UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

ARQUITECTURA PARA LA SALUD

PROPUESTA DE CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
- Facultad de Arquitectura y Urbanismo -

TRABAJO FINAL DE CARRERA
UNIDAD PEDAGÓGICA “B”

Docentes:
Arq. López Silvina
Dra. Arq. Romagnoli Venittia
Arq. Terenghi Claudia
Arq. Aguirre Maria Otilia

Alumna: Barrionuevo Anahi
Colaboradora: Contte, Karol

CICLO 2020-2021

INDICE

1 INTRODUCCIÓN AL TEMA

1.1- ELECCIÓN DEL TEMA
1.2- DEMANDA DE TRABAJO
1.3- PROBLEMA
1.4- OBJETIVOS
1.5- ACTORES INTERVINIENTES
1.6- FUNDAMENTACIÓN

2 METODOLOGÍA

2.1- MÉTODO DE INVESTIGACIÓN
2.2- PLAN DE AVANCES

3 MARCO TEÓRICO

3.1- HISTORIA Y ANTECEDENTES
3.2- EVOLUCIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS
3.4- ARQUITECTURA PARA LA SALUD
3.5- SISTEMAS DE ATENCIÓN DE CENTROS DE REHABILITACION EN ARGENTINA
3.6- QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?
3.7- TIPOS DE DISCAPACIDADES
3.8- QUÉ ES LA REHABILITACIÓN?
3.9- TIPOS DE TERAPIA
3.10- SISTEMA MULTIDISCIPLINAR
3.11- CRITERIOS DE DISENO
3.12- MARCO NORMATIVO LEGAL

4 DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS

4.1.- DIAGNÓSTICO DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES
4.1.1- DIMENSIÓN FÍSICA-NATURAL
4.1.2- DIMENSIÓN SOCIAL
4.1.3- DIMENSIÓN URBANA
4.1.4- DIMENSIÓN URBANA-SANITARIA
4.1.5- ANÁLISIS EVALUATIVO
4.2- DEPARTAMENTO DE GOYA
4.2.1- DIEMSIÓN FÍSICA
4.2.2- DIMENSIÓN URBANA
4.2.3- ANÁLISIS EVALUATIVO
4.3- SECTOR A INTERVENIR
4.3.1- DIEMSIÓN URBANA
4.3.2- DIMENSIÓN URBANA-NORMATIVA
4.3.3- DIMENSIÓN FÍSICA-NATURAL
4.4- EQUIPAMIENTOS Y TECNOLOGÍAS
4.5- PROYECTOS REFERENTES
4.6- PAUTAS DE DISENO
4.7- ANÁLISIS DE ORGANIGRAMA FUNCIONAL
4.8- ANÁLISIS CUALITATIVO-ENCUESTAS

5 PROPUESTA ARQUITECTONICA

5.1- PROGRAMA ARQUITECTÓNICO
5.2- ORGANIGRAMA FUNCIONAL
5.3- IMPLANTACIÓN
5.4- FORMA
5.5- LENGUAJE
5.6- FUNCIÓN
5.7- TECNOLOGÍA Y CONSTRUCCIÓN
5.8- PLAN DE INVERSIONES POR ETAPAS.

6 BIBLIOGRAFIA

1 INTRODUCCIÓN AL TEMA

1.1- ELECCIÓN DEL TEMA

La elección de la temática "Arquitectura para la Salud" surge ante el interés de adquirir conocimientos en materia de equipamiento de salud por parte de las integrantes del equipo de trabajo y, por la motivación personal de brindar una propuesta que otorgue el mayor beneficio a los usuarios del área.
El actual contexto de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 incrementó considerablemente el interés hacia el tema elegido que en este caso estará enfocado al servicio de Rehabilitación.

1.2- DEMANDA DE TRABAJO

EQUIPO DE TRABAJO ❯ UNIDAD DE ARQUITECTURA HOSPITALARIA (UAH) ❯ DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

Entrevistas con el Comitente y Asesor

Reunión con el Arquitecto Gustavo Gómez, Jefe de Proyecto de la Unidad de Arquitectura Hospitalaria de la Ciudad de Corrientes, Docente en la FAU UNNE.

