificamos la zona a anexar es decir la casa donde nació San



Martin y segundo el área a restaurar y área a intervenir con centro Gerontológico.



Elaborado por el autor

El inmueble en donde nació el Santo Peruano Martín de Porres, se ubica en el Jr. Callao 535 cuenta con una Arquitectura Civil Domestica desarrollada en 2 pisos. Además tiene Resolución de Patrimonio Monumental: R.D. 341 24.06.83

Su estado de Conservación es bueno, con un área de 1,199.69 m<sup>2</sup>. La planta no ha sufrido mayor alteración a lo largo del tiempo por que ha contado con la buena tutela de orden religiosa.



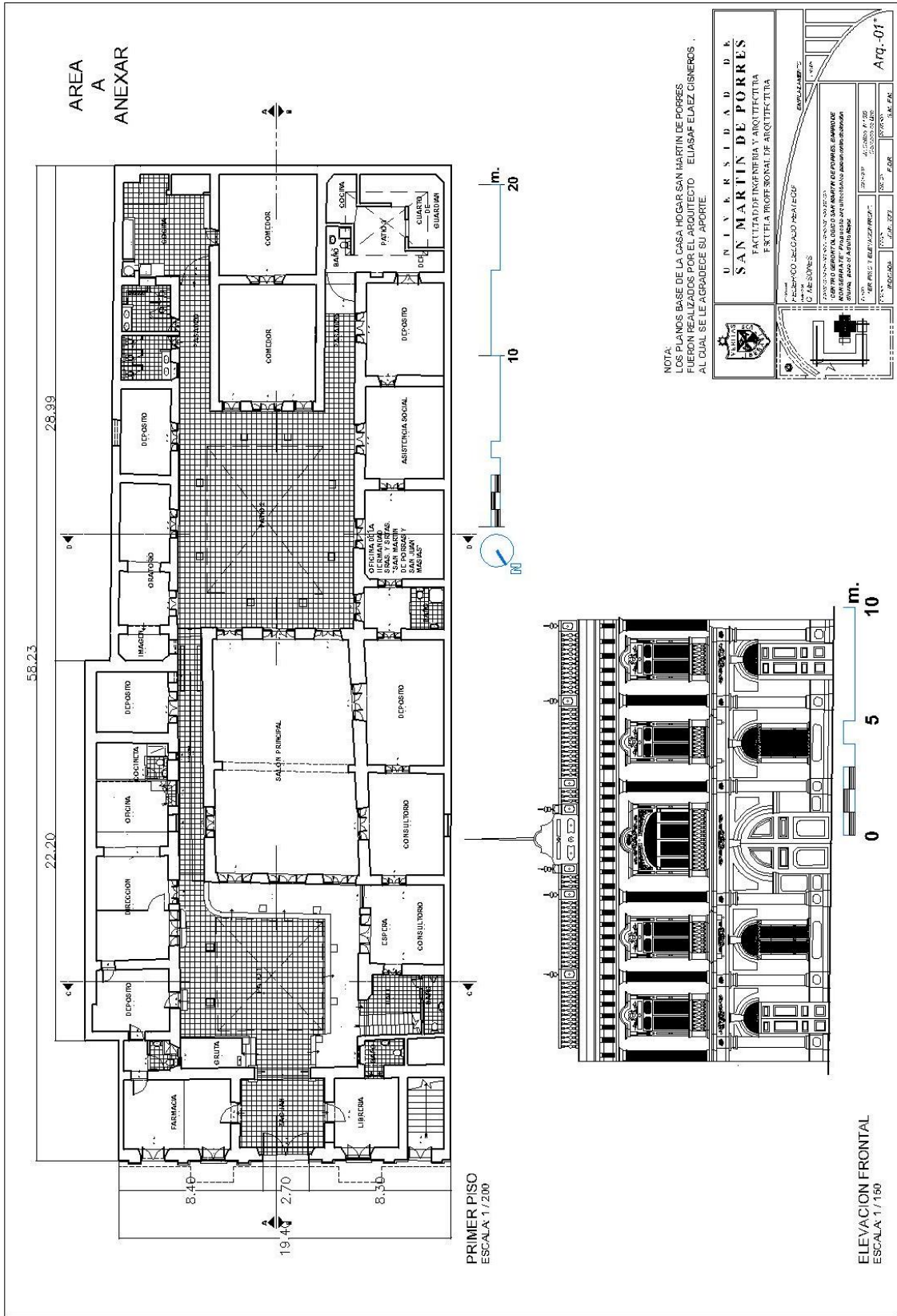
Elaborado por el autor

La casona en la actualidad funciona como hospicio diurno, albergando 80 adultos mayores en promedio al día; brindándoles almuerzo, asistencia con ropas, algunas atenciones medicas tales como oftalmología, odontología, entre otros. En este inmueble se realizara una reasignación de funciones compatibles con el área disponible y será intervenido a nivel de mobiliario, ya se al ser un momento histórico, los tratados, convenciones y cartas. Refieren que se debe procurar la mayor veracidad y claridad con respecto a los elementos originales y los añadidos. Además es justo citar que las instalaciones sanitarias y eléctricas serán remplazadas de ser el caso con el fin de asegurar una buena protección del inmueble.

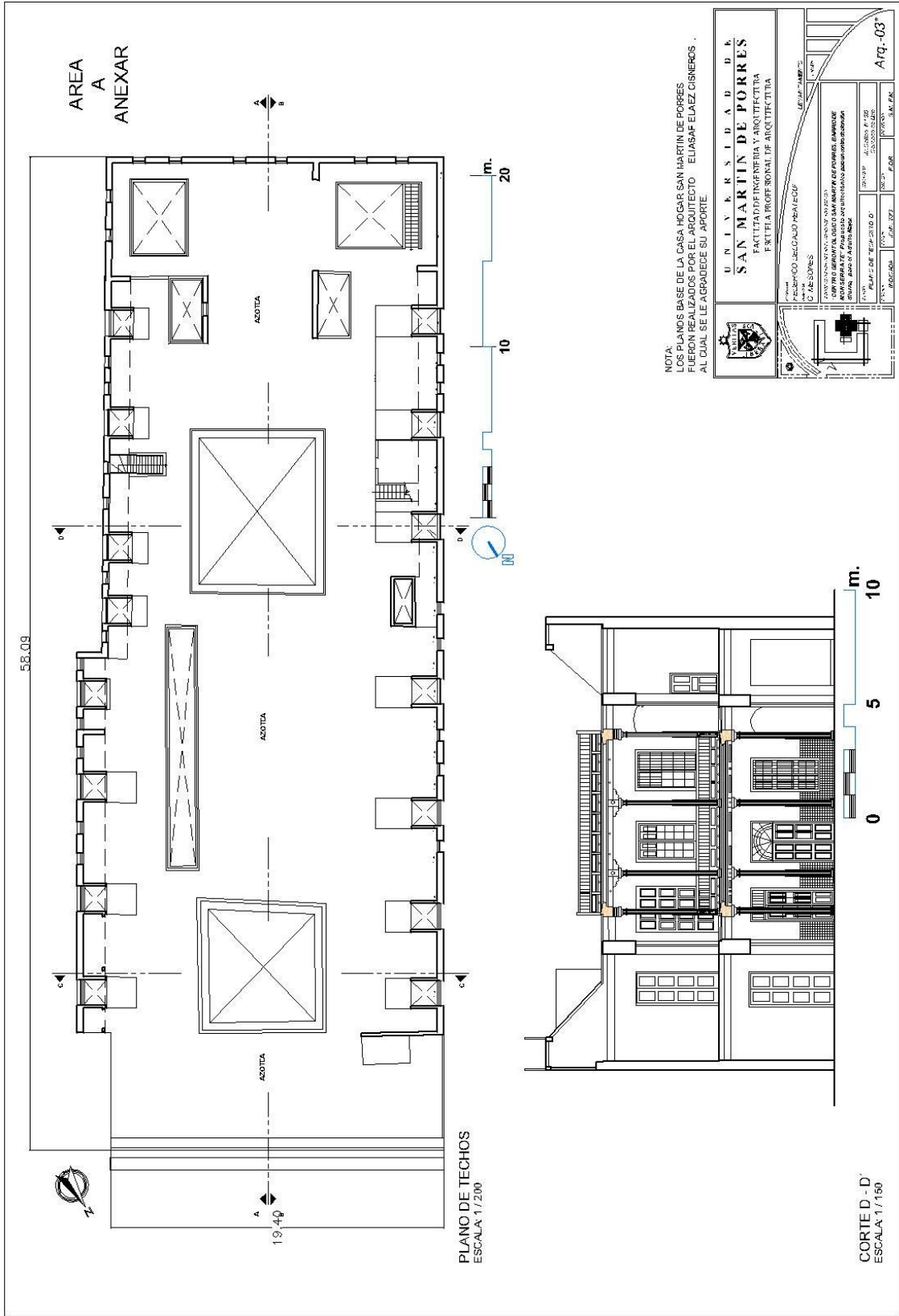
Finalmente, como ya se mencionó se realizara la acumulación de los predios para ello se realizaran unas aberturas o vanos en favor de la circulación, que a la vez permitirá generar un conexión vertical interna.

