

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga

Universidad Santo Tomás

Centro de Bienestar para el Adulto Mayor, Mensuly

Juan Pablo Suárez Angulo

Trabajo de grado para optar por el título de Arquitecto

Director:

Arq. Vitelio Garcia-Hernandez Ochoa



Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Arquitectura e Ingenierías

Facultad de Arquitectura

2017

Agradecimientos

Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que de alguna forma son parte de todo este proceso de aprendizaje. Mis más sinceros agradecimientos van dirigidos hacia mis padres, por su lucha inalcanzable día tras día para formar mi carrera profesional, a mis tías que me han dado su ayuda incondicional y a mis abuelos que han sido una fuente de inspiración para este proyecto. Al arquitecto Vitelio García-Herreros por ser un guía esencial para desarrollar y plasmar mi conocimiento en este proceso.

A Dios le doy gracias por estar siempre a mi lado y a las personas que amo.

Contenido

1. Tema	14
2. Título.....	14
3. Introducción	15
4. Planteamiento del Problema	16
4.1 Descripción del Problema	16
4.2 Planteamiento Holopráxico.....	18
4.3 Sistematización del Problema	18
5. Justificación	19
6. Objetivos	20
6.1 Objetivo General	20
6.2 Objetivos Específicos.....	21
7. Delimitación.....	21
7.1 Delimitación Espacial	21
7.2 Delimitación Temporal	22
7.2.1 Cronograma.....	22
7.3 Delimitación Circunstancial.....	22
8. Marcos de Referencia	23
8.1 Marco Geográfico y de Contexto	23
8.1.1 Marco Geográfico.	23
8.1.1.1 Localización.....	23
8.1.1.2 Ubicación del lote.	24

8.1.1.2.1 Sector.	24
8.1.1.2.2 Condiciones ambientales.	25
8.1.1.2.3 Usos del suelo.	26
8.1.1.2.4 Equipamientos del sector.	27
8.1.1.2.5 Accesibilidad.....	28
8.1.1.2.6 Climatología.....	31
8.1.1.2.7 Análisis topográfico y ambiental.	35
8.1.1.2.8 Alzado del sector.....	36
8.1.1.2.9 Fitotectura.	37
8.1.2 Marco de contexto.....	38
8.1.2.1 Diagnóstico en Santander.	39
8.1.2.1.1 Población en Santander.....	39
8.1.2.1.2 Población del área metropolitana de Bucaramanga.	40
8.1.2.1.3 Centros geriátricos en Santander.	40
8.1.2.2 Diagnóstico municipal.	41
8.1.2.2.1 Población en Piedecuesta.....	41
8.1.2.2.2 Topografía y climatología.....	42
8.1.2.2.3 Uso del suelo en Piedecuesta.	43
8.1.2.2.4 Amenazas urbanas.	44
8.1.2.2.5 Usos del suelo urbano.	45
8.1.2.2.6. Perfiles existentes.....	50
8.1.2.2.7 Rutas de transporte masivo.	51
8.1.2.2.8 Proyección de vías.	52

8.2 Marco Teórico	53
8.2.1 Estado del arte.....	53
8.2.2 Referentes y referencias.....	55
8.2.2.1 Análisis del sitio similar.	55
8.2.2.2 Centro geriátrico Santa Rita, España.	55
8.2.2.2.1 Descripción.	56
8.2.2.2.2 Organigrama.	57
8.2.2.2.3 Programa arquitectónico.	57
8.2.2.2.4 Planta arquitectónica.....	58
8.2.2.2.5 Habitaciones.....	59
8.2.2.2.6 Servicios y baños.	60
8.2.2.3 Casa del adulto mayor de Laja, Chile.	61
8.2.2.3.1 Descripción.	61
8.2.2.3.2 Organigrama.	61
8.2.2.3.3 Programa arquitectónico.	63
8.2.2.3.4 Plantas arquitectónicas.....	63
8.2.2.3.5 Cortes.	65
8.2.2.3.6 Habitaciones.....	66
8.2.2.4 Albergue San Vicente de Paul, Betulia, Santander, Colombia.	67
8.2.2.4.1. Descripción.	67
8.2.2.4.2 Organigrama.	68
8.2.2.4.3 Programa arquitectónico.	69
8.2.2.4.4 Plantas.....	69

8.2.3 Comparación programa arquitectónico referentes.	71
8.2.3.1 Cuadro comparativo de programas arquitectónicos.....	72
8.3 Teoría del Diseño Arquitectónico.....	72
8.3.1 Funcionalismo.....	72
8.3.2 Sostenibilidad.....	75
8.3.3 Sustentabilidad.....	76
8.3.4 Organicismo.....	77
8.3.5 Racionalismo Arquitectónico.....	79
8.4 Tendencias del Diseño.....	79
8.4.1 Minimalismo.....	79
8.4.2 Paisajismo.....	80
8.4.3 Interiorismo.....	81
8.5 Marco Conceptual.....	81
8.5.1 El envejecimiento.....	82
8.5.2 El proceso de envejecimiento.....	84
8.5.3 Componentes en la calidad de vida del adulto mayor.....	85
8.5.4 Panorama Mundial.....	86
8.5.4.1 Porcentaje de la población de 60 años o más en 2015 y 2050.....	86
8.5.4.2 Porcentaje de la población mundial de 60 años o más 1950-2050.....	87
8.5.4.3 Población mundial de 60 años o más 1950-2050.....	88
8.5.4.4 Porcentaje de la población de 60 años y más. 2000-2050.....	89
8.5.5 El envejecimiento en Colombia.....	89
8.5.5.1 Población Colombiana años 1950, 2010, 2030 y 2050.....	91

8.5.5.2 Cambios en la estructura de la población de Colombia 1964-2015.....	92
8.5.5.3. Esperanza de vida en Colombia.....	93
8.5.5.4 Índice de envejecimiento de la población departamentos Colombia 2010.....	94
8.5.5.5 Personas mayores de 65 años con alguna limitación.	95
8.5.5.6 Concentración de centros para adultos mayores según ciudades.	96
8.5.5.7 Porcentaje de accesibilidad a parques en los adultos mayores.	96
8.5.6 Salud en la vejez.	97
8.5.7 El Envejecimiento activo.	98
8.5.8 Principios de los centros de bienestar.	102
8.5.9 Problemas de los centros de atención al adulto mayor.	103
8.5.10 Confort.	104
8.5.11 Seguridad.	104
8.5.12 Jardines.	104
8.5.13 Salas de pánico.....	105
8.5.14 Domótica.....	105
8.5.15 Tecnología.....	105
8.5.16 Cubiertas verdes.....	105
8.5.17 Paneles solares	106
8.5.18 Impacto visual.....	106
8.6 Marco Histórico.....	106
8.7 Marco Normativo	111
8.7.1 Normativa NSR 10, Título G – Estructuras de madera	120
8.7.1.1 Madera laminada.....	120

8.7.1.1.1 Método de diseño estructural	122
8.7.1.1.2 Normatividad	122
8.8.1 Normativa Municipal.	123
8.8.1.1 Suelo sub urbano zona Mensuly – Tablanca.....	123
8.7.1.1.1 Ficha normativa.	124
8.8.1.1.2 Usos del suelo.	124
8.8.1.1.3 Aislamientos.	125
8.8.1.1.4 Alturas.....	125
8.9 Marco Legal	126
9. Diseño Metodológico.....	133
9.1 Tipo de investigación.....	133
9.2 Enfoque Metodológico.....	133
9.3 Unidades de Estudio.....	134
9.3.1 Instrumentos de recolección.	135
9.3.2 Análisis de la información.	136
9.3.2.1 Encuesta nacional de demografía y salud – ENDS - 2010	140
10 Criterios de Diseño	144
10.1 Descripción.....	144
10.2 Organización de funciones y relación de espacios	145
10.3 Programa arquitectónico	146
10.4 Zonificación	146
10.5 Planos arquitectónicos	147
10.6 Renders	147

11. Imagen Corporativa	148
12. Conclusiones	148
Bibliografía	150
Apéndices.....	154
Apéndice A. Cronograma	154

Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución de la población por grandes grupos de edad en 1985, 2005 y 2010	141
Tabla 2. Indicadores departamentos de la región oriental	143

Figuras

Figura 1. Localización de proyecto	23
Figura 2. Localización del lote a intervenir	24
Figura 3. Condiciones ambientales	25
Figura 4. Esos del suelo	26
Figura 5. Equipamientos	27
Figura 6. Vías de acceso	28
Figura 7. Perfiles viales sector Mensuly	29
Figura 8. Ruta de transporte CEBIAM	30
Figura 9. Datos de radiación solar por meses del año en el área metropolitana de Bucaramanga.....	31
Figura 10. Carta solar del lote Carta solar del lote	32

Figura 11. Ángulos solares según fechas del año al lote	32
Figura 12. Precipitaciones anuales del área metropolitana de Bucaramanga	33
Figura 13. Rosa de los vientos del área metropolitana de Bucaramanga	34
Figura 14. Análisis topográficos del lote	35
Figura 15. Alzado del sector	36
Figura 16. Vista en planta del sector	36
Figura 17. Vistas del sector	37
Figura 18. Fitotectura del sector	37
Figura 19. Porcentaje población en Santander	39
Figura 20. Población área metropolitana de Bucaramanga	40
Figura 21. Centros geriátricos en Santander	41
Figura22. Población en Piedecuesta 2012	41
Figura 23. Pisos térmicos de Piedecuesta	42
Figura 24. Fauna y Flora Piedecuesta	43
Figura 25. Porcentajes suelo en Piedecuesta	43
Figura 26. Amenazas urbanas Piedecuesta	44
Figura 27. Uso residencial en Piedecuesta	45
Figura 28. Uso comercial en Piedecuesta	46
Figura 29. Uso institucional en Piedecuesta	47
Figura 30. Zonas de expansión en Piedecuesta	48
Figura 31. Ejes estructurantes en Piedecuesta	49
Figura 32. Perfiles actuales de Piedecuesta	50
Figura 33. Rutas de transporte Metrolinea	51

Figura 34. Proyección de vías en Piedecuesta	52
Figura 35. Centro geriátrico Santa Rita, España	56
Figura 36. Organigrama centro geriátrico Santa Rita	57
Figura 37. Planta arquitectónica centro geriátrico Santa Rita	58
Figura 38. Modelos de habitaciones centro geriátrico Santa Rita	59
Figura 39. Modelos de baños centro geriátrico Santa Rita	60
Figura 40. Organigrama casa del adulto mayor de Laja	62
Figura 41. Zonificación casa del adulto mayor de Laja	63
Figura 42. Plantas arquitectónicas casa del adulto mayor de Laja	64
Figura 43. Cortes arquitectónicos centro geriátrico Santa Rita	65
Figura 44. Modelos habitaciones centro geriátrico Santa Rita	66
Figura 45. Corte habitación centro geriátrico Santa Rita	67
Figura 46. Albergue San Vicente de Paul, Betulia	67
Figura 47. Organigrama Albergue San Vicente de Paul, Betulia	69
Figura 48. Plantas arquitectónicas Albergue San Vicente de Paul, Betulia	70
Figura 49. Enfermería Albergue San Vicente de Paul, Betulia	71
Figura 50. Villa Saboya	75
Figura 51. Pabellón de Alemania	79
Figura 52. Diseño minimalista	80
Figura 53. Paisajismo	81
Figura 54. El proceso de envejecimiento	84
Figura 55. Componentes en la calidad de vida del adulto mayor	85
Figura 56. Mapa mundial población mayor de 60 años	86

Figura 57. Porcentajes población mayor de 60 años	87
Figura 58. Población mundial mayor de 60 años	88
Figura 59. Porcentaje población mayor de 60 años 2000-2050.....	89
Figura 60. Población Colombiana años 1950, 2010, 2030 y 2050	91
Figura 61. Cambios en la población colombiana años 1964-2015	92
Figura 62. Esperanza de vida colombiana	93
Figura 63. Índice envejecimiento población colombiana por departamentos año 2010	94
Figura 64. Limitaciones personas mayores de 60 años	95
Figura 65. Concentración de centros para el adulto mayor en Colombia	96
Figura 66. Porcentaje acceso a parques en adultos mayores	96
Figura 67. Componentes del envejecimiento activo	102
Figura 68. Principios de los centros de bienestar	103
Figura 69. Problemas de los centros de atención al adulto mayor	103
Figura 70. Accesibilidad en espacios	117
Figura 71. Normas de accesibilidad	117
Figura 72. Baños con normas de accesibilidad	118
Figura 73. Ventanas para personas en silla de ruedas	119
Figura 74. Puertas y accesorios de pared para personas discapacitadas	119
Figura 75. Madera Laminada encolada (MLE)	121
Figura 76. Zona de Mensuly – Tablanca, Piedecuesta	123
Figura 77. Usos del suelo en zona Mensuly – Tablanca	124
Figura 78. Aislamientos normativos	125
Figura 79. Alturas permitidas	125

Figura 80. Cambios en la estructura de población (1985 y 2015)	141
Figura 81. Personas de 60 y más años de áreas urbanas, por sexo, sin ingresos propios en América Latina	142
Figura 82. Porcentaje de personas mayores de 59 años que perciben su estado de salud como bueno, regular o malo, por regiones (2010).....	144
Figura 83. Zonificación del proyecto, elaboración propia	146
Figura 84. Implantación del proyecto	147
Figura 85. Imagen corporativa CEBIAM	148

Apéndices

Apéndice A. Cronograma	154
Apéndice B. Programa arquitectónico centro geriátrico Santa Rita	155
Apéndice C. Programa arquitectónico casa del Adulto Mayor	156
Apéndice D. Programa arquitectónico albergue San Vicente de Paul	157
Apéndice E. Cuadro comparativo de programas arquitectónicos, referentes	158
Apéndice F. Programa arquitectónico centro de bienestar para el adulto mayor, Mensuly	159
Apéndice G. Planos arquitectónicos	160
Apéndice H. Renders	160

1. Tema

Asistencia integral para el adulto mayor: Una mirada al bienestar psicológico y social.

2. Título

Diseño de un Centro de bienestar para el Adulto Mayor en el municipio de Piedecuesta, Santander.

3. Introducción

La actualidad muestra una evidencia clara del incremento poblacional del adulto mayor, lo que ha introducido cambios significativos en la sociedad. Hasta mediados del siglo pasado la tendencia en las familias era tener un gran número de hijos, pues esto en cierta forma garantizaba su supervivencia, al constituirse en una fuerza de trabajo. Sin embargo, los avances científicos en materia de salud y el desarrollo tecnológico que siguieron a esta época cambiaron el panorama, invirtiéndose la pirámide poblacional; es decir, el número de hijos disminuye y la expectativa de vida aumenta. Así, en la actualidad se cuenta con una población envejecida no solo en los países desarrollados, sino en los del tercer mundo que requieren de una atención especializada que les garantice una mejor calidad de vida.

Los adultos mayores suelen tener una diversidad de problemas, no solo de salud física y mental, sino también de interacción social como consecuencia del marginamiento al que los someten sus familias y la sociedad misma. Las relaciones que los adultos establecen con su entorno son de vital importancia para el envejecimiento activo, lo cual es posible a través de la implementación de estrategias que permitan brindarles espacios adecuados, con una infraestructura integral de servicios de asistencia básicos, constituyendo una alternativa viable para mantener el vínculo que se ha perdido con las personas de su entorno y posicionarlas como seres valiosos para la sociedad por su conocimiento y experiencia.

Así, el rol que cumplen los adultos mayores en la sociedad moderna debe cambiar. Para ello el movimiento de envejecimiento activo creado en Europa, ha sido adaptado en algunos países latinoamericanos como Colombia. Sin embargo, esto solo se ha dado en las grandes capitales del país, sin que esto sea un inconveniente para llevar a cabo iniciativas que permitan aplicarlo en ciudades intermedias o en las provincias del departamento de Santander, a través del aporte que la

arquitectura pueda realizar al respecto. Así, mediante el conocimiento técnico que proporciona esta profesión, es posible brindar soluciones prácticas a una problemática social, cumpliendo así con el compromiso o responsabilidad social que le compete en una época en la cual se demanda establecer una relación directa de la academia con su entorno más cercano.

Este proyecto prioriza entonces las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores en un escenario específico como el de Piedecuesta (Santander) para dar respuesta a una necesidad sentida, cual es el diseño de un Centro Integral que ofrezca las condiciones idóneas para su atención física, psicológica y social en un entorno ecológico, promoviendo su bienestar completo. Se pretende crear espacios adecuados para el desarrollo positivo ya sea de sus habilidades y destrezas físicas como intelectuales que a su vez permitan la interacción con sus congéneres para lo cual dispondrían de servicios asistenciales, actividades lúdicas, deportivas y culturales.

4. Planteamiento del Problema

4.1 Descripción del Problema

Los cambios en la dinámica poblacional registrada durante las últimas décadas han vuelto la mirada hacia grupos vulnerables como los adultos mayores, los cuales se han incrementado de manera acelerada, no solo en los países en desarrollo, sino en los del tercer mundo como el nuestro. Este fenómeno se presenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, las bajas tasas de natalidad y la migración, que a su vez marcan una tendencia hacia su crecimiento exponencial hacia el futuro. Así las cosas, el aumento progresivo de los adultos mayores representa para el país un desafío para la definición de políticas sociales y recursos de infraestructura que propendan por una mejor calidad de vida y el cumplimiento de los derechos básicos de dicha población.

Es un hecho que, durante la etapa de la vida, conocida como la tercera edad, el ser humano atraviesa por un proceso de cambios físicos y mentales, los cuales afectan no solo a quien los presenta, sino a los integrantes de su núcleo familiar o a sus cuidadores. De esta manera, surgen una serie de situaciones en la que estas personas tienen que enfrentarse a ciertas actitudes negativas de las familias y la sociedad que los estigmatiza, al considerarlos como una carga económica y emocional, al tener que hacerse cargo de su cuidado por el deterioro físico y cognitivo que pueden presentar.

Ante esta situación, tradicionalmente se recurre a los Centros de Protección del Adulto Mayor de carácter público o privado, en donde se les ofrece una estancia permanente con programas o actividades que garanticen una atención integral. Es el caso de los centros existentes en el municipio de Piedecuesta, Santander; no obstante, los servicios que prestan este tipo de centros, no están orientados a resolver un problema de fondo como es el aislamiento, la soledad y la depresión que muchas de estas personas sufren por la desvinculación de su entorno familiar y social. Además, existe la tendencia actual de promover el envejecimiento positivo en aras de mantener el nivel funcional, la autonomía, el autocuidado y la ampliación de las redes de apoyo social de estas personas, mediante su participación en centros de día, en el que puedan mejorar su calidad de vida, sin que ello implique desvincularse de su entorno familiar.

Una forma de dar respuesta a esta problemática, es el diseño de un Centro de bienestar para el municipio de Piedecuesta, para lo cual la arquitectura puede constituirse en un aporte valioso para atender las necesidades de un colectivo social como el de los adultos mayores y sus familias.

4.2 Planteamiento Holopráxico

¿Qué solución específica es posible plantear frente a las problemáticas actuales que presentan los adultos mayores, que genere un mayor fortalecimiento en su integración a la sociedad en general y de qué forma el diseño de un centro de bienestar para el Adulto Mayor puede generar una mejor calidad de vida para dicha población?

4.3 Sistematización del Problema

El ofrecimiento de servicios de atención básicos para el adulto mayor de la ciudad de Piedecuesta, Santander a través de una infraestructura adecuada que cuente entre otros espacios con zonas de rehabilitación y autocuidado, de servicios, de dormitorios, de administración, zonas comunes y zonas verdes. ¿Cuál es la metodología específica que permite brindar servicios de bienestar para la atención del adulto mayor?

El Centro de bienestar que se propone, pretende dar solución a la necesidad de implementar un concepto emergente en la sociedad actual, el envejecimiento activo mediante el diseño de instalaciones modernas y funcionales para el empoderamiento del adulto mayor y su vinculación psicosocial con el entorno, mejorando su calidad de vida. ¿Qué alternativa se podría plantear para contribuir al bienestar del adulto mayor de la ciudad de Piedecuesta?

Este proyecto se desarrollará para tener una cobertura departamental y regional. Para ello, se prevé el diseño en el casco urbano de la ciudad de Piedecuesta que en la actualidad constituye un gran polo de desarrollo para la región, donde además se están construyendo espacios modernos y ecológicos para la comunidad. ¿En qué lugar sería viable y exitoso desarrollar la idea del diseño de un Centro de Bienestar para el Adulto Mayor?

La población beneficiaria del proyecto estaría conformada por las personas mayores de 60 años que requieran de una atención especial y que sus familiares o cuidadores quieran brindarle un mayor bienestar, promoviendo la creación de vínculos emocionales y sociales. ¿Para quiénes estaría destinado el proyecto de diseño de un Centro de Bienestar para el Adulto Mayor?

El logro de los objetivos será posible gracias a la realización de un proceso sistemático de indagación del objeto de estudio para dar una solución eficaz a una problemática social. Así mismo, bajo la orientación de los docentes de la Facultad de Arquitectura, quienes guiarán el proceso de enseñanza-aprendizaje, con el fin de desarrollar competencias investigativas en los estudiantes. ¿Cómo se logrará alcanzar los objetivos planteados en el presente proyecto?

5. Justificación

El aumento marcado de la población mayor ha generado un incremento en la demanda de lugares en los cuales se les pueda brindar atención a esta población. Países como el nuestro que se encuentra en vía de desarrollo no está preparado para enfrentar el reto de una sociedad que envejece con rapidez. Se ha visto gran cantidad de población mayor la cual con los años crecerá debido a circunstancias como lo son el incremento de la esperanza de vida y el desarrollo social y económico (Rodríguez, 2010).

En nuestro país, durante los últimos años se ha generado mayor interés en el desarrollo de los adultos mayores. Esto ha dado lugar a la construcción de centros gubernamentales, privados y sin fines de lucro que contribuyen de una forma u otra al bienestar de esta población y de sus familias. No obstante, la mayoría de ellos están orientados a la estancia permanente de estas personas generando en ellos el aislamiento social y desvinculación de sus familias que derivan muchas veces en depresión y desmejora de su calidad de vida (Mogollón, 2012). En este sentido, surge la

necesidad de crear el diseño arquitectónico de un Centro de bienestar de día para el Adulto Mayor en un municipio y región donde prácticamente son inexistentes, además de contribuir a afianzar los vínculos afectivos entre estas personas y su núcleo familiar, promoviendo así mismo el envejecimiento positivo, de tal forma que puedan desarrollar al máximo sus capacidades físicas y mentales, a través de programas de salud, autocuidado, culturales y de esparcimiento (Franco y Sánchez, 2010).

Por otro lado, en consonancia con la política pública de la administración municipal de destinar el 70% de lo recaudado por concepto de la estampilla Pro anciano para la atención de esta población en centros de día, se estaría posibilitando la implementación de esta clase de centros en el municipio, circunstancia que sin lugar a dudas, constituye una valiosa oportunidad para llevar a cabo proyectos con impacto social que posicionarán a Piedecuesta como un polo de desarrollo comunitario de la región.

6. Objetivos.

6.1 Objetivo General

Diseñar un Centro de Bienestar de Día para el Adulto Mayor en el municipio de Piedecuesta, (Santander) que disponga de espacios funcionales, con el fin de ofrecer servicios de salud, alimentación, autocuidado, cooperación y solidaridad social para la promoción del envejecimiento activo.

6.2 Objetivos Específicos

- Conocer las condiciones físicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores en general y de aquellos internados en los Centros de Protección de Piedecuesta, Santander para generar soluciones a sus necesidades.
- Identificar las fortalezas y debilidades de tres centros de día para el adulto mayor a nivel nacional y/o regional.
- Conocer las normas de accesibilidad y seguridad para personas con limitaciones en su movilidad aplicadas en todos sus espacios.
- Determinar los servicios y tipo de actividades requeridas del Centro de bienestar de día para el Adulto Mayor en Piedecuesta para definir los espacios y áreas necesarias para su adecuado funcionamiento.
- Identificar las cualidades del lugar a implantar; sus condiciones, zonas que abarca y el impacto que tendría un Centro de bienestar para el Adulto Mayor en el sector.

7. Delimitación

7.1 Delimitación Espacial

El proyecto Centro de bienestar para el adulto mayor se va a desarrollar en la vereda Mensuly, suelo sub urbano del municipio de Piedecuesta, Santander, colindando con veredas y lotes campestres. Se ubica sobre el kilómetro 3, vereda manzanares, en un punto de fácil acceso y el cual cuenta con equipamientos cercanos como lo son el ICBF, el centro de entrenamiento en alturas SIGMA, el polideportivo de la universidad Santo Tomas y el seminario San Alfonso.

7.2 Delimitación Temporal

El tiempo estimado para el inicio y final de la etapa de este proceso metodológico, investigativo y arquitectónico es de 2 años, 4 meses. Éste proceso está acompañado de una serie de pasos en los cuales se realizan almacenamiento de datos, referencias arquitectónicas, documentos sobre el envejecimiento y todo su desarrollo, visitas a entidades municipales, entrevistas y posteriormente un análisis el cual genera una propuesta arquitectónica que responda a estas necesidades.

7.2.1 Cronograma

Véase apéndice A

7.3 Delimitación Circunstancial

El envejecimiento es un tema poco abordado en la sociedad por lo cual se convierte en un tema interesante de corte social, de vital importancia para la creación de una mejor calidad de vida a estos adultos mayores aportando soluciones eficaces que aporten un envejecimiento activo, de igual forma tener en cuenta a estas personas en la interacción entre sus congéneres. Se toma como referentes a parientes que se encuentran en esta situación por lo cual es evidente observar el aislamiento de éstos con la sociedad, han llevado sus habilidades y destrezas físicas como intelectuales que han adquirido en toda su existencia sean sub estimadas y no desarrolladas en un entorno social. Sabemos que el envejecimiento es inevitable y es importante brindar las posibilidades de que éste proceso sea positivo.

8. Marcos de Referencia

8.1 Marco Geográfico y de Contexto

8.1.1 Marco Geográfico.

8.1.1.1 Localización.

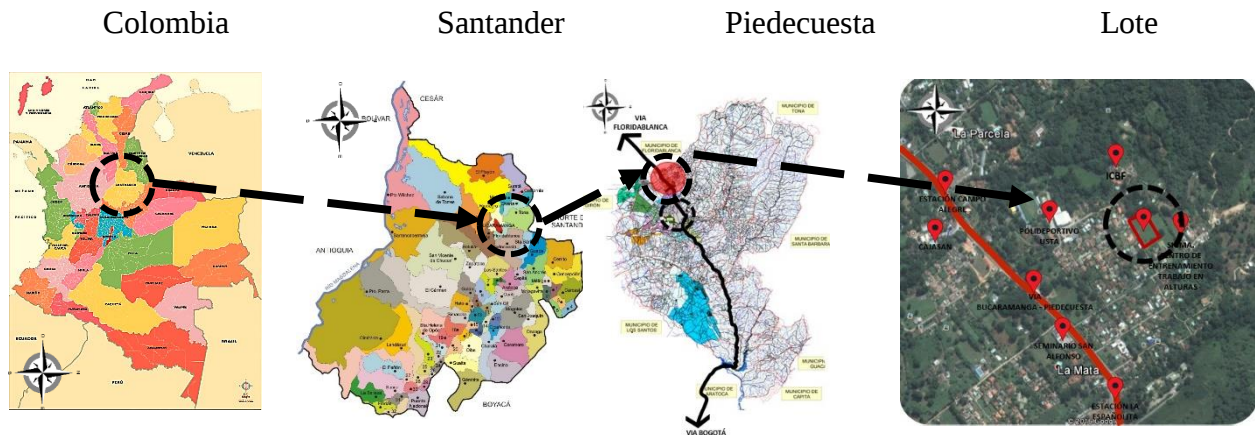


Figura 1. Localización de proyecto. Adaptado de imágenes suministradas por Google Imágenes y Google Earth

País: Colombia

Departamento: Santander

Ciudad: Piedecuesta

Sector: Zona Sub Urbana Mensuly –Tablanca, Parcelación manzanares

Dirección: Kilometro 3 autopista Piedecuesta - Bucaramanga

Piedecuesta cuenta con una superficie de 344 km² a una altitud media de 1005 msnm con una población de 149.219 habitantes.

Lote ubicado en el Kilómetro 3 autopista Piedecuesta – Bucaramanga, Parcelación manzanares, suelo Sub Urbano, veredas de Mensuly – Tablanca, que cuentan con 243.91 Has, localizadas al norte del municipio de Piedecuesta, limitando con el municipio de Floridablanca. En una zona de futuro desarrollo. Posee un entorno natural adecuado para un Centro de Bienestar para el Adulto

Mayor por situarse en un punto estratégico de fácil accesibilidad, de transporte para usuarios que residan en Piedecuesta.

Esta zona es en especial de uso residencial, por lo que posee factores adecuados para este tipo de proyecto y por su cercanía a los centros recreativos e institucionales en zona sub urbana del municipio de Piedecuesta.

8.1.1.2 Ubicación del lote.

8.1.1.2.1 Sector.



Figura 2. Localización del lote a intervenir.

Adaptado de datos de localización suministrados por Google Earth.

El sector analizado se ubica en el norte del municipio de Piedecuesta, zona sub urbana, parcelación manzanares, kilómetro 3, donde encontramos cercanos el seminario San Alfonso, centro de entrenamiento en alturas SIGMA y el polideportivo de la universidad Santo Tomas.

Debido a su ubicación cuenta con una buena calidad ambiental al localizarse en zona sub urbana, cuenta con vientos fluidos gracias a las bajas alturas de las edificaciones del sector y su entorno natural, poca contaminación auditiva, poca utilización del suelo y en general pocos factores productores de contaminación por lo que produce una buena calidad de vida para sus habitantes y visitantes.

8.1.1.2.3 Usos del suelo.

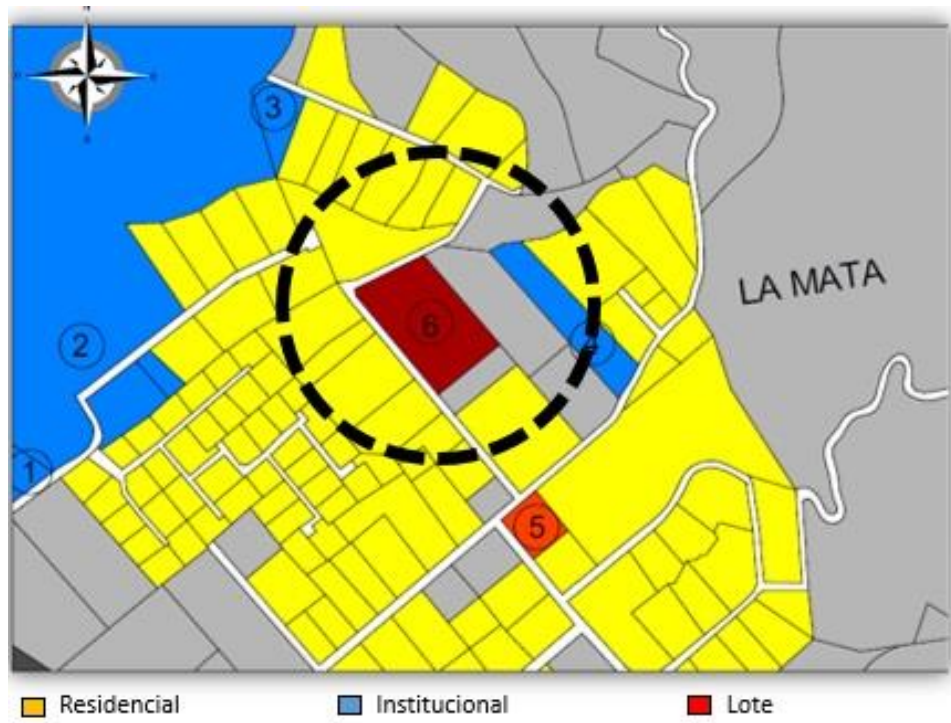


Figura 4. Esos del suelo

Esta zona posee en su mayoría un uso residencial y gran parte institucional en el que se encuentran entidades del gobierno y educativas. En algunos lugares albergan usos comerciales especialmente de restaurantes. Este sector brinda así mismo una compatibilidad de usos por lo que es tranquilo y relativamente seguro.

8.1.1.2.4 Equipamientos del sector.



Figura 5. Equipamientos, Adaptado a partir de datos de ubicación obtenido por Google Earth.

En su contexto inmediato encontramos instituciones educativas públicas y privadas como lo es el ICBF, Campo Asís y el Polideportivo USTA.

Como equipamiento complementario se encuentra el restaurante María Camila por lo que maneja cierto tipo de población flotante especialmente horas diurnas.

8.1.1.2.5 Accesibilidad.

- *Vías de acceso.*

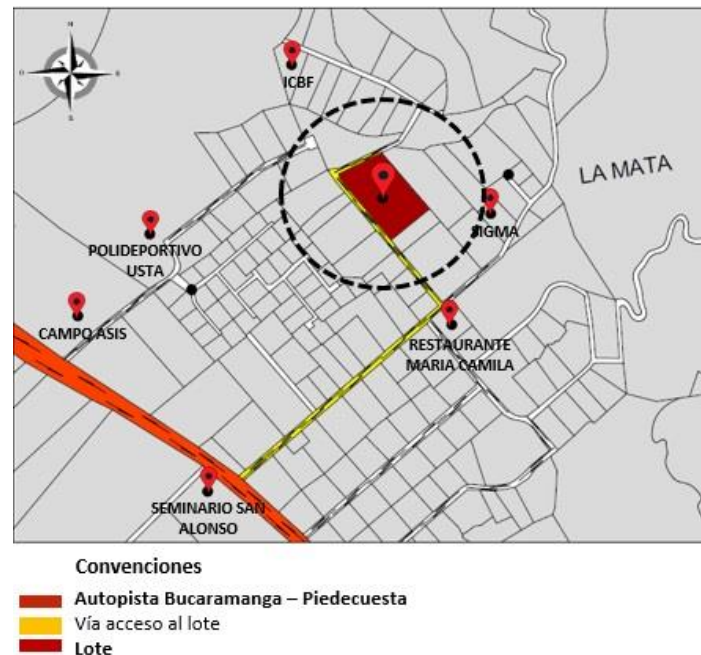


Figura 6. Vías de acceso

Se accede al sector sobre la autopista sentido sur – norte, ingresando a la vía de acceso al lote sobre el kilómetro 3, ésta vía de sentido doble es especialmente de acceso vehicular definida por los perfiles viales existentes. Se plantea como propuesta la implementación de perfiles adecuados no solo para el ingreso vehicular y peatonal, como también para personas con cualquier tipo de discapacidad en su movilidad.

- *Perfiles viales del lote.*

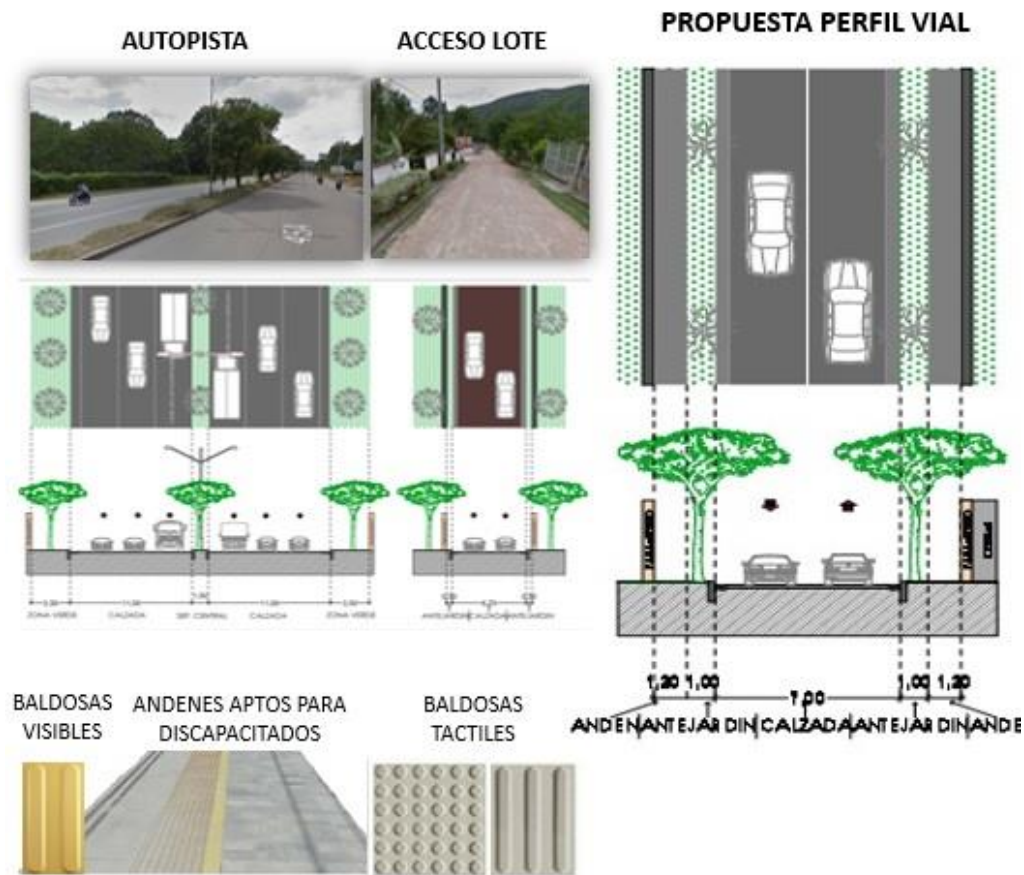


Figura 7. Perfiles viales sector Mensuly

Los perfiles actuales del contexto inmediato al lote se encuentran en condiciones precarias por lo que falta intervenirlos y así adaptar dichos perfiles para el debido acceso de peatones y vehículos mediante: ampliación de antejardín, ampliación de andén y mejora de la calzada.