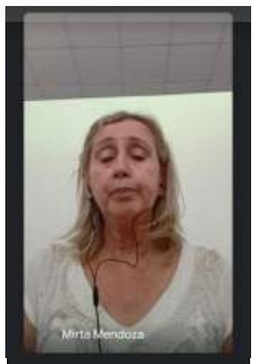
El encuentro virtual se llevó a cabo el día 26 de septiembre correspondiente al ciclo lectivo 2020.
El Arquitecto Gómez es el profesional asesor quien desde el inicio de la elección del tema: "Arquitectura para la Salud", orientó al equipo de trabajo a profundizar conceptualmente la temática a través de bibliografía específica y artículos de interés, además de asesorar en el inicio del proceso metodológico y generar el nexo entre el comitente y el equipo de trabajo.

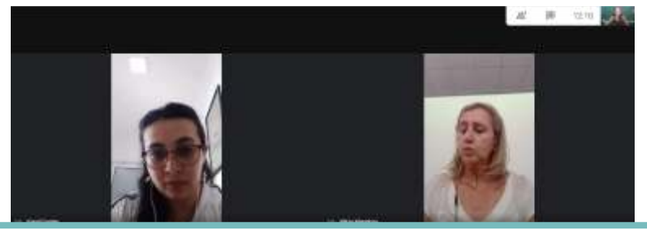
Reunion con Mirtha Mendoza Directora del Centro de Atención a la Discapacidad

El encuentro virtual se llevó a cabo el día 25 de marzo del año 2021.
La Sra Mirta Mendoza proporcionó información sobre el funcionamiento del servicio de rehabilitación existente en la ciudad de Corrientes.
Esta reunión ayudó al grupo a establecer disparadores para la conformación y desarrollo del diagnóstico, cuestionando planteamientos que permitirán definir lineamientos de análisis.
Los interrogantes que surgieron son:
¿A cuántos tipos de discapacidades atenderá el servicio que se propone?
¿A quienes está dirigido? ¿Niños, jóvenes, adultos? ¿En qué turnos?
¿Cuántos profesionales se necesitarán para esas actividades?
¿A qué porción de territorio y población está dirigida la propuesta?

La demanda surge de la inquietud del comitente que supo reconocer la necesidad de un equipamiento en materia de servicio de rehabilitación integral y multidisciplinario, para las personas que residen en el interior de la provincia y presentan algún tipo de deficiencia o limitación.
La entidad comitente es la Dirección de Atención a la discapacidad de la Provincia de Corrientes, a cargo de su Directora Mirta Mendoza.