Adjuntamos planos del levantamiento e imágenes con croquis de los ambientes expuestos.



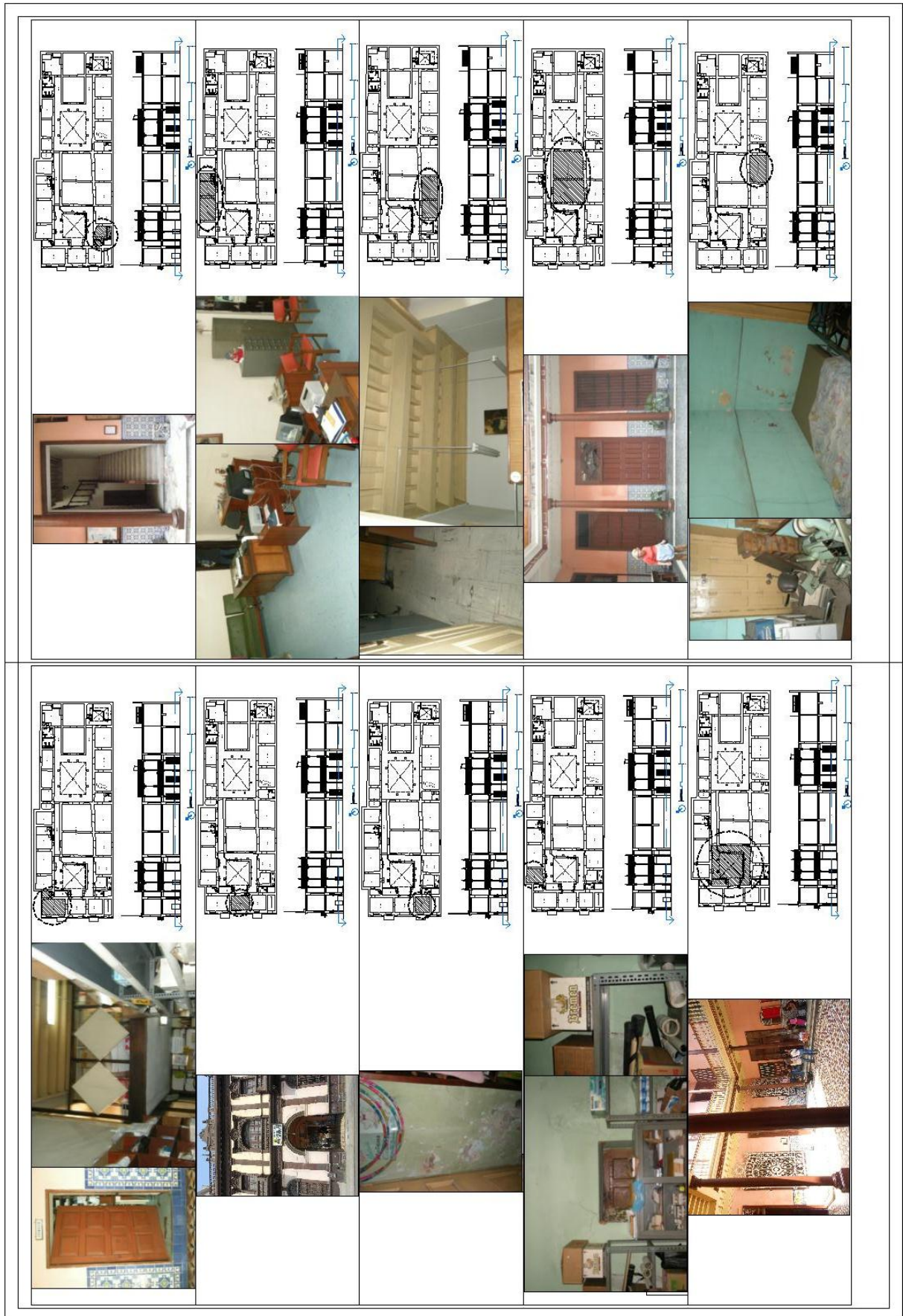


Elaborado por el autor

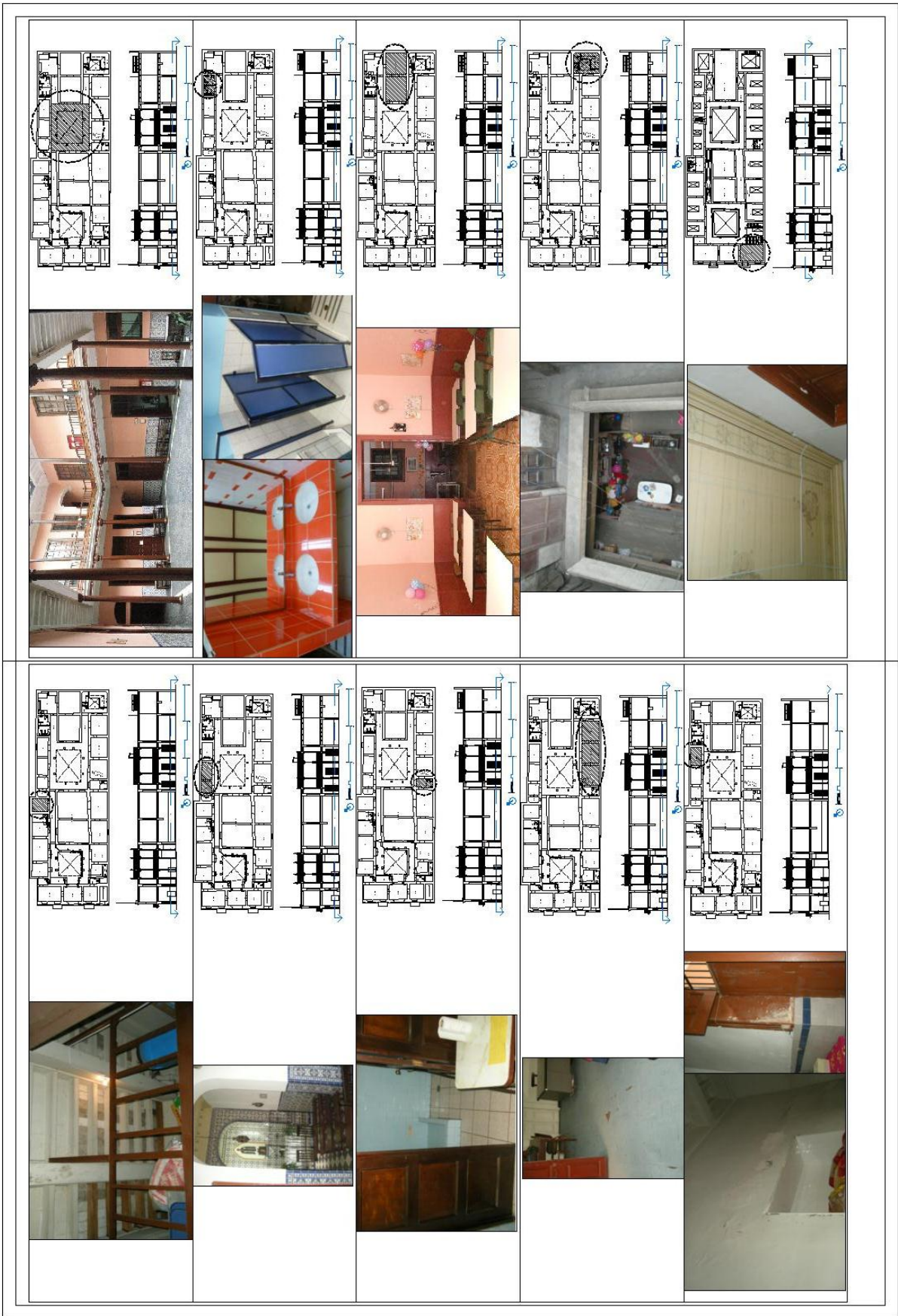


Elaborado por el autor





Elaborado por el autor



Elaborado por el autor





Elaborado por el autor



Finalmente tenemos el predio en donde se realizará la obra nueva. Este predio es peculiar ya que, el único resto existente de su forma original es la fachada de estilo republicano y crujiá las cuales se encuentran deterioradas.

El predio tiene 2 numeraciones el 575 que mantiene su forma original y el 593, este último es el resultado de una subdivisión realizada en la década de los 70<sup>s</sup>, la alteración permite conectar los predios por la parte posterior el lote tiene por numeración 575, generando una geometría en forma de c. La sumatoria de áreas de estos lotes es de 1756 m<sup>2</sup> Adjuntamos el levantamiento de terreno y fotografías que evidencian el estado actual.