- *Ruta de transporte especial CEBIAM.*

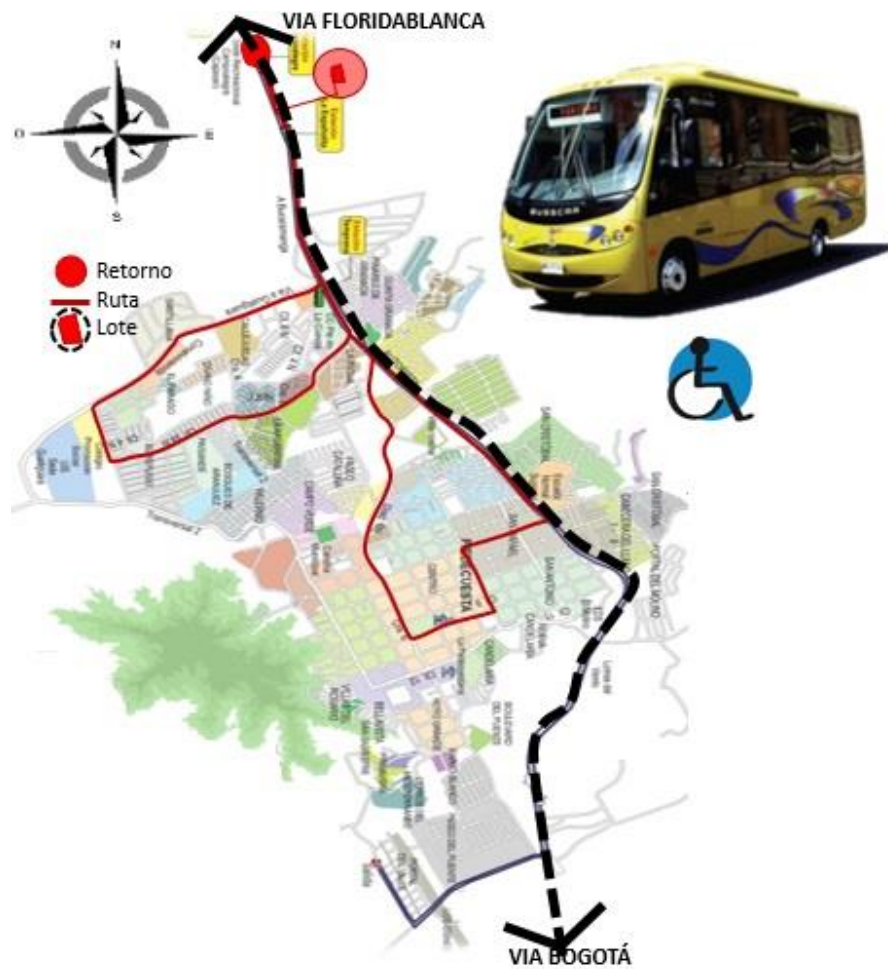


Figura 8. Ruta de transporte CEBIAM.

Propia adaptado a partir de mapa suministrado por el transporte masivo Metrolinea.

Este medio de transporte especial suplente la necesidad de los usuarios para desplazarse desde el casco urbano de Piedecuesta hacia el centro de bienestar, éste debe ser adecuado para personas con algún tipo de discapacidad que conlleva la tercera edad.

8.1.1.2.6 Climatología.

- *Promedios de radiación solar.*

HORA		5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Meses del año	ENE	1	24	124	401	666	781	657	789	719	566	423	199	45	2
	FEB	0	23	120	397	665	816	735	853	779	632	448	183	51	1
	MAR	2	39	175	408	657	823	813	823	757	595	334	157	49	1
	ABR	7	54	223	445	629	724	842	780	676	548	274	127	42	5
	MAY	7	69	281	528	750	890	875	810	687	532	267	124	34	1
	JUN	10	63	268	509	681	777	795	747	621	465	260	113	44	2
	JUL	7	53	250	482	701	818	796	726	623	459	246	123	44	2
	AGO	6	51	274	518	736	849	824	773	620	474	227	113	38	2
	SEP	8	72	279	523	757	905	841	811	656	483	227	106	27	2
	OCT	8	63	221	474	692	783	699	734	615	483	255	98	16	3
	NOV	7	58	212	511	723	771	728	772	602	463	272	110	16	2
	DIC	4	37	146	423	678	699	674	728	644	511	350	159	24	0

Figura 9. Datos de radiación solar por meses del año en el área metropolitana de Bucaramanga. Adaptado de Corporación Autónoma Regional Para La Defensa De La Meseta de Bucaramanga. CDMB.

Se evidencia un mayor nivel de radiación desde las horas 8:00 hasta las 14:00 con un tope máximo de 905 w/m² registrándose en el mes de septiembre hacia las 10:00 a 12:00 horas.

Meses como octubre, noviembre y diciembre manejan una menor radiación respecto a meses intermedios del año.

- *Carta solar.*

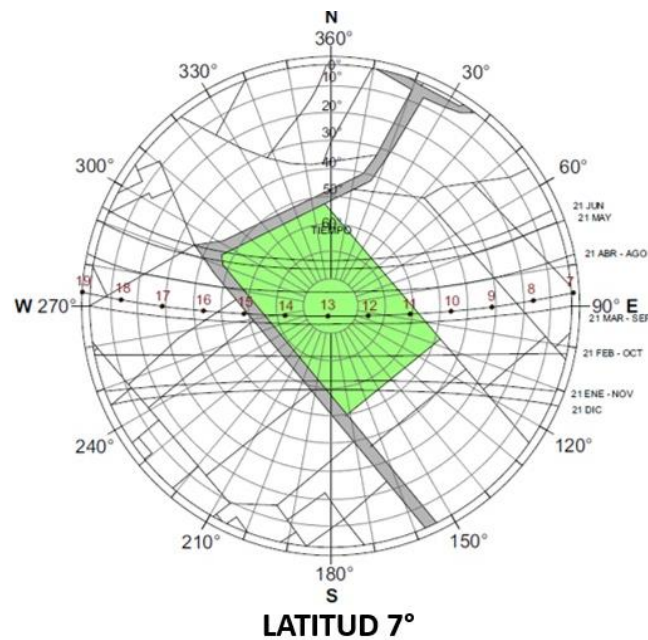


Figura 10. Carta solar del lote.

Adaptado a partir de datos de latitud suministrado por Google Earth.

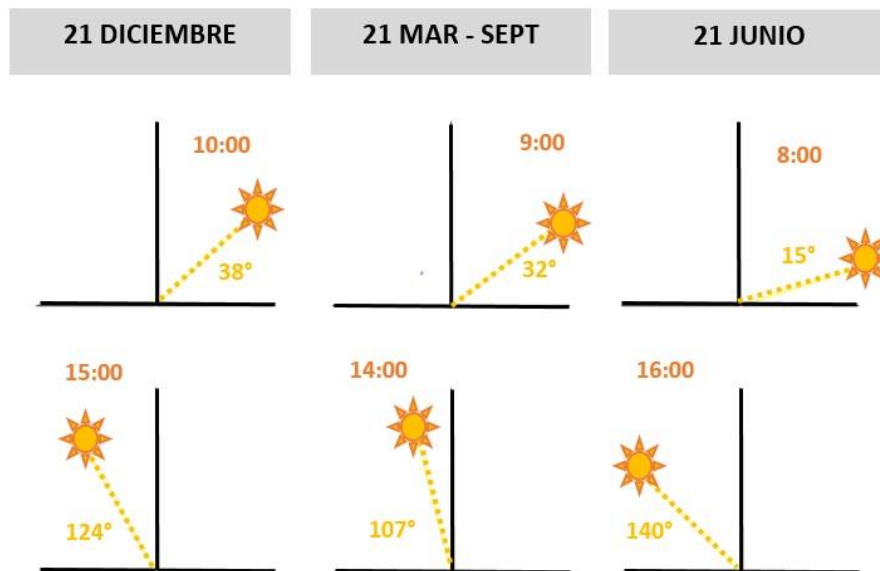


Figura 11. Ángulos solares según fechas del año al lote.

Adaptado a partir de datos de latitud suministrado por Google Earth.

En la carta solar se evidencian distintas estaciones del año en las que el ángulo solar varía, estos datos dan un aporte en cuanto a la orientación e iluminación natural que se le puede aportar al diseño del objeto arquitectónico.

- *Precipitaciones área metropolitana de Bucaramanga año 2010.*

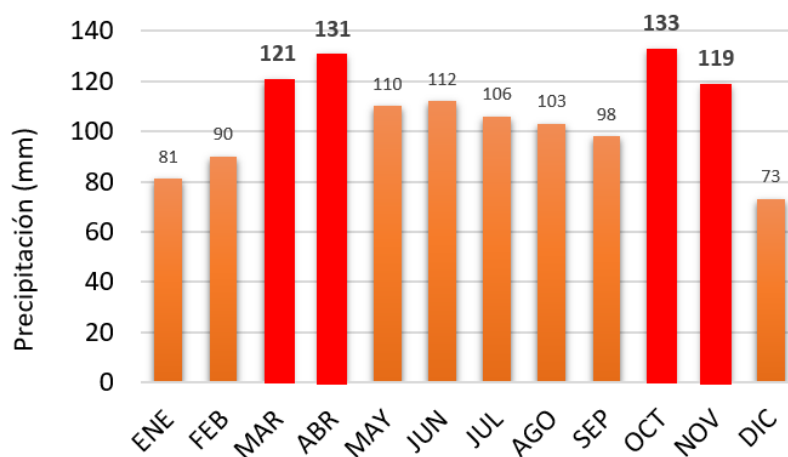


Figura 12. Precipitaciones anual del área metropolitana de Bucaramanga.

Adaptado a partir de datos de Meteorología e Investigaciones Ambientales. IDEAM 29 de enero de 2010.

La ubicación térmica del área metropolitana localizada en una zona de alta sensación térmica, Mayor precipitación presentada en meses como marzo, abril, octubre y noviembre lo cual genera un alto grado de humedad en el ambiente.

- *Rosa de los vientos.*

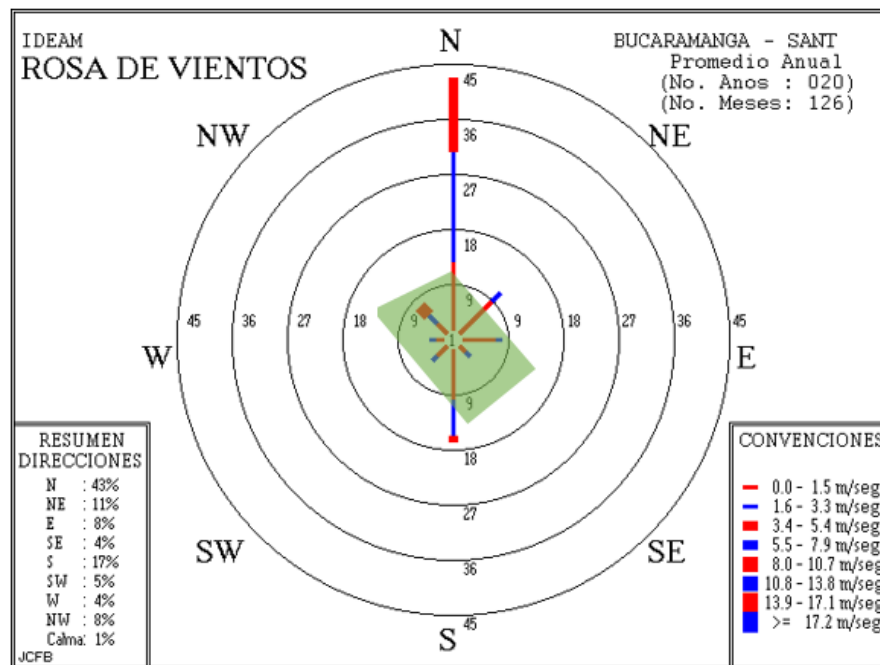


Figura 13. Rosa de los vientos del área metropolitana de Bucaramanga.
Adaptado por datos suministrados por el IDEAM.

Altas velocidades en vientos provenientes del este, seguidos de vientos provenientes del norte.

Vientos con las más bajas velocidades se encuentran al occidente y sur-occidente.

Vientos cálidos concentrados en la zona céntrica del área metropolitana.

Combinación de vientos cálidos y fríos de las periferias hacia el interior del área metropolitana.

8.1.1.2.7 Análisis topográfico y ambiental.



Figura 14. Análisis topográficos del lote. Adaptado por datos suministrados por Google Earth.

Este lote cuenta con un área bruta de 7.631 metros cuadrados, pendiente aproximada del 3% y máxima de 5 % el cual es adecuado para el tipo de edificación con accesibilidad y movilidad de personas de la tercera edad.

8.1.1.2.8 Alzado del sector.

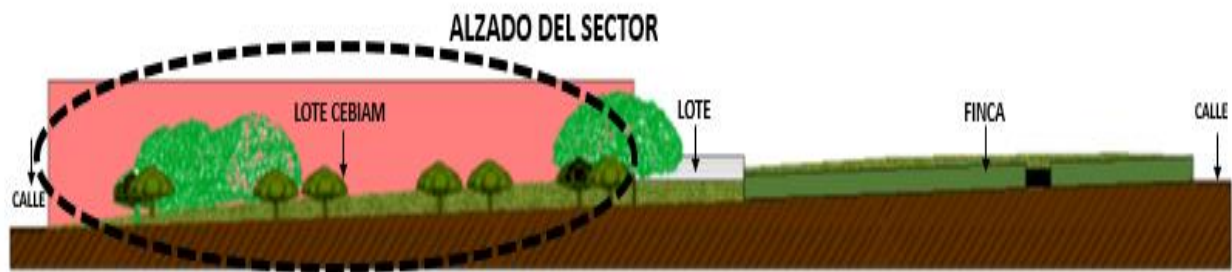


Figura 15. Alzado del sector

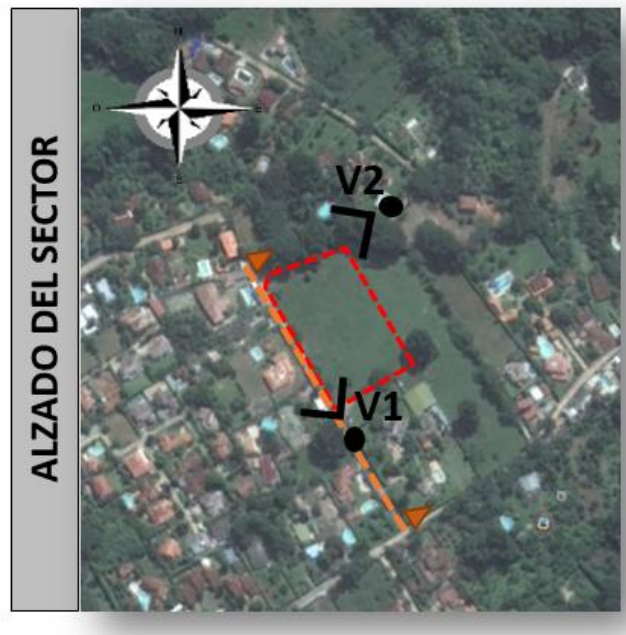


Figura 16. Vista en planta del sector.
Adaptado a partir de datos suministrados por Google Earth.



Figura 17. Vistas del sector.

Adaptado a partir de datos de ubicación suministrado por Google Earth.

El entorno inmediato muestra predios vecinos de uso residencial y otros aun desocupados para la construcción de vivienda, institución pública o privada. Pendientes máximas del 5% lo que evidencia una fácil movilidad y accesibilidad de peatones como de vehículos.

8.1.1.2.9 Fitotectura.



Figura 18. Fitotectura del sector.

Adaptado de Árboles para Bucaramanga Especies que fortalecen la Estructura Ecológica Principal, por Colciencias 2007.

Posee una abundante vegetación al encontrarse suelo sub urbana con zonas de protección, también con predios sin ocupar, y con proyección a futuro de zonas verdes en sus perfiles. Árboles de gran dimensión hacen parte del entorno y otros tipos de vegetación como arbustos.

8.1.2 Marco de contexto.

Piedecuesta es un municipio del departamento de Santander, ubicado en la cordillera oriental a 17 km de su capital Bucaramanga. Se caracteriza por ser un importante productor de agua, además de contar con una gran variedad topográfica y un marcado desarrollo agrícola, especialmente en cultivos de maíz, trigo, cebolla, hortalizas, verduras y frutales que se ubican en las partes altas. En las zonas templadas cambia el paisaje y se observan sembrados de yuca y tomate. También cuenta con trapiches, tabacales y cañaduzales cada vez más apreciados por locales y foráneos. Las bondades de los suelos y terrenos Piedecuestanos han fortalecido la imagen del municipio como un escenario ideal para el desarrollo de investigaciones y proyectos orientados a la explotación del petróleo, recurso potencial del departamento con estudios auspiciados por el Instituto Colombiano de Petróleo (ICP), ubicado a pocos metros del casco urbano.

Este municipio, que hace parte del área metropolitana desde 1985, se caracteriza por la diversidad climática que acompaña los escenarios locales. Temperaturas que alcanzan los 20 °C, en las zonas de valle, hasta climas de páramo, en la mesa de Juan Rodríguez, evidencian la variedad topográfica de la localidad.

La cultura local incluye, entre otros aspectos, la tradición religiosa. Un elemento constitutivo en la historia de Piedecuesta es la Semana Santa. Esta celebración anual reúne a miles de devotos católicos, entre lugareños y visitantes, que llegan para participar de la conmemoración religiosa, una de las más antiguas del país. Con más de un siglo de tradición, las procesiones, romerías,

santuarios, templos e iglesias en Piedecuesta se han convertido en un escenario “por excelencia” para todos los amantes del turismo religioso.

8.1.2.1 Diagnóstico en Santander.

8.1.2.1.1 Población en Santander.



Figura 19. Porcentaje población en Santander.
Adaptado Censo por DANE 2012

Datos obtenidos en el censo del año 2012 se evidencia un porcentaje de 11% del total de los pobladores del municipio de Santander mayores de 59 años, estas cifras también se estiman continúen en aumento debido al incremento de la población adulta mayor de 59 años.

8.1.2.1.2 Población del área metropolitana de Bucaramanga.

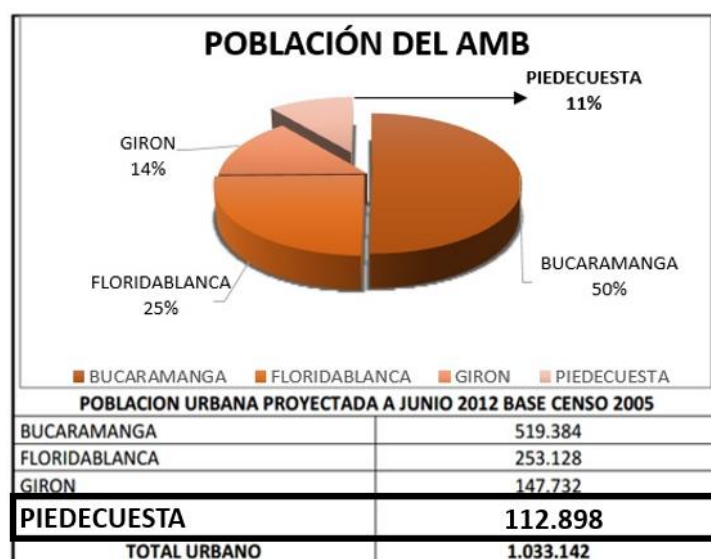


Figura 20. Poblacion área metropolitana de Bucaramanga.
Adaptado por datos de censo 2005.

En el área metropolitana de Bucaramanga según censo del año 2005 se evidencia una clara concentración de la mayoría de los pobladores en Bucaramanga, seguido de Floridablanca, Girón y como último el municipio de Piedecuesta, estos datos se estima que a largo plazo, varíen ya que Piedecuesta actualmente se convirtió en la zona de expansión del área metropolitana.

8.1.2.1.3 Centros geriátricos en Santander.

En Santander la mayoría de centros geriátricos carecen de una infraestructura adecuada para los servicios prestados al adulto mayor

Actualmente los centros que existen en Santander manejan constantemente hacinamiento de sus usuarios, esto debido a la no planificación y creación de instituciones que suplan las necesidades del adulto mayor santandereano.



Figura 21. Centros geriátricos en Santander.
Adaptado por datos suministrado por Google Maps.

8.1.2.2 Diagnóstico municipal.

8.1.2.2.1 Población en Piedecuesta.

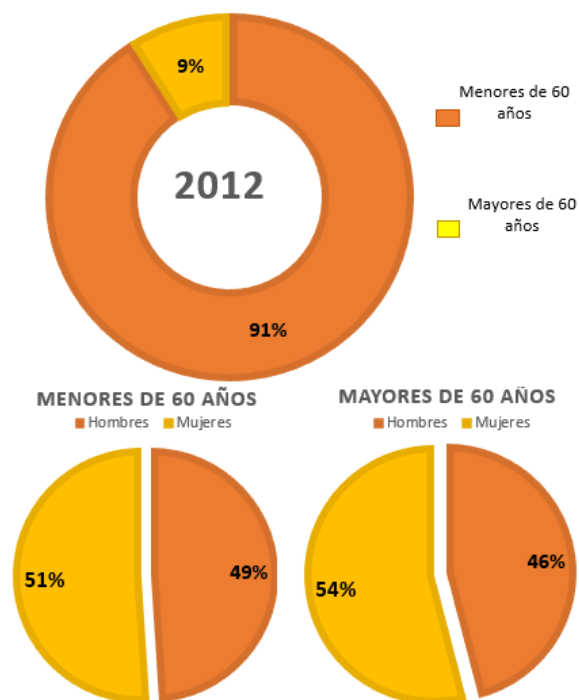


Figura 22. Población en Piedecuesta 2012.
Adaptado por datos de Dane.

Piedecuesta es un municipio perteneciente al área metropolitana de Bucaramanga; cuenta con una población total al año 2012 de 139.178, con densidad de 344 hab/Km² y una Población conformada por adultos mayores de 60 años de 13,901.

8.1.2.2.2 Topografía y climatología.

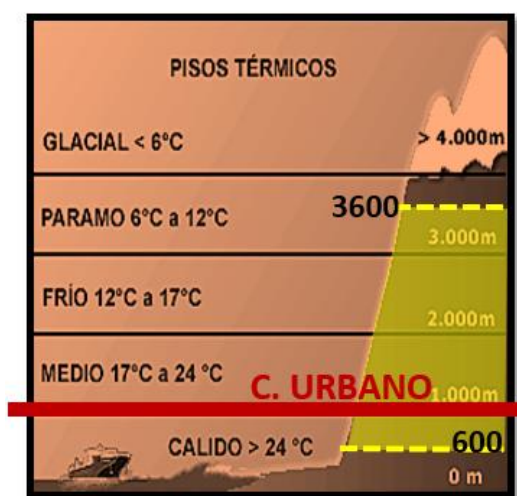


Figura 23. Pisos térmicos de Piedecuesta.

Adaptado de datos geográficos por la Sociedad geográfica de Colombia.

Piedecuesta está conformada por mesetas onduladas entre los 800 y a 1200 msnm y áreas quebradas con altas pendientes conformadas también por el cañón del Chicamocha a 600 msnm y el páramo de Berlín a 3600 msnm por lo que contiene una mixtura de climas cálidos y fríos.

El casco urbano cuenta con una en promedio de temperatura media de 19° a 1005 msnm.



Figura 24. Fauna y Flora Piedecuesta.
Adaptado de Google Imágenes

De igual forma contiene una flora y fauna con una variedad bastante extensa debido a los cambios de altura y clima por lo se destaca desde vegetación de clima cálido a vegetación de páramo. La fauna contiene de igual forma distintas especies de aves y animales.

8.1.2.2.3 Uso del suelo en Piedecuesta.

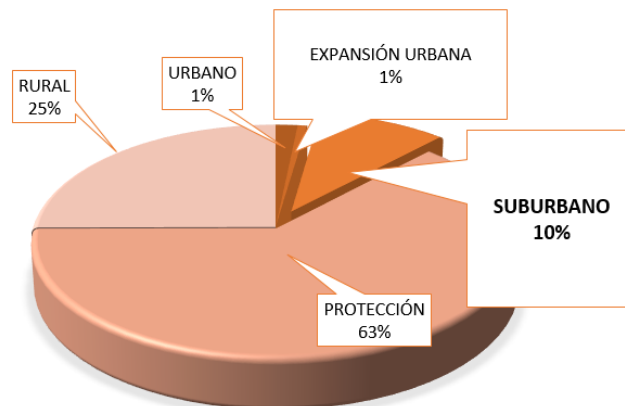


Figura 25. Porcentajes suelo en Piedecuesta.
Adaptado de PBOT Piedecuesta.

Piedecuesta cuenta con grandes extensiones de tierra, pero por mantener bastante porcentaje de este suelo como protección ambiental reduce así drásticamente el porcentaje a tan solo el 1% del suelo para uso urbano, de igual forma ese mismo porcentaje está previsto para su expansión.

El suelo sub urbano entra con un 10% lo cual, posiblemente a largo plazo se convierta en suelo de expansión.

8.1.2.2.4 Amenazas urbanas.

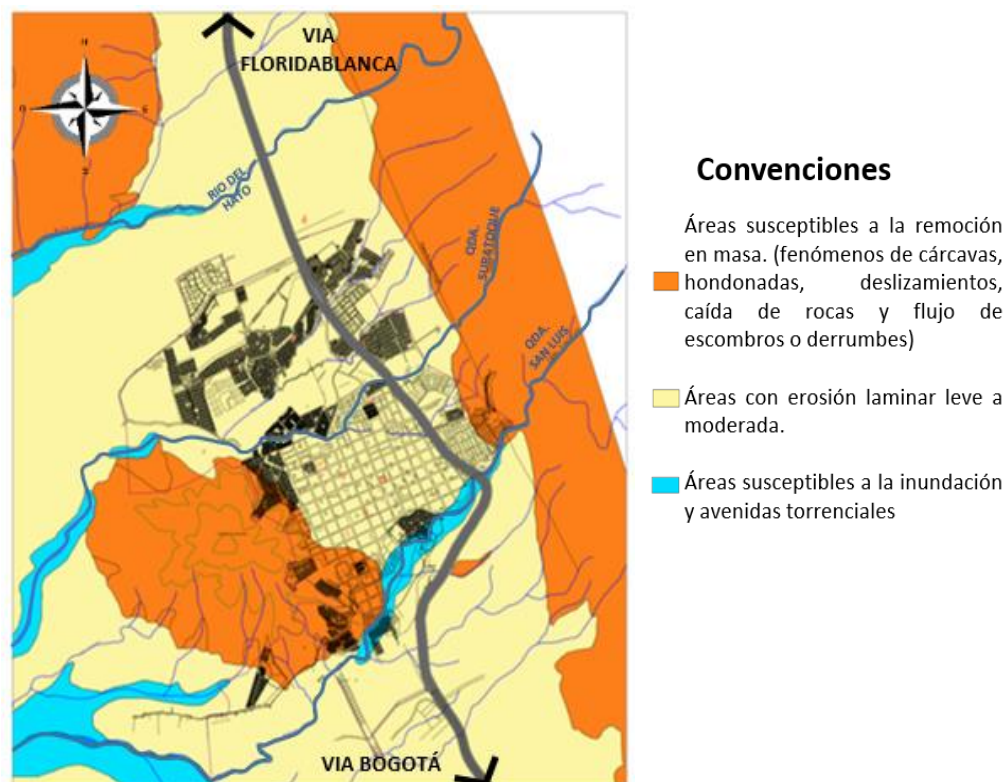


Figura 26. Amenazas urbanas Piedecuesta.
Adaptado de datos suministrados por el PBOT.

8.1.2.2.5 Usos del suelo urbano.

- *Uso residencial.*

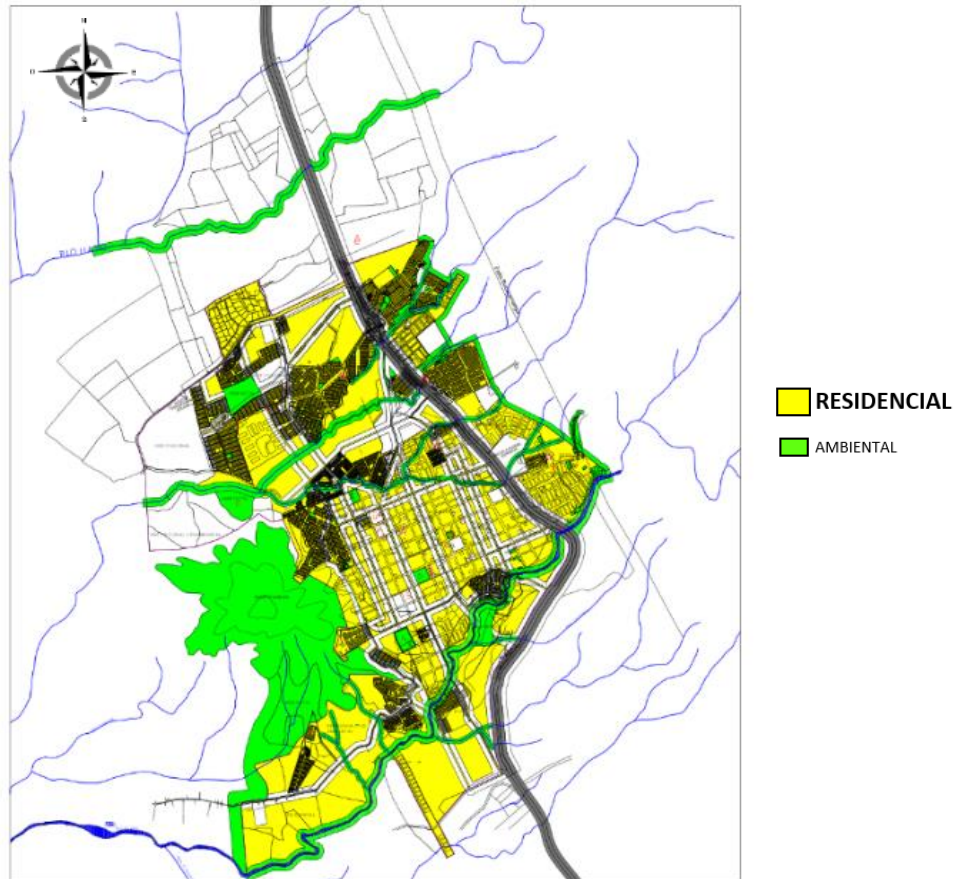


Figura 27. Uso residencial en Piedecuesta.
Adaptado de datos suministrados por el PBOT.

La mayor parte del casco urbano está conformado por el uso residencial, incluso en la zona céntrica del municipio.

- *Uso comercial.*

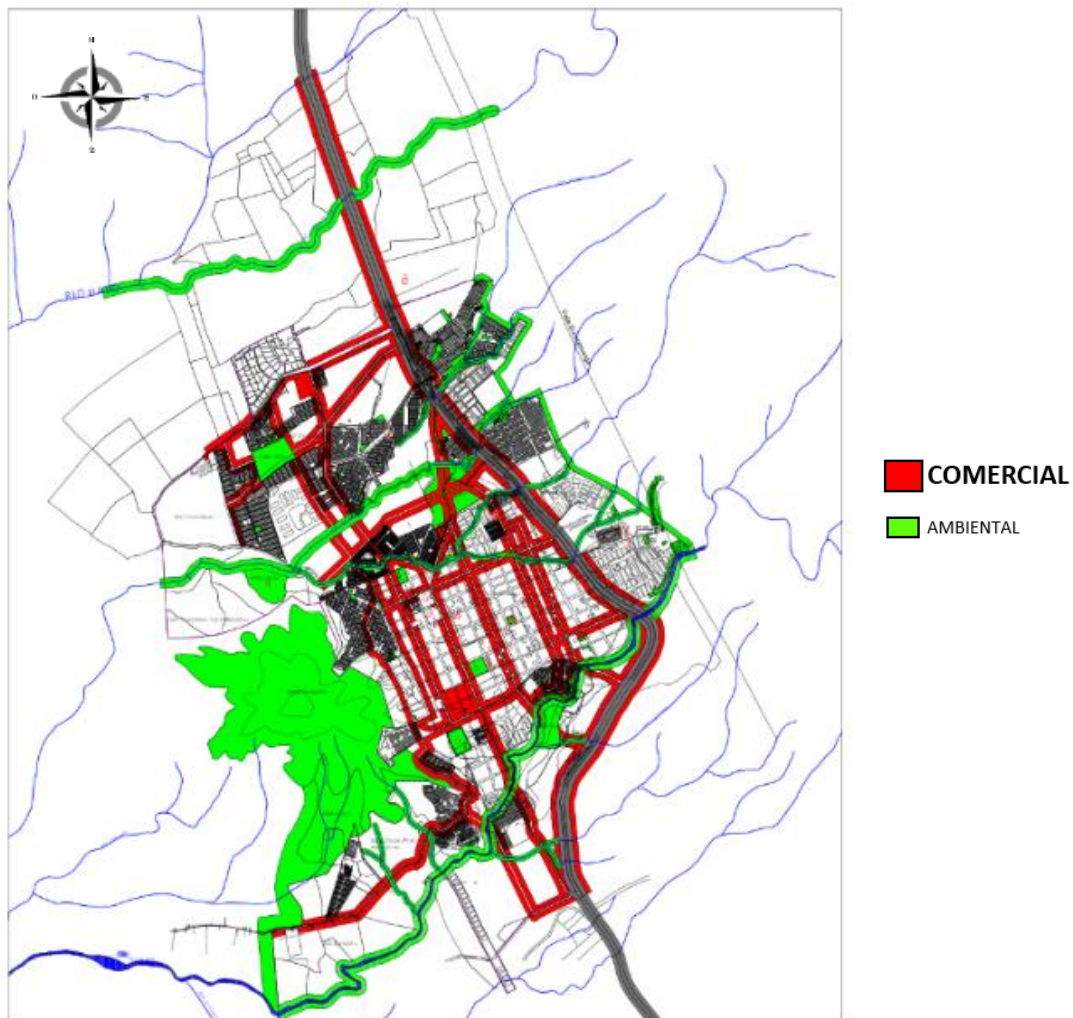


Figura 28. Uso comercial en Piedecuesta.
Adaptado de datos suministrados por el PBOT.

El uso comercial cubre gran parte del casco urbano, especialmente el centro del municipio por lo que suple las necesidades básicas de sus habitantes.

- *Uso institucional.*

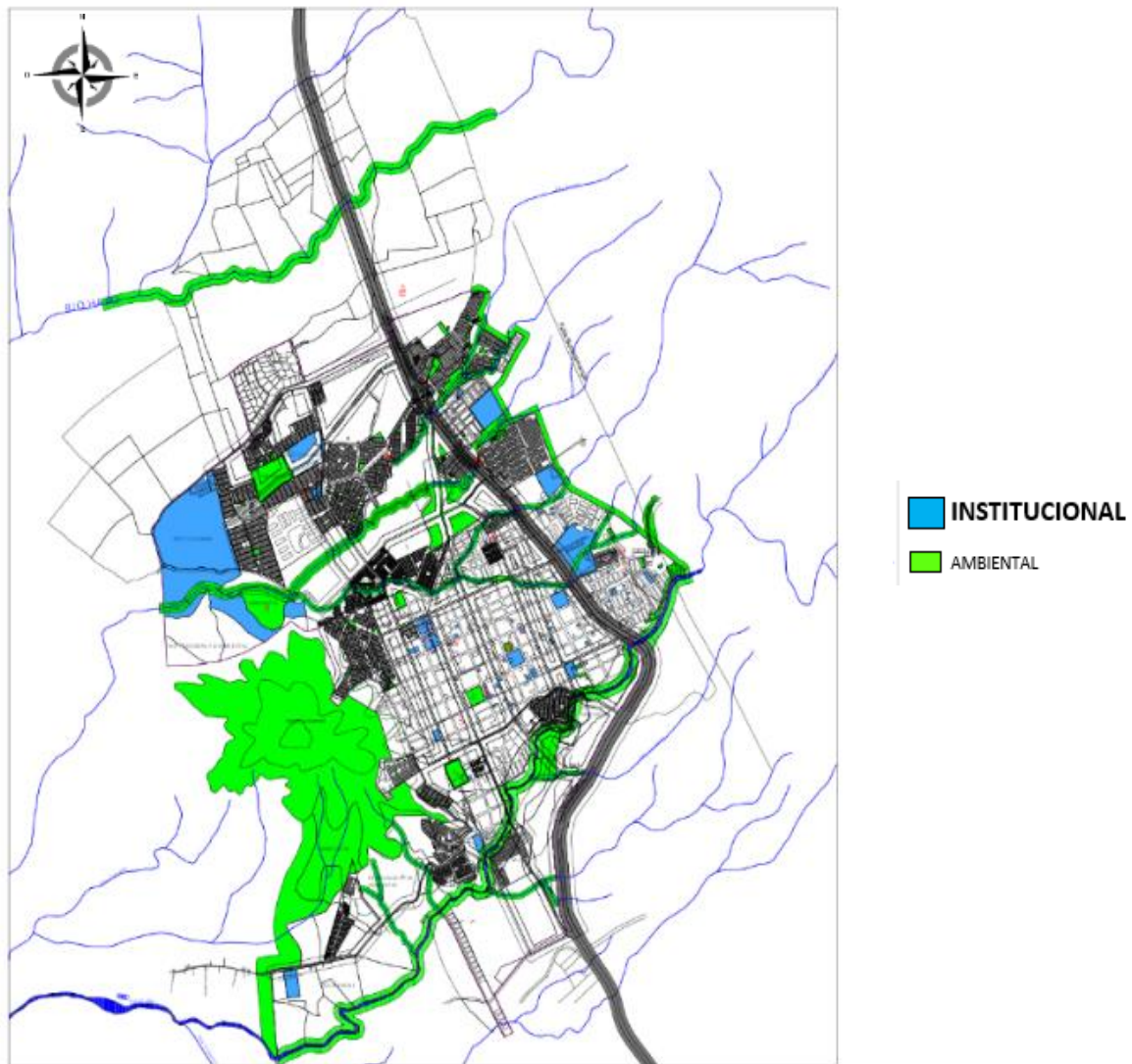


Figura 29. Uso institucional en Piedecuesta.
Adaptado de datos suministrados por el PBOT.