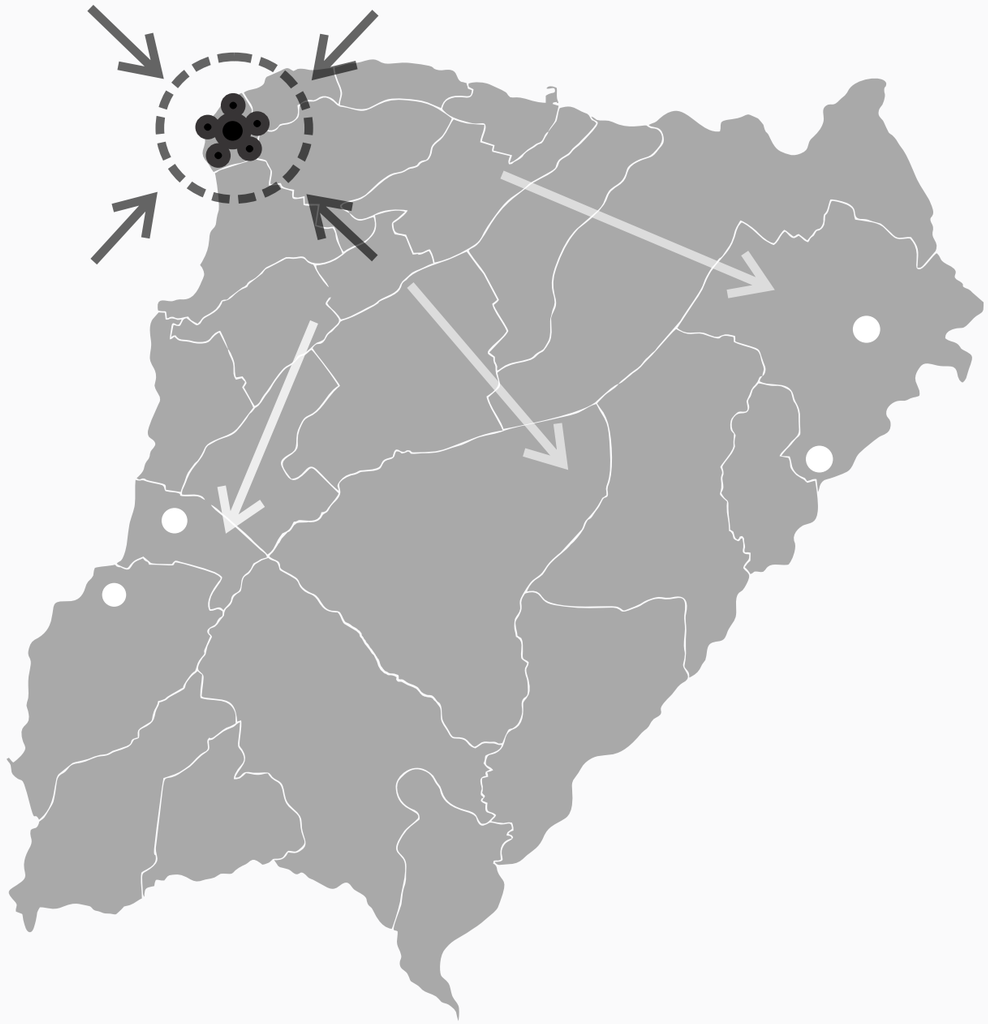






1.3- PROBLEMA

El problema que se detectó es la necesidad de un equipamiento que ofrezca servicios de rehabilitación física integral en el interior de la provincia de Corrientes. La presencia de dicho equipamiento hará factible el acceso y continuidad del tratamiento de rehabilitación de los pacientes que presenten algún tipo de limitación o deficiencia, así como la descentralización del servicio en la ciudad Capital. La ausencia de este tipo de equipamiento en el interior de la provincia genera que los usuarios deban trasladarse hacia la capital, generando grandes gastos económicos en las familias, además de cansancio físico y mental que concluyen, en la mayoría de los casos, en la decisión de cesar el tratamiento imposibilitando el acceso a la independencia del paciente.



1.4- OBJETIVOS

GENERAL

Diseñar una propuesta arquitectónica de un Centro de rehabilitación integral, a nivel de anteproyecto, enfocado a usuarios que posean algún tipo de limitación o deficiencia y que residan en las localidades del interior de la Provincia de Corrientes.

PARTICULARES

• Investigar en materia de arquitectura para la salud: nutrirnos de conocimientos sobre la misma para poder aplicarlos ante cualquier eventualidad que requiera aplicarlos en un futuro cercano, ya que durante la carrera no tuvimos la oportunidad de desarrollar esta temática.

•Reconocer, a través del análisis, el área de influencia del sector a intervenir.