Elaborado por el autor

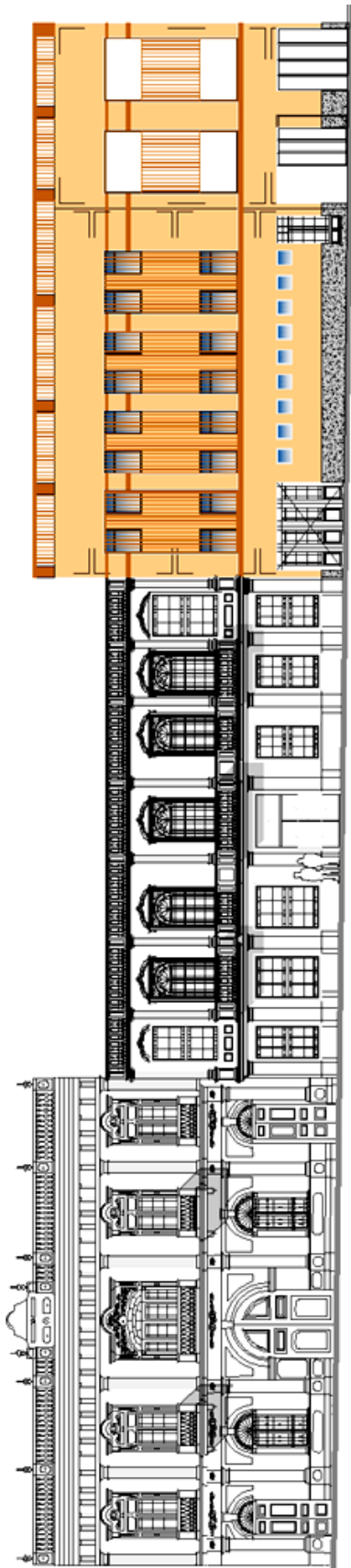
## **CAPÍTULO V**

### **PREMISAS DE DISEÑO**

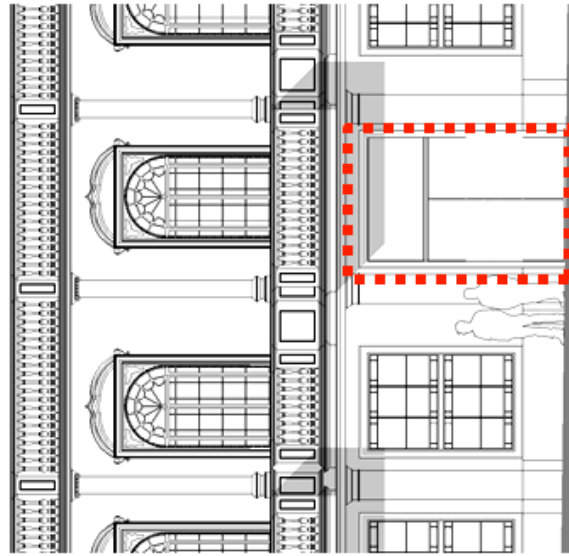
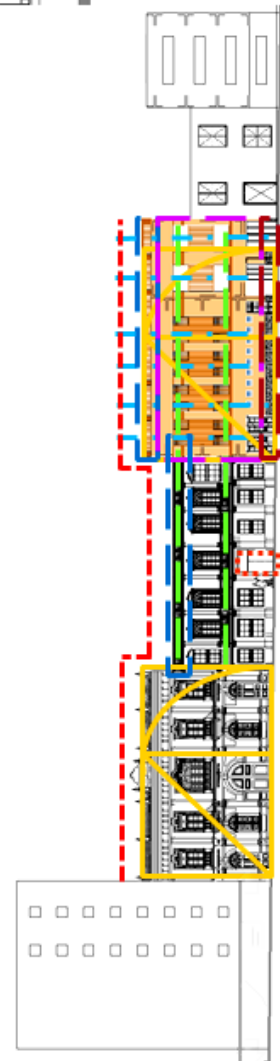
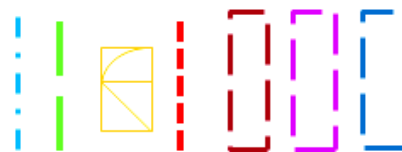
#### **Fachada y crujía, Planteamiento Arquitectónico y Criterios de Diseño.**

Por otro lado se plantea la intervención de la fachada del inmueble inserto en el proyecto. Las razones por las que se hace esto son: mejorar el perfil urbano y poder demostrar que la arquitectura contemporánea puede armonizar con las construcciones de valor.

Pero repensándose su roll, es decir plantear una arquitectura singular para este lugar. Por ello tras el análisis del lugar, ejemplos, libros y algunos profesionales se plante la siguiente facha. Pautas de diseño: Ritmo. Proporción-continuidad de los frisos-tipo de material- cronología de la estética a plantear-veracidad, adaptabilidad.