Piedecuesta cuenta con gran cantidad de entidades institucionales en todo el sector urbano, lo cual genera una buena calidad de servicios a sus habitantes.

- *Zonas de expansión.*

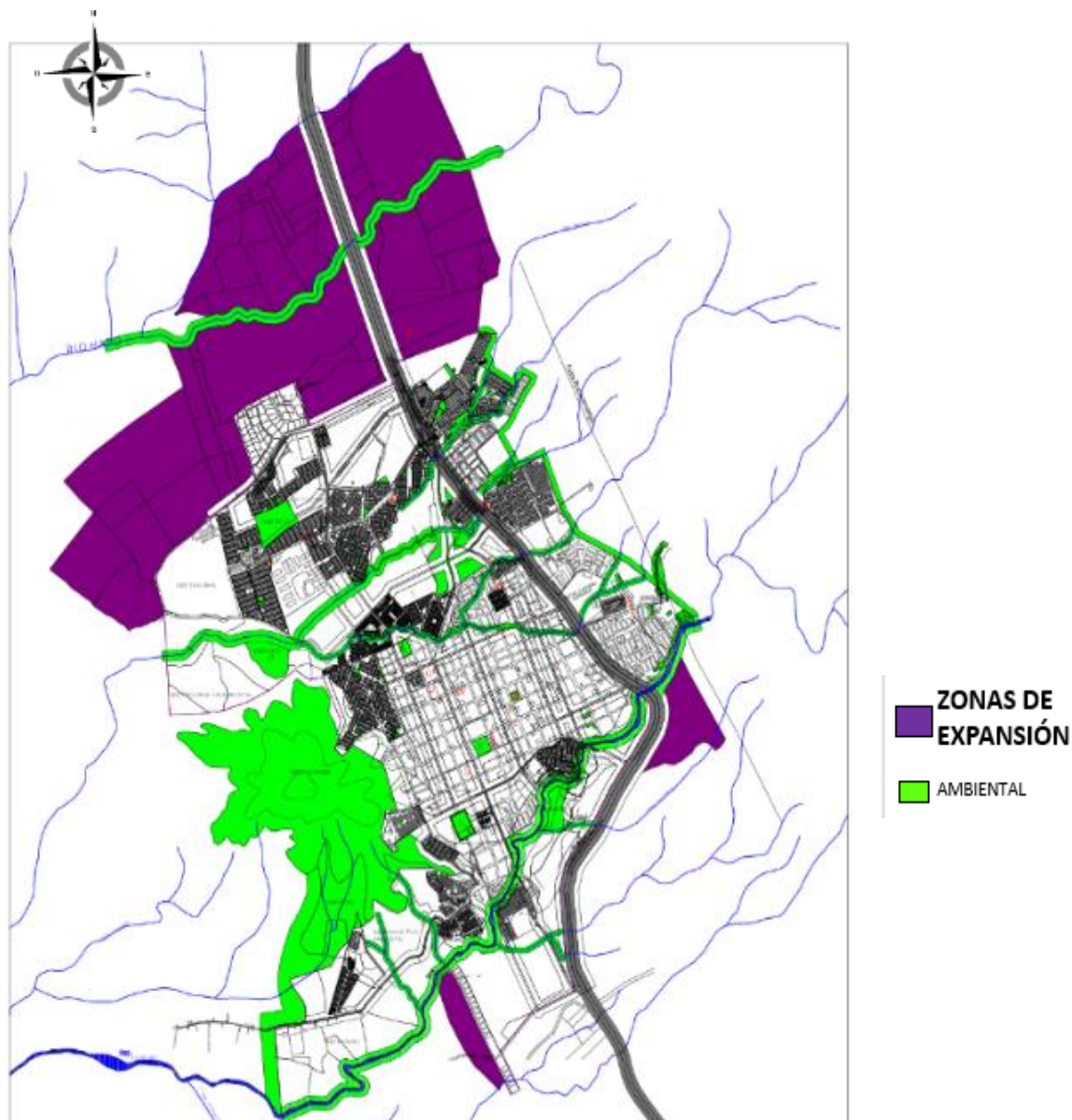


Figura 30. Zonas de expansión en Piedecuesta.
Adaptado de datos suministrados por el PBOT.

Se destinan suelos ubicados en las periferias del casco urbano como suelo de expansión urbana, la cual constituye a un gran porcentaje de tierra tanto en la zona norte como la sur.

- *Ejes estructurantes.*

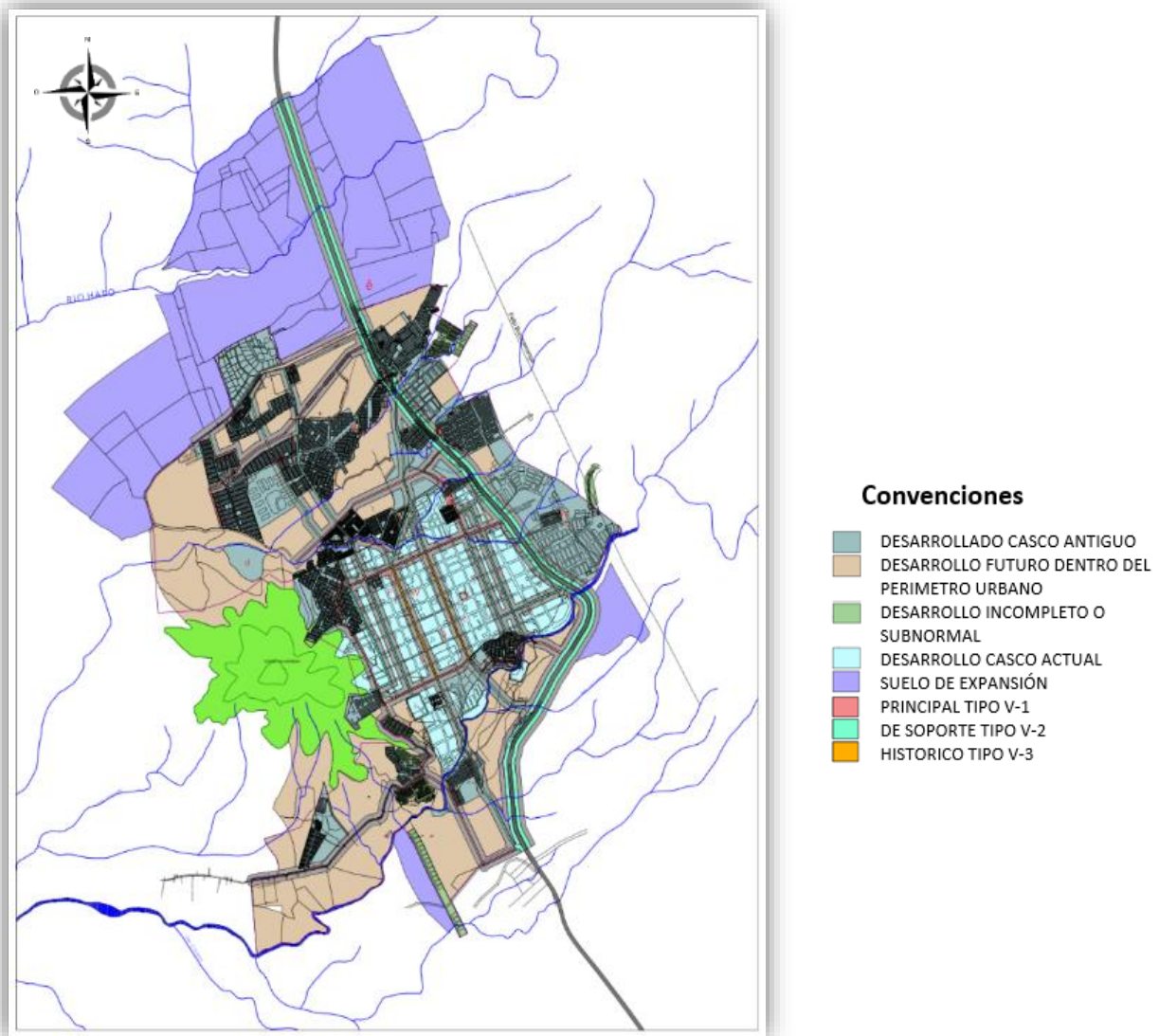


Figura 31. Ejes estructurantes en Piedecuesta.
Adaptado de datos suministrados por el PBOT.

Tres ejes estructurantes de tipo V1, V2 y V3 los cuales también conectan al municipio con el área metropolitana de Bucaramanga conformada por Bucaramanga, Girón, Floridablanca y Piedecuesta.

8.1.2.2.6. Perfiles existentes.

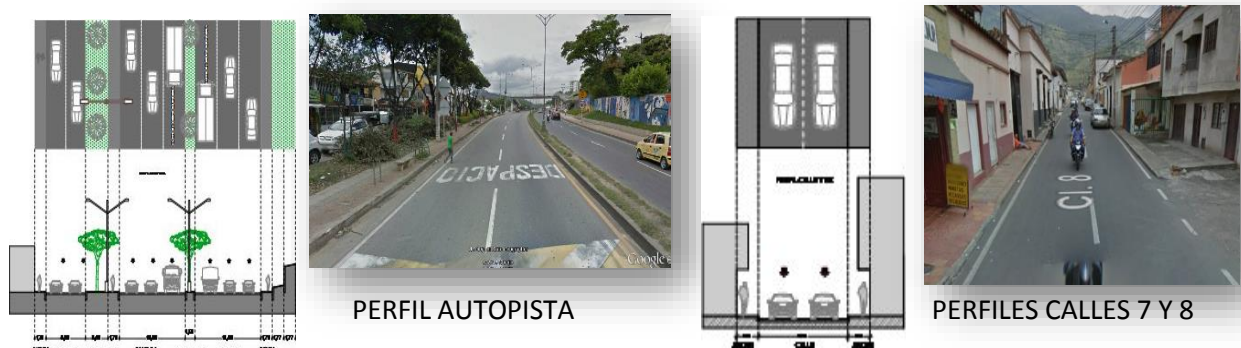


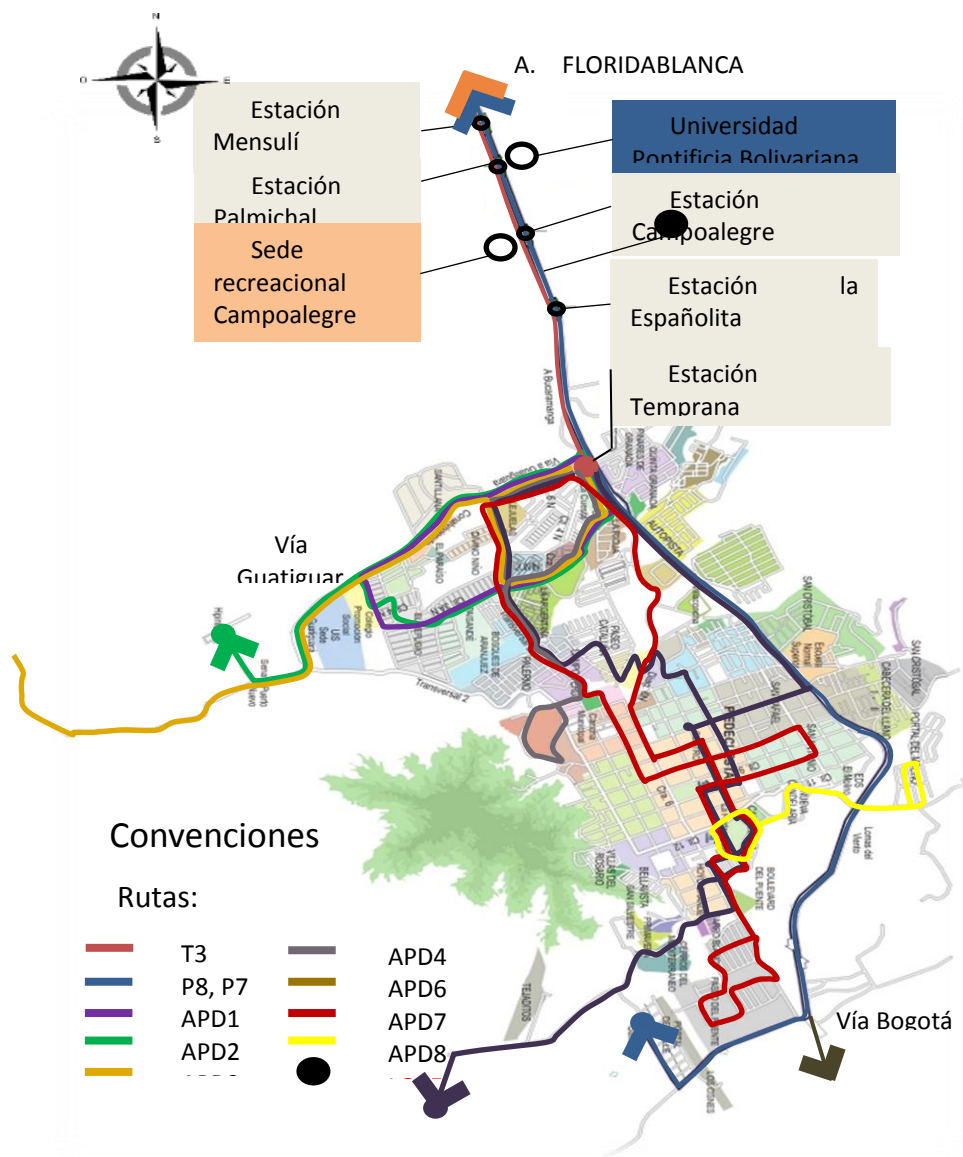
Figura 32. Perfiles actuales de Piedecuesta.

Adaptación a partir de datos de ubicación suministrado por Google Earth., elaboración propia.

Se evidencias no solo problemas de movilidad para el peatón y los vehículos, sino también problemas de espacio público y perfiles que no abastecen actualmente la necesidades del municipio.

Los perfiles actualmente se están interviniendo gracias al crecimiento del municipio, lo cual necesita ajustar dichos perfiles para la demanda de sus habitantes a futuro.

8.1.2.2.7 Rutas de transporte masivo.



*Figura 33. Rutas de transporte Metrolínea.
Adaptación de transporte masivo Metrolínea.*

El transporte masivo recorre una gran proporción del casco urbano de Piedecuesta, tanto su zona norte como la sur, usando como eje principal la autopista que conduce a Bucaramanga. Este medio de transporte suple las necesidades de movilidad de sus habitantes como de visitantes.

8.1.2.2.8 Proyección de vías.

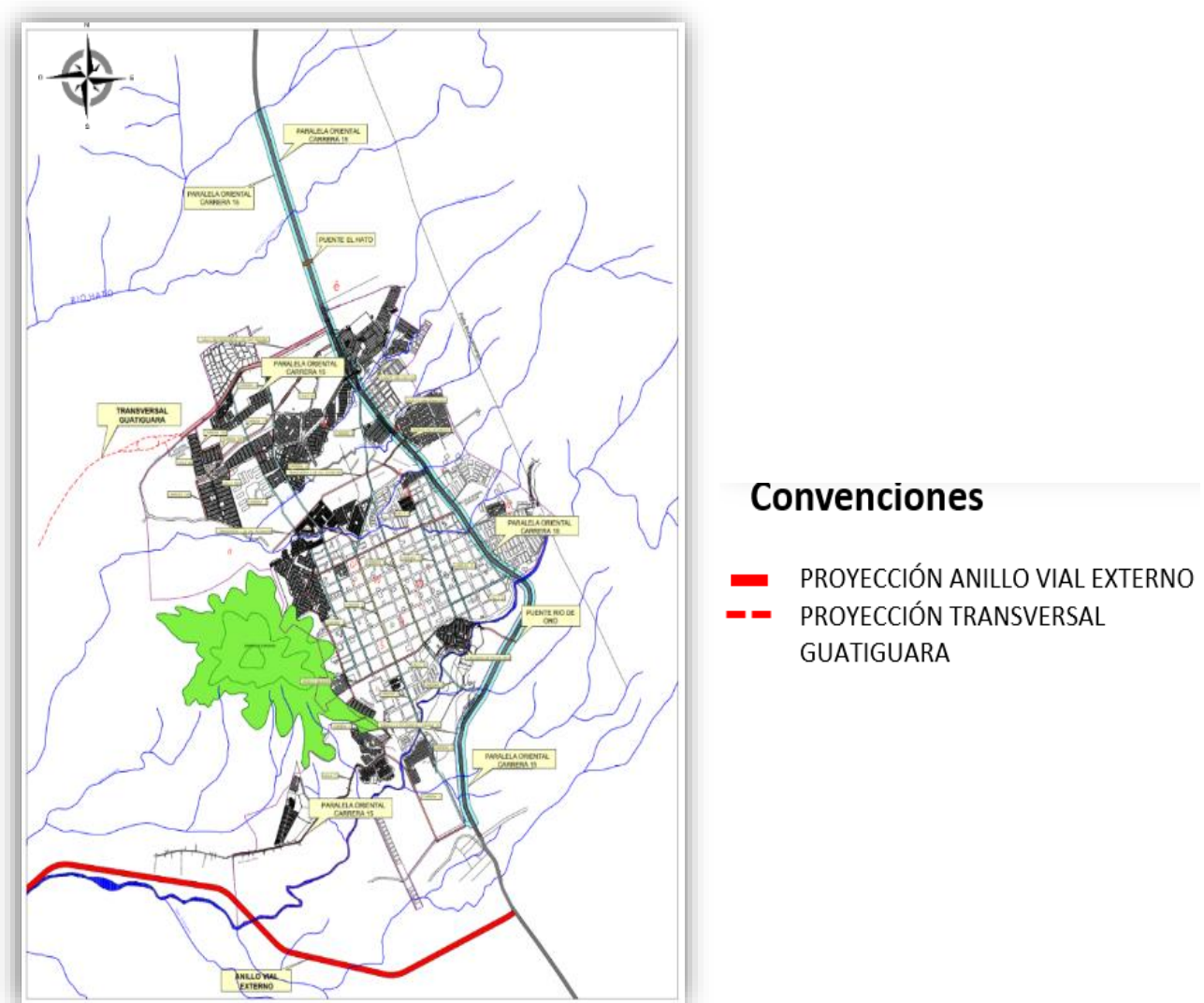


Figura 34. Proyección de vías en Piedecuesta.
Adaptado de datos suministrados por el PBOT.

Éstos proyectos pretenden dar una conexión inmediata con el municipio de Girón y descongestionar la zona metropolitana del transporte pesado.

8.2 Marco Teórico

8.2.1 Estado del arte.

En la revisión de la literatura se encontró que diversos autores intentan profundizar en el análisis y comprensión del envejecimiento. Villa y Rivadeneira (1999) señalan que la vejez trae consigo cambios físicos, económicos, funcionales, sociales, familiares, laborales, psicológicos que varían entre las personas, y muestran condiciones de bienestar diferenciados, que pueden estar relacionados con aspectos socioeconómicos, de género, de dinámica familiar, de estado de salud, acceso y disponibilidad de programas sociales.

Un estudio realizado en Chile describe el envejecimiento fundamentalmente desde dos perspectivas: biológica que se asocia al estado de salud, condiciones sociales, edad, etc.; y social al afirmar que existe una estrecha relación entre el envejecimiento y los roles sociales que se les adjudican a los adultos mayores, así como con la política social, creando condiciones de dependencia en diferentes situaciones (Zavala, et. al., 2006). Por su parte, Piña (2006) propone analizar el rol social que desempeñan los adultos mayores, es decir, una persona que inicia el proceso de envejecimiento, deberá comenzar a realizar cambios en los diferentes roles sociales que ha estado interpretando a lo largo de su vida y que le fueron asignados conforme a su edad y a la forma en que cumple las expectativas asociadas a su rol.

Preciado, Covarrubias y Arias (2012) proponen un modelo en el que sitúan como referente central del sistema a la persona adulta mayor, considera elementos de la teoría de la actividad, y para el diseño de las estrategias incluye a la gerontología educativa para el aprendizaje o reaprendizaje de las habilidades sociales, retoma el método Montessori aplicándolo a los adultos mayores, partiendo del reconocimiento de la persona como individuo y su relación estrecha con

su modo de vida, borrando preconcepciones de que estar al cuidado de un adulto mayor significa un problema, y sitúa su foco de atención en las capacidades y habilidades que posee.

Una investigación documental realizada por Huenchuan (2011), encuentra que existen programas orientados a la atención del adulto mayor desde dos paradigmas: el tradicional y el emergente. El primer paradigma centra a las personas mayores como beneficiarias de la asistencia social y deben cumplir el elemento de ser mayores de 60 años, asimismo se observa que los usuarios siempre se busca atender sus carencias, por ende sus roles sociales como grupo son muy restringidos; estos programas parten de la premisa que la mayoría de los adultos mayores tienen como elemento común la edad y necesidades propias de la edad, sin considerar las diferencias que existen entre las personas; asimismo existe una igualdad formal a partir de la edad, lo cual en ocasiones puede dificultar el disfrute de sus derechos y propiciar una segregación generacional en la vida privada y pública.

Sin embargo en el segundo paradigma, las personas mayores son concebidas como sujetos de derechos sociales, y se pretende impulsar procesos de autonomía, en donde este grupo social tenga oportunidades de desarrollo como individuos y por supuesto sigan contribuyendo a la sociedad; un elemento importante en esta forma de ver a las personas mayores desde este paradigma, es reconocer la existencia de la diferenciación social, por lo tanto se propone la eliminación de barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez, y fomenten la solidaridad social generacional.

Dentro de este nuevo enfoque del envejecimiento, cabe resaltar el aporte que hace Luisa González-Celis (2013), al señalar que en “la vejez no sólo se dan pérdidas y deterioros, sino también se despliegan nuevos aprendizajes y se obtienen ganancias” (pág. 371), lo cual viene a reforzar la idea de que las personas mayores son agentes activos, y por ende se deben promover

modelos de atención que promueven la calidad de vida de las personas, al facilitar apoyos y nuevas oportunidades de vida, de la mejor forma posible para cada persona.

Devert (2004) señala que la vejez es un período de retos adaptativos dado el cambio gradual de las condiciones de salud física y mental, las dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y las restricciones a la participación social; condiciones a las que se suman, las limitaciones en el acceso a los servicios sociales y de salud. La combinación de estos factores lleva a que una alta proporción de la población vieja se encuentre en situación de discapacidad y pobreza (DANE, 2005). De acuerdo con la literatura, el grado de la discapacidad tiende a aumentar en la medida que la persona envejece (Ruipérez, 2002). Pese al complejo y sombrío panorama antes presentado, existen individuos que son capaces de desarrollar procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar de cara a situaciones tan estresantes y adversas como pueden ser el envejecimiento en sus aspectos individuales, sociales y simbólicoculturales. A estos procesos sociales e intrapsíquicos se les conoce como resiliencia (Suárez, 2004).

8.2.2 Referentes y referencias.

8.2.2.1 Análisis del sitio similar.

8.2.2.2 Centro geriátrico Santa Rita, España.

8.2.2.2.1 Descripción.



Figura 35. Centro geriátrico Santa Rita, España.
Adaptado de “arquitectura y edificación” por Ocaña, 2009.

Este centro Geriátrico presta servicios como un hospital, posee espacios abiertos y libres de barreras desarrollado en una sola planta, su finalidad es que sus usuarios puedan realizar actividades lúdicas, terapéuticas y de libre esparcimiento en los que pasaran posiblemente años o meses de su vida.

Cuenta con habitaciones con accesos directos a los jardines y lobby que los conectan rápidamente a todas las zonas comunes, de igual forma facilita la visita de parientes en todos estos espacios. Todos sus espacios muestran un estilo arquitectónico estilizado y moderno en el que el usuario desarrolla habilidades sociales y de producción.

Sus circulaciones juegan un papel de suma importancia y un tema principal ya que son generosos e ideales debido al diseño regulado por normas de accesibilidad adaptadas, ya que este tipo de población tiene algunas carencias o dificultades de movilidad.

Su principal misión es la de proporcionar al usuario un bienestar apropiado y considerable para los Adultos Mayores, sus plantas son muy abiertas por lo que generan una percepción de amplitud total acompañada de unas esbeltas columnas de 10cm de diámetro.

Sus jardines temáticos roban crédito al este centro ya que ocupan una importante área y prestan servicios terapéuticos y de descanso.

8.2.2.2.2 Organigrama.

Este centro posee zonas repartidas y distribuidas en todo el espacio, predomina la zona de dormitorios, como un eje central, y los demás servicios de acompañamiento están en torno a las zonas verdes y de dormitorios, cuenta con circulaciones curvas y perimetrales que comunican cualquier espacio de forma cómoda.

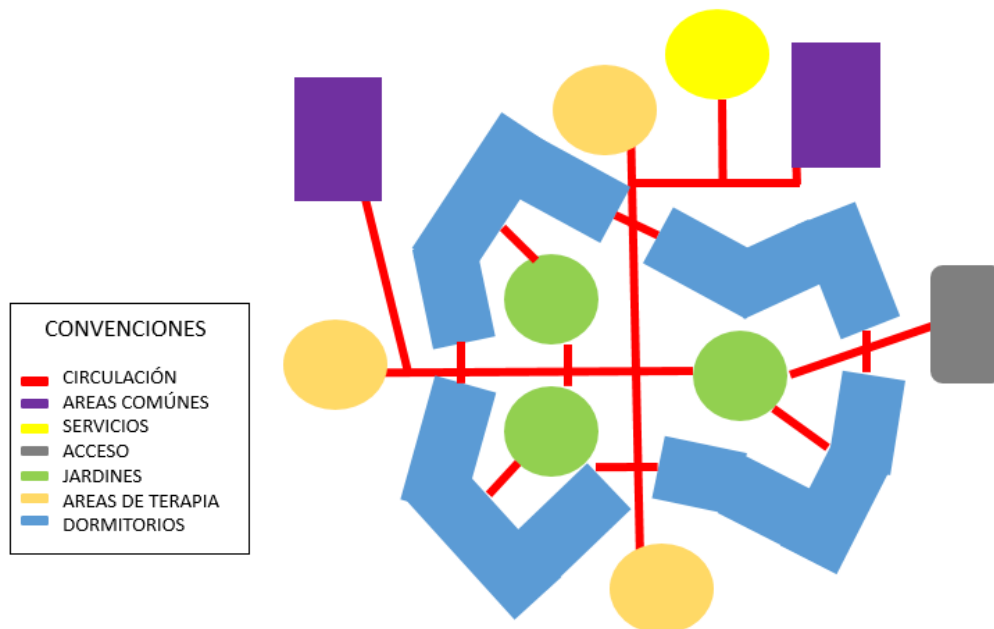


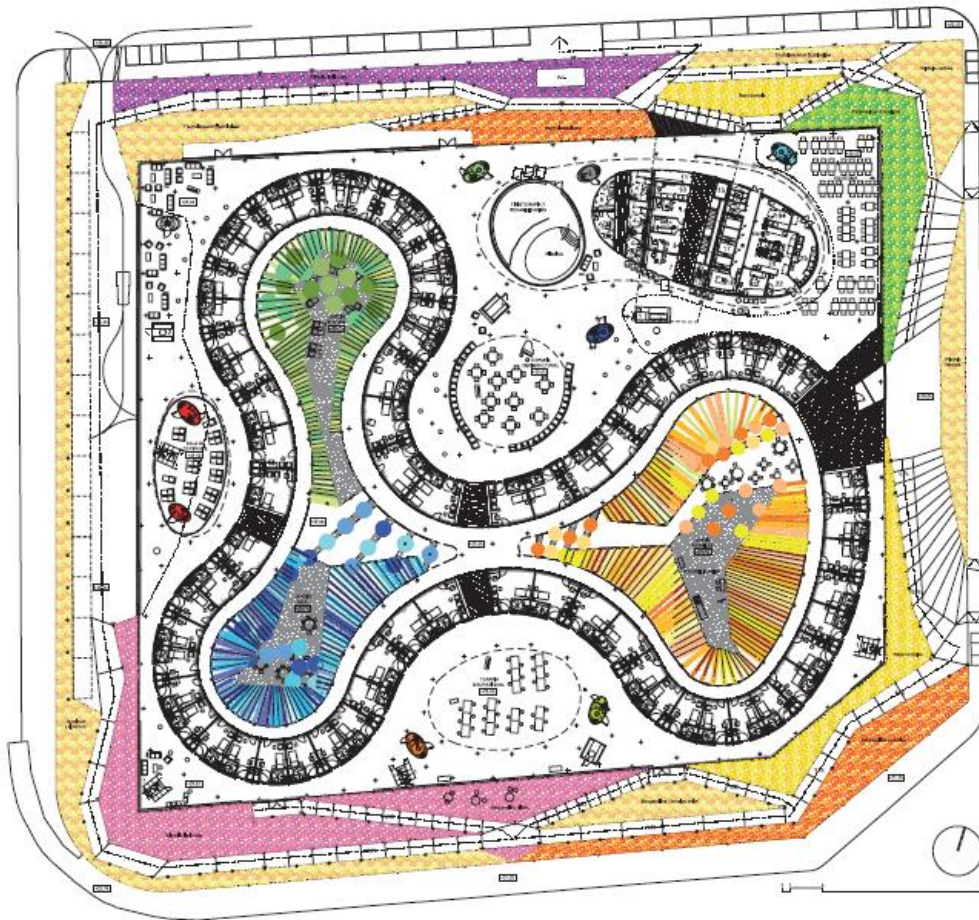
Figura 36. Organigrama centro geriátrico Santa Rita

8.2.2.2.3 Programa arquitectónico.

Véase apéndice B

8.2.2.2.4 Planta arquitectónica.

Posee solo una planta arquitectónica de tipo orgánica. Todas las habitaciones cuentan con acceso directo desde, y hacia, un gran jardín lobby. Además de acceso directo hacia, y desde, las Zonas comunes. Mantiene una accesibilidad integral, autonomía física, seguridad psíquica, y respeto a la intimidad individual. Y facilitar, al máximo, el acceso de visitantes. Las zonas comunes interiores incitan el desarrollo social y de rehabilitación a los Adultos Mayores.



*Figura 37. Planta arquitectónica centro geriátrico Santa Rita.
Adaptado de “arquitectura y edificación” por Ocaña, 2009.*

Figura 38. Modelos de habitaciones centro geriátrico Santa Rita. Adaptado de “arquitectura y edificación” por Ocaña, 2009.

8.2.2.2.6 Servicios y baños.

Todos los servicios higiénicos cuentan con medidas apropiadas para la tareas y dificultades en su ejecución por parte de del adulto mayor; sanitarios, lava manos con alturas apropiadas para discapacitados, separación apropiada incluso para usuarios en silla de ruedas.

Las puertas deben abrir hacia afuera, con dimensiones considerables para el ingreso de cualquier usuario, el interior de estos espacios debe manejar un área considerada para la circulación.

✕ Paquetes de servicios y baños ✕

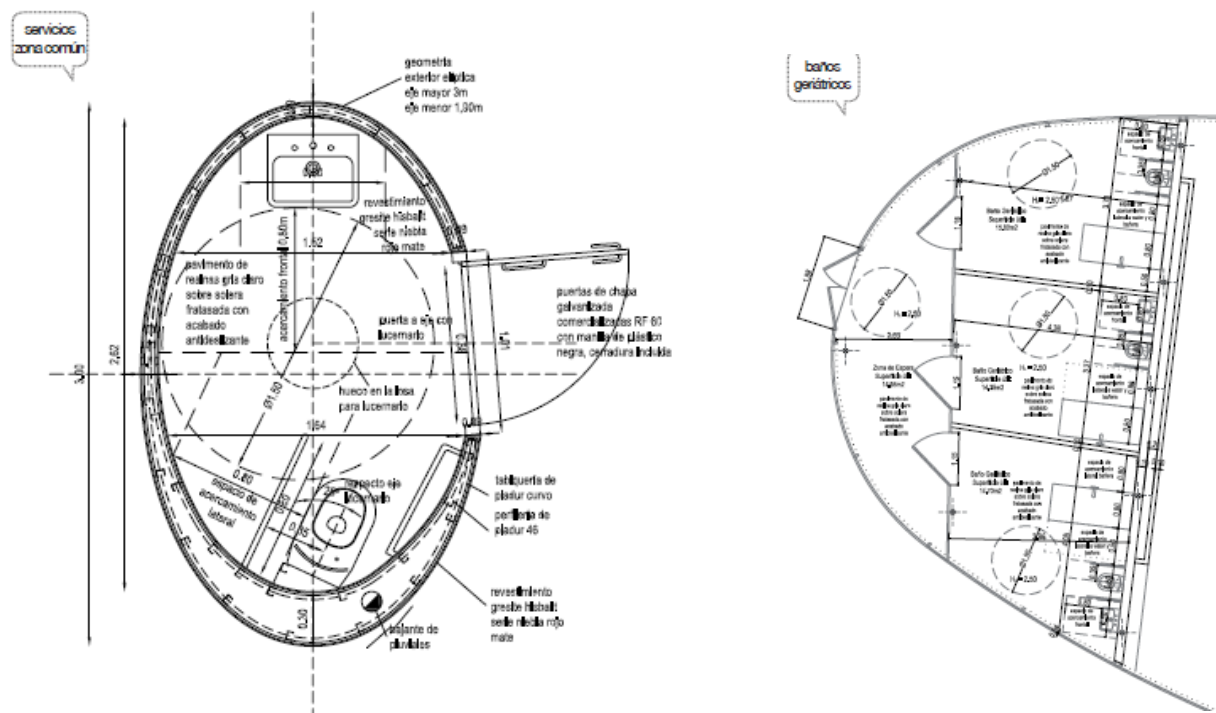


Figura 39. Modelos de baños centro geriátrico Santa Rita.
Adaptado de “arquitectura y edificación” por Ocaña, 2009.

8.2.2.3 Casa del adulto mayor de Laja, Chile.

8.2.2.3.1 Descripción.

Este proyecto va dirigido con un énfasis al bienestar psicológico y social ya que éste da la posibilidad de incorporar espacios que permitan la rehabilitación física y por supuesto, psicológica.

Se integra al proyecto el manejo de piscinas para rehabilitar, que son más pequeñas que las deportivas. Tienen la implementación para acceder en silla de ruedas mediante la utilización de las normas de accesibilidad, área para ejercitar y recuperar movilidad al caminar, y área para tratamientos grupales. Según los especialistas, una piscina adecuada para trabajar con grupos de hasta 15 personas debiera tener las dimensiones de 4 x 12 m, y distintas profundidades hasta máximo 1.4 m.

Por ser un Centro de día maneja una importante flexibilidad para recibir a una gran cantidad de personas y que se trabaje en grupos. En general funcionan por el día completo, para mayores que no pueden ser cuidados por sus familias durante el día. Pero también pueden funcionar en 2 jornadas, es decir, un grupo de mayores va en la mañana y otro grupo distinto va en la tarde. Este sistema puede funcionar de forma mixta dependiendo de las necesidades de los usuarios, y también si es que se externaliza el servicio de alimentación o bien se preparan en el lugar las comidas para todos los asistentes.

8.2.2.3.2 Organigrama.

Esta organización de espacios busca fortalecer el área de rehabilitación, ya que es de mucha ayuda para los usuarios, espacios de belleza y cuidado y ejercicios físico para el fortalecimiento en su salud y social. Los espacios y zonas culturales juegan un papel importante, se agrega una

biblioteca, con sala de lectura y sala audiovisual, talleres con mobiliario para actividades de capacitación en cocina, manualidades, etc.

Estos espacios de interacción social propuestos permiten además vincular al adulto mayor con la comunidad, pudiendo ser compartidos por otros grupos sociales.

La circulación es de tipo lineal generando una planta funcional y práctica.

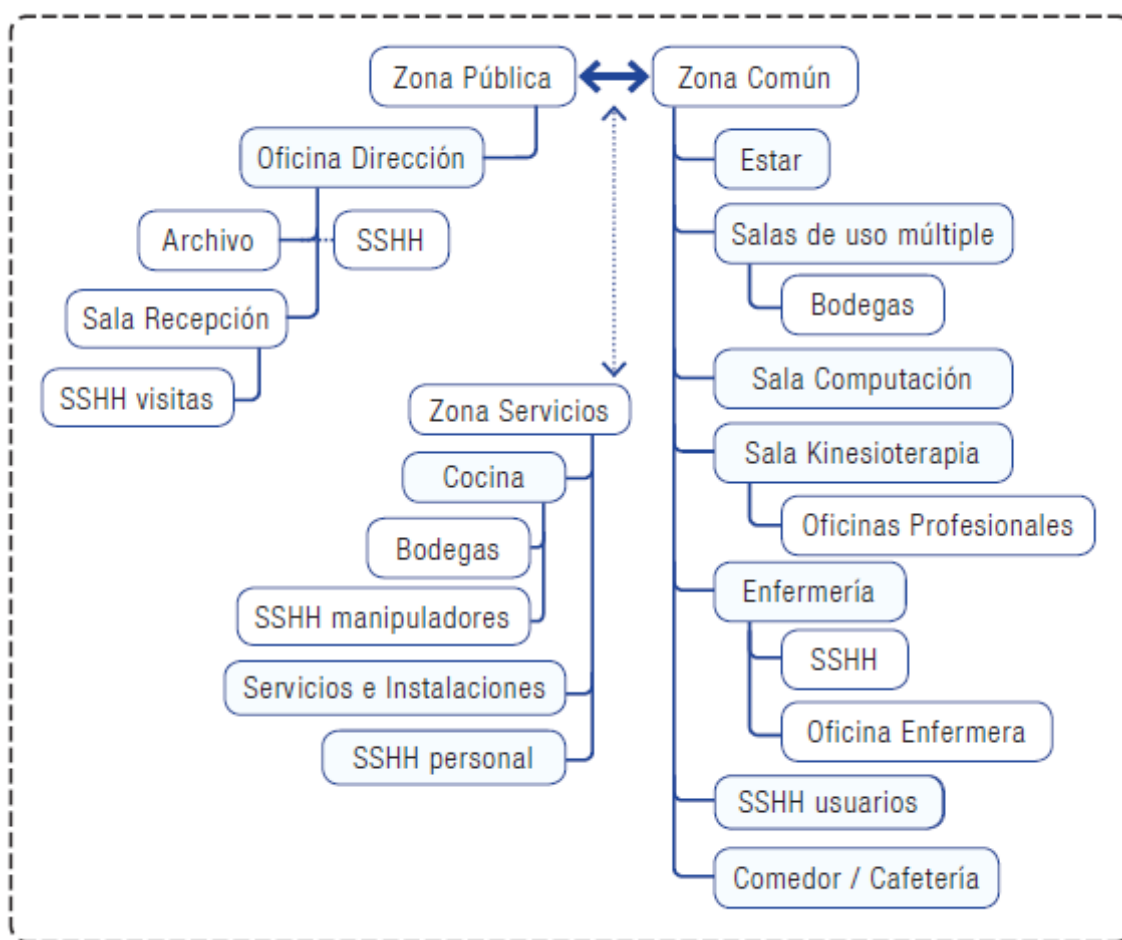


Figura 40. Organigrama casa del adulto mayor de Laja.
Adaptado por datos suministrados por el repositorio Chileno, 2013.