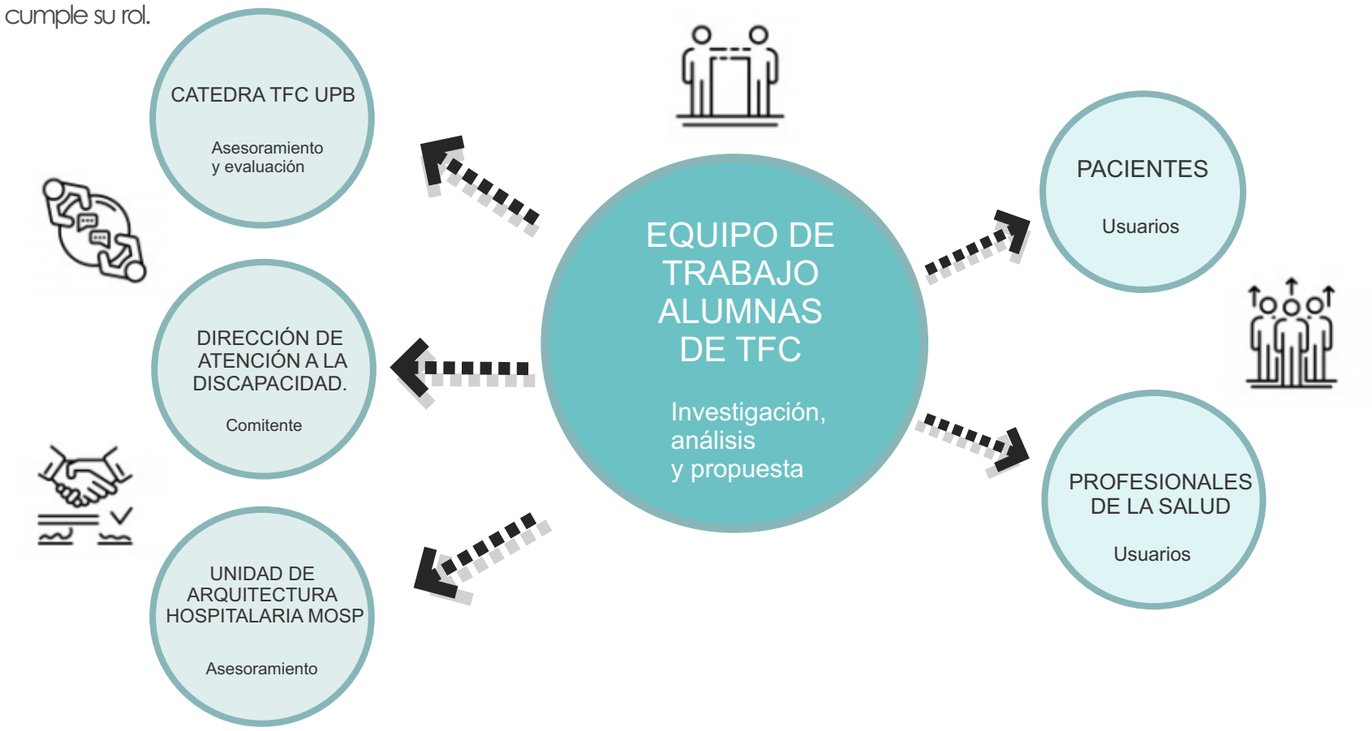
•Detectar el lugar de implantación de la propuesta de Centro de Rehabilitación Integral, dentro de la Provincia de Corrientes, de manera tal que quede equidistante a las localidades del interior.

• Incursionar en conocimientos sobre la aplicación de ‘‘humanización espacial’’ en la proyección de espacios para la salud para su aplicación en la propuesta.

• Proponer la aplicación de tecnologías de ahorro del consumo energético y materiales ecológicos-sutentables.

1.5- ACTORES INTERVINIENTES

El concepto de actor social interviente, se define como: sujeto, grupo de individuos o entidad que asume la representación de determinados intereses y que trabaja con el fin de conseguir ciertos objetivos. De esta manera los distintos actores que intervienen en el trabajo final de carrera interactúan entre si para llegar a la finalidad propuesta. Cada uno de los siguientes actores cumple su rol.



1.6- FUNDAMENTACIÓN

En el Informe Internacional sobre discapacidad de la Organización Mundial de la salud, se plantea la necesidad de abordar los distintos obstáculos que se presentan para que los sistemas de rehabilitación sean accesibles, económicos y para todos.

En el Informe Internacional sobre discapacidad de la Organización Mundial de la salud, se plantea la necesidad de abordar los distintos obstáculos que se presentan para que los sistemas de rehabilitación sean accesibles, económicos y para todos.

Es de suma importancia que los centros o servicios sean accesibles, que estén basados en la comunidad y dirigido a los sectores más vulnerables que así lo necesiten; que posean un rango de cobertura mayor y de esta manera las personas no debieran tener que trasladarse muchos kilómetros lejos de su ciudad.

Habría que centrar la atención en mejorar la eficiencia y eficacia ampliando la cobertura y mejorando la calidad y asequibilidad. Prestando un servicio lo más cerca posible de donde residen las personas.

Con la implementación del Centro de rehabilitación Integral se previene que los pacientes tengan que ser derivados hacia la capital Correntina, pudiendo ser atendidos en el un punto estratégico próximo a su localidad.