1. RITMO
2. FRISOS
3. PROPORCIÓN DEL VOLUMEN
4. PERFIL URBANO
5. BASE
6. CUERPO
7. REMATE

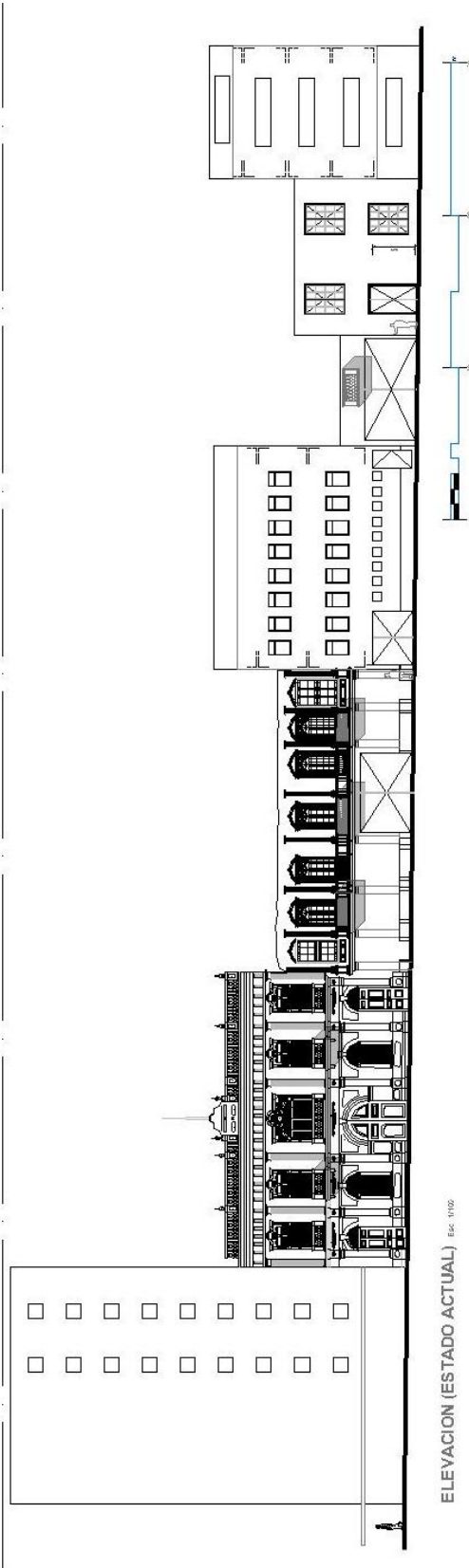


Para jerarquizar el ingreso se empleo una manpara de cristal.

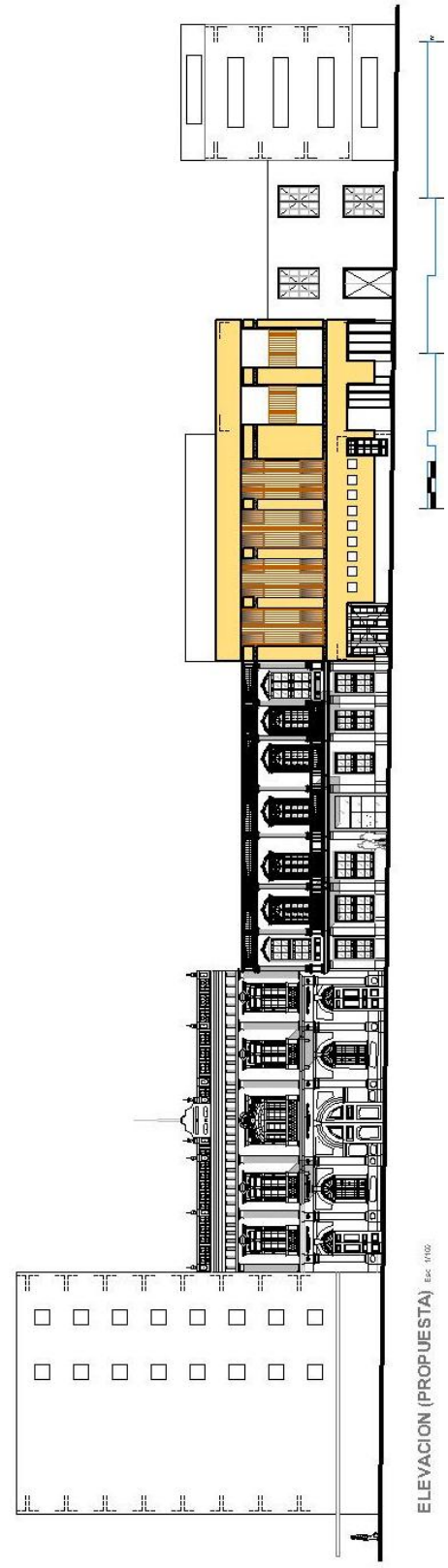
Elaborado por el autor



FOTOGRAFÍA DE LAS FACHADAS # 535- # 557



ELEVACION (ESTADO ACTUAL) Esc: 1/100

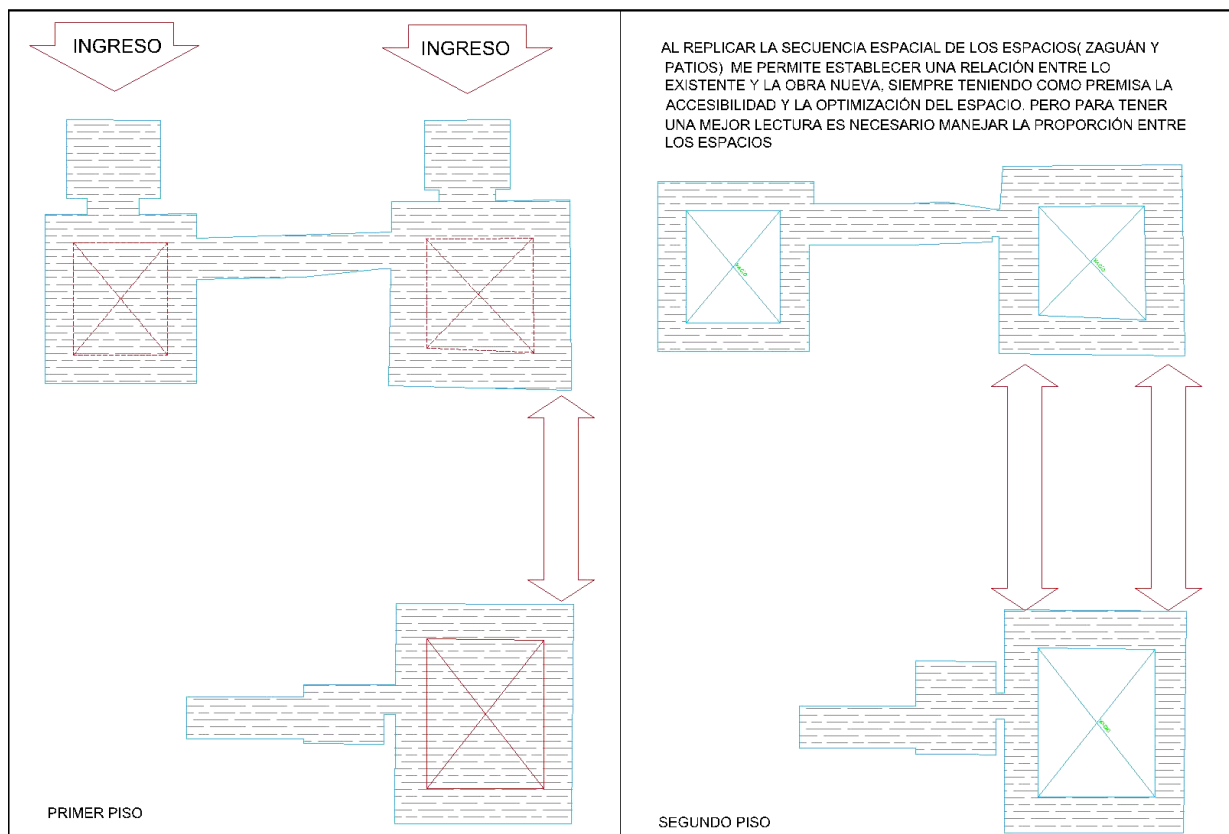


ELEVACION (PROPUESTA) Esc: 1/100

Elaborado por el autor

## 5.1 Planteamiento Arquitectónico y Criterios de Diseño

Ya habiendo tomado conocimiento de las pautas para desarrollar un espacio de atención médico ambulatorio podemos precisar que los recorridos deben cumplir con las normas establecidas, deben contar con buena iluminación, pasamanos, pisos alto tránsito. Y por otro lado los espacios que componen un centro para el adulto mayor, estos espacios deben lograr la mayor autonomía del individuo. Por ello se desarrollan en uno o dos pisos. Son construidos con materiales tradicionales. Los espacios destinados a las dinámicas grupales debe ser flexible y en tanto sea posible permeable ya sea un patio o calle.



Elaborado por el autor

Los patios son elementos de orientación espacial y sosiego por parte de los AM.

Los recorridos deben estar bien definidos, de preferencia recorridos lineales evitar confusión, por tanto inseguridad. Acompañados de barandas o pasamanos con las medidas necesarias.