Figura 41. Zonificación casa del adulto mayor de Laja.

8.2.2.3.3 Programa arquitectónico.

Véase apéndice C

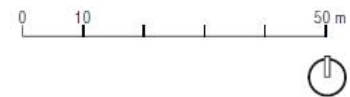
8.2.2.3.4 Plantas arquitectónicas.

Posee dos plantas arquitectónicas, de tipo racional. En su primera planta maneja espacios disponibles para el uso terapéutico, social, y de estadía para el usuario, la segunda maneja espacios administrativos para el funcionamiento del centro. Mantiene espacios de esparcimiento social

acompañados de acompañamientos físicos básicos y de cuidado para sus usuarios. Espacios ortogonales que forman una planta simétrica y muy funcional.



Casa del Adulto Mayor de Laja - Planta Nivel -1



Casa del Adulto Mayor de Laja - Planta Primer Nivel



Figura 42. Plantas arquitectónicas casa del adulto mayor de Laja.
Adaptado por datos suministrados por el repositorio Chileno, 2013.

8.2.2.3.5 Cortes.

Se aprecia el manejo de cubiertas inclinadas que permiten un flujo regular en su interior de vientos e iluminación proporcionando un confort climático adecuado. Maneja un terreno plano en el que se puede circular personas con movilidad reducida, lo cual es positivo.

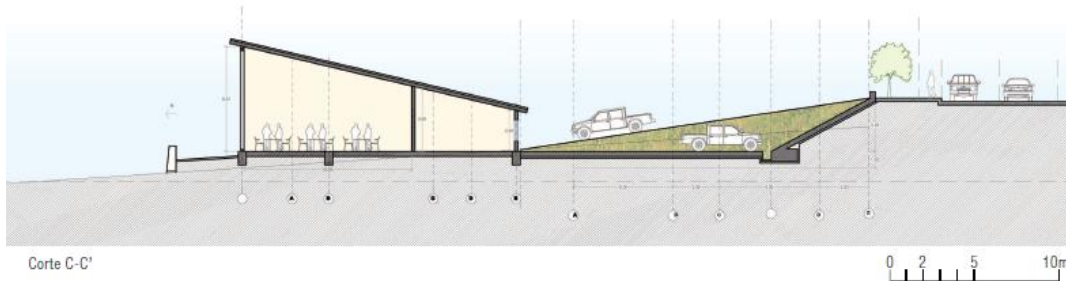
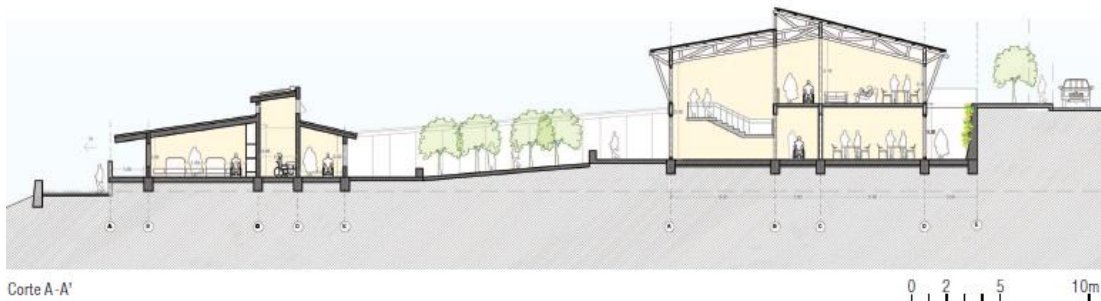


Figura 43. Cortes arquitectónicos centro geriátrico Santa Rita.

8.2.2.3.6 Habitaciones.

Habitaciones rectangulares con dimensiones apropiadas, se manejan dos tipologías, para dos y para cuatro usuarios, en ellas se observan espacios de higiene como lo son los baños privados y el uso de un espacio tipo balcón que refuerza el confort.

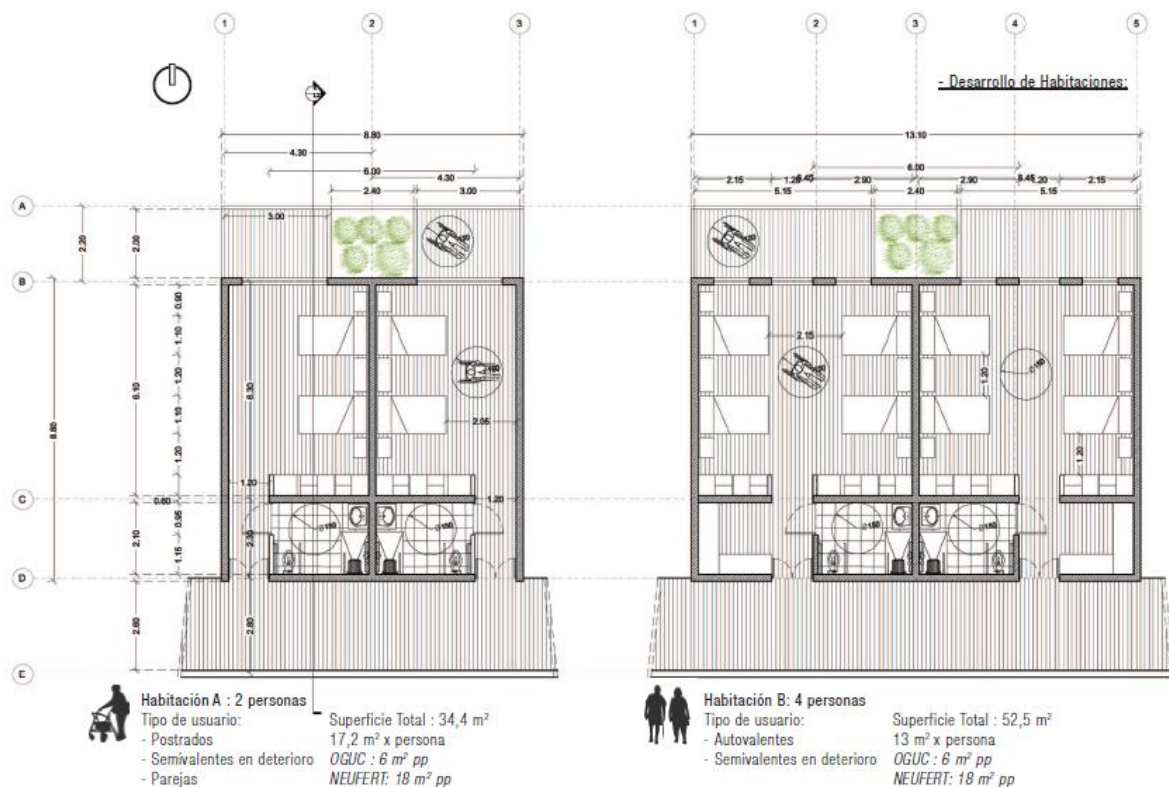
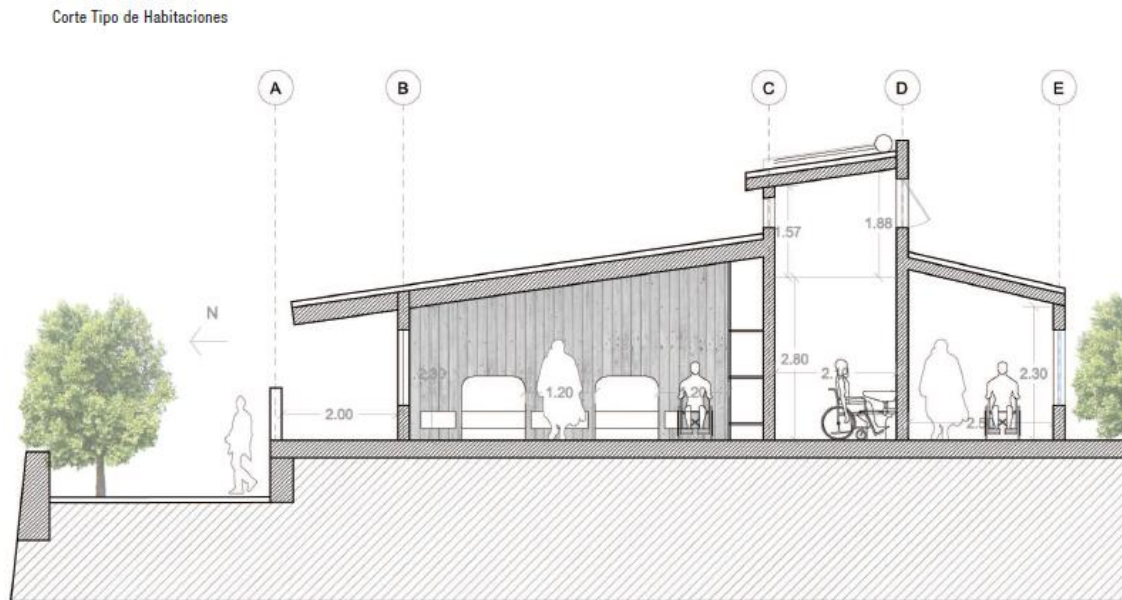


Figura 44. Modelos habitaciones centro geriátrico Santa Rita.
 Adaptado por datos suministrados por el repositorio Chileno, 2013.



*Figura 45. Corte habitación centro geriátrico Santa Rita.
Adaptado por datos suministrados por el repositorio Chileno, 2013.*

8.2.2.4 Albergue San Vicente de Paul, Betulia, Santander, Colombia.

8.2.2.4.1. Descripción.



*Figura 46. Albergue San Vicente de Paul, Betulia.
Adaptado de datos suministrados por la alcaldía de Betulia, Santander*

Localizada en la Calle 11 N° 7-05. Construida con el esfuerzo y apoyo de toda la comunidad, colonias y veredas de Betulia, cuenta con un área construida en la primera etapa de 750 metros cuadrados, segunda etapa 540 metros con batería de seis baños, cuatro duchas, cinco lavamanos; entre sus áreas de esparcimiento cuenta con un kiosco, dos parques y zonas verdes; con el fin de atender a personas de la tercera edad de bajos recursos ya a personas que tengan la capacidad de pagar la pensión, los servicios prestados son: vestuario, alojamiento, alimentos, lavado de ropa, atención médica, medicinas y vigilancia permanente y una cobertura del 100%

Maneja principalmente las necesidades básicas de cuidado de enfermedades y desgastes producidos en personas de la tercera edad, con ayudas dirigidas a personas de escasos recursos y de igual forma maneja algunos espacios de esparcimiento como lo son zonas comunes y zonas verdes.

8.2.2.4.2 Organigrama.

Esta organización de espacios busca fortalecer el área de asistencia para el cuidado de la salud de sus usuarios. Las zonas verdes juegan un papel importante, por ser usados para esparcimiento y espacio de relajación. Los servicios se sitúan en el centro del proyecto por lo cual generan una rápida llegada y uso de ella, junto con espacios comunales como el comedor.

La circulación es de tipo lineal generando una planta funcional y práctica.

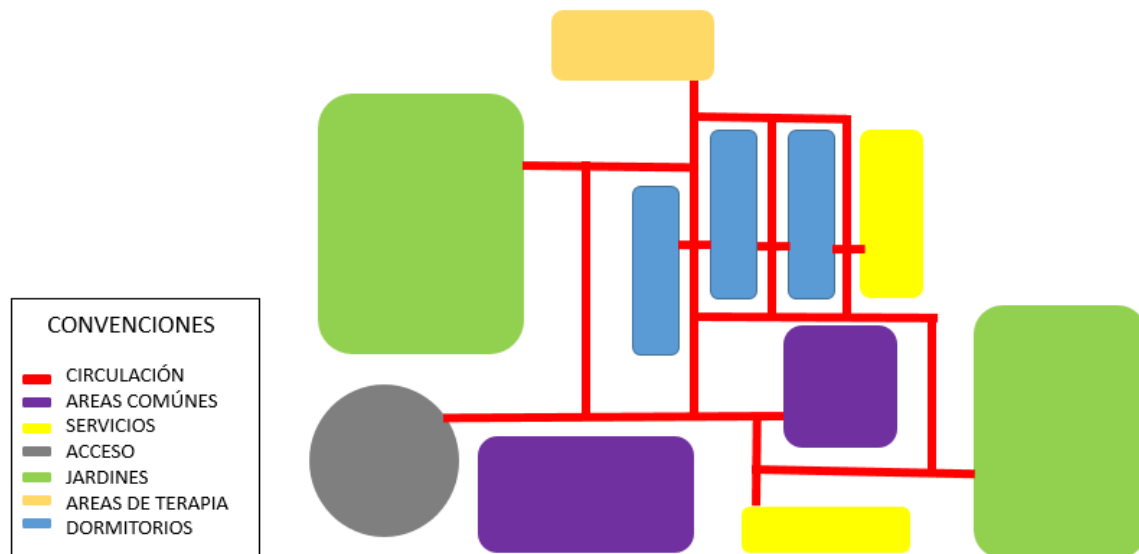


Figura 47. Organigrama Albergue San Vicente de Paul, Betulia

8.2.2.4.3 Programa arquitectónico.

Véase apéndice D

8.2.2.4.4 Plantas.

Se desarrolla en una planta arquitectónica, de tipo racional. En su primera planta maneja espacios disponibles para el uso físico y de cuidado en salud. Mantiene espacios de esparcimiento social acompañados de acompañamientos físicos básicos y de cuidado para sus usuarios. Espacios ortogonales que forman una planta simétrica y muy funcional.

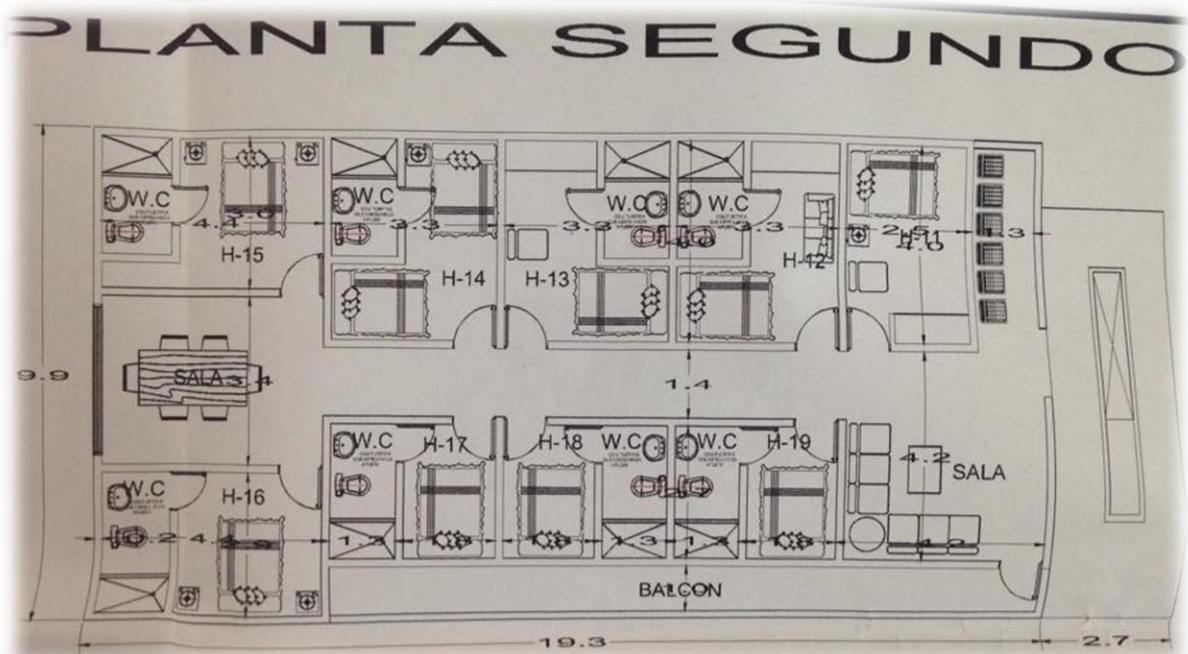
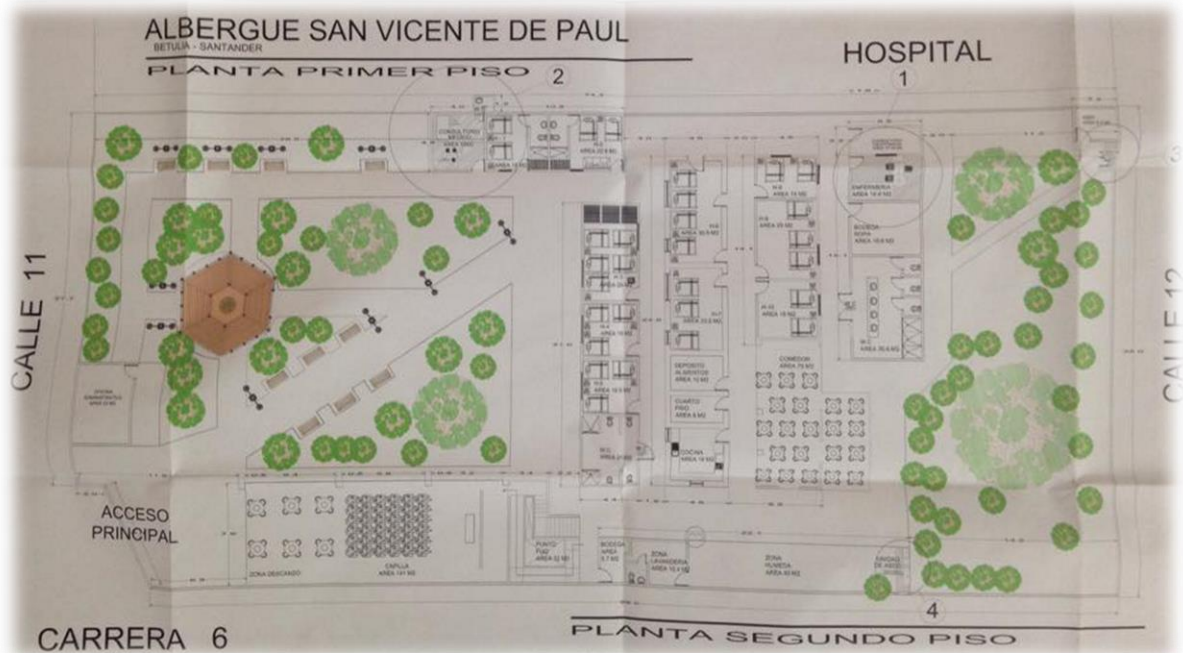


Figura 48. Plantas arquitectónicas Albergue San Vicente de Paul, Betulia, Adaptado de datos suministrados por la alcaldía de Betulia, Santander

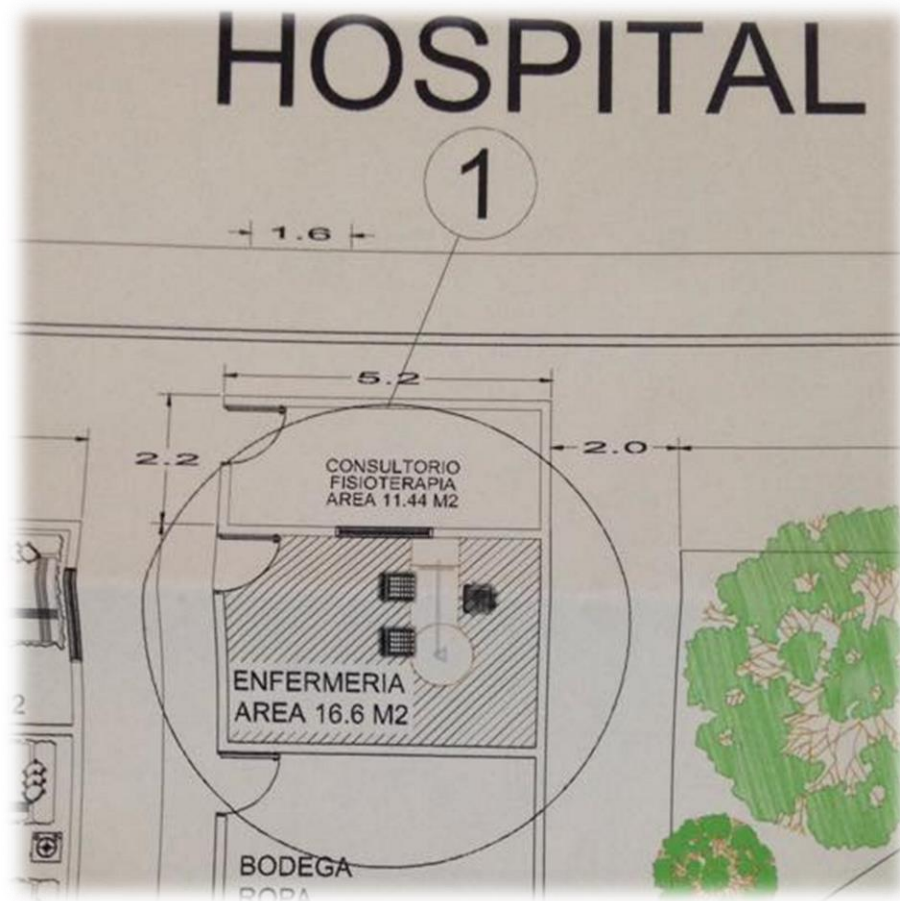


Figura 49. Enfermería Albergue San Vicente de Paul, Betulia, Adaptado de datos suministrados por la alcaldía de Betulia, Santander

8.2.3 Comparación programa arquitectónico referentes.

La relación de estos referentes se puede evidenciar:

- agrupan de forma ordenada en los programas las zonas con sus respectivos
- espacios.
- El Centro Geriátrico Santa Rita maneja más espacios dirigidos a la rehabilitación y al autocuidado. Todas

- La casa del Adulto Mayor de Laja maneja en su zona de autocuidado espacios como consultorios médicos a diferencia de los otros referentes que solo manejan enfermería
- Básicamente en la zona de servicios los tres referentes manejan espacios muy semejantes o con funciones parecidas que alimentan toda la zona de servicios.
- El Centro Geriátrico Santa Rita carece de espacios de administración. También maneja una excesiva área en zonas verdes a comparación de los otros Centros. Sus circulaciones son de grandes dimensiones con espacios cubiertos a diferencia de los otros referentes que cuentan con circulaciones menores en porcentaje.
- Los tres centros ocupan un porcentaje de un promedio del 27,3% en su área de dormitorios por lo que muestra una ocupación significativa en el área construida.

8.2.3.1 Cuadro comparativo de programas arquitectónicos.

Véase apéndice E

8.3 Teoría del Diseño Arquitectónico

Definimos la teoría del diseño como un conocimiento permanente que se piensa asiste al diseño y en todo su proceso. A continuación, se describen las principales teorías del diseño.

8.3.1 Funcionalismo.

Entre 1920 y 1930 surge un movimiento moderno situado en un contexto de recuperación económica de postguerra hasta el crack de 1929. Se le denomina arquitectura racional o funcional. Esta corriente arquitectónica tiene como máxima “la forma sigue a la función”, lema acuñado por el arquitecto Louis Sullivan, quien, en el marco de la Escuela de Chicago, se preocupó más por las

necesidades y la comodidad de sus propietarios que por la belleza estética. Presenta formas técnicas emparentadas con las de las máquinas, algo lógico puesto que estamos hablando de un movimiento muy vinculado al progreso industrial. Además, debe adaptarse a una serie de planteamientos higienistas, encaminados a proporcionar la adecuada iluminación, ventilación y orientación a las viviendas. Esta nueva propuesta llegó rápidamente a Europa, donde se presentó en clara reacción contra las propuestas excesivamente ornamentales del Modernismo. Ejemplo de ello son: los edificios del vienés Adolf Loos, autor del libro “Ornamento y delito” (1908); los del francés August Perret, quien inició el uso del hormigón armado como material constructivo; y principalmente, las propuestas de los arquitectos vinculados a la Escuela de La Bauhaus, Walter Gropius (1883-1969) y Mies Van Der Rohe (1886-1969), quienes construyeron edificios sin ornamentación y pensados claramente para su utilidad. Pero por encima de todos ellos se encuentra la figura de Le Corbusier (1883-1969), el defensor más importante del Funcionalismo. Su obra y su teoría son profundamente individuales, pero tienen el denominador común de la simplicidad de formas, del retorno a los volúmenes elementales (cubo, cilindro, cono y esfera) y de la lógica constructiva antes que la evasión ornamental.

Le Corbusier fue el sobrenombre profesional que adoptó Charles Edouard Jeanneret, pintor, teórico y arquitecto franco-suizo, considerado la principal figura mundial de la arquitectura moderna. El hombre tomado como colectividad será el centro de su preocupación y al igual que los grandes tratadistas de la Antigüedad o del Renacimiento sentirá la necesidad de establecer proporciones y cánones a partir de las medidas humanas que fijen las dimensiones estandarizadas de todos los objetos, pasando, naturalmente, por la vivienda. Estas reglas quedan recogidas en su obra teórica “Le Modulor”, y en ella se fijan las proporciones que permiten construir armónicamente desde un sello de correos a una ciudad. Le Corbusier planteaba sus viviendas como

máquinas para vivir el hombre. Su tarea se distinguió por haber reducido las formas arquitectónicas a las más puras y esenciales: el cuadrado en superficie, y el cubo y el cilindro desde el punto de vista volumétrico. Sus teorías, difundidas en la revista que fundó en 1920 “L’Esprit Nouveau”, muestran nuevos principios y nuevas formas de hacer arquitectura por medio del uso de la geometría y las proporciones. A su vez, estos principios estuvieron de acuerdo con la época de las máquinas y del progreso, de la armonía y de la racionalidad constructiva.

Los principios básicos que resumen toda su obra arquitectónica son cinco: a) Los pilares. El uso de bloques elevados sobre pilares cilíndricos de acero, pilotes, que separan el edificio del terreno. De esta manera la construcción queda como suspendida en el espacio. El jardín y la calle pueden seguir un trazado independiente. Se eliminan las humedades y los locales oscuros. b) Los techos-jardín. Las cubiertas son planas y ajardinadas, lo que hace posible usarlas como terraza. Las azoteas se aprovechan para solarium, jardín, tenis, piscina, etc. c) La ventana longitudinal. Las ventanas son grandes y alargadas para disponer de mayor iluminación y ventilación. Al perder el muro su función sustentante se diseñan ventanas alargadas que iluminan más y no restan espacio. d) La planta libre. El sistema de pilares y la ausencia de muros de carga permiten que cada piso pueda ser distribuido independientemente. e) Fachada libre. Ya no se está sujeto a una ordenación regular impuesta por los muros de carga, y la fachada puede diseñarse en función de las necesidades de cada piso. Sus primeros proyectos, como la Casa Domino (1914-15) o la Casa Citrohan (1921) expresan, hasta en su propio nombre, esta voluntad de identificación con la industria moderna. En ningún caso se trata de viviendas singulares sino de módulos que debían repetirse y combinarse para formar grandes conjuntos residenciales. Para su construcción se seguirían procesos de estandarización y racionalización. Se define de esta manera la noción de Arquitectura Racionalista,

el núcleo más sólido del Movimiento Moderno. La obra que mejor representa sus principios básicos es la VILLA SABOYA (1930) en Poissy, a las afueras de París (Fernández, 2008).

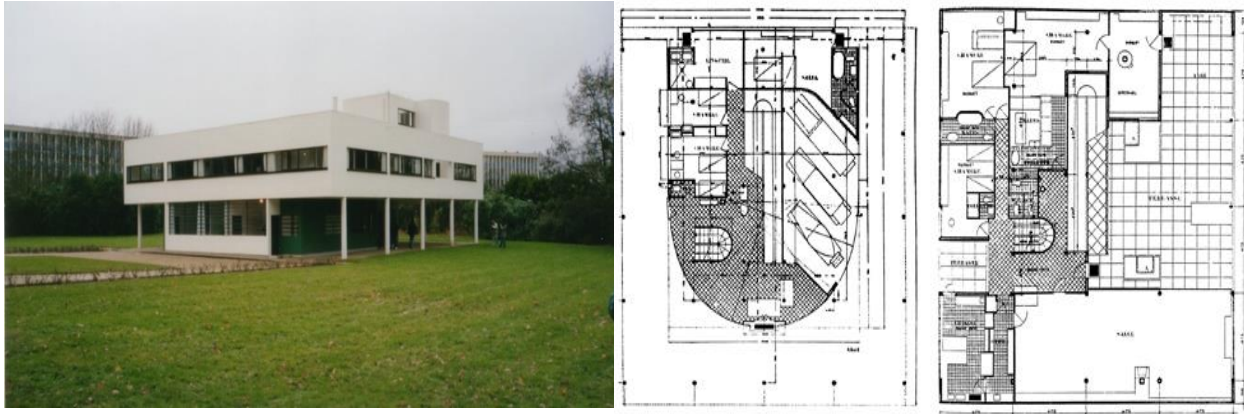


Figura 50. Villa Saboya.

Adaptado de Clásicos de Arquitectura : Villa Savoye / Le Corbusier <http://archdaily.co/co/02-58394/ville-savoye-le-corbusier>

8.3.2 Sostenibilidad.

La construcción está directamente relacionada con la sostenibilidad ya sea de los asentamientos humanos y del medio ambiente, con el objeto de mejorar las condiciones de vida de la gente. Este debe ir en busca de soluciones a las necesidades actuales de nuestra sociedad y claramente de ella a futuro, comprometiendo así a las próximas generaciones. Las constantes intervenciones realizadas al medio ambiente junto a las tecnologías constructivas no deben considerarse aisladas del impacto producido en el medio ambiente. El desarrollo sostenible es aquel que atiende a las necesidades actuales de nuestra sociedad sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de ofrecer capacidades ambientes que sostengan una buena calidad de vida para todos. Nuestro actual desarrollo económico, sin duda compromete las capacidades ambientales de nuestro entorno, destruyendo y disminuyendo sus capacidades no solo en el presente sino futuro.

Las actuales eventualidades generadas por el medio ambiente nos han puesto a reflexionar sobre el modo de operar en nuestro desarrollo económico actual, incluyendo conceptos de sostenibilidad en todos los campos requeridos de ésta.

Este nuevo modelo suena susceptible para algunos sectores de la sociedad, pero específicamente en el campo de la arquitectura, sin duda, su inclusión es un fenómeno actual ya que la industria de la construcción es una de la que extrae mayor cantidad de recursos naturales. La contribución de este nuevo modelo por parte de la arquitectura es un paso al mejoramiento de la calidad ambiental de nuestra sociedad. Todo esto es posible mediante técnicas como la eficiencia energética, uso de materiales sostenibles y posteriormente su reutilización.

8.3.3 Sustentabilidad.

La arquitectura sustentable se considera como un nuevo modelo de desarrollo económico y de igual forma en el sector de la construcción como aquel modelo responsable, saludable y ecológico de utilización de los recursos y generación de estos por medio de energías alternas disminuyendo el impacto actual y de las últimas décadas por parte del modelo económico en el que se ve directamente afectado el medio ambiente.

La creación de energías alteras es si duda un gran aporte, estas consisten en tipos de energía que abastezcan a la población si tener que agotar energías no renovables, sino de la producción de energías que si sean renovables.

Existen cantidad de energías renovables como lo son:

- Biocarburantes
- Biomasa
- Eólica

- Geotérmica de Alta Entalpía
- Geotérmica de Baja Entalpía
- Marina
- Minieólica
- Minihidráulica.

8.3.4 Organicismo.

El organicismo, nombre otorgado por Frank Lloyd Wright, surge como contrapropuesta al racionalismo en Estados Unidos alrededor de 1940. Aunque la palabra orgánico comúnmente hace referencia a los seres vivos, a un cuerpo, un organismo, aplicada al contexto de la arquitectura busca ser una reinterpretación de los principios naturales, más que una imitación estilística de las formas de la naturaleza. Este movimiento propone que todo objeto arquitectónico debe ser integrado con la naturaleza e incluso parecer que saliera de ella, por esta razón, tanto los materiales (arcilla, madera, piedra, etc.) como el aspecto formal, responden a una relación directa con las formas naturales. La arquitectura orgánica crea espacios flexibles, fluidos integrados con sus alrededores. Por lo tanto, el organicismo propone un concepto, una manera diferente de abordar la relación de la arquitectura con el hombre, “...toma al hombre como referencia constante: no como medida sino en un sentido más individual.” (Franco, Becerra y Porras, 2009)

El propósito de la arquitectura proyectada desde esta postura es responder a las necesidades del hombre y del bienestar que genera el espacio interior (armonía de colores, mobiliario, formas sutiles y curvas) y su relación con el entorno (conciencia y presencia del medioambiente). A diferencia del racionalismo en el que la forma está dada por las aristas, la ortogonalidad, el paralelepípedo; el organicismo determina una fuerte intención de crecer de adentro hacia afuera para

dar respuesta a las necesidades de quien habita el espacio y esto lo logra a través de curvas o formas orgánicas resultado de las dinámicas reales del hombre.

Esta corriente fue una forma de ir en contra la escuela de Bauhaus. Para la arquitectura orgánica, las construcciones no deben desafiar a la naturaleza, sino que ser una proyección de ésta. La principal premisa es que el arquitecto se pone al servicio de la obra que ejecuta, interpretando a los usuarios, al entorno, los materiales, con amor y humildad. El arquitecto internaliza que él y su obra son parte de un todo y que sin ese todo él no es nada.

Frank Lloyd Wright (1869-1959) es considerado su precursor, quien afirmó que todo producto arquitectónico está determinado por su lugar y tiempo y no el resultado de un estilo impuesto. Después de un viaje a Japón en donde reconoce una relación íntima entre el espacio interior y quien lo habita, regresa para proyectar una arquitectura ligada a su contexto natural y concibe este como su punto de origen. Un ejemplo de esto es la casa de la cascada en Pensilvania construida entre 1936 y 1937.

Otro representante es Ludwig **Mies van der Rohe**, quien **logró** su consagración en 1929, cuando realizó el pabellón de Alemania para la Exposición Internacional de Barcelona, considerado su obra maestra y una de las obras arquitectónicas más influyentes del siglo XX. En esa construcción vemos rasgos de la **arquitectura orgánica** como la simplicidad y la continuidad de los espacios que parecieran no tener principio ni fin

.



Figura 51. Pabellón de Alemania.
Adaptado de datos suministrados por Google Imágenes

8.3.5 Racionalismo Arquitectónico.

Esta ideología dirige el diseño a básicamente cuatro principios esenciales:

- La preferencia por el uso de figuras geométricas simples, con criterios ortogonales
- Empleo del color y del detalle constructivo en lugar de la decoración sobrepuesta
- Dinamizar el espacio arquitectónico
- Uso limitado de algunos materiales como el acero, el hormigón o el vidrio

8.4 Tendencias del Diseño

8.4.1 Minimalismo.

Se refiere a cualquier cosa que se haya desnudado a lo esencial, despojada de elementos sobrantes, o que proporciona solo un esbozo de su estructura, y minimalismo es la tendencia a reducir a lo esencial de simplificar a lo complejo. Es aplicado a muchos procesos arquitectónicos que contienen un gran significado en si diseño debido a su estética simple y armoniosa ya que se busca es simplificar todo a lo mínimo.



Figura 52. Diseño minimalista.

Adaptado de Grupo Hero. Diseño y decoración Minimalista / Arquitectura <http://grupohero.com.mx/disen-y-decoracion-minimalista-arquitectura/>

8.4.2 Paisajismo.

Es una actividad encargada de modificar las características visibles, físicas y anímicas de un espacio, tanto rural como urbano, entre las que se incluyen: los elementos vivos, tales como flora y fauna (jardinería), el arte de cultivar plantas con el propósito de crear un bello entorno paisajístico; los elementos naturales como las formas del terreno, las elevaciones o los cauces de agua; los elementos humanos, como estructuras, edificios u otros objetos materiales creados por el hombre; los elementos abstractos, como las condiciones climáticas y luminosas; y los elementos culturales.



Figura 53. Paisajismo.

Adaptado de Ambientum. Portal profesional de medio ambiente.
<http://www.ambientum.com/revista/2010/septiembre/Progreso-paisaje-una-pareja-imposible.asp>

8.4.3 Interiorismo.

En concreto se refiere al Arte y técnica de diseñar cualquier tipo de espacios interiores de edificios, locales y viviendas basados en la decoración y estándares modernos de diseño que van de la mano a conceptos como el de la luminosidad, amueblamiento, uso de colores, etc... Hoy en día es una tendencia que está dando un gran impacto en la construcción por sus altos estándares de calidad y en especial del impacto visual que se genera en la culminación de proyectos arquitectónicos.

8.5 Marco Conceptual

8.5.1 El envejecimiento.

El término envejecer, como lo sugiere el mismo verbo, al igual que la palabra envejecimiento, implican un proceso de cambios y transformaciones, tanto en el plano de los individuos, como de las poblaciones.

El envejecimiento de los individuos es un proceso de cambios en el transcurso de sus vidas, el cual también implica vivir cada día más. En tal sentido, todas las personas envejecen los trescientos sesenta y cinco días de cada año y durante la totalidad de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Dicho proceso depende de condiciones genéticas y ambientales; particularmente, de las condiciones en las que se vive a lo largo de la existencia. Es decir, los contextos físicos, geográficos, sociales, económicos, políticos y culturales, así como los estilos de vida sociales, familiares e individuales influyen en el vivir-envejecer de todas y cada una de las personas.