Esto permitiría la posibilidad de acceder a la rehabilitación que necesite el paciente en el momento oportuno, a través de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

La idea es generar una propuesta arquitectónica que logre Integrarse al funcionamiento del sistema de servicios de salud, en materia de rehabilitación, de la provincia.

2 METODOLOGÍA

2.1- MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

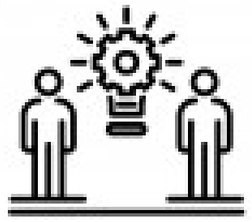
Etapa TEÓRICA - INVESTIGATIVA

Historia
Contexto actual
Conceptos
Normativas



Etapa ANALÍTICA

Diagnóstico



Etapa PROPOSITIVA

Propuesta
Arquitectónica



2.2- PLAN DE AVANCES

ACTIVIDAD \ MESES	A/20	M/20	J/20	J/20	A/20	S/20	O/20	N/20	D/20	E/21	F/21	M/21	A/21	M/21	J/21	J/21	A/21
definicion del tema																	
construcción del marco teórico, contextual y metodologico, e investigacion																	
re-definicion del tema problema																	
DESARROLLO DE LAS ETAPAS DE INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS																	
RE-FORMULACION DE OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES																	
ELABORACIÓN DEL DIAGNOSTICO Y MARCO REFERENCIAL																	
CONCLUSIÓN DE LA ETAPA DE DIAGNOSTICO Y ANÁLISIS																	
LINEAMIENTO Y PRIMERA APROXIMACIÓN.																	
ELABORACION DE LA PROPUESTA Y PRE ENTREGA																	
ENTREGA INFORME FINAL																	

3 MARCO TEORICO

3.1- HISTORIA Y ANTECEDENTES

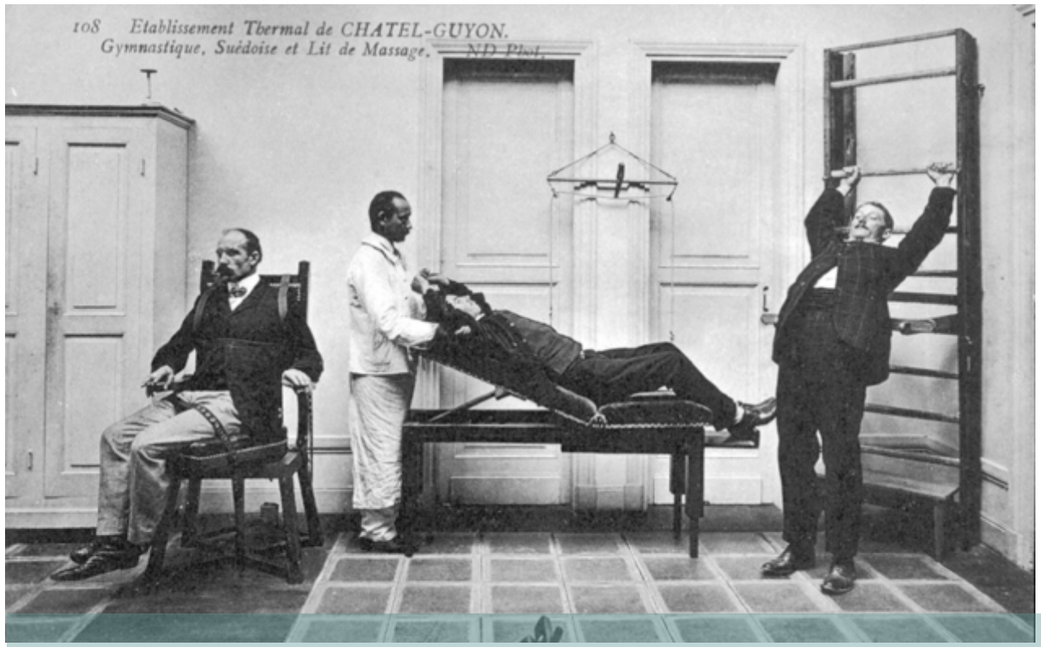
A lo largo de la historia de la humanidad el concepto de la persona con discapacidad ha evolucionado desde extremos de considerarlos seres míticos hasta personas objeto de rechazo. A partir del siglo XVII se cuenta con un concepto más humanitario de la persona con discapacidad.