Los pavimentos deben ser antideslizantes en tanto sea posible. Rehabilitar o adaptar un edificio no lo adecuado, sin embargo las intervenciones en la Casa San Martín de Porres serán menos.

- Adición de Rampa
- Liberación de muro en baño con escalera no adecuado.
- Reformulación de baños.

Por otro lado al observar la forma de configuración espacial, se aprecia un marcado sentido de la ortogonalidad producto de la configuración espacial de la casa Roma. Esta configuración será tomada hasta cierto punto del espacio, para dar paso a espacios que denoten contemporaneidad, sin dejar de ser seguros o peor aún espacios tortuosos. Considero en general que la modernidad ha contribuido de manera significativa en la arquitectura mundial pero debe conciliar sus cánones con los cascos históricos, como se viene haciendo en muchas partes del Mundo.

Finalmente la conexión del edificio nuevo con el existente y con la ciudad se da a través del esquema de Zaguán – Patio. Pero la respuesta va más allá por que contempla que los espacios citados tienen una proporción particular la cual debe ser analizada y plantear una aproximación de esta.



**CRITERIOS DE DISEÑO**

**LEYENDA**

PATIOS



TRAMA ORTOGONAL



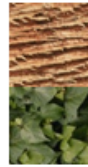
RELACION ESPACIAL



ACCESIBILIDAD



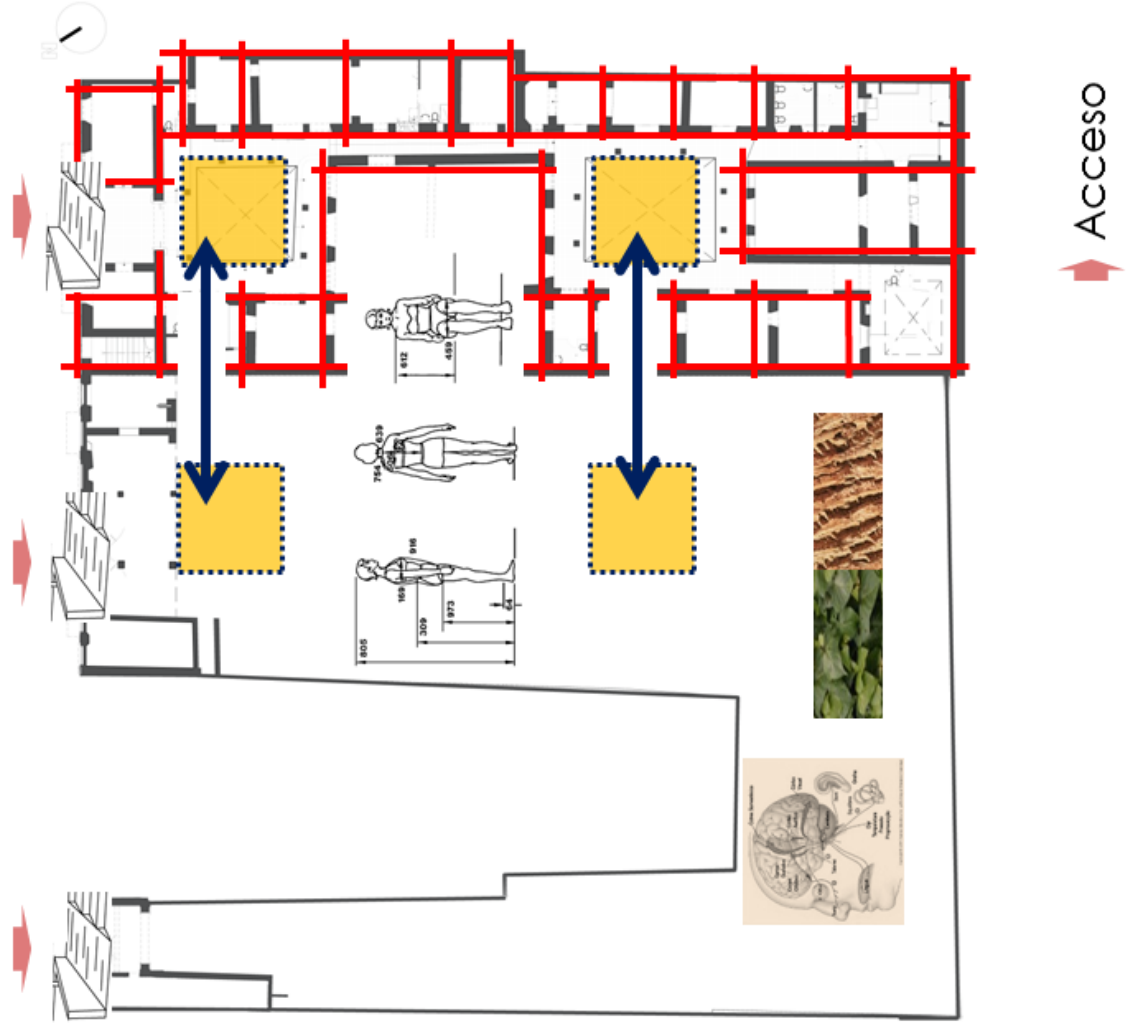
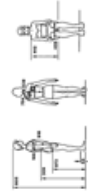
MATERIALIDAD CALIDA



SISTEMA SENSORIAL



ANTROPOMETRÍA



Elaborado por el autor

## 5.2 Programa Arquitectónico

El Centro Gerontológicos se plantea para asistir a las personas vulnerables en la comunidad aledaña, pero ello no quita que pueda ser asistido por parte de vecinos de otros distritos y es más gente del extranjero. El presente Centro plantea además ser un centro de Investigación y Capacitación Gerontológica “en donde ya no solo se limita a brindar vestido y alimentación a los ancianos sino como un centro de atención multidisciplinaria e interdisciplinaria; lo que se comprendería como la parte **de atención integral** se compone de cuatro grandes áreas.

La asistencial-administrativa que provee de servicios básicos como insumos para la alimentación, dotación de medicamentos, ropa, limpieza, mantenimiento

El área médica que mantiene control permanente de los AM con apoyo profesional de enfermería, rehabilitación física, odontología, nutrición, etc. El área de psicogerontología con actividades como gericultura, psicología y terapia ocupacional

El trabajo social trabaja en generar nexos con las redes sociales de los beneficiarios y con las instituciones vinculadas con los ancianos, así como organizar las actividades socio recreativas y culturales.

Finalmente se plantea espacios de capacitación y la formación gerontológica, para las familias (programa de escuela para hijos con padres adultos mayores), la comunidad personal gerontológico de toda índole.

### Área Administrativa

- Dirección general 12 m<sup>2</sup>
- Sala de juntas 40 m<sup>2</sup>
- Baño G.G. 4 m<sup>2</sup>
- Secretaria 9 m<sup>2</sup>
- Sala de espera 12 m<sup>2</sup>
- Dirección de medicina gerontológica 9 m<sup>2</sup>

- Dirección de desarrollo intelectual y cultural 9 m2
- Dirección de actividades físicas 9 m2
- Dirección de artes manuales y oficios 9 m2
- Área de Mantenimiento 9 m2
- Secretaria 9 m2
- Dirección de Asistencia Social 9 m2
- Soporte técnico y servidor 25 m2
- Archivo 20 m2
- Baño per. 4 m2 (2) 8 m2
- Vestíbulo 25 m2
- Farmacia 40 m2
- Bazar y tienda de recuerdos 18 m2
- Caja 12 m2
- Baños (varios) 200 m2
- Estacionamiento (33 autos) 400.00 m2
- Control de ingreso (varios) 9 m2

#### Área de Salud

- Tópico 15 m2
- Triaje 15 m2 (2) 30 m2
- Medicina General 12 m2
- Psicología 12 m2
- Psiquiatría 12 m2
- Nutriología 12 m2
- Geriatria 12 m2
- Traumatología 12 m2
- Reumatología 12 m2
- Odontología 12 m2
- Oftalmología 16 m2
- Otorrinolaringología 16 m2
- Dermatología 16 m2
- Acupuntura 16 m2
- Sala de nebulización y monitoreo 25 m2
- Sala de podología 30 m2