El envejecimiento poblacional o demográfico es un proceso que implica transformaciones en la estructura por edades de una población. Depende, fundamentalmente, de tres tipos de variables: nacimientos, muertes y migraciones. Cuando disminuyen la fecundidad y la mortalidad, y aumenta la esperanza de vida en una población, se habla de envejecimiento poblacional o demográfico, así como de aumento de la longevidad. Es decir, disminuye la población infantil, a la vez que se incrementa la población de 60 y más años. Entonces, hay cada vez más personas viviendo más tiempo.

El término vejez, por su parte, aunque relacionado con el anterior, se refiere al final del proceso de envejecimiento, entendido como el haber vivido más tiempo que otros individuos de la misma especie. Lo anterior no quiere decir que el proceso de envejecer se detenga en la vejez. Esta etapa de la vida, convencionalmente considerada a partir de los 60 o 65 años de vida, sigue implicando cambios y transformaciones, así como posibilidades. Tanto el proceso de envejecimiento, como la

condición de la vejez o el hecho de ser persona mayor de 60 o 65 años, o persona “adulto mayor”, son eminentemente diferentes, puesto que entre más vivimos, más distintas somos unas personas de otras. Y, en estricto sentido más que el tiempo vivido, es lo vivido en el tiempo lo que nos hace ser quiénes somos y ser diferentes unos de otros.

El sociólogo suizo y profesor de la Universidad de Ginebra Christian Lalive d'Epinay, junto con otros autores (2000), destacan el carácter eminentemente diferente, tanto del envejecimiento, como de la vejez, afirmando que lo que puede llegar a ser un problema no es el hecho de envejecer, sino la forma como se vive, se envejece y se llega a la vejez. Por ello, afirman dichos autores que sería preferible, cuando se habla de la vejez, referirse a "vejeces", para indicar, así, las múltiples formas de ser persona vieja. Hay tantos modos distintos de serlo, como seres humanos existen, dado que al vivir-envejecer cada vez más, también nos diferenciamos más de otras personas y conviene tener presente que en la vejez es cuando más se ha vivido.

8.5.2 El proceso de envejecimiento.

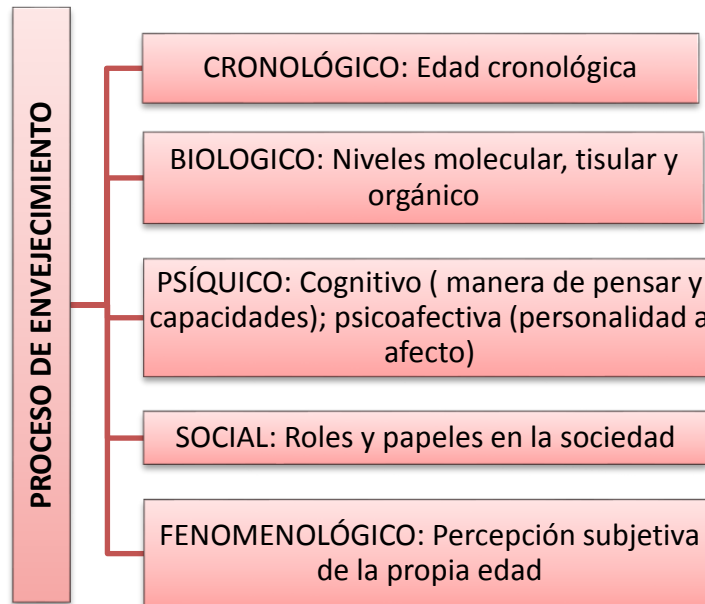


Figura 54. El proceso de envejecimiento.

Adaptado de El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. por (s.f.) <http://http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>

El envejecimiento trae consigo una serie de etapas que debe cumplir el ser humano en las que distintos factores como lo son el cronológico, biológico, psíquico, social y fenomenológico, cumplen sus debidas funciones en determinados tiempos. Lo que genera en la persona consecuencias en su calidad de vida.

8.5.3 Componentes en la calidad de vida del adulto mayor.



Figura 55. Componentes en la calidad de vida del adulto mayor.

Adaptado de El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales, por (s.f.) <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>

La calidad de vida del adulto mayor se determina mediante factores en su diario vivir, estos se basan en la interacción y la imagen que tienen en la sociedad, el papel que realizan en esta, el cual debido a que ya no pueden realizar actividades productivas intensas y laborales deben atenderse mediante la socialización con la comunidad, creando complejos que les suplan necesidades como la recreación, la cultura y el libre desarrollo.

8.5.4 Panorama Mundial.

El desarrollo de la ciencia, aunado a la definición de políticas de salud pública en el mundo, han posibilitado una mayor expectativa de vida en la población. Este fenómeno iniciado en los países avanzados, se ha replicado en mayor o menor grado a los países subdesarrollados.

A medida en que mejoran las condiciones y la calidad de vida, la población adulta mayor se incrementa, mientras disminuye la tasa de natalidad. De igual manera, este fenómeno constituye, según las previsiones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM), una problemática social que debe ser atendida, especialmente en lo atinente a la prestación de servicios que garanticen el bienestar de los grupos sociales implicados.

8.5.4.1 Porcentaje de la población de 60 años o más en 2015 y 2050.

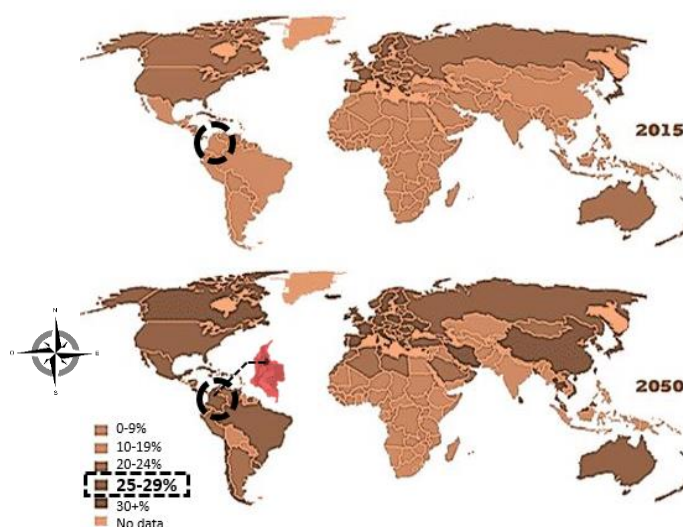


Figura 56. Mapa mundial población mayor de 60 años, 2015 y 2050.
Adaptado de Global Age Watch Index 2015: Insight report. HelpAge International.

Indicadores porcentuales evidencian un incremento a futuro en la población adulta mayor esto, debido al cambio en la esperanza de vida en relación con décadas pasadas, países en vía de desarrollo son propensos a estos cambios poblacionales gracias a la medicina y los avances tecnológicos que dan un aporte en este proceso. Así mismo se ha demostrado una disminución en la tasa de natalidad no solo en países desarrollados sino en los que se encuentran en vía de desarrollo.

8.5.4.2 Porcentaje de la población mundial de 60 años o más 1950-2050.

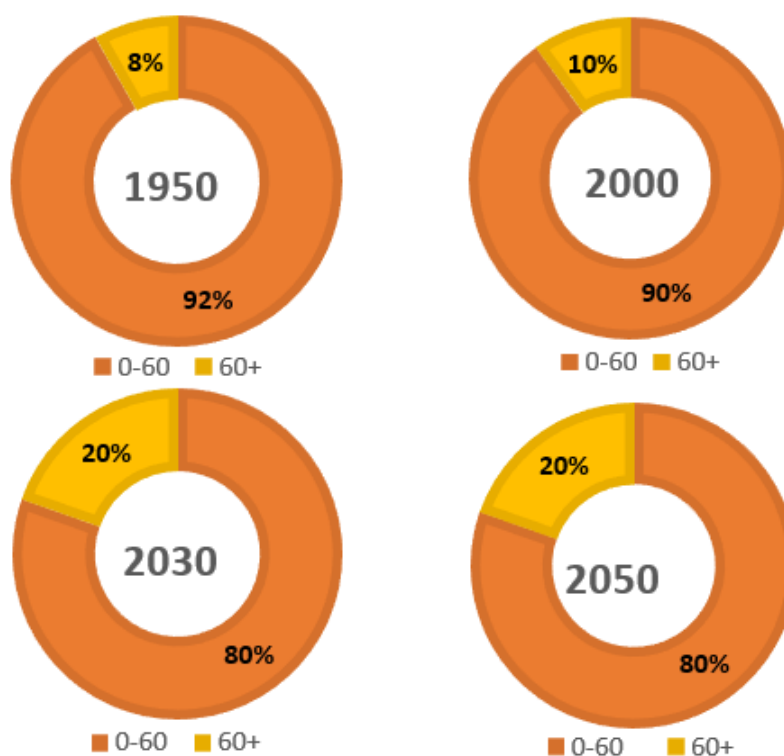


Figura 57. Porcentajes población mayor de 60 años, 1950, 2000, 2030 y 2050.
Adaptado de Global Age Watch Index 2015: Insight report. HelpAge International.

Porcentajes en la población adulta mayor muestran cambios significativos, al comparar estadísticas de 1950 mantiene tan solo un 8% al pertenecía el adulto mayor en la sociedad, comparado con estimaciones del 20% hacia el año 2050 se duplica a más del doble. Esto nos habla de un cambio poblacional que estamos viviendo y que con los años será más notorio.

8.5.4.3 Población mundial de 60 años o más 1950-2050.

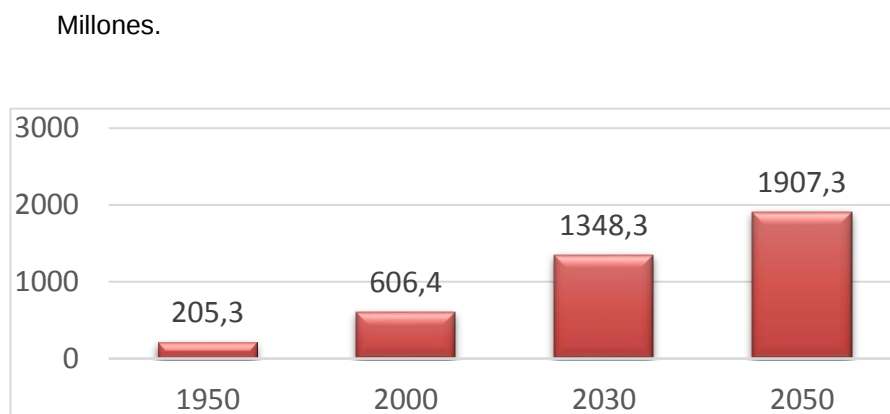


Figura 58. Población mundial mayor de 60 años, 1950-2050.
Adaptado de Global Age Watch Index 2015: Insight report. HelpAge International.

La esperanza de vida es un factor crucial en los cambios poblacionales, especialmente en tercera edad actualmente, esto debido a los avances en materia de la medicina, tecnología y factores sociales.

8.5.4.4 Porcentaje de la población de 60 años y más. 2000-2050.

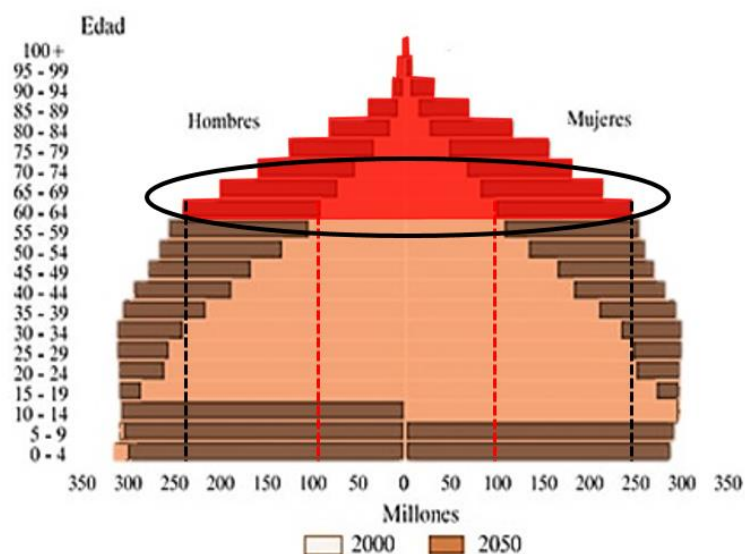


Figura 59. Porcentaje población mayor de 60 años 2000-2050.
Adaptado de World Population Prospects: The 2002 revisión.

Los cambios porcentuales de la población adulta mayor desde la década de 1950 a la actualidad y proyectándola a la década de 2050 muestran un incremento notable en la esperanza de vida, todo debido a los avances en materia de tecnología y salud.

Se estima una variación en la concentración de población adulta mayor, cerca de un 80 % se encontraría en los países menos desarrollados.

8.5.5 El envejecimiento en Colombia.

Actualmente Colombia vive un proceso de transición demográfica, en el cual han influido el descenso en la mortalidad, la paulatina disminución de la fecundidad y también las migraciones. Con relación a la disminución de la mortalidad, esta ha pasado de un poco más de dieciséis muertes por cada mil habitantes hacia 1950, a menos de cinco por mil, entre 2005 y 2010. Además, la

fecundidad ha descendido progresivamente, pasando de 7 hijos por mujer, en la década de 1960, a cerca de 2,5 hijos por mujer en 2010 (DANE, 2010; Profamilia, ENDS 2010).

Específicamente la tasa de mortalidad infantil ha descendido desde algo más de ciento veinte a cerca de dieciocho muertes infantiles por cada mil habitantes United Nations, 2011; Profamilia, 2010); y la esperanza promedio de vida al nacer, cercana a los 48 años en 1950, fue de 74 años en el 2010 (DANE, 2010; Profamilia, 2010).

La población mayor de 60 años en Colombia, ha aumentado a un ritmo superior al 3 %, lo cual contrasta con el ritmo de crecimiento de la población total, cercano al 2.0 % (Naciones Unidas, 2002, p. 185). Al mismo tiempo, la población menor de 15 años viene disminuyendo progresivamente. Por otra parte, y a propósito de las migraciones (emigraciones al exterior del país y migraciones interdepartamentales), las cuales también influyen en la transformación de las estructuras demográficas (nacional, regionales, departamentales y municipales), conviene señalar que, de acuerdo con información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2010) entre los años 2000 y 2005 emigraron de Colombia 3,18 personas por cada mil habitantes.

En lo que se refiere a migración interna, según el estudio postcensal del DANE (2010), el 20,6 % de la población colombiana residía en un lugar distinto a aquel en que nació. Esto convierte a quienes cambiaron de departamento en migrantes interdepartamentales, a pesar de haber permanecido en su residencia actual durante los cinco años anteriores al censo. Además, uno de los fenómenos destacados en la mirada poblacional tiene que ver con los altos índices de desplazamiento forzado como consecuencia del conflicto armado, el cual supera con creces otras formas de desplazamiento (por razones económicas o como consecuencia de desastres naturales).

En el 2011, cerca del 90 % de los municipios colombianos habían expulsado parte de su población, generalmente procedente de áreas rurales. Para entonces había "3,6 millones de personas desplazadas inscritas en los registros oficiales, lo cual equivale al 8 % de la población colombiana" (Ibáñez, 2011)

8.5.5.1 Población Colombiana años 1950, 2010, 2030 y 2050.

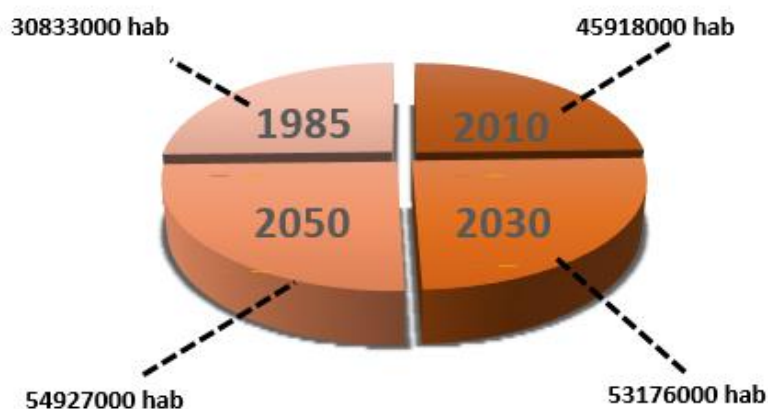


Figura 60. Población Colombiana años 1950, 2010, 2030 y 2050.

Adaptado de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision. (Medium variant)

El crecimiento poblacional es un fenómeno normal que se ha dado durante la historia de la humanidad, este aumento también se da en países como Colombia, el cual se evidencia un crecimiento estimado al año 2050 de 54.927.000 habitantes, incrementando notablemente a casi el doble de la cantidad de población registrada en 1985 de 30.833.000 habitantes.

8.5.5.2 Cambios en la estructura de la población de Colombia 1964-2015.

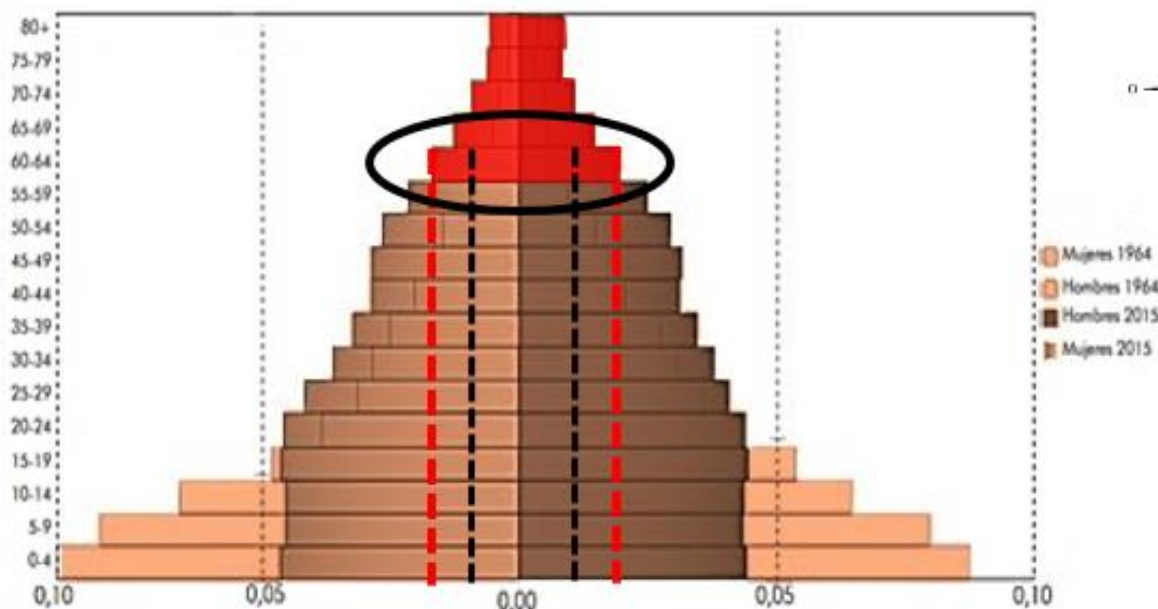


Figura 61. Cambios en la población colombiana años 1964-2015.

Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2009) con base en DANE-Censos de población y proyecciones de población.

Los cambios en la pirámide poblacional es un fenómeno que no solo se da en estadísticas internacionales sino también en Colombia, ya que la tasa de natalidad se ha disminuido de manera considerable respecto a unas 4, 5 décadas atrás en las que esas tasas duplicaban a más de la mitad el número de nacimientos que se dan en la actualidad, esto a su vez muestra un incremento en la tercera edad en la actualidad.

8.5.5.3. Esperanza de vida en Colombia.

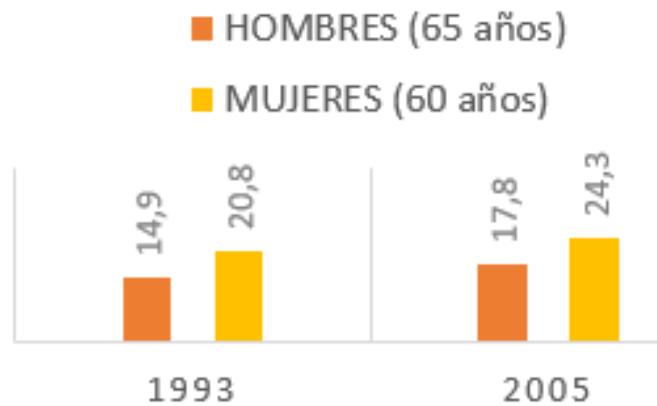


Figura 62. Esperanza de vida colombiana.

Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2009) con base en DANE-Censos de población y proyecciones de población.

La esperanza de vida aumenta con el pasar de los años debido a avances tecnológicos y a la medicina del siglo XXI, En Colombia el 6,3% (2.612.508), es mayor de 65 años. De los mayores de 65 años el 54,6% son mujeres y el 45,4% son hombres.

8.5.5.4 Índice de envejecimiento de la población departamentos Colombia 2010.

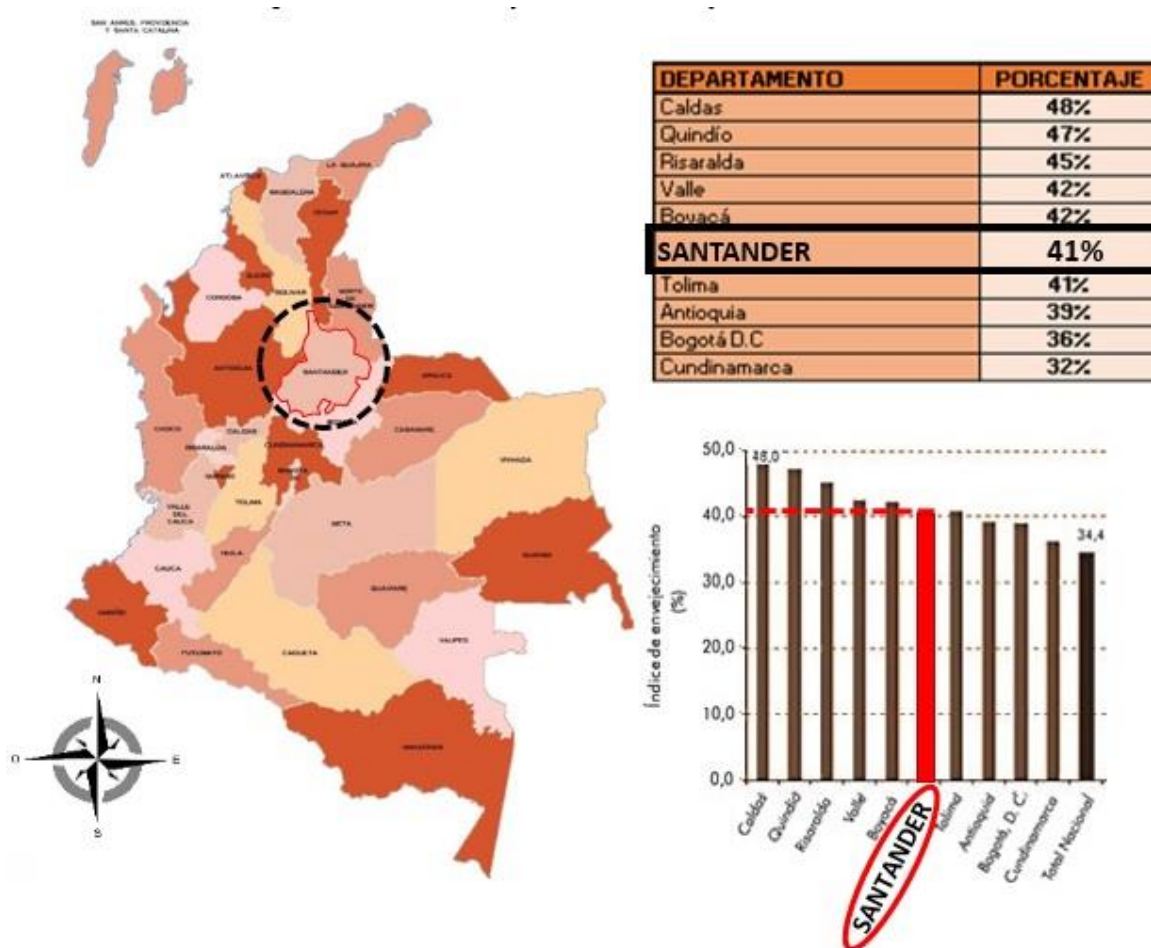


Figura 63. Índice envejecimiento población colombiana por departamentos año 2010.
Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2009) con base en DANE-Censos de población y proyecciones de población.

El departamento de Santander ocupa el sexto puesto a nivel nacional con un 41% de índice de envejecimiento en el territorio colombiano, esto demuestra la necesidad de atender a población de la tercera edad para darle solución a problemáticas que trae consigo el proceso de envejecimiento de sus pobladores.

8.5.5.5 Personas mayores de 65 años con alguna limitación.

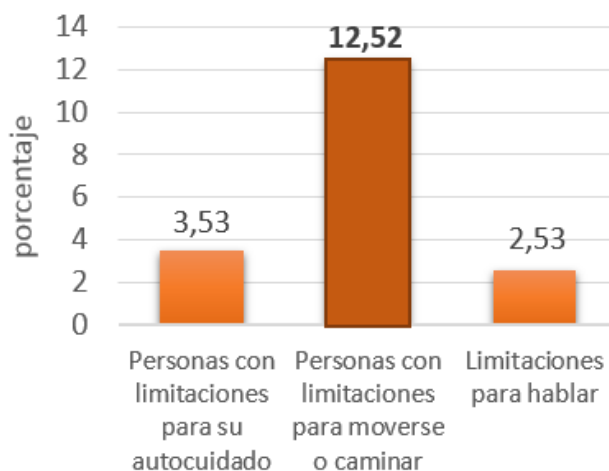


Figura 64. Limitaciones personas mayores de 60 años.
Apaptado de Censo 2005

El proceso de envejecimiento trae consigo un sin número de problemas a los adultos mayores en su diario vivir. El mayor inconveniente evidenciado de este proceso es el de la limitación de estas personas para moverse o caminar, esto debido al desgaste físico de los años, otros problemas como la limitación de algunas personas en su autocuidado y limitaciones para hablar producen una reducción de su calidad de vida.

8.5.5.6 Concentración de centros para adultos mayores según ciudades.

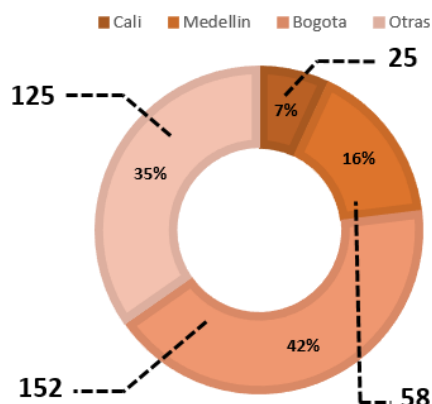


Figura 65. Concentración de centros para el adulto mayor en Colombia. Adaptado de Censo 2005.

Bogotá encabeza la lista en Colombia con un 42% del total de número de centros de atención a la tercera edad, siguiendo Medellín con un 16% y en tercera posición Cali con un 7%. Santander se encuentra en porcentajes bajos lo que muestra una carencia de estos centros. La creación de estos centros en Santander es una necesidad que debe ser satisfecha.

8.5.5.7 Porcentaje de accesibilidad a parques en los adultos mayores.

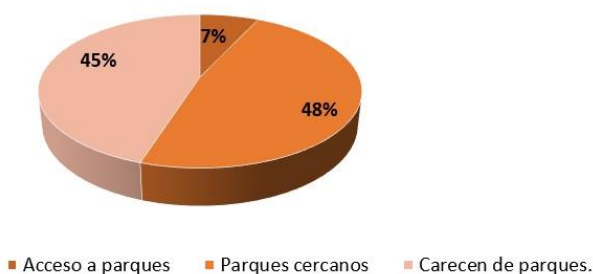


Figura 66. Porcentaje acceso a parques en adultos mayores. Adaptado de Registro de Estadísticas Vitales por DANE Defunciones de 2004.

Los altos índices de construcción en el territorio nacional, altos costos de la tierra y muchos factores han contribuido a la reducción de zonas verdes en ciudades y pueblos en Colombia. Estos lugares han sido durante décadas lugares de esparcimiento, encuentro y puntos de referencia para la población, especialmente para personas de la tercera edad, con el crecimiento de las ciudades, estos no alcanzan a cubrir grandes demandas de personas y en otros lugares simplemente no existen, por lo que ha creado una necesidad para la población adulta mayor de salir a lugares que le generen calidad de vida como lo hacen los parques.

8.5.6 Salud en la vejez.

Con la inversión de la pirámide poblacional a nivel mundial, se ha presentado un aumento de la proporción de afecciones crónico-degenerativas, pero todavía prevalece la importancia de los problemas infecciosos y otros.

Idealmente en todos los países, al mejorar las condiciones de vida y de atención a la salud, debiera ocurrir una compresión de la morbilidad. Esto significa que las enfermedades habrían de presentarse cada vez más tarde en la existencia y cada vez por períodos más cortos de tiempo. Sin embargo, conforme se desplaza el inicio de enfermedades mortales prevenibles como la patología cardiovascular, aumenta la incidencia de enfermedades crónicas no prevenibles como los padecimientos demenciales, la osteoartritis y el deterioro sensorial, que son generadores de una gran dependencia funcional. Es así que la repercusión funcional de la enfermedad es un indicador altamente significativo y que debe de ser considerado en la planeación asistencial y para la asignación de los recursos locales.

En última instancia, el deterioro funcional conduce paulatinamente a la fragilidad del individuo volviéndolo más vulnerable y menos recuperable lo que lo transforma en dependiente. La

fragilidad del individuo depende de su salud física, su situación social y su estado mental. La fragilización se gesta, en general, a lo largo de decenios y su consecuencia principal es la dependencia en varios niveles: desde la económica (amplia y autoestimulada), la afectiva y eventualmente la física, que puede llegar a comprometer el desempeño de las más elementales actividades de la vida cotidiana (Rodríguez, 2009). Es claro que la merma de la capacidad funcional y la consiguiente dependencia conducen a un deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores.

Por otra parte, la dependencia tiene un costo social que se expresa inicialmente en el nivel familiar, pero que ha de ser reconocido por el Estado y abordado para brindar el necesario apoyo de la manera más eficiente posible y buscando siempre la recuperación o por lo menos el mantenimiento del nivel funcional.

8.5.7 El Envejecimiento activo.

El envejecimiento activo es la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades, y opera simultáneamente como proceso biográfico a nivel individual e histórico a nivel social. Para las personas comienza con la gestación y termina con un buen morir, mientras que para las sociedades comienza fundamentalmente con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad, pero no tiene un término claro.

Como concepto, el envejecimiento activo contiene en sí mismo las significaciones del envejecimiento saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos. Este concepto fue que fue introducido por John Rowe en 1987 y a partir del cual se ha hecho posible imaginar al proceso de envejecimiento de una forma diferente al habitualmente relacionado al deterioro

progresivo e irreversible de las capacidades funcionales del cuerpo y la mente humanas y que explica por qué las personas de la tercera edad sienten la necesidad de seguir siendo productivas, amadas y exitosas, en cierta forma.

“Los jóvenes y los viejos se comparan, y donde hay diferencias se asume el empeoramiento. Esto hace que la gente que envejece, y todos lo hacemos, anticipe su declive” (Carstensen y Charles, 2007). Partimos entonces del precepto de que las comparaciones en este sentido no conducen a la mejora de las condiciones de vida de los ancianos, sino que los colocan en desventaja, puesto que el modelo imperante de comparación, es el modelo de consumo occidental donde prima la belleza, la lozanía de la piel y la juventud, como condiciones necesarias para lograr la felicidad y el éxito. En un mundo que ha catalogado la juventud como un valor en ascenso y que en tal sentido se aproxima vertiginosamente al envejecimiento, pues deshecha con mayor prontitud lo viejo y pasado de moda, no hay que negar que los adultos también hacen parte de él y que tendrán un mayor poder adquisitivo, razón por la cual los parámetros de consumo y los ideales de felicidad deben empezar a cambiar o al menos a ajustarse para incluir a estas personas.

Partiendo del mismo modelo comparativo, habría entonces que rescatar que el adulto pierde cosas con los años pero gana otras que a los jóvenes todavía les es imposible alcanzar. De eso se trata el envejecimiento exitoso, de generar las condiciones para tener un buen nivel socioeconómico, peso corporal relativamente bajo, buena función pulmonar, buen desempeño cognoscitivo, ausencia de diabetes e hipertensión arterial y participación en actividades físicas y sociales. Además de asumir el paso de los años con una actitud positiva y consciente de que lo que se pierde es irrecuperable, sin añorar y desear al extremo los placeres de la juventud, con entereza, honestidad, y conocimiento pleno de que envejecer no es morir y de que son muchas las ventajas

que se obtiene con el paso de los años. Según Castillo (2009) el envejecimiento exitoso comprende los siguientes factores:

1. La ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad. Hace referencia a la disminución de la contingencia de enfermar con el paso de los años, debido a la toma temprana de consciencia sobre los peligros que acarrear los excesos de la juventud y la falta de prevención contra aquellos factores que desencadenan las enfermedades y la progresiva disminución de la capacidad de los órganos vitales del cuerpo de asumir correctamente sus funciones. Hablamos de llevar una dieta balanceada, de evitar el estrés, de hacer algún tipo de deporte o ejercicio físico, de no fumar ni consumir alcohol en exceso, de evitar los rayos del sol y acudir regularmente al médico, entre otras cosas.
2. Alta capacidad cognitiva y funcional: Con la vejez llegan cierto tipo de disfuncionalidades relacionadas con la elasticidad de la piel, de la vista, de los músculos y los tendones que reducen la movilidad y la agilidad de las personas, lo que no significa que se deba limitar todo tipo de actividad. Vivir implica estar activo, hacer algo, construir algo, ingeniarse algo, todo organismo vivo debe estar activo, debe adaptarse sino desaparece. Por eso la actividad física al interior de la vivienda y en el exterior es tan importante, porque implica que la persona no se enclaustre y pierda contacto con el mundo al punto que deje de añorarlo y de desear estar en él.

En cuanto al cerebro, no es cierto que este órgano se vuelva inservible, ya que con el paso de los años éste empieza a incorporar y a trabajar en función de la experiencia acumulada, algo que los jóvenes no pueden hacer. Para Carlos Cano, médico geriatra que ha estudiado las habilidades cognoscitivas en la tercera edad, es equivocado percibir que en esta etapa de la vida este órgano declina, lo que ocurre es que se reorganiza, la mayoría de las veces en forma favorable.

Las últimas investigaciones hechas con imágenes cerebrales funcionales (entre ellas la tomografía por emisión de positrones) han arrojado conclusiones que derrumban el mito de que las funciones cognitivas se deterioran con el paso de los años, 109 productos y servicios para los adultos mayores, un potencial nicho de mercado en Colombia también permite asegurar que el cerebro de los adultos mayores funciona con otros parámetros. Se ha visto, por ejemplo, que estas personas usan los dos lóbulos frontales en lugar de sólo el izquierdo (como lo hacen los jóvenes), durante la práctica de actividades cotidianas, como afeitarse o manejar un carro (Fundación HetaH, 2012, pp.108-109).

3. Un activo compromiso con la vida: Los tres elementos mencionados son de relativa importancia, pero el que más le indexa sentido al término es el del compromiso con la vida, que está ligado al hecho de darle sentido a la vida; en palabras de Aristóteles es orientarla hacia algo para que esta valga la pena vivirse, es darle un propósito, un fin, puesto que la vida no es un valor en sí misma. La psicología y la ciencia se han dedicado a analizar los problemas que surgían de la vejez dejando de un lado los beneficios y el potencial de la ancianidad. La juventud se relaciona con cosas buenas y la ancianidad se relaciona con el deterioro, la enfermedad y negativismo.

En este sentido, se hace necesario mirar de forma positiva y abierta los recursos que ofrecen los adultos mayores, la experiencia laboral, la sabiduría, y la experiencia emocional, entre otras. En este sentido se hace referencia entonces a la resiliencia, definida como la capacidad que tienen los seres humanos de salir airoso de crisis graves y de pérdidas inconsolables. Los adultos mayores, con la experiencia y el paso de los años se hacen capaces de superar los obstáculos y las ausencias de sus seres queridos y fraguarse un futuro con calidad de vida. Se

necesita de mucha entereza para lograr la resiliencia, los adultos mayores la tienen; tienen la capacidad de asumir grandes fracasos y pérdidas, son experimentados y maduros y así mismo deben ser tratados. De esta forma, los viejos son seres humanos y como tal deben ser respetados y sus limitaciones y habilidades deben ser tenidas en cuenta como personas que aún hacen parte de la comunidad humana.

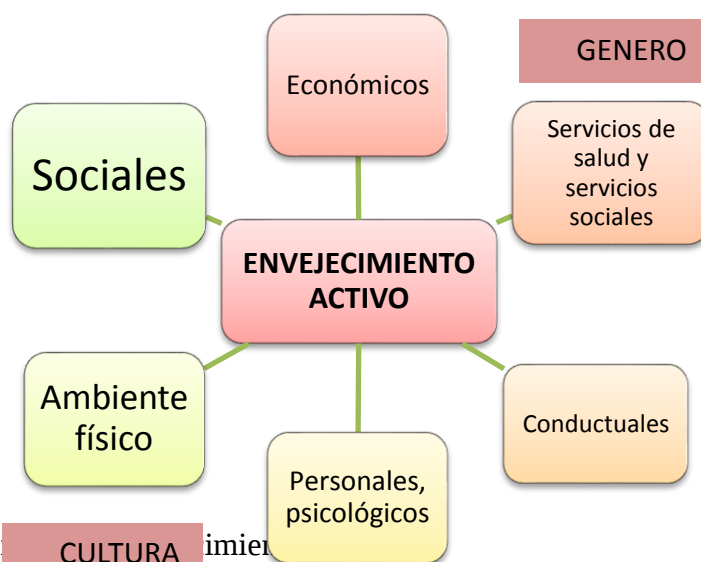


Figura 67. Componentes del Envejecimiento Activo
Adaptado de Envejecimiento activo y saludable por Organización Mundial de la Salud (2015)

El envejecimiento es un proceso natural de todo ser humano el cual debe estar acompañado de cultura, recreación y deporte orientándose hacia una vejez activa para garantizar una buena calidad de vida para el adulto mayor.