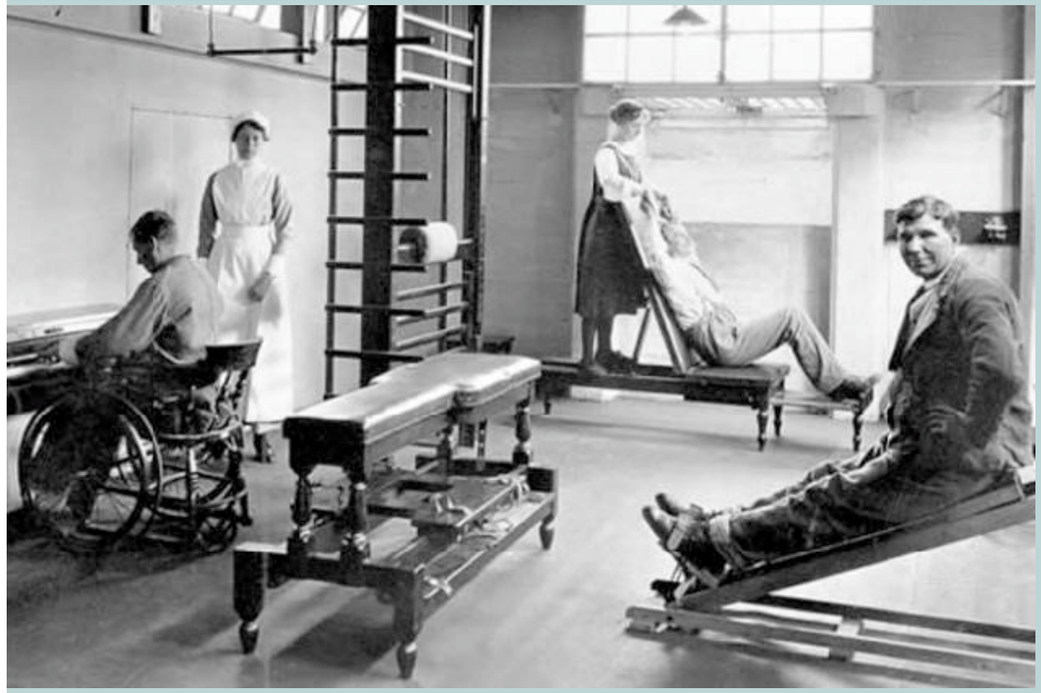
En la edad moderna, siglo XV (año 1600 d.C), se crearon hospitales con espacios destinados a la asistencia médica a personas con alguna discapacidad física.
Con ésto se consiguió un mejor tratamiento de las enfermedades físicas gracias a un diagnóstico a tiempo.

La definición de discapacitado presentada en la ley de integración social de los minusválidos de 1982 (España), enuncia la discapacidad como una deficiencia en la parte anatómica de la persona, y se lo empieza a considerar como un tema exclusivamente médico-científico y no religioso (Palacios, 2008).

Como resultado de las dos guerras mundiales, se incrementó el número de personas con discapacidad, favoreciendo la creación de políticas internacionales para su protección y debida atención.

La rehabilitación, en Latinoamérica, se consolidó a través de los años básicamente por el esfuerzo personal de los médicos que creyeron en ella, al principio, en forma empírica y luego con bases científicas sólidas, hicieron posible el crecimiento de esta especialidad y su reconocimiento como una necesidad social.

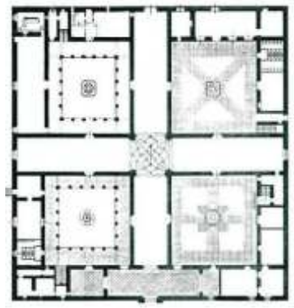


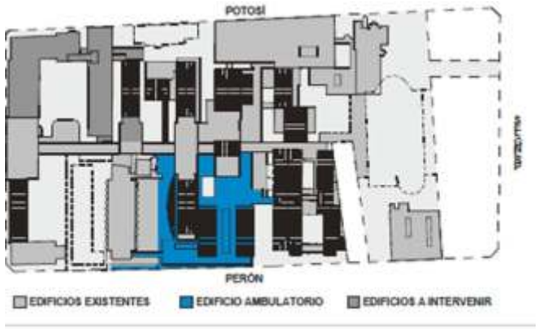


3.2- EVOLUCIÓN DE TIPOLOGÍAS

CLAUSTRAL

Esta tipología surge de los clásicos partidos monacales que son primeramente adaptados a cumplir la función hospitalaria en las guerras del medioevo europeo. La distribución de los ambientes en torno a patios centrales cerrados no resultó muy funcional. Presenta como desventajas la falta de asoleamiento y de ventilación cruzada. Ejemplo: Hospital Real de Granada.