### Actividades Mentales y Culturales

- Biblioteca y sala de lectura 120 m2
- Auditorio 340 m2 (espacio idóneo para distado de clases)
- Taller de música 100 m2
- Sala de computo 60 m2
- Taller Subestima y Soporte Emocional 27 m2 (3 aulas) 81 m2 (Capacitación )
- Bordado y tejido 27 m2
- Pintura 27 m2
- Cerámica 27 m2
- Repostería 40 m2
- Peluquería 27 m2
- Taller de memoria 27 m2
- Repujado y Bisutería 27 m2
- Juegos de mesa (próximo a áreas verdes) 30 m2
- Hidroponía, Bonsái, Bio-Huertos (próximo a áreas verdes) 40 m2
- Mantenimiento del hogar (Carpintería, Albañilería, Plomería) 27 m2

### Actividades Físicas

- Gimnasio de rutinas y mantenimiento 120 m2
- Gimnasio de actividades cardiovasculares 80 m2
- Salas de Hidroterapia 30 m2
- Salas de Fisioterapia 30 m2
- Área libre de taichí y actividades grupales 150 m2
- Sala de usos múltiples (danza, teatro, charlas) 130 m2

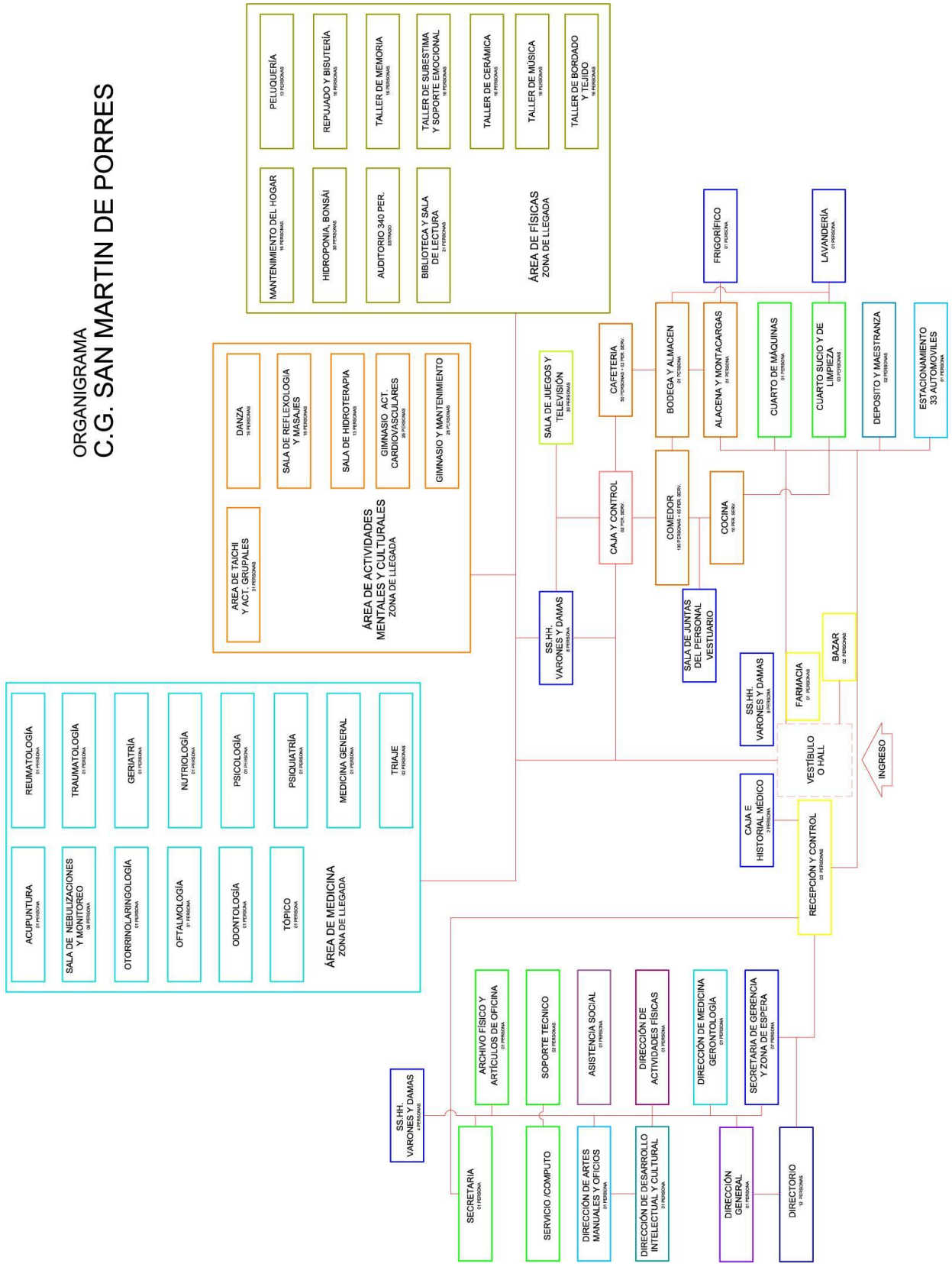
### Zona de descanso o complementarias

- Caja 9 m2
- Cafetería 80 m2
- Restaurant 400 m2
- Sala de juegos y televisión 30 m2
- Almacenes 60m2
- Cuarto de basura 10m2
- Deposito varios 16m2

### Zona privada

- Cocina 30 m<sup>2</sup>
- Bodegas de almacenamiento 120 m<sup>2</sup>
- Sala de juntas del personal 30m<sup>2</sup>
- Vestidor del personal 6 m<sup>2</sup>
- Baño del personal 12m<sup>2</sup>
- Caseta de vigilancia y video vigilancia 30m<sup>2</sup>
- Maestranza 12 m<sup>2</sup>
- Cuarto de Limpieza (varios) 20 m<sup>2</sup>
- Cuarto de máquinas (varios) 50m<sup>2</sup>