8.5.8 Principios de los centros de bienestar.



Figura 68. Principios de los centros de bienestar.

Adaptado de World Population Prospects: The 2002 revisión.

Los centros de bienestar deben velar por el mejoramiento de la calidad de vida del usuario, manejando así principios de un proceso de envejecimiento digno.

8.5.9 Problemas de los centros de atención al adulto mayor.

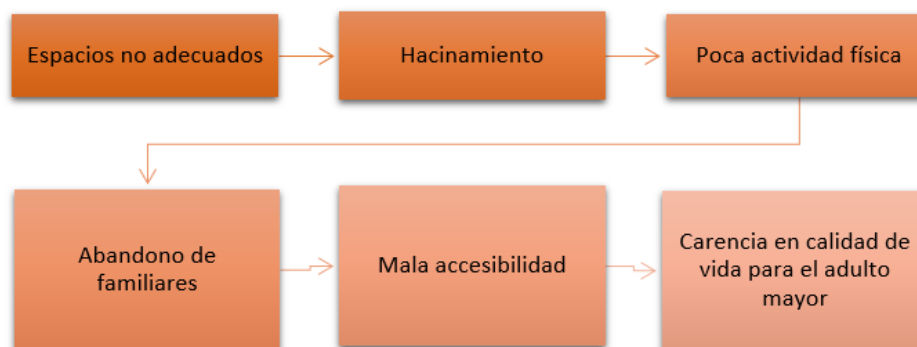


Figura 69. Problemas de los centros de atención al adulto mayor.

Adaptado de World Population Prospects: The 2002 revisión.

Las dificultades del adulto mayor deben ser atendidas de forma correcta. Los espacios no adecuados para el desarrollo de sus actividades físicas y sociales contribuyen a la degradación de su calidad de vida el cual en nuestro contexto muestra dicha problemática de forma preocupante.

8.5.10 Confort.

Este término hace referencia a todas aquellas condiciones de tipo material o emocional que de alguna forma proporcionan bienestar o comodidad, distintos objetos debido a su diseño generan algún tipo de confort el cual al ser usado por una persona puede encontrar descanso de forma agradable que le genere un bienestar debido a su comodidad. Al hablar sobre confort emocional podemos relacionarlo con aquellas actividades que desempeña una persona y de la cual siente comodidad y cierta afinidad ya sea en la ejecución de actividades ya sean cotidianas como esporádicas.

8.5.11 Seguridad.

Se refiere a algo seguro, ésta es su principal característica y de igual forma conforma muchos tipos de seguridad, esta característica da bienestar ya que de alguna forma garantiza protección, esto entendido de muchas maneras como hablar de un entorno seguro que garantice seguridad y protección. Actualmente existen distintos dispositivos, el uso de algunas tecnologías, el uso personal dedicado a la protección y seguridad que resguardan ya sea a una persona en común como a cierta comunidad ya que todo lugar no está exento de peligros generados por la misma naturaleza como de animales y personas que representen temor y peligro.

8.5.12 Jardines.

Hace referencia al terreno donde se cultivan plantas con fines decorativos y ornamentales. Se trata de un huerto de flores que busca embellecer un determinado lugar.

8.5.13 Salas de pánico.

También llamadas como anti-pánico. Son cuartos que proporcionan ayuda en momentos de dificultades emocionales a personas ya sea de la tercera edad como de cualquier persona, estas salas deben generar calma mediante espacios y mobiliario que, de relajación como el uso de muebles abatibles, objetos que den sensación de calma como fuentes, éstos espacios de igual forma deben cumplir ciertos estándares de seguridad y cumplir normativas globales.

8.5.14 Domótica.

Conjunto de técnicas orientadas a automatizar una vivienda, que integran la tecnología en los sistemas de seguridad, gestión energética, bienestar o comunicaciones. También es definida como la integración de tecnología al hogar.

8.5.15 Tecnología.

Es el conjunto de conocimientos y técnicas que, aplicados de forma lógica y ordenada, permiten al ser humano modificar su entorno material o virtual para satisfacer sus necesidades. Proceso combinado de pensamiento y acción con la finalidad de crear soluciones útiles.

8.5.16 Cubiertas verdes.

En la actualidad, el desarrollo de cubiertas verdes, tanto en muros como techos, es un componente importante en el desarrollo urbano sostenible, y el paisaje de nuestras ciudades y en lugares retirados, mostrando una tendencia enfocada a la creación de espacios con un aporte natural y vegetal.

Las cubiertas verdes generan actualmente un nuevo comportamiento en la industria de la construcción, el impacto es evidenciado por toda la sociedad puesto que aporta un avance en materia ambiental a edificaciones, volviéndolas así sostenibles y de condiciones agradables para la calidad de vida de la sociedad.

8.5.17 Paneles solares

Los constantes avances tecnológicos en el sector de la construcción y su búsqueda de nuevas energías renovables han dado como respuesta la creación de los paneles de recolección solar, éstos funcionan con la radiación solar para convertirla en energía eléctrica. Esta revolución tecnológica se ha involucrado de manera agresiva y directa, pues es una solución no solo sostenible sino sustentable a espacios arquitectónicos.

8.5.18 Impacto visual.

Alteración favorable (impacto positivo) o desfavorable (impacto negativo) en el medio o en alguno de los componentes del medio producido por una acción o actividad. Es la diferencia entre la situación ambiente futuro modificado, como producto de la acción o actividad, y la situación del ambiente futuro tal como habría evolucionado normalmente en forma natural. Cualquier cambio en el ambiente sea adverso o benéfico resultante de manera total o parcial de las actividades, productos o servicios de una organización.

8.6 Marco Histórico

Las instituciones de ancianos o asilos de ancianos, constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido dar cobijo,

custodiar, recluir a individuos con fines dispares que van del socorro hasta la prevención, pasando por el tratamiento y hasta el castigo (Barenys, 1990). A continuación, se presenta una descripción de la percepción social del anciano desde la antigüedad hasta la época actual, reseñada por Manuel Crespo, en su obra “Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia”.

La vejez ha sido considerada desde diferentes perspectivas, dependiendo de la época y la organización social. En los inicios, es decir en la época prehistórica, la vida en comunidad que compartían los individuos determinaba una estructura social básica de convivencia, donde su único objetivo era la supervivencia. Las condiciones de vida, determinadas por las luchas, la cacería, las dificultades para adaptarse al medio y las enfermedades eran situaciones propicias para que existiera una esperanza de vida mayor. Así, la longevidad era considerada como un valor especial, “sobrenatural”, con “protección divina”. De tal manera que ser anciano era un privilegio y era considerado como depositario de un saber y transmisor de la memoria de la organización social a la cual pertenecía. El cuidado en la vejez fue en este tiempo, actividad de las mujeres, quienes también cuidaban a los niños. La vejez en este periodo, tenía una valoración positiva en tanto que representaba un triunfo de supervivencia (Crespo, s.f.).

En la antigua Grecia, se entendía la vejez de diferentes maneras. Por un lado, la vejez significaba una ofensa al espíritu, pues junto con la muerte configuraban lo que los griegos denominaban “Keres” para designar a los grupos de males de la vida (castigo). En consecuencia, los ancianos fueron relegados en una sociedad en la que se le rendía culto a la belleza. Sin embargo, en Esparta los ancianos eran considerados fuente de transmisión de la sabiduría. Por su parte, Platón en su obra *La República* admite que la vejez tiene sus debilidades y prevé para ella lugares de descanso.

Curiosamente en Grecia, a partir del siglo VII, es el primer lugar donde se habla de instituciones caritativas destinadas al cuidado de ancianos necesitados (Quintana, 2000).

En la civilización hebrea, los relatos de la Biblia en su antiguo testamento dan cuenta del respeto que se sentía hacia la figura del anciano, en especial cuando describe el éxodo de Egipto del pueblo hebreo, el cual fue conducido por ancianos profetas. No obstante, el concepto de vejez en la sociedad hebrea sufrió modificaciones derivadas del momento histórico que vivían. Aunque la mujer, al igual que en Grecia, sigue ocupando un papel protagónico en el cuidado de los ancianos.

El pueblo romano contemplaba en su legislación (Derecho romano) el poder sobre la familia y esclavos que se le asignaba al anciano como figura del Pater Familia; motivo por el cual llegaron a ser odiados y temidos. Con respecto a la mujer aparece la figura de la Mater Familia, aunque su papel era de segundo plano, gozaba de la simpatía y tolerancia de la prole, por el contrario, la mujer vieja y sola era objeto de menosprecio.

La República se considera la mejor época para los ancianos, pues el poder político estaba bajo su confianza, no obstante, a partir del siglo. I a.C., esta situación cambió sustancialmente, por la inestabilidad del periodo y los cambios de los valores tradicionales, en esa época Augusto orientó su mandato al apoyo de las artes y la economía, restando poder al Senado y por tanto a los ancianos, quienes en el periodo anterior, se habían convertido en tiranos, cayeron en el desprecio y sufrieron los rigores de la vejez, sin embargo, esta situación no fue generalizada, toda vez que la cultura romana era tolerante y juzgaban a los individuos por sus acciones más que sobre su edad.

Por su parte, en los albores del cristianismo, los ancianos eran depositarios de cierto poder y respeto, no obstante, a partir del Siglo V, se inicia la pérdida de ese poder y la vejez adquiere una connotación negativa, al punto de generar temor de su llegada, aunque se destaca la creación de una cultura al cuidado de los necesitados, entre ellos, los ancianos.

En la Edad Media los germanos, escandinavos y celtas asumen de manera diferente la vejez. En la primera fase de ésta, la familia los podía auxiliar y en la segunda fase poco podía hacer la familia por ellos. Es entonces cuando los ancianos que tenían dinero y podían, pagaban un monasterio poniendo en salvación sus últimos días, alejándose del desprecio que generaban. “Con esta decisión se marca una pauta importante en la historia de la vejez, ya que por un lado se introduce la idea de una ruptura fundamental en la vida humana ayudando a que se tome conciencia de la particularidad de la vejez; por el otro, esta se identifica con el cese de actividad, con la ruptura con el mundo profesional, y el término retiro, se irá cargando poco a poco de diferentes sentidos” (Quintana, 2000: 114).

La mayor parte de asilos, hospitales, casa de retiro eran atendidos básicamente por personas religiosas, quienes creían en la necesidad de cuidar y ayudar a los ancianos, esta fue su idea central y motivo de origen. La historia de los asilos está estrechamente ligada a la historia de los hospitales y de una manera más general a las obras de caridad y de orden religioso. Si bien ha sufrido algunas modificaciones vemos algunas similitudes con la idea moderna de asilo que conocemos.

En el Renacimiento, el re-descubrimiento del mundo grecorromano, de su visión del mundo y de los conceptos de belleza, unido al naciente espíritu individualista y al desprendimiento a los pasados miedos y violencias, contribuyó a un rechazo abierto y sin disimulos a la vejez, así como a todo aquello que representaba la fealdad, decrepitud inevitable, el carácter melancólico y la decadencia. Esta época, fue una de las más hostiles con los ancianos, pero con mayor fuerza para las ancianas.

El modelo humano del Renacimiento lo personificaron los cortesanos y los humanistas, mientras se mantenía un rechazo a los ancianos, pues personificaban todo lo que ellos deseaban suprimir. Sin embargo, durante el siglo XVI, la relación cotidiana con ellos era más generosa, al

contrario de los que expresaba la literatura. En ese siglo, la reducción de la violencia permite a los varones llegar a edades más avanzadas, de igual manera, en la aristocracia, las mujeres, debido a mejores cuidados e higiene en el parto, alcanza la longevidad.

En el mundo moderno, el Estado al convertirse en impersonal, reglamentado y donde el poder se caracterizaba por ser representativo, surge una progresiva despersonalización y el creciente predominio de los funcionarios que ocupaban cargos en la naciente organización, y cuyo retiro dio paso a lo que aún se llama jubilación. Esta nueva visión, supone una visión economicista y especializada del cuidado del anciano que tiempo atrás fue realizado por la familia, como un deber independiente. Con la Revolución Industrial, el Estado se siente obligado a compensar el trabajo y el retiro de los individuos que realizó una actividad dentro de su estructura.

En su origen la jubilación surge como una recompensa a los trabajadores de más de cincuenta años. Se conocen pensiones en los Países Bajos a los funcionarios públicos en 1844. En Francia, los primeros en obtenerlos fueron los militares y funcionarios públicos; luego a los mineros y otras labores consideradas peligrosas. Con el tiempo, se pasa de del concepto de gratificación a ser considerado un derecho de los trabajadores, que pasa a ser reglamentado por la edad para obtenerlo.

Habría, pues, que situar los asilos de ancianos y las residencias de hoy en la corriente de los grandes movimientos sociales: representaciones colectivas, valores culturales en proceso de consolidación, opciones éticas que marcan puntos de inflexión en la historia de las mentalidades. Ellas han creado esos «enclaves» para personas que, por diversas razones, no pueden proveer su subsistencia y/o carecen de asistencia y techo familiares. Las instituciones asilares se proyectan, por tanto, sobre el telón de fondo de la asistencia tradicional a cargo del grupo primario familiar cuyo relevo toman parcialmente; al mismo tiempo tratan de paliar un problema social de

mendicidad, vagabundeo y de inestabilidad del cuerpo social que la presencia abundante de «marginados» provoca. (Barenys, 1993: 156).

8.7 Marco Normativo

A continuación, se describe en forma literal los artículos relacionados con las condiciones mínimas que dignifican la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención del adulto mayor por medio, contempladas en la Ley 1315 de 2009 promulgada por el Congreso de Colombia.

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley busca garantizar la atención y prestación de Servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de Hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.

Artículo 2°. *Definiciones*. En la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más.

Centros de Protección Social para el Adulto Mayor. Instituciones de Protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores.

Centros de Día para Adulto Mayor. Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas.

Instituciones de Atención. Instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructura físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y , en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda índole que beneficien

al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos.

Artículo 3°. *Restricciones en el ingreso a las instituciones.* No podrán ingresar a los CENTROS de protección social y centros de día, aquellas personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente.

Se exceptúan, aquellas instituciones de atención que han sido habilitadas para la prestación de servicios de salud o cuando a criterio del médico tratante, se disponga de los recursos humanos, equipamiento CLÍNICO y terapéutico necesario y no represente riesgo para la persona ni para las demás personas que son atendidas en la institución.

Artículo 4°. *De la solicitud para la instalación y funcionamiento de los centros de protección social y de día.* El representante legal de las instituciones reguladas mediante esta ley, solicitará ante la Secretaría de Salud correspondiente sea esta Departamental, Distrital o Municipal la autorización para su funcionamiento e instalación, adjuntando además de los requisitos establecidos en la ley especial para adulto mayor los siguientes:

- a) Nombre, dirección, teléfonos y CORREO electrónico del establecimiento;
- b) Individualización, (C. C., RUT, NIT), y domicilio del titular y representante legal, en su caso;
- c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos para ser utilizados por parte del establecimiento a través de su representante legal;
- d) Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas y dormitorios;

e) Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, y condiciones sanitarias y ambientales básicas que establecen la Ley 9ª de 1979 y demás disposiciones relacionadas con la materia;

f) Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado;

g) Identificación del director técnico responsable con COPIA de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento;

h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con su respectivo sistema de turnos, información que deberá actualizarse al momento en que se produzcan cambios en este aspecto. Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría de Salud competente, la nómina del personal que labora ahí;

i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de los contratos que celebrará el establecimiento con los RESIDENTES o sus representantes, en el que se estipulen los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente;

j) Plan de evacuación ante emergencias;

k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria.

Artículo 5°. *Las instituciones reguladas por la presente ley*, deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley 361 de 1997 y las normas que lo desarrollen.

Deberán poseer, además, las dependencias bien diferenciadas e iluminadas, que no tengan barreras arquitectónicas y las siguientes pautas de diseño:

a) Humanización espacial: Generación de espacios confortables, con tratamiento y uso del color y la iluminación, señalización y orientación del paciente entre los que se contará con:

1. En los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla.

2. Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos (2) personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados.

3. Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín.

4. Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados.

5. Las duchas deben permitir la entrada de silla de ruedas, deberán tener un inodoro y un lavamanos. Además, habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados.

6. Los pisos de estos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo.

7. La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar.

8. El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor.

b) Flexibilidad Espacial: Que permitan los cambios programáticos y de instalaciones que incluyan los avances tecnológicos, teniendo en cuenta la relación eficiencia y eficacia en los costos.

1. Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares.

2. Sala o salas de estar o de usos múltiples que, en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música, juegos, revistas, libros, etc.

3. Comedor o comedores suficientes para el cincuenta por ciento (50%) de los residentes simultáneamente.

4. Dormitorios con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre tipo continuo por habitación y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contar con un número de camillas clínicas o similares para el ciento por ciento (100%) de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica.

5. Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas.

6. Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo, lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

7. Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia.

c) Sustentabilidad: Implica el ahorro energético reduciendo los consumos de climatización e iluminación, uso racional del agua, ambientes saludables con la utilización de materiales no contaminantes, ventilación e iluminación natural, visual y espacios verdes, reducción de la generación de residuos.

1. En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones sanitarias contenidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas concordantes.

2. Dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura.

Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas.

Artículo 6°. La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y según la normatividad técnica que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. En ningún caso el Director de los centros de protección social, de día, instituciones de atención o cualquier otra persona, podrán obtener autorización para el cobro y disposición total o parcialmente de las mesadas pensionales de los residentes.

Debe haber una debida contemplación y puesta en práctica de normas básicas de accesibilidad:

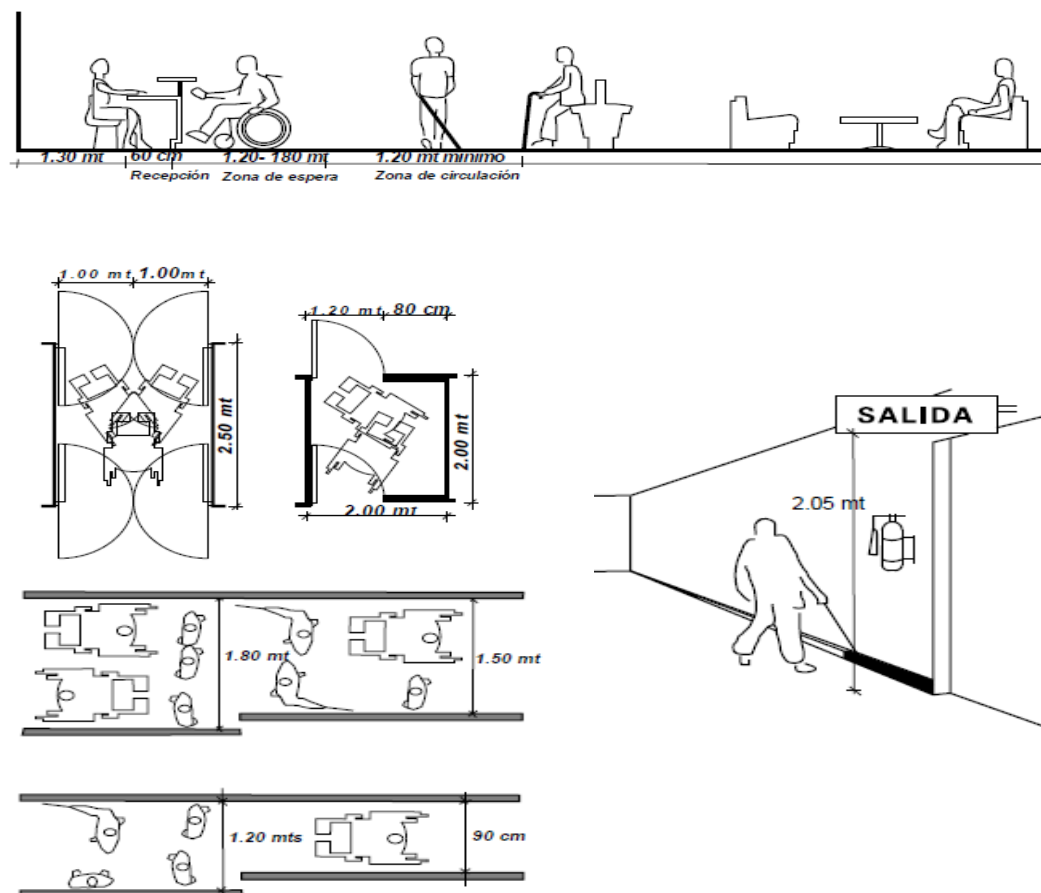


Figura 70. Accesibilidad en espacios.

Adaptado de Manual Accesibilidad. Accesibilidad al Medio Físico y Transporte

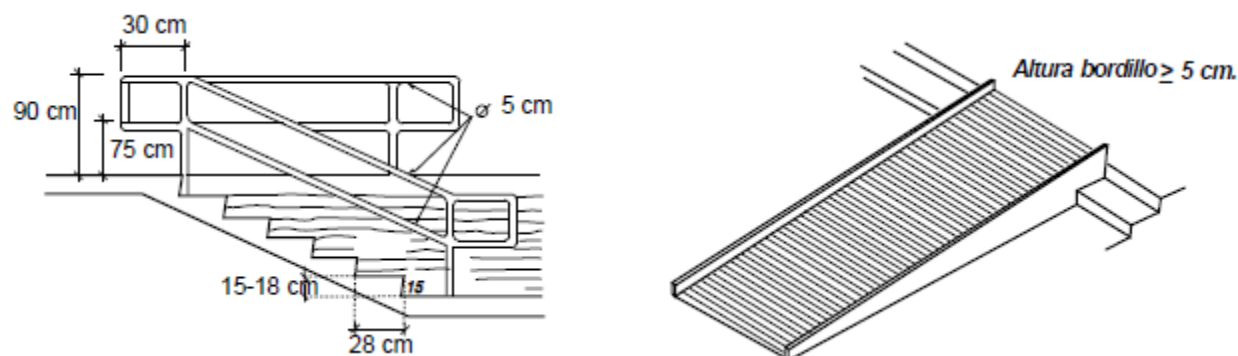


Figura 71. Normas de accesibilidad.

Adaptado de Manual Accesibilidad. Accesibilidad al Medio Físico y Transporte

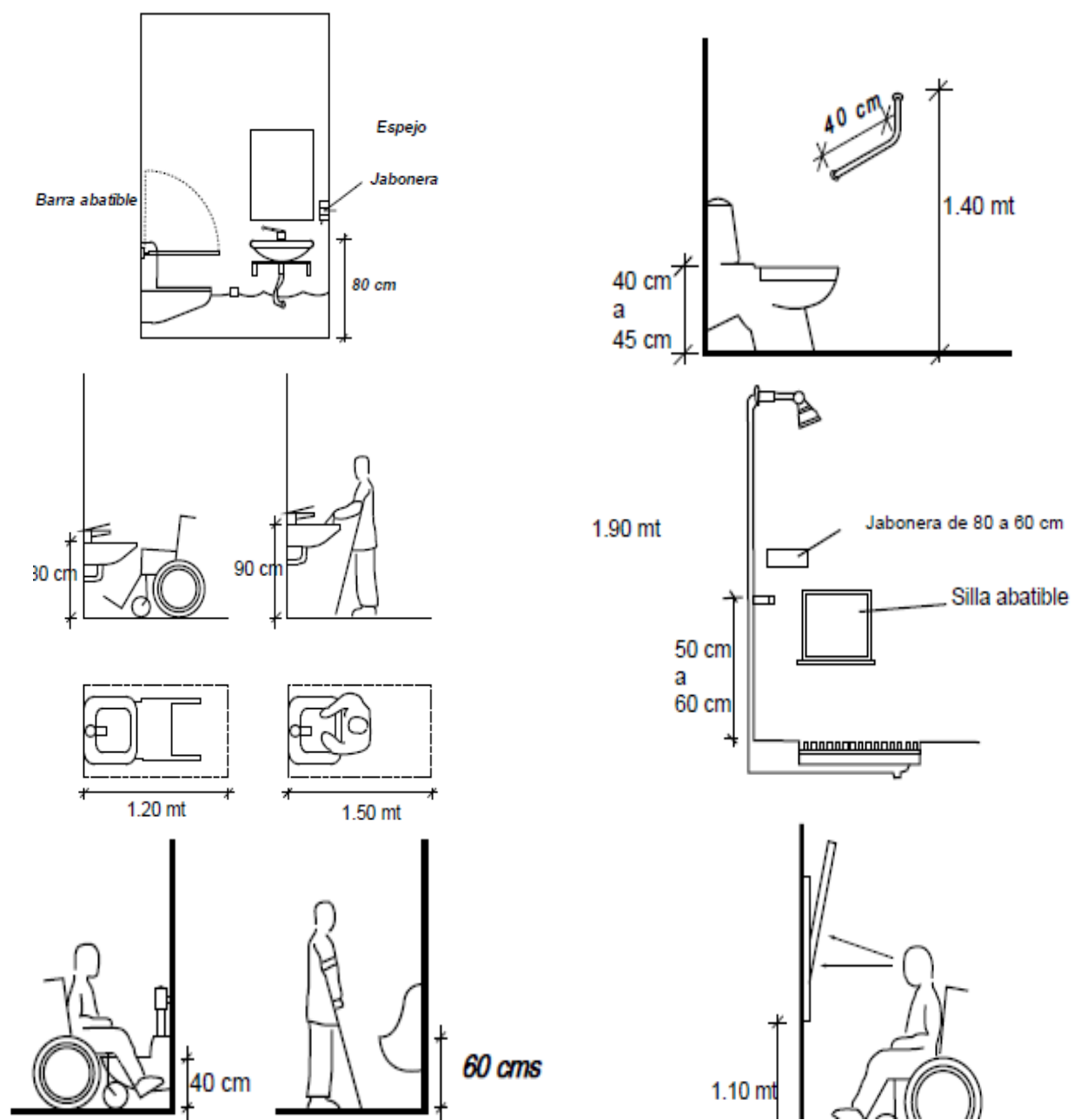


Figura 72. Baños con normas de accesibilidad.

Adaptado de Manual Accesibilidad. Accesibilidad al Medio Físico y Transporte

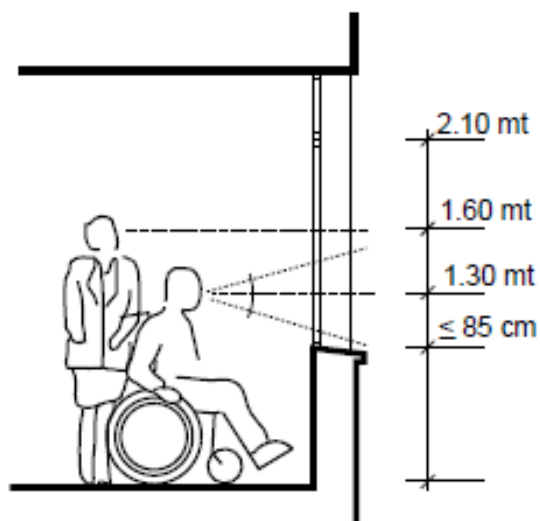


Figura 73. Ventanas para personas en silla de ruedas.

Adaptado de Manual Accesibilidad. Accesibilidad al Medio Físico y Transporte

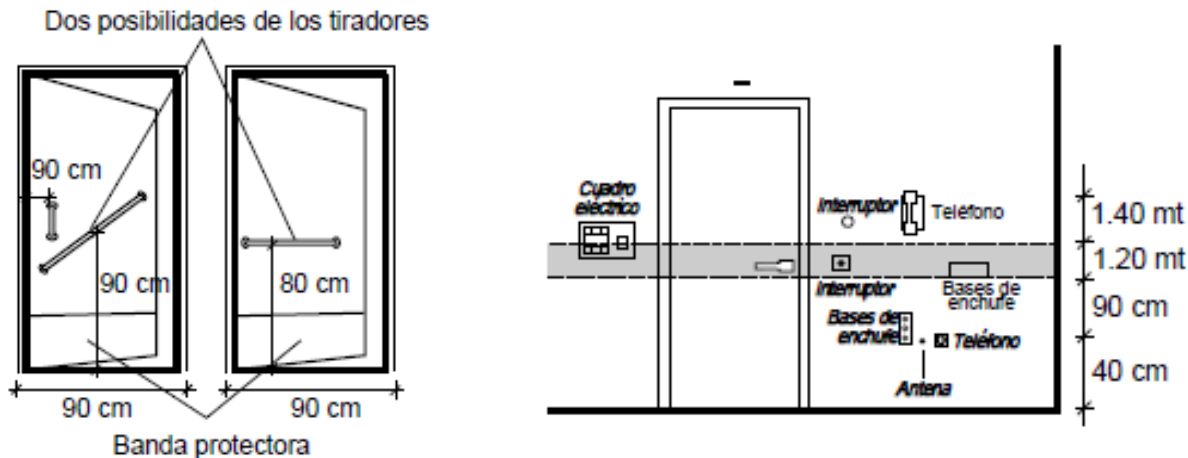


Figura 74. Puertas y accesorios de pared para personas discapacitadas.

Adaptado de Manual Accesibilidad. Accesibilidad al Medio Físico y Transporte

8.7.1 Normativa NSR 10, Título G – Estructuras de madera

Esta norma hace alusión al uso de la madera específicamente en la construcción guiadas por entidades como el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, la cual se ocupa de la madera como material de construcción y de los procesos industriales y sus tratamientos, así como de los requisitos de fabricación, montaje, transporte y mantenimiento de elementos de madera. Dicha normatividad debe ser empleada junto con la norma colombiana NTC 2500 para el cumplimiento de las especificaciones técnicas para la buena ejecución de edificaciones. De igual forma como principal reglamento se da en el documento del ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo territorial (NSR 10, Título G).

8.7.1.1 Madera laminada.

La madera laminada (Glulam en inglés) es una técnica que consiste en producir elementos macizos de gran resistencia, por ensamble de tablas pequeñas de excelente calidad, libres de defectos, encoladas con adhesivos estructurales unas a otras en sus extremos (unión “finger Joint”) y caras, de forma tal que se comporten como una sola unidad estructural. Los elementos así formados pueden tener diferentes aplicaciones como columnas, vigas, viguetas, cerchas, pórticos y arcos de grandes dimensiones que pueden ser fabricados rectos o curvos y su longitud estará determinada por las limitaciones del transporte y de los equipos de montaje.

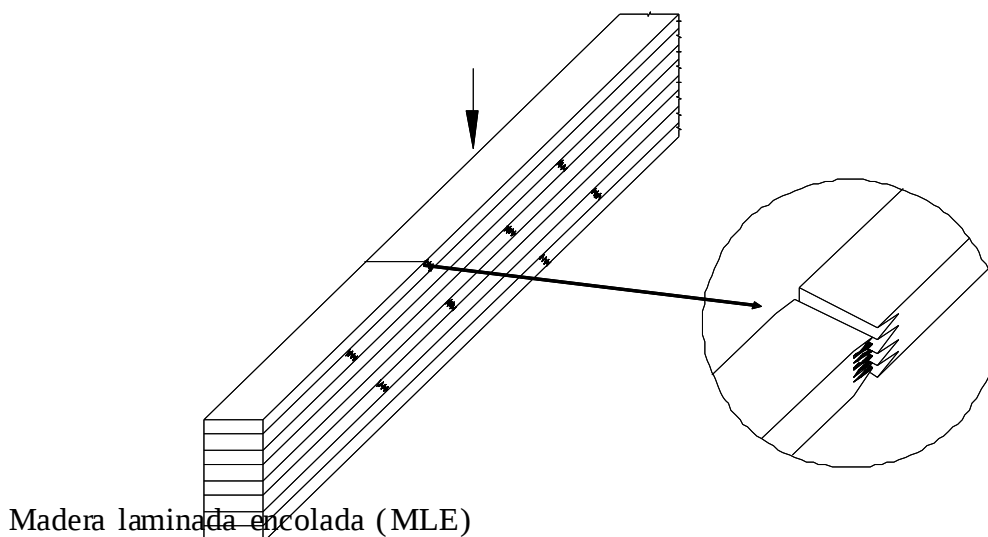


Figura 75. Madera Laminada encolada (MLE)
Tomado de datos suministrados por el Ministerio de ambiente, vivienda y desarrollo territorial, 1997.

Para su correcta realización la técnica de laminación requiere especiales condiciones de temperatura y humedad relativa, así como madera seca a un contenido de humedad del 12% y cuidadoso proceso de fresado, corte prensado y acabado ya que, normalmente la madera laminada se deja a la vista.

Los adhesivos utilizados son generalmente resistentes a la humedad, de tal manera que la madera laminada puede ser empleada en estructuras a la intemperie. En ningún caso se permitirá el uso de adhesivo del tipo PVA, para elementos estructurales, ni siquiera para las uniones tipo finger Joint. La norma ICONTEC NTC 2500 regula la calidad de los adhesivos.

Las lamelas constitutivas de las secciones pueden ser organizadas de acuerdo con su resistencia y rigidez a fin de obtener componentes más eficientes, Por ejemplo, en las vigas se colocan las mejores maderas en las caras superior e inferior y las de menor calidad hacia el centro.

Por la responsabilidad estructural que tienen los componentes de madera laminada las plantas de fabricación deben estar certificadas y en sus defectos deben tener establecido un plan de calidad de manera tal que los procesos sean debidamente monitoreados y registrados por personal competente. Los fabricantes de madera laminada deben seguir rigurosamente las instrucciones de manejo de los equipos y de los adhesivos, así como observar las especificaciones sobre secado, inmunización, distribución del adhesivo, tiempo y presión del prensado, tiempo del curado, acabado superficial e identificación de las piezas y elementos de unión.

De particular importancia en la fabricación de madera laminada es evitar la delaminación de lamelas por incorrecto manejo del adhesivo o del prensado o del curado. El montaje de elementos de madera laminada requiere la participación de personal entrenado y de equipos pesados. En el montaje deben observarse todos los requisitos de seguridad industrial.

8.7.1.1.1 Método de diseño estructural

Dado lo reciente de este sistema en Colombia se establecerá como método de diseño estructural el Método de esfuerzos admisibles.

8.7.1.1.2 Normatividad

Tanto para la obtención de los esfuerzos admisibles de la madera laminada como para la producción de elementos estructurales, los fabricantes se ceñirán a las normas vigentes internacionales, especialmente lo establecido en el Timber Construction Manual del AITC, Versión Quinta, 2004 (Referencia RG.9), __, en el Eurocode 5 o en las Normas Chilenas. En lo referente a los esfuerzos admisibles, estos deben ser certificados por un laboratorio de una

Universidad Nacional o extranjera de reconocida trayectoria en la materia y como método estadístico de obtención de esfuerzos admisibles se deben seguir el del percentil del 5%.

8.8.1 Normativa Municipal.

8.8.1.1 Suelo sub urbano zona Mensuly – Tablanca.

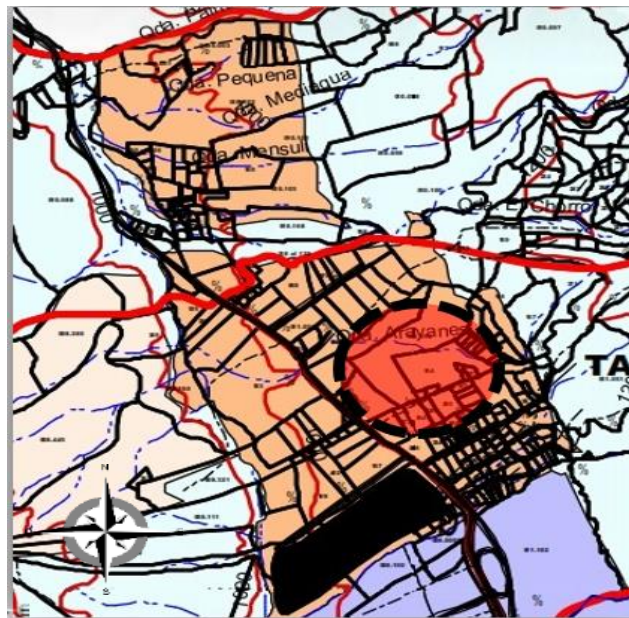


Figura 76. Zona de Mensuly – Tablanca, Piedecuesta.
Adaptado de datos suministrados por el PBOT Piedecuesta, elaboración propia.

Mensuly – Tablanca son veredas ubicadas en suelo sub urbano del municipio de Piedecuesta, cuenta con condiciones ambientales optimas, grandes extensiones de espacios verdes y es atravesando en toda su trayectoria por la autopista que comunica a Piedecuesta con el área metropolitana de Bucaramanga.

8.7.1.1.1 Ficha normativa.

Esta zona cuenta con 243.91 Has la cual se localiza en la zona norte del municipio de Piedecuesta y conformada en parte por las veredas de Guatiguará, Mensuly, La Mata y las parcelaciones de Tablanca y El Dorado.

8.8.1.1.2 Usos del suelo.

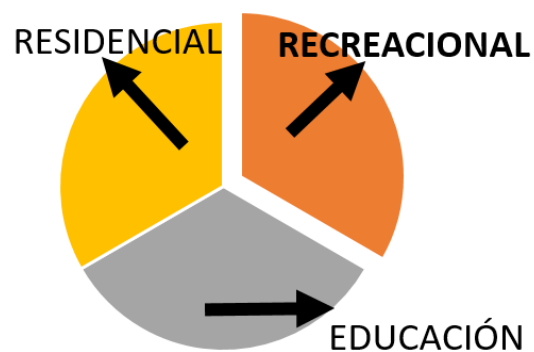


Figura 77. Usos del suelo en zona Mensuly – Tablanca.
Adaptado de datos suministrados por el PBOT Piedecuesta, elaboración propia.