PABELLONADO

Toma como modelo el hospital perfecto francés del siglo XIX, que planteaba el asilamiento social y sanitario, era organizado por órdenes religiosas o instituciones mutuales. Su tipología edilicia eran pabellones separados por jardines según especialidades. Controla grandes epidemias y su distribución arquitectónica es eficiente.
Como desventaja presenta altos costos de mantenimiento y recorridos más extensos para pacientes y personal. Ejemplo: Hospital Italiano de Buenos Aires.

MONOBLOCK

Surgen a partir del desarrollo de las estructuras de acero y hormigón armado a comienzos del Siglo XX, del empleo de la energía eléctrica, del uso del ascensor, de la ingeniería sanitaria y otros desarrollos tecnológicos que caracterizaron la arquitectura del movimiento moderno. El monoblock en peine extendido como bloques en gran altura contaba con servicios intermedios y de apoyo centralizados. Presenta diversas características tales como: calefacción y aire acondicionado, iluminación artificial, circulación vertical.

SISTÉMICO

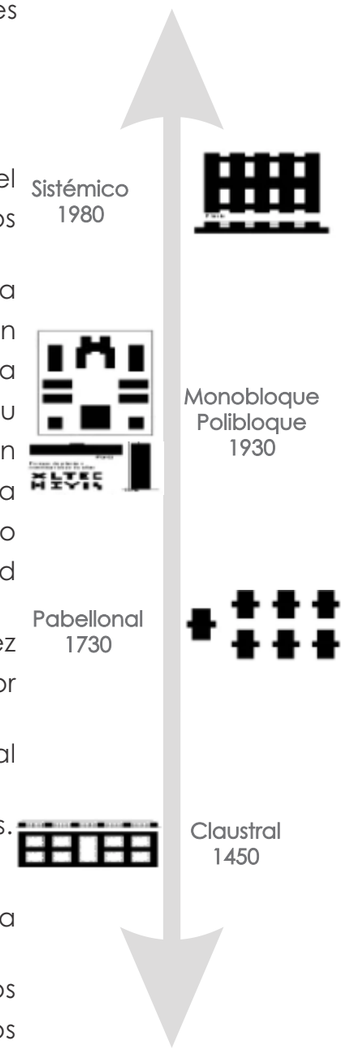
El paradigma de este período es que el proyecto de la institución hospitalaria debe ser indeterminado. El modelo de atención médica es continua. El hospital ya no es un prestador aislado, se desarrollan los sistemas de atención de salud y los cuidados progresivos. La superficie hospitalaria modular y flexible y se desarrollan dos circulaciones

HUMANIZACIÓN ESPACIAL

El foco está en el paciente y la calidad de la atención médica. Ante el avance de la tecnología surge la necesidad de crear espacios humanizados que contengan al usuario y lo referencie a su entorno.
Se busca el confort y la sustentabilidad. La creciente demanda y dinámica de cambio llevó a repensar los espacios flexibles que permitieran adaptarse. La complejidad producida por la incorporación indiscriminada de funciones, superficies y equipos llevó a muchas instituciones a reveer su visión a través de un plan estratégico que le permitiera cumplir su misión mediante la programación de un plan maestro que accediera a la reorganización espacial. En la actualidad, el sector de salud es un abanico de contrastes en lo referente a las características, cantidad, accesibilidad y calidad de su recurso físico y tecnológico.
Estas soluciones deben ser contempladas teniendo en cuenta la escasez de recursos y que mayor inversión no necesariamente significa mejor gestión y mejor calidad de vida.
Debiendo superar los desafíos de mantener su vigencia espacial, funcional y técnica, que implican:

- La adaptación de los edificios de salud a los cambios de las instituciones.
- La incorporación de las innovaciones tecnológicas y de gestión.
- La racionalización y flexibilidad de los espacios físicos.
- La coordinación de equipos de trabajo interdisciplinario y la sistematización del control y asignación de recursos.