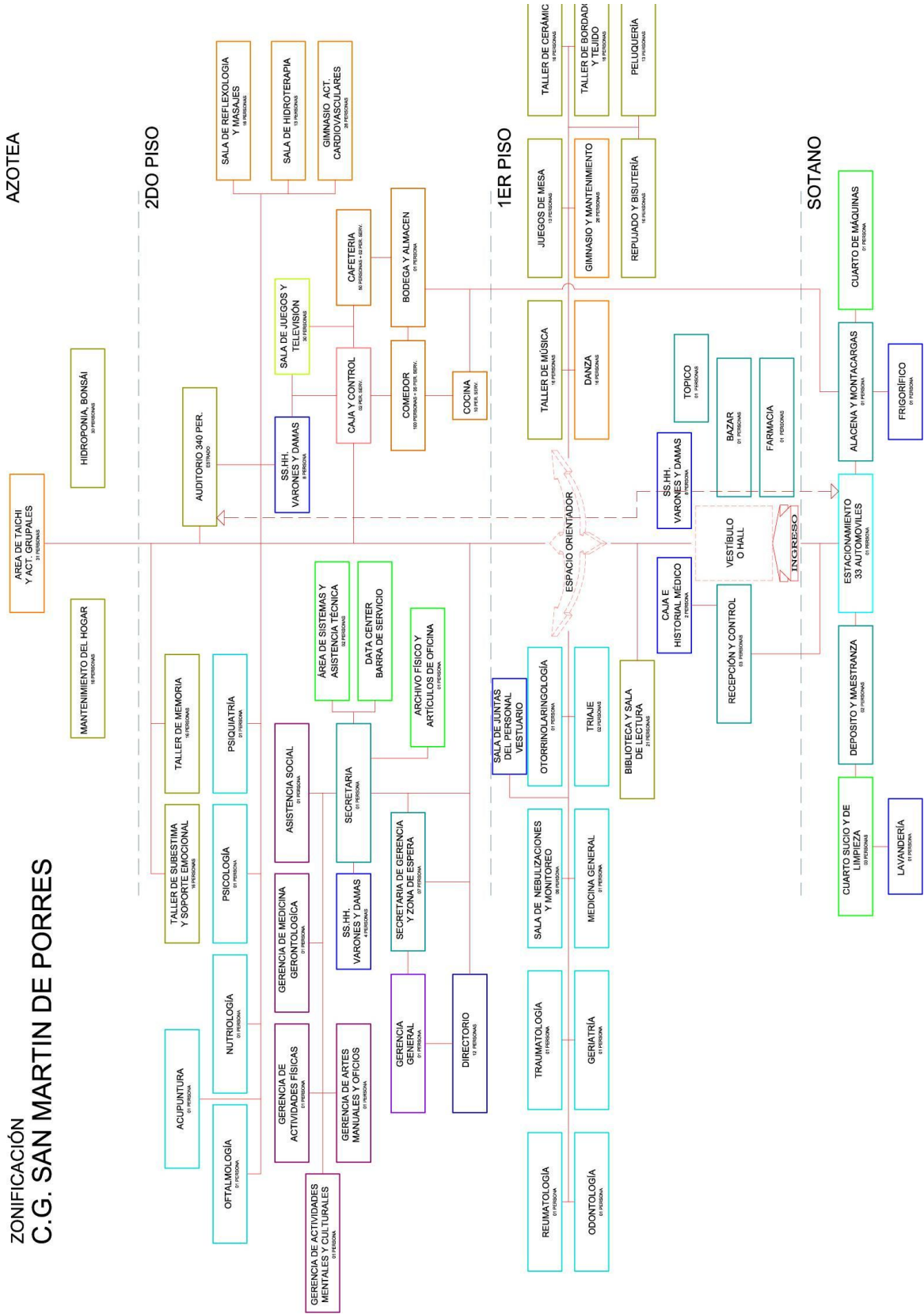
# ORGANIGRAMA C.G. SAN MARTIN DE PORRES



Elaborado por el autor

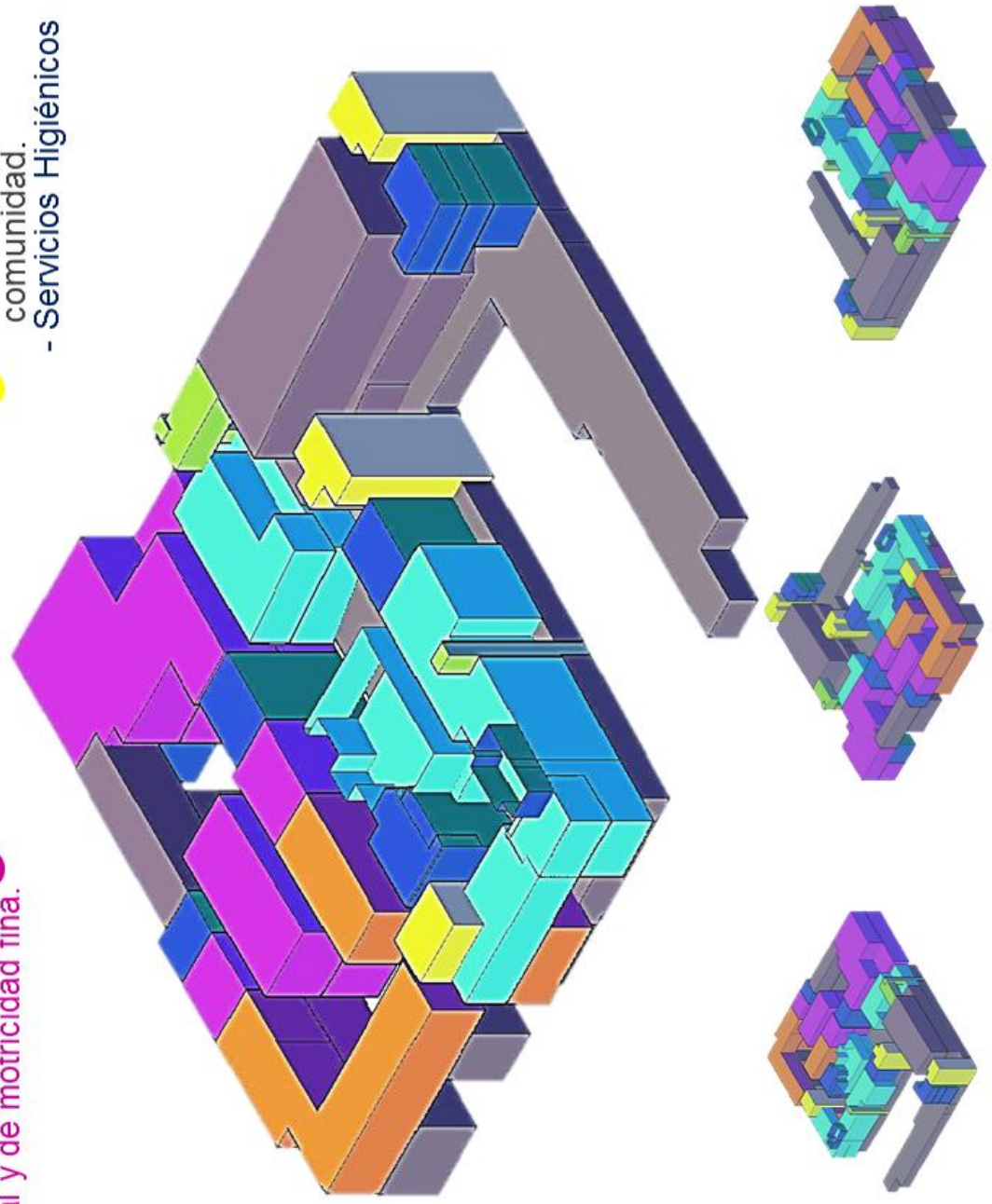
ZONIFICACIÓN  
C.G. SAN MARTIN DE PORRES

AZOTEA



Elaborado por el autor

- Servicios Médicos.
- Servicios de Mantenimiento Intelectual y de motricidad fina.
- Área Administrativa.
- Circulaciones Verticales.
- Área de abastecimiento de insumos.
- Servicios para la comunidad.
- Servicios Higiénicos



Z O N I F I C A C I O N

Elaborado por el autor





Fotografía tridimensional (Render 3d.) elaborada por el autor



Fotografía tridimensional (Render 3d.) elaborada por el autor



Fotografía tridimensional (Render 3d.) elaborada por el autor



Fotografía tridimensional (Render 3d.) elaborada por el autor



Fotografía tridimensional (Render 3d.) elaborada por el autor



Fotografía tridimensional (Render 3d.) elaborada por el autor

## CONCLUSIONES

1. Los servicios existentes que dan forma al programa a plantear, son los siguientes:
  - CHG (Clínicas y Hospitales Geriátricos)
  - CEMFR (Centro Especializado en Medicina Física y Rehabilitación Trauma Neurológica)
  - CAM (Centro del Adulto Mayor de EsSalud)
2. Los proyectos arquitectónicos extranjeros analizados (PAEA) se desarrollan en dos niveles como máximo y cuentan con elevador.
3. Los PAEA reflejan una conciencia por tener espacios libres de barreras arquitectónicas, espacios flexibles, espacios permeables visualmente y físicos, espacios en contacto con la naturaleza y que brinden seguridad y comodidad.
4. Los PAEA se construyen con materiales tradicionales que contrasten bien los elementos arquitectónicos. Además, procuran agrupar las funciones en espacios de usos múltiples. Finalmente, contemplan los recorridos como elementos de interacción por parte de los usuarios, ya que su marcha es lenta.