Se destina esta zona sub urbana para el desarrollo de solo usos para instituciones educativas, viviendas campestres e instituciones de uso recreativo.

8.8.1.1.3 Aislamientos.



Figura 78. Aislamientos normativos.

Adaptado de datos suministrados por el PBOT Piedecuesta, elaboración propia.

Se determina por normativa PBOT aislamientos de la siguiente forma:

Anterior = 5 mt. Mínimo.

Posterior = 5 mt. Mínimo

Lateral = 5.0 mt. Mínimo.

8.8.1.1.4 Alturas.



Figura 79. Alturas permitidas.

Adaptado de datos suministrados por el PBOT Piedecuesta, elaboración propia.

2 pisos y altillo máximo para vivienda, 3 pisos máximo para recreacional y 4 pisos máximo para institucional.

8.9 Marco Legal

A lo largo del siglo XX y comienzo de la presente centuria, se ha registrado una serie de pronunciamientos y acciones enmarcadas dentro de la ley y políticas gubernamentales, con relación al envejecimiento y la vejez. Estos a grandes rasgos, son los siguientes:

- En 1973, por iniciativa del Ministerio de Salud, la Cruz Roja Colombiana y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se realizó en Bogotá el Primer Seminario Nacional sobre el Anciano, el cual se ocupó de temas relacionados con la institucionalización, la asistencia social y la salud.
- En 1975 se promulgó la Ley 29 de 1975: Ley de Protección a la Ancianidad Desprotegida, reglamentada por el Decreto 2011 de 1976 “por el cual se organiza la protección nacional a la ancianidad”.
- En 1979, la sección de geriatría del Ministerio de Salud, creada en 1976, elaboró un Plan Nacional de Atención Integral a la Tercera Edad en Colombia, 1986 – 1990, dirigido a la población mayor de 55 años, cuyo objetivo era asegurar su participación en la sociedad, “considerando al anciano como merecedor de dignidad y respeto”.
- En 1982, el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación elaboraron un Plan para la Atención de los Ancianos en Colombia, cuyo objetivo era presentar acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del “anciano colombiano”. También en este representante del gobierno de Colombia participaron en la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, de la cual se derivó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, suscrito

entonces por Colombia. Durante esa misma década, en el gobierno del Presidente Belisario Betancur Cuartas (1982 – 1986) se estableció, en la Presidencia de la República, como cargo ad honórem la Consejería de la Tercera Edad.

- La nueva Constitución de Colombia (1991) incluyó en el capítulo sobre derechos sociales, económicos y culturales el artículo 46: “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”. Y luego, en aparente contraste, según el artículo 48: “Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”.
- En agosto de 1991 el Instituto Nacional de Salud, adscrito al Ministerio de Salud, publicó un estudio realizado entre 1986 y 1989: *Encuesta nacional de conocimientos, actitudes y prácticas en salud. La ancianidad* (Carmona y Moreno, 1991). Dicho estudio se refiere a condiciones sociales y de salud de la población mayor de 60 años en Colombia.
- En 1993, la recién creada Defensoría del Pueblo estableció la oficina delegada para los derechos de la niñez, la juventud, la mujer y la tercera edad. Desde entonces, se han evidenciado múltiples quejas y tutelas relacionadas con seguridad social y pensiones.

Por su parte, la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia elaboró el documento *Política para la población de tercera edad* (febrero de 1993). En su tercer capítulo, “Política”, el documento plantea como objetivo: “Desarrollar acciones estratégicas que se enmarquen dentro de la transformación del sistema de seguridad social, brindando una respuesta homogénea y a largo plazo para la población de la tercera edad”. En su acápite B se refiere a “Acciones de tipo estratégico”, señalando entre sus primeras líneas de acción: “ampliar la afiliación a la seguridad social de los cotizantes más jóvenes, fortalecer el ahorro y eliminar los incentivos a la evasión de los cotizantes al ISS”.

- En diciembre de 1993 se promulgó la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Esta ley reformó el sistema pensional, estableciendo dos regímenes: el solidario de prima media con prestación definida y el de ahorro individual con solidaridad. También reformó el sistema de salud, estableciendo como alternativas de afiliación: el Instituto de Seguros Sociales (ISS), o las Empresas Promotoras de Salud (EPS). En el libro cuarto, sobre Servicios Sociales Complementarios (artículo 257), la Ley 100 se refiere al establecimiento de un programa de auxilio para los ancianos indigentes. En la misma Ley 100 de 1993, el literal C del artículo 262 del libro IV, plantea como una función del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social promover la preparación a la jubilación en las empresas del sector oficial y privado. El Decreto No. 36 del 9 de enero de 1998, reglamentó el mencionado literal, presentando la Política de Pre retiro Marco (PPM), la cual implica acciones a largo plazo y medios que hagan posible la planificación, la administración “y la evaluación constante de la vida, teniendo en cuenta aspectos fundamentales como la salud física y psicológica, la administración económica y financiera, el manejo creativo del tiempo libre y el conocimiento de la normatividad vigente, particularmente la relacionada con las

normas constitucionales, las leyes laboral y de seguridad social y las demás que contribuyan al conocimiento integral de las obligaciones y derechos de trabajadores y empleadores, así como de las instancias de reclamación y denuncia respectivas” (Artículo 2).

- En junio de 1995 el Departamento Nacional de Planeación publicó el documento Conpes 2793, *Envejecimiento y vejez*, en cuya introducción se plantea que dicho documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) “los lineamientos de la política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, y en especial a las necesidades de las personas de mayor edad. Los objetivos principales de esta política son mejorar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la calidad de vida de toda la población para que alcance una vejez saludable y satisfactoria”. A partir de entonces los planes de desarrollo gubernamentales incluyen el tema de la población mayor de 60 años, refiriéndose a ella como “tercera edad”, o “adulto mayor”.

- En mayo de 1997, la Unidad de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación elaboró el documento *Seguimiento a políticas y programas sobre envejecimiento y vejez del Plan Nacional de Desarrollo “El Salto Social 1994 – 1998”*. Este documento se compartió públicamente en un foro con representantes de entidades gubernamentales y de la sociedad civil, quienes aportaron elementos de análisis, sugerencias y recomendaciones al respecto. En sus conclusiones se destaca “la necesidad de articular operativamente, a nivel gubernamental, tales políticas y programas, entre los sectores educación, salud, seguridad económica y desarrollo comunitario, entre otros, para garantizar altas coberturas de los mismos, tanto nacional como localmente”. Al finalizar el año 2001 entidades de la sociedad civil, con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional y la Fundación Santillana para Iberoamérica, realizaron consultas públicas en dos foros presenciales y uno virtual, sobre envejecimiento y vejez en Colombia. Se construyó así un documento propositivo de país para la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, España, abril de 2002): *Agenda sobre envejecimiento. Colombia siglo XXI*. La *Agenda sobre envejecimiento* plantea un marco de referencia intersectorial para la integración del tema del envejecimiento en la política pública. Destaca como desafío “la construcción de una sociedad para todas las edades, en la cual se considere la vida en su perspectiva total y se valoren por igual todas las edades”. Como retos específicos señala en su orden: la educación permanente y para todas las edades, que considere diferencias regionales, multiculturalidad y perspectiva de género; la investigación como base de toda política; la atención a la salud y a los ingresos, mediante políticas de seguridad social para toda la población, con énfasis en la promoción, la previsión, el cuidado; los entornos física y socialmente seguros y accesibles.

- En el año 2002, la Red de Solidaridad Social (posteriormente: Departamento de la Prosperidad Social), adscrita a la Presidencia de la República, elaboró un Programa de Atención Integral para la Población Adulta Mayor, con el fin de “mejorar las condiciones de vida de las personas hombres y mujeres, mayores de 65 años, y de 50, si son discapacitadas o indígenas, y que carecen de rentas o ingresos suficientes para subsistir o se encuentran en condiciones de extrema pobreza o de indigencia”. Entre los programas ofrecidos estaban los relacionados con suministro de medicamentos, ayudas de locomoción, nutrición, centros día, dormitorios y viviendas compartidas. En el mismo año 2002 representantes del gobierno de Colombia participaron en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002), de la cual se derivó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, suscrito también por el gobierno de Colombia.
- En 2002 y 2004 el Ministerio de Comunicaciones, junto con la Fundación Cepsiger publicó tres libros sobre el tema: *Comunicación y envejecimiento. Ideas para una política* (2002); *Periodismo y comunicación para todas las edades* (2002 y 2004) y *Envejecimiento, comunicación y política* (2004).
- En octubre de 2003, entidades de la sociedad civil en colaboración con el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas – FNUAP, organizaron una mesa redonda para analizar en presente y en perspectiva, la situación demográfica y sociopolítica del envejecimiento y la vejez en Colombia. El documento *Colombia envejece: vámonos preparando. Implicaciones e impacto del envejecimiento demográfico*, recoge la memoria de dicha reunión. En noviembre del mismo año se realizó en Santiago de Chile la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, de la cual se derivó el

documento Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, suscrito por Colombia.

- En 2004, mediante el documento Conpes Social 86 sobre *Lineamientos para la operación del Programa de Alimentación para el Adulto Mayor*, Juan Luis Londoño de la Cuesta, y la *selección y priorización de sus beneficiarios*, se estableció dicho programa, a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Su objetivo: “Brindar alimentación complementaria mediante un almuerzo durante 250 días al año, a 400 000 adultos mayores en condiciones de extrema vulnerabilidad económica y social”.
- En mayo de 2012, en Costa Rica, representantes de la sociedad civil colombiana participaron como observadores en la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, cuyo objetivo fue identificar acciones clave en materia de derechos humanos y protección social de las personas adultas mayores en la región. Como representante del gobierno de Colombia estuvo una funcionaria de la Cancillería colombiana, quien hizo la lectura de un documento sobre aspectos relacionados con envejecimiento y vejez en el país. Colombia fue signataria de la declaración final de esta reunión, la *Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe* (CEPAL, 2012a).
- En la primera parte del capítulo IV: “Igualdad de oportunidades para la prosperidad social” se afirma que “En el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 entendemos la educación como un proceso continuo que comienza en las primeras etapas de vida y termina en la tercera edad. Constituye, como tal, un proceso evolutivo que constantemente se adapta a un entorno cambiante”.

9. Diseño Metodológico

9.1 Tipo de investigación

Toda investigación constituye un proceso metódico y sistemático, cuyo propósito consiste en dar solución a los problemas o preguntas científicas, mediante la producción de nuevos conocimientos los cuales detallan la respuesta dada a los interrogantes planteados. El diseño de investigación representa el plan de acción que el investigador empleará para hallar la solución a las preguntas o hipótesis de investigación. Para ello, define estrategias básicas que deben ser adoptadas en ese proceso sistemático de búsqueda de la verdad. En consecuencia, los diseños de investigación son estrategias que nos permiten dar respuesta a preguntas que suponen una medición y/o descripción.

En este orden de ideas, el estudio propuesto es de tipo descriptivo porque identifica, analiza y describe las características psicosociales de un grupo vulnerable de la población (adultos mayores), con el fin de configurar una propuesta de diseño arquitectónico que pueda dar respuesta a las necesidades de atención integral de los mismos. Los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

9.2 Enfoque Metodológico

El método científico es el conjunto de postulados, reglas y normas para el estudio y solución de los problemas de investigación. En el caso particular del presente estudio, se aplicará el método deductivo caracterizado por ir de lo general a lo específico, con lo cual se pretende aprovechar al

máximo los recursos y la información disponibles para la realización del estudio. El método deductivo busca la veracidad de los hechos, a través de la unificación de las ideas. Los filósofos griegos hicieron la primera contribución de importancia al desarrollo de un método sistemático para descubrir la verdad. “Aristóteles y sus discípulos implantaron el método deductivo como un proceso del pensamiento en el que de afirmaciones generales se llega a afirmaciones específicas aplicando las reglas de la lógica.”(Dávila, 2006)

9.3 Unidades de Estudio

De acuerdo al enfoque metodológico propuesto, la presente investigación plantea la ejecución de cuatro fases que se retroalimentarán permanentemente.

- Fase 1. Obtención de información

- Fase 2. Revisión de la literatura

- Fase 3. Análisis de las normas internacionales y nacionales de accesibilidad y seguridad de los centros integrales para el adulto mayor.

- FASE 4. Elaboración propuesta de diseño arquitectónico

Fase 1: Obtención de información que permita definir el panorama general del adulto mayor, sus características físicas, psicológicas y sociales; el rol que cumplen en la sociedad, las tendencias actuales en pro del envejecimiento positivo, así como el marco normativo nacional para el bienestar de estas personas. Además, las características específicas y necesidades de los adultos mayores, según la percepción de los ciudadanos de a pie de la ciudad de Piedecuesta. Para una mejor comprensión de estos aspectos, se elaborarán los diferentes marcos que posibiliten el abordaje en profundidad de los mismos, como, el marco conceptual (envejecimiento, estadísticas, el envejecimiento en Colombia y la región, envejecimiento positivo), el marco contextual (clima,

topografía, vegetación, urbanismo, etc. del departamento de Santander y el municipio de Piedecuesta), el marco económico (población económicamente activa, proyección de población cesante, actuales índices de personas pensionadas), el marco social (condiciones de salud del adulto mayor, educación, red de apoyo familiar y social, recreación y cultura), el marco legal (normatividad y legislación vigente), y finalmente el marco institucional (identificación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que cuentan con programas de atención al AM).

Fase 2: Revisión de la literatura sobre los centros integrales del adulto mayor, concepto, antecedentes en el mundo y en Colombia, finalidad, servicios ofertados y programas o actividades que desarrollan. Análisis comparativo de tres de estos centros en el país o en la región para conocer sus fortalezas y debilidades, evidenciando los modelos implementados en nuestro contexto.

Fase 3: Análisis de las normas internacionales y nacionales de accesibilidad y seguridad de este tipo de centros, que den cuenta de las condiciones físico-espaciales necesarias para facilitar la movilidad de los adultos mayores con limitaciones de movilidad. Para ello se realizará una revisión de la bibliografía disponible.

Fase 4: Con la información recabada, será posible definir el terreno apropiado para construir el centro y determinar los espacios y dimensiones que respondan a las necesidades reales de la población objeto de estudio, para quienes se procura mejorar las condiciones de vida.

9.3.1 Instrumentos de recolección.

En el transcurso de todo el proceso de recolección de información, descripción del problema y la respectiva deducción a la cual se busca dar una solución arquitectónica se realizó una revisión de la literatura, consultándose diferentes fuentes (libros, revistas electrónicas, documentos

oficiales en internet, etc.). Así mismo, y con el fin de recolectar algunos datos e información relevante acerca de la opinión por parte de la oficina de desarrollo social, el cual por medio de una carta da respuestas a varias inquietudes acerca del trato y los planes por parte de la alcaldía a los Adultos Mayores.

9.3.2 Análisis de la información.

A continuación, se presenta una reseña, elaborada a partir del documento Envejecimiento y vejez en Colombia (Dulcey-Ruiz, Arrubla y Sanabria, 2013) acerca de los aportes de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en la definición de políticas públicas y de acciones específicas para la atención de los adultos mayores en el mundo, particularmente en el contexto latinoamericano.

En la segunda mitad del siglo XX, organismos internacionales como la ONU (Organización de Naciones Unidas) advertía al mundo sobre la necesidad urgente de atender la problemática social que implicaba el envejecimiento poblacional, especialmente presente en los países de Europa Occidental. Este llamado a tomar conciencia de los retos acerca de la vejez, dio lugar a la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Viena, Austria durante los meses de julio y agosto de 1982 y en la que se plantearon, entre otros asuntos, la prospectiva al año 2025 de las generaciones viejas. Como resultado de dicha Asamblea se crea el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, el cual destaca entre sus articulados lo siguiente:

“Llegará el día en que, como resultado del número creciente de personas mayores y de su influencia en la sociedad, se logre que la conciencia colectiva de ser persona vieja se convierta en un hecho socialmente unificador y en un factor positivo que influya en todas las políticas,

programas y actividades relacionadas con el envejecimiento y la vejez” (Naciones Unidas, 1983, numeral 32).

“La tendencia al envejecimiento sucesivo de las estructuras demográficas, ya sea inminente o previsible en el futuro relativamente próximo, está llamada realmente a constituir uno de los principales desafíos a que han de hacer frente los esfuerzos internacionales y nacionales de planificación en los próximos decenios en el siglo XXI.” (Naciones Unidas, 1983, numeral 33).

Más adelante, en 1990 la ONU designó como Día Internacional de las Personas Mayores, el primero de octubre. Un año después invitó a los gobiernos a que incluyeran en sus programas nacionales los "Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad", aprobados por Resolución 46/91 de la Asamblea General de Naciones Unidas: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

En 1999 la ONU celebró el Año Internacional de las Personas de Edad, orientado fundamentalmente a recordarle al mundo que todas las personas envejecen y probablemente llegarán a vivir la vejez. El lema asumido se resumió en la frase: "Hacia una sociedad para todas las edades". Posteriormente en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid (2002) se formuló como principal objetivo: "garantizar que en todas las partes del mundo se pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas mayores puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos", indicándose además que el envejecimiento de la población pasará a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo, en los que se proyecta un envejecimiento más acelerado en la primera mitad del siglo XXI (Naciones Unidas, 2002, numeral 4).

De esta forma el Plan de acción internacional sobre el envejecimiento definido en Madrid (2002) y la estrategia regional para su implementación en América Latina y el Caribe (2003) sugieren como orientaciones prioritarias a tener en cuenta en las políticas públicas:

- La participación de las personas de todas las edades y en particular de las personas de más edad, como aportantes y beneficiarias del desarrollo de sus países.
- La salud y bienestar en términos de promoción, prevención, atención, accesibilidad y cuidado en y para todas las edades, especialmente en y para la vejez.
- La creación de entornos físicos y sociales propicios, accesibles y favorables para todas las edades y condiciones.

En diciembre de 2007, como resultado de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, se redactó la Declaración de Brasilia que propuso identificar prioridades con el fin de aplicar, en América Latina y el Caribe, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, teniendo en cuenta oportunidades y desafíos del envejecimiento de la población para las próximas décadas.

El 22 de febrero de 2012 en Washington, D.C., se realizó una nueva reunión del grupo de trabajo sobre la protección de los derechos de las personas mayores. En ella, la representante del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Juana Sotomayor, retomando aspectos incluidos en una sesión de seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (julio, 2011) se refirió a cuatro desafíos específicos, presentes y futuros relacionados con las personas que viven la vejez:

- Superar la discriminación por edad.

- Superar la pobreza y las condiciones de vida precarias, reconociendo el nivel de vida relativamente desfavorable de las personas mayores de 60 o 65 años, en comparación con otros grupos etarios.
- Terminar con la violencia, los abusos y los malos tratos, tanto físicos y económicos, como emocionales y sexuales, así como con la explotación económica. Al respecto, interesa llamar la atención sobre el maltrato en entornos institucionalizados como centros de cuidado e inclusive al interior de las familias.
- Resolver el problema de la falta de servicios y medidas específicas para el disfrute de los derechos humanos, incluyendo servicios de cuidado y atención, al igual que de cuidados a largo plazo en los propios hogares. En este sentido, es importante recalcar el cuidado que realizan, en un alto porcentaje, las mujeres mayores sin remuneración, ni reconocimiento.

Como el más reciente referente, en materia de definición de políticas públicas contamos con la Reunión regional de sociedad civil sobre envejecimiento, celebrada en la ciudad de Tres Ríos en Costa Rica en el año 2012. El principal objetivo de esta reunión fue realizar un seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción Internacional de Madrid y de la Declaración de Brasilia sobre el envejecimiento. Así, surgió como resultado de este evento, la Declaración de Tres Ríos que prioriza algunos aspectos relacionados con el envejecimiento en la realidad latinoamericana, demandando a los gobiernos de la región el cumplimiento de sus compromisos y el reto que tiene la sociedad civil de asumir los desafíos que ello implica.

En el marco de las políticas y programas establecidos por la ONU para atender a la población de adultos mayores en Latinoamérica, es preciso considerar algunas estadísticas que particularmente en Colombia dan cuenta de las características sociodemográficas de este grupo

poblacional, con el fin de realizar un análisis más profundo de sus percepciones y condiciones generales de vida.

9.3.2.1 Encuesta nacional de demografía y salud – ENDS - 2010

Es importante señalar los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2010), específicamente dirigida a la población mayor de nuestro país, realizada por Profamilia; así como las estadísticas obtenidas por el DANE (2010) para ofrecer un análisis cuantitativo de la problemática en cuestión.

Inicialmente, como se puede apreciar en el gráfico 1, la estructura piramidal que representaba a la población colombiana en 1985, va dejando de ser estrictamente una pirámide y se ha ido estrechando en la base, como reflejo de la disminución de la población más joven; a la vez, se ha ensanchado en su cúspide, lo cual refleja el incremento de la población de 60 y más años. Mientras en la pirámide del año 2015, el ensanchamiento en la cúspide es mayor a la derecha, lo cual indica que la población femenina de 60 y más años crece en más altas proporciones que la población masculina de las mismas edades.

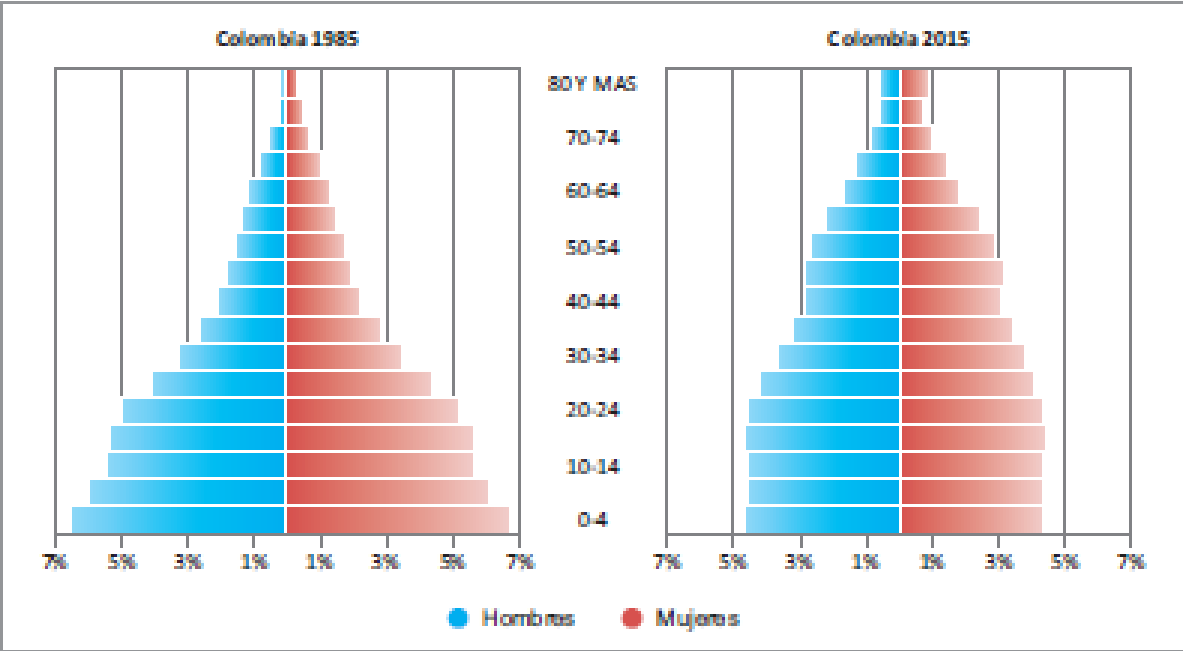


Figura 80. Cambios en la estructura de población (1985 y 2015).
Adaptado de datos suministrados por DANE (Sandino, 2009, p. 5)

Este fenómeno se evidencia con mayor claridad en la siguiente tabla:

Tabla 1. Distribución de la población por grandes grupos de edad en 1985, 2005 y 2010.

Años	Menos de 15 años de edad	15 a 64 años de edad	65 y más años de edad	Relación de dependencia
1985	36,7	58,9	4,4	69,8
2005	31	62,7	6,3	59,5
2010	28,5	64,8	6,7	54,3

Nota: Datos estadísticos. DANE (2010) y ENDS (2010).

Por otro lado, el gráfico 2 representa la población urbana mayor de 60 años que no recibe ingresos propios, en función del sexo. Como se puede observar, los mayores porcentajes de

hombres y mujeres sin ingresos propios se concentran en Colombia (un poco más del 40 % de las mujeres adultas mayores y algo más del 25 % de los hombres adultos mayores) (CEPAL, 2012b).

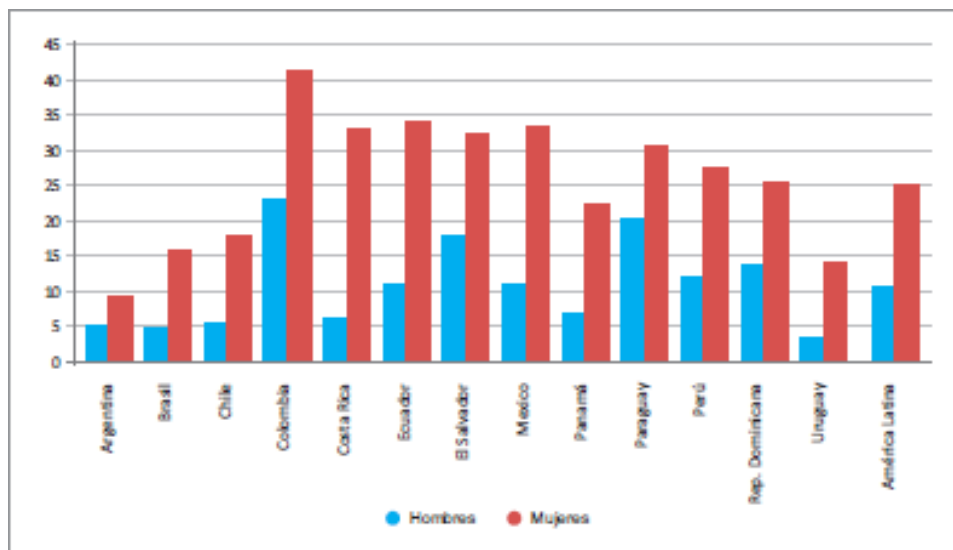


Figura 81. Personas de 60 y más años de áreas urbanas, por sexo, sin ingresos propios en América Latina.

Adaptado de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012)

En la tabla 2, se presentan múltiples indicadores demográficos, relacionados con la calidad de vida de la población adulta mayor: educación, ingresos por pensión, trabajo y afiliación al sistema de seguridad social en salud, derivados de la ENDS (2010). Llama la atención que los índices de envejecimiento más altos en la región oriental, se presentan en los departamentos de Boyacá y Santander.

Tabla 2.*Indicadores departamentos de la región oriental.*

INDICADORES ENDS 2010, DANA E 2010	N. Santander	Santander	Boyacá	Cundinamarca	Meta
Población total (miles)	1297	2010	1267	2477	870
Población urbana (%)	77,5	74,3	54,3	65,9	74,6
<15 años (%)	30,9	26,5	29,4	28,5	30,2
>65 años Censo 2005 (%)	8,56	9,83	11,46	9,83	7,64
>65 años (%)	6,4	7,6	9	7,3	5,6
Esperanza de vida al nacer	71,8	74,3	74,3	73,9	70,6
Esperanza vida mujeres	75,8	77,6	77,1	77,1	74,6
Esperanza vida hombres	68	71,2	71,5	70,8	66,9
Esperanza vida > 60 mujeres	21,38	22,37	22,33	22,42	21,83
Esperanza vida > 60 hombres	19,04	19,19	19,93	19,35	19,04
Índice de envejecimiento	20,7	28,6	30,6	25,6	18,5
Dependencia (%)	59,5	51,7	62,3	55,7	55,7
Fecundidad global	2,4	2,1	2,3	2,2	2,3
Jefatura femenina (%)	31	36	30	19	31
Pensión: Ppal. ingreso	13	20	17	28	20
Coefficiente Gini (2010)	0,49	0,5	0,54	0,46	0,5
Defunciones x 1000 habitantes	6,4	6,1	6,8	6,1	6,2
Tasa mortalidad infantil x 1000	17	15	15	13	18
Masculinidad >60 (x100)	87,5	81,4	100	89,5	102,7
Indicadores calidad de vida					
Educación > 59 años (%)	73	74,4	72,1	81,2	78,5
Reciben pensión (%)	10,7	16,6	13,9	23,3	13,4
Trabajo > 59 (%)	19,9	30,2	31,6	32,7	34,4
Afiliación RSSS contributivo (%)	32,1	38	32,8	42,9	34,4
Afiliación RSSS subsidiado (%)	50,3	50,9	63,2	50,5	54,4

Nota: Datos estadísticos. ENDS, 2010.

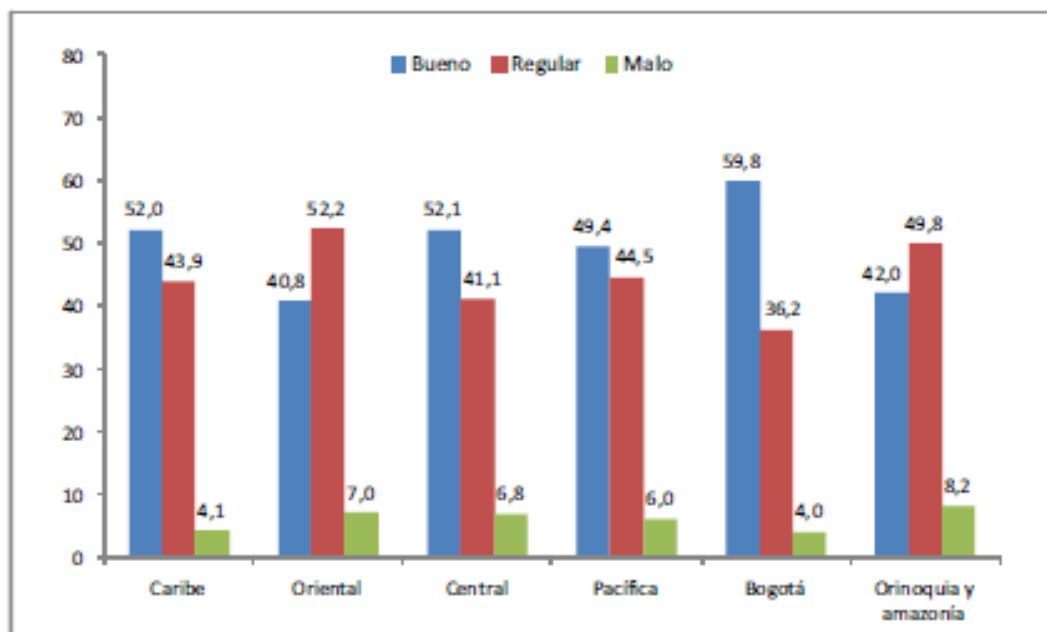


Figura 82. Porcentaje de personas mayores de 59 años que perciben su estado de salud como bueno, regular o malo, por regiones (2010).

Adaptado de Dulcey-Ruiz, 2013; con datos de ENDS (2010).

El Gráfico 3 muestra la percepción que los adultos mayores manifestaron de su salud, teniendo en cuenta diferencias regionales. Aun cuando la distribución es casi homogénea, las menores percepciones de salud "buena" se evidencian en las regiones Oriental y Orinoquía-Amazonía. Se destaca también que en las mismas regiones se observan las mayores percepciones de salud "mala".

10 Criterios de Diseño

10.1 Descripción

Este centro de bienestar para el Adulto Mayor prestará servicios básicos de asistencia, su finalidad es que sus usuarios puedan realizar actividades lúdicas, terapéuticas y de libre esparcimiento en los que pasaran posiblemente años o meses de su vida.

Sus circulaciones juegan un papel de suma importancia y un tema principal ya que son generosos e ideales debido al diseño regulado por normas de accesibilidad adaptadas, ya que este tipo de población tiene algunas carencias o dificultades de movilidad.

El principal propósito de este centro es la de proporcionar al usuario un bienestar apropiado y considerable, sus plantas son muy abiertas por lo que generan una percepción de amplitud en el que los usuarios se sientan cómodos y libres.

Sus jardines deben jugar una importante tarea para prestar servicios terapéuticos y de descanso.

Éste proyecto va dirigido con un énfasis al bienestar psicológico y social ya que éste da la posibilidad de incorporar espacios que permitan la rehabilitación física y por su puesto psicológica.

Debe cumplir con todas las normas de accesibilidad. De igual forma maneja una importante flexibilidad para recibir a una gran cantidad de personas y que se trabaje en grupos. En general funcionan por el día completo, para mayores que no pueden ser cuidados por sus familias durante el día.

Se tomará en cuenta las teorías anteriormente mencionadas para obtener un Centro Integral que abarque todas las necesidades acompañada de igual forma de un gran impacto visual, con materiales modernos y técnicas como lo son mediante la domótica en una estructura arquitectónica de técnica constructiva tradicional.

10.2 Organización de funciones y relación de espacios

Se plantea una organización por zonas de tipo racional. Manejo de circulaciones rectas y de fácil acceso a todos los espacios. La relación de los espacios abiertos con los cerrados debe ser directa para mejor confort. Áreas de rehabilitación deben tener relación con espacios sociales y comunales.

El desarrollo de este Centro corresponde a dos plantas arquitectónicas manejando así todos los espacios necesarios para los usuarios en la primera planta ya que esto facilita el acceso a todos los espacios por parte del Adulto Mayor y finalmente la zona administrativa en la segunda planta complementando el funcionamiento del centro.

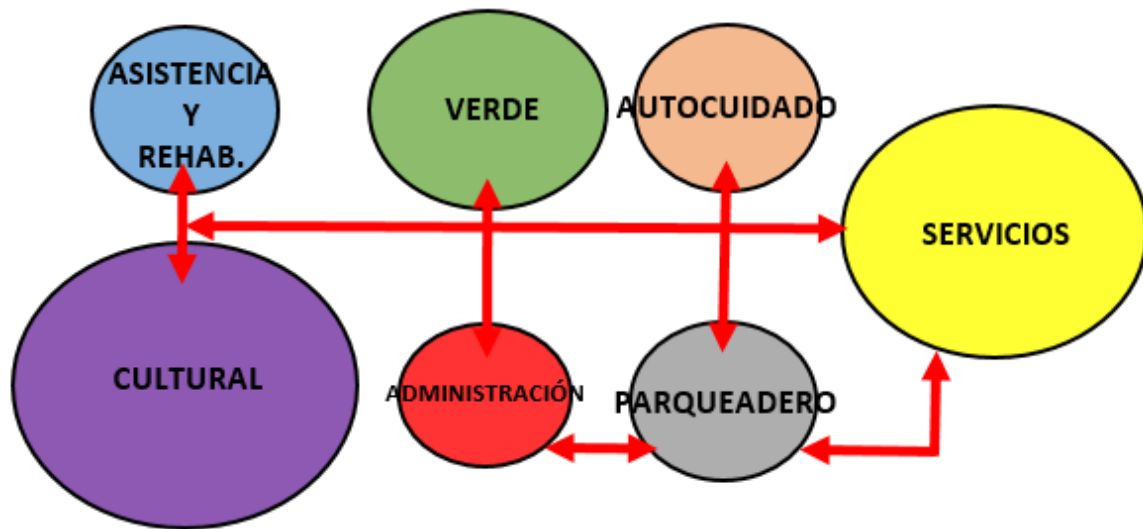


Figura 83. Zonificación del proyecto, elaboración propia.

10.3 Programa arquitectónico

Véase apéndice F

10.4 Zonificación

Se plantea una implantación de acuerdo a la morfología del lote y a las curvas de nivel, dando como respuesta una clara axialidad y conexión de espacios mediante circulaciones, de igual forma se desarrolla el proyecto en toda la superficie del terreno viéndose así una interacción de espacios, una ocupación baja, un gran porcentaje de espacios verdes y de esparcimiento, en cuanto alturas

se maneja una altura máxima de dos pisos por lo que no solo maneja un índice de ocupación bajo sino también de construcción.



Figura 84. Implantación del proyecto,

10.5 Planos arquitectónicos

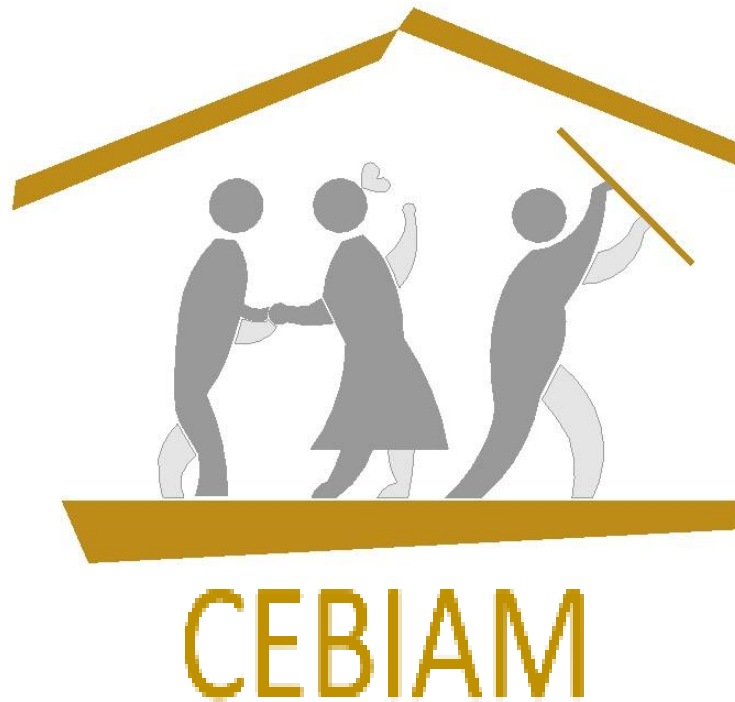
Véase apéndice G

10.6 Renders

Véase apéndice H

11. Imagen Corporativa

Representación de una vejez activa enfocada al bienestar psicológico y social de los Adultos Mayores.