5. La clínica San Isidro Labrador es una infraestructura de vanguardia, sin embargo, se limita a cumplir estrictamente las disposiciones sanitarias normativas, aun cuando puede ofrecer una espacialidad innovadora.
6. Los espacios sanitarios están claramente definidos por la normativa, pero es viable que se les dé un valor agregado de tipo estético, lo que generará espacios más cómodos para el usuario.
7. Los CAM analizados se desarrollan en edificios no adecuados para esta función, sin embargo, plantean soluciones para las dinámicas que requieren.
8. Los CAM analizados reflejan que los espacios de funciones múltiples son muy necesarios para los diversos programas que allí se ofrecen.
9. Los CAM analizados evidencian sus limitaciones al no contar con circulaciones óptimas, ya sea por la falta de pasamanos y elevadores, la presencia de anchos inadecuados y la poca seguridad en determinadas situaciones. No obstante, se ha corroborado que los CAM repercuten de manera positiva en la autoestima del individuo en general.
10. Existen muchas necesidades insatisfechas por parte de la población adulta mayor, por ejemplo, la de contar con ingresos que les permitan acceder a diversos bienes y servicios. Por ello, el programa a plantear buscará satisfacer sus necesidades de salud, educación, recreación y uso eficaz del tiempo libre.
11. Existen muchos documentos que hacen referencia a la accesibilidad, pero lo principal es tomar conciencia en el quehacer diario, donde los elementos arquitectónicos deben estar claramente contrastados para así tener un mejor entendimiento del espacio.
12. Los pavimentos deben ser todos fijos. Como ya se mencionó antes, las escaleras representan un reto en la dinámica cotidiana para las

personas con movilidad reducida, por ello la concepción y construcción de estas debe ser cautelosa y apropiada para un funcionamiento óptimo.

## RECOMENDACIONES

Después de haber realizado una serie de análisis, entrevistas y encuestas a lo largo del desarrollo de este proyecto, se ha llegado a definir como las recomendaciones de diseño más resaltantes, las siguientes:

1. Asumir a las PAM como enfermos crónicos, multifármacos y asociados a la pérdida progresiva de la motricidad fina.
2. Los adultos mayores deben permanecer en sus hogares de manera autónoma saludable, se debe distribuir su tiempo libre en actividades de distinta índole.
3. Los espacios deberán permitir una absoluta auto valencia, esto repercutirá en su autoestima de manera favorable
4. Contar con espacios de encuentro intergeneracional es vital en la vida del adulto mayor.
5. Pensar en los recorridos no solo como espacios de transito sino también de interacción.

6. Manejar criterios de diseño que repercutan de manera favorable en el adulto mayor, como por ejemplo, la accesibilidad.
7. Los materiales a emplear deben ser cálidos y tener una tonalidad definida.
8. Los recorridos deben ser claros y ortogonales.
9. El mobiliario debe ser apropiado para los adultos mayores.
10. Los ambientes deben brindar tres aspectos fundamentales: comodidad, seguridad y movilidad.



## **ANEXOS**

### PLANIMETRIA

#### Arquitectura

- 0 Índice
- 1 Plano de Localización - E: Indicada
- 2 Plano de Ubicación - E: Indicada
- 3 Planta del Sótano - E:1/75
- 4 Planta del Primer Piso - E:1/75
- 5 Planta del Segundo Piso - E:1/75
- 6 Planta de La Azotea Piso - E:1/75
- 7 Planta de Techos - E:1/75
- 8 Corte A - A' / Corte B - B' / Corte C - C' - E:1/75
- 9 Corte D - D' / Corte E - E' / Corte F - F' - E:1/75
- 10 Corte G - G' / Corte H - H' / Corte I - I' - E:1/75
- 11 Elevación - E:1/100
  
- \* Obra Nueva
- 12 Planta del Sótano - E:1/50
- 13 Planta del Primer Piso - E:1/50
- 14 Planta del Segundo Piso - E:1/50
- 15 Planta de La Azotea Piso - E:1/50
- 16 Corte A - A' / Corte B - B' / Corte C - C' - E:1/50
- 17 Corte G - G' / Corte H - H' - E:1/50
- 18 Detalle de Escalera - 01 (Ascensor Con Camilla) - E:1/25
- 19 Detalle de Escalera - 02 (Ascensor Con Camilla) - E:1/25
- 20 Detalle de Rampa - E:1/25
- 21 Detalle de Baños 01 (Plantas y Cortes ) - E:1/25
- 22 Detalle de Baños 02 (Plantas y Cortes ) - E:1/25
- 23 Detalle de Cocina - E:1/25
- 24 Detalle de Consultorio Típico - E:1/25
- 25 Detalle de Auditorio - 01 (Planta) - E:1/25
- 26 Detalle de Auditorio - 02 ( Cortes) - E:1/25
- 27 Detalle de Auditorio - 03 (Cortes) - E:1/25
- 28 Detalle de Puertas Ventanas y Mamparas - E:1/25

- 29 Detalle de Pisos - 01 - E:1/100
- 30 Detalle de Pisos - 02 - E:1/100

### Estructuras

- 32 Cimentación
- 33 Aligerado Sótano
- 34 Aligerado Primer Piso y Vigas Típicas
- 35 Aligerado Segundo Piso y Columnas Típicas

### Eléctricas

- 36 Sótano
- 37 Primer Piso
- 38 Segundo Piso
- 39 Tercer Piso
- 40 Azotea

### Sanitarias

- 41 Sótano
- 42 Primer Piso
- 43 Segundo Piso
- 42 Tercer Piso
- 43 Azotea
- 44 Cisterna

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. AaVv. Centros históricos y Conservación del Patrimonio / Pág.187 edición 1998.
2. De Gracia, Francisco. Construir en lo construido, La arquitectura como Modificación / Pág. 322 edición 2001
3. AaVv. Restauración de fachadas Históricas / Pág. 190 edición 2005
4. T.G. FAUA UNI. Atahualpa, Julio F. Estructura física del Barrio de Monserrate (1983).
5. T.G. FAUA UNI. Cisneros, Luis. Renovación Urbana en el Barrio de Monserrate (1992).
6. Eduardo, Frank. Vejez, Arquitectura y Sociedad / Pág. 125 Edición 2006.
7. Panero, Julius; Zelnik, Martin. Las Dimensiones Humanas En Los Espacios Interiores / Ancianos y personas físicamente disminuidos 47-55. Pág.320 GG/México 10ª edición 2001 Naucalpan.
8. AaVv. Manual para un entorno accesible /Pág. 336 edición 2005
9. RNE. Accesibilidad para personas con discapacidad y personas adultas mayores.
10. Lynch, Kevin. La imagen de la ciudad / elaboración de la imagen 15, estructura identidad 17. Pág.226 GG Reprints 5ª edición 2001 Barcelona.
10. José de Mesa. Glosario Mínimo de Términos de Arquitectura Virreinal en el Área Andina / Pág.25 Instituto de Cultura 2ª edición 1980 Cusco.

11. IV Congreso Internacional de Arquitectura Moderna (CIAM). Carta de Atenas

12. Fr. Guillermo Alvares Perca, O.P. Historia de la Orden Dominica en el Perú

Siglo XVI – XVII – XVIII- XIX – XX (1900 – 1965 / 1966 – 2000) Editorial Santo Domingo 1ª edición 2005 Lima.

Dr. José Francisco Parodi (2009). “Surgió un nuevo paciente”. El Comercio. Lima, abril 2010

Historia de la Medicina, tomo I y II Delgado Matallana, Delgado. Universidad Nacional de Mayor de San Marcos, Fondo Editorial UPC

Alfaro Bazán, Miguel Fernando

Tesis: Centro de día, de salud y residencial para el adulto mayor para Essalud en Surquillo

Franciscolo Noziglia, Bruna

Tesis: Centro recreacional y habitacional para la tercera edad

Ramírez-Gastón Marques-Barbosa, Karen

Tesis: “Centro de Desarrollo y Asistencia para el Adulto Mayor”

Zevallos Luna, Korali Myriam

Tesis : Clínica General con Centro Geriátrico en La Molina