CENTRO DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, MENSULY

Figura 85. Imagen corporativa CEBIAM

12. Conclusiones

- Es necesario crear conciencia desde la individual hasta la colectiva en cuanto al tema de la tercera edad, pues actualmente ésta viene en incremento y no hay planes de acción frente a esta problemática.
- Todo Centro que alberque a personas de la tercera edad debe procurar el bienestar a éstas personas ya que existen sin duda lugares pero que no cuentan con los espacios apropiados para una digna y nivel óptimo de calidad de vida para la culminación del ciclo de la vida.

- Es posible crear conciencia mediante la cultura ciudadana al fomentar e incentivar la integración de estas personas a la sociedad pues es notorio la pérdida del vínculo social en este tipo de población.
- Mediante la implementación de Centros Integrales para el Adulto Mayor se puede recuperar todos aquellos vínculos sociales y también poner en funcionamiento habilidades, destrezas y conocimientos que las personas de la tercera edad pueden aportarle a toda la sociedad.

Bibliografía

Barenys, M. P. (1990). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos.

Recuperado de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_064_08.pdf

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA (1991). Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.

CEPAL (2012). Eslabones de la desigualdad. Heterogeneidad estructural, empleo y protección social. Santiago de Chile: CEPAL.

http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/47382/Eslabones_de_la_desigualdad.pdf

Crespo, M.L. (s.f.). Antropología de los cuidados en el anciano: evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia. Ciudad Virtual de Antropología y Arqueología. Recursos de Investigación. <http://www.antropologia.com.ar/>

DANE (2005). Boletín Censo General 2005. Discapacidad Colombia. Actualización. <http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf>

DANE (2010). Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Estudios Postcensales No. 7. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Centro Andino de Altos Estudios (CANDANE).

Dávila, G. (2006). El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. *Laurus*, 12, 180-205. Recuperado el día 28 de julio de 2015 del sitio Web: <http://www.redalyc.org/pdf/761/76109911.pdf>

Dulcey-Ruiz, E., Arrubla, D.J. & Sanabria, P. (2013). Envejecimiento y vejez en Colombia. Recuperado el 15 de julio de 2015 del sitio Web: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-0ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>

- Fernández, J. M. (2008). Arquitectura del siglo XX: racionalismo y organicismo. <http://www.antoniohernandez.es/Arte/Temas/NAVARRETE/Tema%2020.%20ARQUITECTURA%20DEL%20SIGLO%20XX.pdf>
- Fernández-Mayoralas, et. al. (2014). Revisión conceptual del envejecimiento activo en el contexto de otras formas de vejez. Consultado el 10 de noviembre de 2014: <http://agepoblacion.org/images/congresos/sevilla/DOC1.pdf>
- Franco, R., Becerra, P. & Porras, C. (2009). La adaptabilidad arquitectónica, una manera de habitar y una constante a través de la historia. http://www.utadeo.edu.co/files/collections/documents/field_attached_file/09adaptabilidad_arquitectonica8-39_0.pdf?width=740&height=780&inline=true
- Franco, P. & Sánchez, A. (2010). Saber envejecer: Aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de Educación*, 10, 369-383. <http://www.forodeeducacion.com/numero10/022.pdf>
- Gonzalez-Celis, A. L. (29 de 08 de 2013). Instituto Nacional de Geriatria. Obtenido de Calidad de Vida del Adulto Mayor: <http://www.bibliotecageriatria.org.mx/acervo/pdf/34.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Huenchuan, S. (2011). *Módulo 1, hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ibáñez, A. M. (2008). *El desplazamiento Forzoso en Colombia: un camino sin retorno hacia la pobreza*. Bogotá, Ediciones CEDE, Universidad de los Andes.

- Ministerio de la Protección Social (2007). Política nacional sobre envejecimiento y vejez. <https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/1Politicanacionaldeenvejecimientoyvejez2007-2019Noviembre5de2010.pdf>
- Mogollón, E. (2012). Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educación. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 34(1), 57-74. <http://www.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda-2012-1/contrapunto1.pdf>
- Ocaña, M. (2012). *Centro Geriátrico Santa Rita*. Menorca, España. <http://www.archdaily.co/co/626312/centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana#>
- Piña, M. (2006). *Trabajo Social gerontológico: investigando y construyendo espacios para la integración social para las personas mayores*. Santiago de Chile: 33° Congreso Mundial de Escuelas de Trabajo Social.
- Preciado, J. S., Covarrubias, O. E., & Arias, S. M. (2012). *Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde Trabajo Social*. E.U.: Palibrio.
- Profamilia (2011). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Colombia. Bogotá: Profamilia.
- Quintana, F. (2000). *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola*. México: Plaza y Valdéz.
- Rodríguez, K. D. (2010). *Vejez y envejecimiento*. Grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Rodríguez, O. (2009). Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan*, 13(5). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san14509.pdf

- Ruipérez, I. (2002). Envejecimiento, siglo XXI y solidaridad. *Revista Especializada en Geriátría y Gerontología*, 37(2), 3-7.
- Suárez, E. (2004). Resiliencia y Subjetividad. En Melillo A, Suarez E, Rodriguez D. (Comp.). *Resiliencia y Subjetividad. Los Ciclos de la Vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Ulloa, N. (2013). Casa del adulto mayor de Laja: residencia + centro de día. Memoria de título de arquitectura. Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/114760>
- Zavala G, M., Vidal G, D., Castro S, M., Quiroga, P., & Klassen P., G. (2006). Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Ciencia y Enfermería*, 2 (XII), 53-62

Apéndice A. Cronograma

[illegible]

Apéndice B. Programa arquitectónico centro geriátrico Santa Rita

CENTRO GERIÁTRICO SANTA RITA, ESPAÑA											
ZONA	M2	%	No	ESPACIO	CANTIDAD	M2	SUBTOTAL	USUARIOS	M2 POR USUARIO	MOVILIARIO	
rehabilitación y autocuidado	649,27	14%	1	Unidades de control de enfermería	5	8,3	41,5	10	4,15	2 ESCRITORIOS, 2 SILLAS	
			2	Peluquería	1	7,5	7,5	4	1,88	1 LAVACABEZAS, 6 SILLAS, 2ESPEJOS, 3 MESAS	
			3	Podología	1	7	7	4	1,75	MESA DE ESTAR, SOFA 3 PUESTOS	
			4	Parafarmacia	1	6,9	6,9	2	3,45	6 ESTANTES, 1 MESA, 2 SILLAS	
			5	Almacenes de lencería	3	7,85	23,55	6	3,93	2 ESTANTES DE GUARDA ROPAS POR ALMACEN	
			6	Terapia ocupacional	1	232,7	232,7	32	7,27	16 MESAS Y 32 SILLAS	
			7	Sala de descanso	1	177,25	177,25	20	8,86	20 SOFAS RECLINABLES PARA UNA PERSONA	
			8	Fisioterapia y rehabilitación	1	123,87	123,87	38	3,26	1 SOFA DE 3 PUESTOS, 1 MESA DE ESTAR Y 17 SILLAS	
			9	Area asistencia	1	6	6	2	3,00	1 CAMILLA, 2 MESAS Y 1 SILLA	
			10	Piscina	1	23	23	15	1,53		
Servicios	117,63	3%	11	Baños geriátricos	3	7,17	21,53	3	7,18	1 SANITARIO Y UN LAVAMANOS POR BAÑO	
			12	Almacén de pañales	1	5,75	5,75	2	2,88	1 ESTANTE GRANDE	
			13	Ascensor	1	2,4	2,4	4	0,60		
			14	Montacargas	1	3,25	3,25	2	1,63		
			16	Cuarto de basuras	1	4,1	4,1	2	2,05	4 CONTENEDORES DE BASURA	
			25	Cámaras frigoríficas	4	3,01	12,05	8	1,51	2 REFRIGERADORES POR ESPACIO	
			26	Almacén cocina	1	8,85	8,85	3	2,95	3 ESTANTES MEDIANOS Y 1 ESTANTE GRANDE	
			27	Zona de preparación	1	10,7	10,7	3	3,57	2 LAVAVAJILLA, 2 MESONES	
			28	Zona de cocción	1	23,9	23,9	3	7,97	6 FOGONES, DOS MESONES GRANDES DE PREPARACION, LAVADO ALIMENTOS	
			29	Cuarto frío	1	8,5	8,5	2	4,25	1 ESTANTE GRANDE Y 1 MESON	
			31	Lavado y plongé	1	16,6	16,6	3	5,53	4 LAVAPLATOS INDUSTRIALES, 2 ESONES Y DOS LAVAPLATOS INDUSTRIALES	
Dormitorios	1713,87	38%	20	Habitación concava individual	46	20,85	959,1	46	20,85	1 UNIDAD DE BAÑO CON INODRO, DUCHA, SANITARIO, 1 SOFA, 1 CAMA CON MESA DE NOCHE, 1 ESCRITORIO CON SILLA	
			21	Habitación convexa doble	2	31,41	62,82	2	31,41	1 UNIDAD DE BAÑO CON INODRO, DUCHA, SANITARIO, 2 SOFA, 2 CAMAS CON MESA DE NOCHE, 1 ESCRITORIO CON SILLA	
			22	Habitación convexa individual	20	27,72	554,4	20	27,72	1 UNIDAD DE BAÑO CON INODRO, DUCHA, SANITARIO, 2 SOFA, 1 CAMA CON MESA DE NOCHE, 1 ESCRITORIO CON SILLA	
			23	Hall de acceso	1	137,55	137,55	30	4,59	2 SOFAS DE 4 PUESTOS, 2 SOFAS DE 3 PUESTOS, 1 SOFA DE 2 PUESTOS, 4 SOFAS DE 1 PUESTO Y 6 MESAS DE ESTAR	
Comúnes	738,58	16%	24	Comedor	1	306,9	306,9	98	3,13	49 MESAS Y 98 SILLAS	
			30	Zona de desayunos	1	6,7	6,7	3	2,23	1 COMEDOR, 2 SILLA Y UNA MESA	
			19	Servicios zona común	8	4,23	33,84	8	4,23	ESTANTE DE MATERIALES DE LIMPIEZA	
			17	Sala 1	1	90,96	90,96	20	4,55	4 SOFAS DE 4 PUESTOS, 2 SOFAS DE 2 PUESTOS, 4 SOFAS DE UN PUESTO, 3 MESAS DE ESTAR Y UNA MESA CON TV	
			18	Sala 2	1	78,95	78,95	38	2,08	2 SOFAS DE 3 PUESTOS, 2 SOFAS DE 2 PUESTOS, 4 SOFAS DE UN PUESTO Y 2 MESAS DE ESTAR	
			32	Espacio sociocultural	1	221,23	221,23	74	2,99	36 SILLAS, 10 MESAS CON 4 PUESTOS CADA UNA, 1 MESA CON TV Y 1 PIANO DE COLA CON DOS PUESTOS	
Administración	26,83	1%	33	Jefe de cocina	1	3,15	3,15	1	3,15	2 ESCRITORIOS, 1 ARCHIVADOR Y UNA SILLA	
			34	Despacho coordinador enfermería	1	7,63	7,63	1	7,63	1 ARCHIVADOR, 1 ESCRITORIO, 1 PC Y 4 SILLAS	
			35	Despacho asistente local	1	8,5	8,5	1	8,50	1 ARCHIVADOR, 1 ESCRITORIO CON PC Y 3 SILLAS	
			36	Despacho médico	1	7,55	7,55	1	7,55	1 ARCHIVADOR, 1 ESCRITORIO CON PC Y 3 SILLAS	
Verde	1285,84	28%	37	Rehabilitación jardin amarillo	1	107,76	107,76	15	7,18	2 MESAS Y 3 BANCAS	
			38	Descanso al aire libre jardin amarillo	1	110	110	44	2,50	4 MESAS DE 6 PUESTOS, 5 MESAS DE 4 PUESTOS	
			39	Zona verde jardin amarillo	1	291,63	291,63				
			40	Descanso al aire libre jardin azul	1	130,84	130,84	36	3,63	5 MESAS DE 6 PUESTOS	
			41	Zona verde jardin azul	1	278,49	278,49				
			42	Descanso al aire libre jardin verde	1	121,34	121,34	13	9,33	13 BANCAS PLEGABLES	
			43	Zona verde jardin verde	1	245,78	245,78				
TOTAL M2 ZONAS	4532,02	100%	TOTAL DE USUARIOS							350	
			M2 AREA CONSTRUIDA							6606,64	
			M2 Area circulación							2074,62	
			M2 AREA LIBRE							5483	
			M2 POR USUARIO							18,88	

CASA DEL ADULTO MAYOR DE LAJA, CHILE										
ZONA	M2	%	No	ESPACIO	CANTIDAD	M2	SUBTOTAL	USUARIOS	M2 POR USUARIO	MOVILIARIO
rehabilitación y autocuidado	618	19%	1	Servicios Higiénicos	2	36	72	8	9,0	ESTANTES DE ALMACENAMIENTO DE MATERIALES DE LIMPIEZA
			2	Box Médico	2	18	36	6	6,0	1 CAMILLA, , UN ARCHIVADOR, UN ESCRITORIO CON PC Y 3 SILLAS POR ESPACIO
			3	Box Pedicura	1	20	20	5	4,0	3 MESAS, 6 SILLA SY UN SOFA DE 3 PUESOTS
			4	Peluquería	1	16	16	5	3,2	2 MESAS, 1 SOFA DE 3 PUESTOS, 3SILLAS Y UN LAVACABEZAS
			5	Sala Terapia Ocupacional	1	72	72	15	4,8	2 ESTANTES, DOS CAMILLAS, 2 ESCRITORIOS CON 3 PUESTOS CADA UNO, UNA UNIDAD DE BAÑO Y UN SOFA DE 2 PUESTOS
			6	Gimnasio	1	72	72	20	3,6	4 COLCHONETAS, 4 MAQUINAS DE PESAS Y 4 BALONES DE PILATES
			7	Piscina	1	246	246	80	3,1	
			8	Camarinos Damas y Varones	1	43	43	6	7,2	6 DUCHAS CON VERSIERES, 3 SANITARIOS, 4 LAVAMANOS
			9	Enfermería	1	41	41	3	13,7	1 CAMILLA, 1 MESÓN, SANITARIO, LAVAMANOS, ESTANTES, 1 ESCRITORIO
Servicios	324	10%	12	Bodega	1	36	36	9	4,0	REFRIGERADORES, ESTANTES, 3 CANECAS DE BASURA.
			13	Sala mantención piscina	1	72	72	4	18,0	MOTOBOMBAS, ESTANTES
			14	Sala equipo calefacción	1	72	72	4	18,0	MAQUINARIA BARIA DE CALEFACCIÓN
			15	Lavandería	1	36	36	8	4,5	3 LAVADORAS, 3 SECADORAS, 3 ESTANTES, LOQUERS, 2 LAVADEROS
			16	Area descanso y SSHH personal	1	54,4	54,4	12	4,5	SOFAS DE 2 Y 3 PUESTOS, 4 CAMILLAS DE DESCANSO, MESAS Y SILLAS
			35	SSHH Damas y Varones	1	36	36	8	4,5	7 UNIDADES DE SANITARIO, 6 LAVAMANOS Y 2 ORINALES
			17	Bodega	1	17,6	17,6	3	5,9	ESTANTES MEDIANOS Y GRANDES
Dormitorios	790	25%	20	Dormitorio 4p (incluye SSHH y bodega)	8	70	560	32	17,5	4 CAMAS, 4 MESAS DE NOCHE, SANITARIO, LAVAMANOS, DUCHA, MESON DE COCINA.
			21	Dormitorio 2p (incluye SSHH y bodega)	4	47	188	8	23,5	2 CAMAS, 2 MESAS DE NOCHE, SANITARIO, LAVAMANOS, DUCHA, MESON DE COCINA.
			22	Dormitorio Enfermería	1	32	32	2	16,0	2 CAMAS, MESA CON 2 SILLAS, LOQUERS, SANITARIO, LAVAMANOS, DUCHA.
			23	Lavachatas	1	10	10	2	5,0	MESONES DE ESTERILIZACIÓN
Comunes	986,6	31%	24	Cafetería	1	57	57	20	2,9	COMEDORES DE 2 Y 4 PUESTOS
			25	Foyer	1	35	35	8	4,4	MESONES Y LAVADO
			26	Comedor	1	221	221	102	2,2	11 COMEDORES DE 5 PUESTOS, 8 COMEDORES DE 3 PUESTOS, 7 COMEDORES DE 2 PUESTOS, 3 SOFAS DE 3 PUESTOS.
			27	Oratorio/Velatorio	1	99	99	26	3,8	4 BANCAS, 1 MESON
			28	Cocina	1	100	100	9	11,1	3 MESONES, LAVAPLATOS, 2 MESA, 2 SILLAS, LOQUERS, LAVAMANOS, ESTUFAS.
			30	Sala Multiuso	2	36	72	36	2,0	DISEÑADO PARA DISTINTOS MOVILIARIOS
			31	Taller Multiuso	2	36	72	36	2,0	DISEÑADO PARA DISTINTOS MOVILIARIOS
			32	Sala Computación	1	36	36	15	2,4	3 MESONES GRANDES CON 15 SILLAS Y 15 COMPUTADORES DE ESCRITORIO
			33	Sala Audiovisual	1	36	36	20	1,8	20 SILLAS
			34	Biblioteca	1	72	72	20	3,6	4 ESTANTES GRANDES DE LIBROS, 1 ESCRITORIO CON PC Y SILLA, 4 MESAS DE 3 PUESTOS, 2 SOFA DE 2 PUESTOS Y 4 SOFAS DE 1 PUESTO
			10	Área Estar 1	1	36	36	14	2,6	3 MESAS DE 4 PUESTOS, TAPETE Y 5 SOFAS SENCILLOS
			18	Foyer y Recepción	1	78,6	78,6	25	3,1	BARRA DE INFORMACION, 8 SILLAS, SOFAS
			11	Área Estar 2	1	72	72	20	3,6	20 SILLAS Y 1 TAPETE
Administración	107	3%	36	Secretaría y zona espera	1	40	40	16	2,5	4 SOFAS DE 2 PUESTOS , 4 SOFAS DE 1 PUESTO Y ESCRITORIO CON SILLA
			37	Oficina Administrador	1	16	16	3	5,3	1 ESCRITORIO EN 1 CON 3 SILLAS, ARCHIVADOR
			38	Oficina Director	1	14	14	3	4,7	1 ESCRITORIO EN 1 CON 3 SILLAS, ARCHIVADOR
			39	Sala Reuniones	1	20	20	8	2,5	MESON CON 8 SILLONES
			40	Archivo	1	8	8	2	4,0	2 ESTANTES, DOS CAMILLAS, 2 ESCRITORIOS CON 3 PUESTOS CADA UNO, UNA UNIDAD DE BAÑO Y UN SOFA DE 2 PUESTOS
			41	SSHH y Kitchenette	1	9	9	2	4,5	2 UNIDADES DE BAÑOS
Verde	348	11%	42	Jardín Interior	2	36	72			
			43	Patio Ingles	1	150	150			
			19	Patio Ingles	1	126	126			
TOTAL M2 ZONAS	3173,6	100%	TOTAL DE USUARIOS							225
			M2 AREA CONSTRUIDA							2825,6
			M2 Area circulación							987
			M2 AREA LIBRE							1755
			M2 POR USUARIO							12,56

Apéndice D. Programa arquitectónico albergue San Vicente de Paul

ALBERGUE SAN VICENTE DE PAUL, BETULIA										
ZONA	M2	%	No	ESPACIO	CANTIDAD	M2	SUBTOTAL	USUARIOS	M2 POR USUARIO	MOVILIARIO
rehabilitación y autocuidado	64,04	6%	1	Consultorio Medico	1	20	20	3	6,67	camilla, mesa, 3 sillas
			2	Peluqueria	1	16	16	5	3,2	sillas,mesas, mueble
			3	Fisioterapia	1	11,44	11,44	2	5,72	camilla, 2 sillas
			4	Enfermeria	1	16,6	16,6	3	5,53	camilla, 3 sillas, 1 mesa
Servicios	170,27	15%	5	Lavanderia	1	10,4	10,4	3	3,47	lavadora, secadora,
			6	Bodega	1	57	57	3	19	estantes
			7	Aseo y Lavado	1	2,65	2,65	2	1,33	lavatraperos, lavadero, estantes
			8	Bodega de Ropas	1	18,6	18,6	3	6,2	loquers, estantes
			9	D. Residuos Solidos	1	1,62	1,62	1	1,62	tanque
			10	z. Humeda	1	49	49	3	16,33	cuerdas
			11	Baño	1	21	21	4	5,25	4 sanitarios, 2 duchas
			12	deposito Alimentos	1	10	10	1	10,00	estantes
			13	Bodega	1	5.7	5.7	3	1,9	estantes
Dormitorios	232,14	21%	14	Habitacion 1	1	22,8	22,8	2	11,40	2 camas, 1 sofa, 1 mesas de noche
			15	Habitacion 2	1	29	29	5	5,80	5 camas, 1 silla, 3 mesas de noche
			16	Habitacion 3	1	16	16	3	5,33	3 camas, 3 mesas de noche
			17	Habitacion 4	1	16,5	16,5	3	5,50	3 camas, 3 mesas de noche
			18	Habitacion 5	1	30,5	30,5	4	7,63	4 camas, 3 mesas de noche
			19	Habitacion 6	1	23,5	23,5	3	7,83	3 camas, 2 mesas de noche
			20	Habitacion 7	1	14	14	2	7,00	2 camas, 2 mesas de noche
			21	Habitacion 8	1	25	25	3	8,33	3 camas, 2 mesas de noche
			22	Habitacion 9	1	18	18	2	9,00	2 camas, 2 mesas de noche
			23	Habitacion 10	1	14,52	14,52	2	7,26	2 camas, mesa de noche
			24	Habitacion 11	1	7,92	7,92	1	7,92	cama
			25	Habitacion 12	1	13,2	13,2	1	13,2	cama doble, mueble o silla, 1 mesa noche
			26	Balcon	1	1,2	1,2	3	0,4	
Comunes	462,42	42%	27	comedor	1	75	75	84	0,89	21 mesas, 84 sillas
			28	Baños Comedor	1	35,6	35,6	6	5,93	3 sanitarios, 3 duchas, 4 lavamanos
			29	Cocina	1	16	16	3	5,33	estufa, lavaplatos, nevera, meson
			30	Cuarto Frio	1	8	8	1	8,00	refrigeradores
			31	Capilla	1	141	141	30	4,70	altar, 30 sillas
			32	Cafeteria	1	57	57	84	0,68	mesas, sillas
			33	Area Estar 1	1	36	36	24	1,5	sillas
			34	Area Estar 2	1	70	70	6	11,67	sillas
			35	sala 1	1	11,22	11,22	6	1,87	6 sillas
			36	Sala 2	1	12,6	12,6	6	2,1	6 sillas, 2 mesas
Administración	98	9%	39	secretaria	1	40	40	6	6,67	1 escritorio con pc y 3 sillas y un archivador, dos muebles
			40	Administrador	1	16	16	3	5,33	1 escritorio con pc, 3 sillas y archivador
			41	director	1	14	14	3	4,67	1 escritorio con pc, 3 sillas y archivador
			42	sala Reuniones	1	20	20	8	2,5	1 meson con 8 sillones
			43	Archivo	1	8	8	2	4	2 estantes
Verde	72	7%	44	Jardin Interior	2	36	72	40	1,8	sillas, canecas
TOTAL M2 ZONAS	1098,87	100%	TOTAL DE USUARIOS							150
			M2 AREA CONSTRUIDA							1098,87
			M2 Area circulación							354,67
			M2 AREA LIBRE							823,87
			M2 POR USUARIO							7,33

Apéndice E. Cuadro comparativo de programas arquitectónicos referentes

ZONA	ESPACIO	REFERENCIA 1 CENTRO GERIÁTRICO SANTA RITA, ESPAÑA			REFERENCIA 2. CASA DEL ADULTO MAYOR DE LAJA, CHILE			REFERENTE 3. ALBERGUE SAN VICENTE DE PAUL, BETULIA			PROMEDIO			RANGO MÍNIMO			RANGO MÁXIMO		
		ZONA M2	%	ESPACIO M2	ZONA M2	%	ESPACIO M2	ZONA M2	%	ESPACIO M2	ZONA M2	%	ESPACIO M2	ZONA M2	%	ESPACIO M2	ZONA M2	%	ESPACIO M2
REHABILITACIÓN Y AUTOCUIDADO	ENFERMERIA	249,27	14%	41,5	618	19%		64,04	5%	16,6		12,7%	29,1	249,27	19%	16,6	64,04	5%	41,5
	PELUQUERIA			7,5			16			16			13,2			7,5			16
	PODOLOGIA O PEDICURA			7			20						13,5			7			20
	PARAFARMACIA			6,9									6,9			6,9			6,9
	ALMACENES DE LENCERIA			23,55									23,55			23,55			23,55
	TERAPIA OCUPACIONAL			232,7			72						152,4			72			232,7
	SALA DE DESCANSO			177,25									177,25			177,25			177,25
	FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN			123,87						11,44			67,7			11,44			123,87
	AREA ASISTENCIA			6									6			6			6
	PISCINA			23			246						134,5			23			246
	CONSULTORIOS MEDICOS						36			20			28,0			20			36
	SERVICIOS HIGIENICOS						72						72			72			72
	GIMNASIO						72						72			72			72
	CAMERINOS DAMAS Y VARONES						43						43			43			43
SERVICIOS	BAÑOS GERIÁTRICOS	117,63	3%	21,53	324	10%		170,27	14%			9%	21,53	117,63	3%	21,53	324	14%	21,53
	ALMACÉN DE PAÑALES			5,75									5,75			5,75			5,75
	ASCENSOR			2,4									2,4			2,4			2,4
	MONTACARGAS			3,25									3,25			3,25			3,25
	CUARTO DE BASURAS O DEP RESID SOLIDOS			4,1						1,62			2,9			1,62			4,1
	CÁMARAS FRIGORÍFICAS			12,05									12,05			12,05			12,05
	ALMACÉN DE COCINA O DEP. ALIMENTOS			8,85						10			9,4			8,85			10
	ZONA DE PREPARACIÓN			10,7									10,7			10,7			10,7
	ZONA DE COCCIÓN			23,9									23,9			23,9			23,9
	CUARTO FRÍO			8,5									8,5			8,5			8,5
	LAVANDERIA			16,6			36			10,4			21,0			10,4			36
	BODEGA						36			57			46,5			36			57
	SALA DE MANTENCIÓN PISCINA						72						72			72			72
	SALA EQUIPO CALEFACCIÓN						72						72			72			72
	SEGUNDA BODEGA						17,6			5,7			11,7			5,7			17,6
	AREA DESCANSO Y SSHH PERSONAL						54,4						54,4			54,4			54,4
	SSHH DAMAS Y VARONES						36						36			36			36
	ASEO Y LAVADO									2,65			2,65			2,65			2,65
	BODEGA DE ROPAS									18,6			18,6			18,6			18,6
	ZONA HÚMEDA									49			49			49			49
	BAÑO									21			21			21			21
COMUNES	COMEDOR	738,58	38%	306,9	986,6	31%	221	462,42	42%	75	729,2	37%	200,97	462,42	31%	75	986,6	42%	306,9
	ZONA DE DESAYUNOS			6,7									6,7			6,7			6,7
	SERVICIOS ZONA COMÚN			33,84									33,84			33,84			33,84
	SALA 1			90,96									90,96			90,96			90,96
	SALA 2			78,95									78,95			78,95			78,95
	ESPACIO SOCIOCULTURAL			221,23									221,23			221,23			221,23
	CAFETERÍA						57			57			57			57			57
	FOYER						35						35			35			35
	ORATORIO/VELATORIO O CAPILLA						99			141			120			99			141
	SALA MULTIUSO						72						72			72			72
	TALLER MULTIUSO						72						72			72			72
	SALA COMPUTACIÓN						36						36			36			36
	SALA AUDIOVISUAL						36						36			36			36
	BIBLIOTECA						72						72			72			72
	FOYER Y RECEPCIÓN						78,6						78,6			78,6			78,6
	ÁREA ESTAR 1						36			36			36			36			36
	ÁREA ESTAR 2						72			70			71			70			72
	SALA 1									11,22			11,22			11,22			11,22
	SALA 2									12,6			12,6			12,6			12,6
	BAÑOS COMEDOR									35,6			35,6			35,6			35,6
	COCINA									16			16			16			16
	CUARTO FRÍO									8			8			8			8
ADMINISTRACIÓN	JEFE DE COCINA	26,83	1%	3,15	107	3%		98	9%		77,28	4,33%	3,15	26,83	1%	3,15	107	9%	3,15
	DESPACHO CORDINADOR DE ENFERMERÍA			7,63									7,63			7,63			7,63
	DESPACHO ASISTENTE LOCAL			8,5									8,5			8,5			8,5
	DESPACHO MÉDICO			7,55									7,55			7,55			7,55
	SECRETARÍA Y ZONA DE ESPERA						40			40			40			40			40
	OFICINA ADMINISTRADOR						16			16			16			16			16
	OFICINA DIRECTOR						14			14			14			14			14
	SALA DE REUNIONES						20			20			20			20			20
	ARCHIVO						8			8			8			8			8
	SSHH Y KITCHENETTE						9						9			9			9
ADMINISTRACIÓN	JEFE DE COCINA	26,83	1%	3,15	107	3%		98	9%		77,28	4,33%	3,15	26,83	1%	3,15	107	9%	3,15
	DESPACHO CORDINADOR DE ENFERMERÍA			7,63									7,63			7,63			7,63
	DESPACHO ASISTENTE LOCAL			8,5									8,5			8,5			8,5
	DESPACHO MÉDICO			7,55									7,55			7,55			7,55
	SECRETARÍA Y ZONA DE ESPERA						40			40			40			40			40
	OFICINA ADMINISTRADOR						16			16			16			16			16
	OFICINA DIRECTOR						14			14			14			14			14
	SALA DE REUNIONES						20			20			20			20			20
	ARCHIVO						8			8			8			8			8
	SSHH Y KITCHENETTE						9						9			9			9
VERDE	REHABILITACIÓN JARDIN AMARILLO	1285,84	28%	107,76	348	11%		72	7%		568,61	15,33%	107,76	72	7%	107,76	1285,84	28%	107,76
	DESCANSO AL AIRE LIBRE JARDIN AMARILLO			110									110			110			110
	ZONA VERDE JARDIN AMARILLO			291,63									291,63			291,63			291,63
	DESCANSO AL AIRE LIBRE JARDÍN AZUL			130,84									130,84			130,84			130,84
	ZONA VERDE JARDIN AZÚL			278,49									278,49			278,49			278,49
	DESCANSO AL AIRE LIBRE JARDÍN VERDE			121,34									121,34			121,34			121,34
	ZONA VERDE JARDIN VERDE			245,78									245,78			245,78			245,78
	JARDÍN INTERIOR						36			72			54			36			72
	PATIO INGLES						150						150			150			150
	SEGUNDO PATIO INGLES						126						126			126			126
TOTAL DE USUARIOS		350			225			100			225			100			350		
TOTAL M2 AREA CONSTRUIDA		6606,64			2825,6			1098,87			3510,37			2825,6			6606,64		
TOTAL M2 AREAS CIRCULACIÓN		2074,62			1155			354,67			1194,76			354,67			2074,62		
TOTAL M2 AREA LIBRE		5483			987			823,87			2431,29			987			5483		

Apéndice F. Programa arquitectónico centro de bienestar para el adulto mayor, Mensuly

CENTRO DE BIENESTAR PARA EL ADULTO MAYOR, MENSULY										
ZONA	M2	%	No	ESPACIO	CANTIDAD	M2	SUBTOTAL	USUARIOS	M2 POR USUARIO	MOVILIARIO
Autocuidado	362,22	7%	1	Sala de descanso	1	115,34	115,34	21	5,52	15 sofacamás, 2 muebles y dos plantas.
			2	Salon de tv	1	68,76	68,76	14	4,91	2 sofá medianos, 1 sofá grande, 1 tv y dos plantas
			3	Salon de juegos	1	73,04	73,04	12	6,09	1 mesa de pimpon, 1 mesa de billar y dos mesas
			4	Gymnasio	1	68,97	68,97	10	6,90	2 caminadores, 2 elípticas, 2 ciclas, 4 pesas
			5	Depósito	1	11,65	11,65	2	5,83	
			6	Salon de belleza	1	23,86	23,86	6	3,98	2 sillas con mesa y espejo de peluquería, una mesa de pedicura, un sofá y una planta.
Asistencia y Rehabilitación	448,29	9%	7	Espera usuarios	1	14	14	11	1,27	11 sillas
			8	Enfermería	1	24,23	24,23	3	8,08	1 camilla, un escritorio, un computador, 3 msillas
			9	Terapia ocupacional y rehabilitación	1	44,98	44,98	4	11,25	un escritorio, un computador, 3 msillas, maquinas para ejercitarse
			10	Nutrición	1	24,23	24,23	3	8,08	un escritorio, un computador, 3 msillas
			11	Psicología	1	24,23	24,23	3	8,08	un escritorio, un computador, 3 msillas
			12	Baños consultorios	4	3,62	14,48	4	3,62	un unodoro y un lavamanos
			13	Piscina	1	198,64	198,64	24	8,28	4 sillas bronceadoras
			14	Baños y vestieres	2	36,28	72,56	16	4,54	10 lavamanos, 5 sanitarios, 2 orinales y 1 juego de baño para discapacitados
			15	Salon turco	1	15,7	15,7	8	1,96	
			16	Mantenimiento piscina	1	9,87	9,87	1	9,87	
			17	Casilleros	1	5,37	5,37	20	0,27	20 casilleros
Servicios	597,5	12%	18	Restaurante	1	250,54	250,54	72	3,48	12 comedores (6 personas c/u)
			19	Entrega alimentos	1	17,87	17,87	4	4,47	estantes de comida
			20	Baños usuarios	2	27,92	55,84	12	4,65	8 lavamanos, 6 baterías de inodoros, 3 orinales y 2 baterías para discapacitados
			21	Estantes comidas	1	10,72	10,72	4	2,68	estantes de comida
			22	Casilleros cocina	1	5,14	5,14	8	0,64	8 casilleros
			23	Lavado	1	14,41	14,41	2	7,21	meson y lavaplatos
			24	Postres y jugos	1	9,17	9,17	2	4,59	meson de preparacion
			25	Cocción	1	19,06	19,06	2	9,53	meson de preparacion, estufa
			26	Preparación y entrega	1	22,81	22,81	2	11,41	meson de preparacion
			27	Frigorífico	1	9,55	9,55	1	9,55	
			28	Depósito	1	9,55	9,55	1	9,55	
			29	Basuras	1	16,59	16,59	1	16,59	
			30	Empleados	1	24,11	24,11	8	3,01	sofa en L para 8 personas
			31	Cafetería empleados	1	24,11	24,11	8	3,01	1 comedor para 6 personas
			32	Baños y vestier empleados	2	9,32	18,64	4	4,66	4 lavamanos, 2 baterías de sanitarios
			33	Casilleros empleados	1	5,57	5,57	16	0,35	16 casilleros
			34	Lavandería	1	30,9	30,9	5	6,18	2 lavadores, 2 secadoras, un plancharero
			35	Bodega de ropas	1	9,12	9,12	1	9,12	
			36	Cuarto de monitoreo	1	9,12	9,12	2	4,56	
			37	Cuarto de bombas	1	17,34	17,34	1	17,34	2 bombas de agua, 1 bomba contra incendios
			38	Cuarto maquinaria de electricidad	1	17,34	17,34	1	17,34	transformador, barrajes y planta de electricidad
Cultural	701,54	14%	39	Oratorio	1	97,49	97,49	40	2,44	8 bancas, 1 altar
			40	Salon polivalente	1	125,35	125,35	70	1,79	
			41	Depósito	2	9,3	18,6	2	9,30	
			42	Deposito	2	8,66	17,32	2	8,66	
			43	Vestier	2	10,66	21,32	4	5,33	
			44	Biblioteca	1	104,14	104,14	28	3,72	4 equipos de investigacion virtual, dos mesas de lectura (6 personas c/u) escritorio ayudante y estantes de libros
			45	Sala computo	1	57,09	57,09	13	4,39	13 escritorios con computador y silla
			46	Taller manualidades	1	57,09	57,09	12	4,76	2 mesas (6 personas c/u), un estante
			47	Taller artesanal	1	57,09	57,09	12	4,76	2 mesas (6 personas c/u), un estante
			48	Taller confección	1	57,09	57,09	12	4,76	1 mesa para 6 personas, 6 escritorios con silla
			49	Deposito	4	8,28	33,12	4	8,28	
			50	Baños	2	27,92	55,84	12	4,65	8 lavamanos, 6 baterías de inodoros, 3 orinales y 2 baterías para discapacitados
Administración	204,24	4%	51	Recepción	1	24,88	24,88	5	4,98	1 meson de informacion, 1 meson para discapacitados, dos sillas
			52	Sala de espera	1	36,32	36,32	7	5,19	1 sofá para 3 personas, 4 sillas y una mesa de centro
			53	Administrador	1	27,8	27,8	3	9,27	un escritorio, un computador, 3 msillas
			54	Contador y pagaduría	1	28,5	28,5	3	9,50	un escritorio, un computador, 3 msillas
			55	Director	1	36,08	36,08	3	12,03	un escritorio, un computador, 3 msillas
			56	Salon de reuniones	1	39,8	39,8	6	6,63	meson para 6 personas con sillas
			57	Baño oficinas	3	3,62	10,86	3	3,62	1 batería (1 lavamanos y un unodoro)
Verde	1145,93	23%	58	Parque central	1	933,23	933,23			
			59	Jardin zona cultural	1	43,33	43,33			
			60	Jardin zona de servicios	1	68,25	68,25			
			61	Plazas zona cultural	1	101,12	101,12			
Circulaciones	1484,83	30%	62				1484,83			
				AREA BRUTA						7627 m2
M2 AREA CONSTRUIDA				AREA NETA						7014 m2
				AREA LIBRE						2104 m2

Apéndice G-H (véase dentro del CD)