Los cambios generan incertidumbre ante la aparición de nuevos paradigmas que surgen de las nuevas modalidades de atención, los criterios de humanización de la atención y la sustentabilidad, el respeto por el medio ambiente y garantizar la seguridad del paciente y el equipo de salud.



3.3- ARQUITECTURA PARA LA SALUD

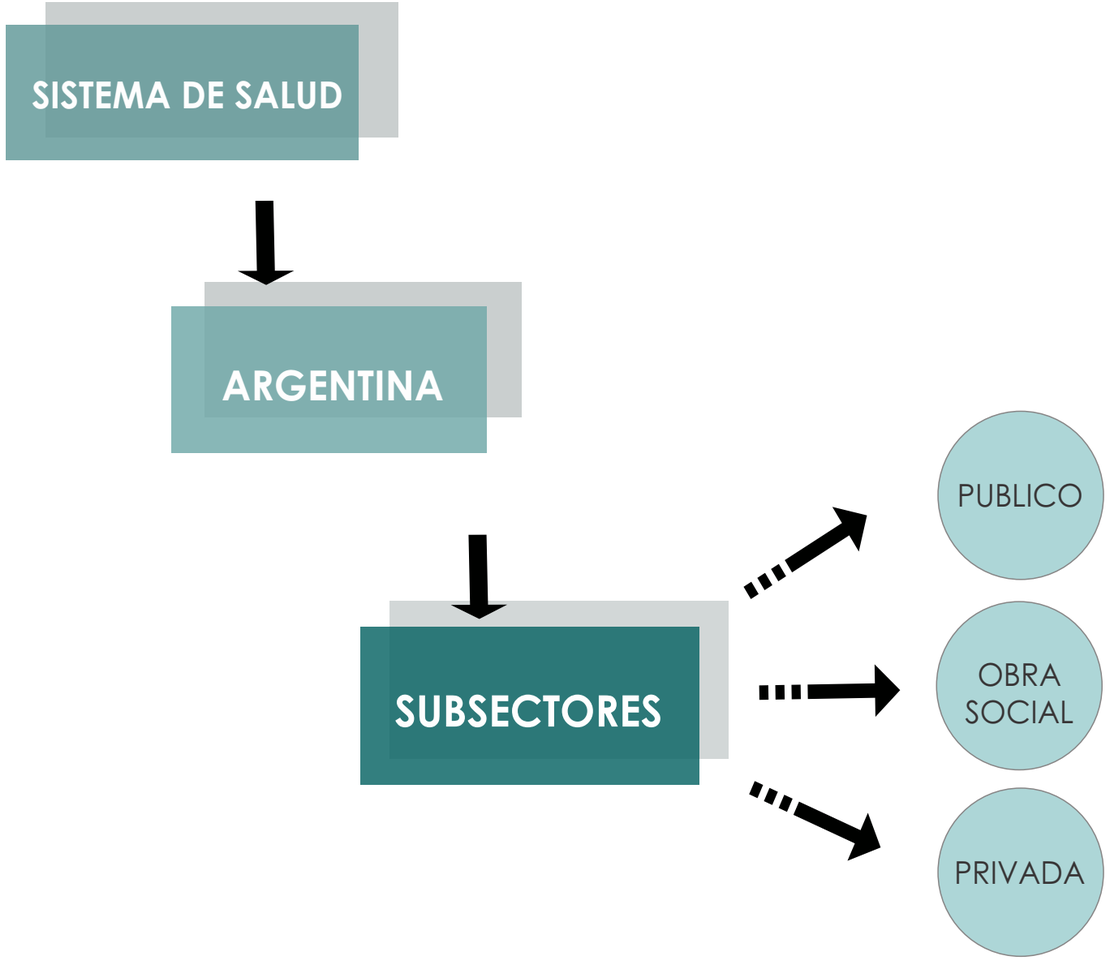
"La Constitución de la OMS afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano."
Entendemos por salud al estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.
El diseño de un edificio para la salud está íntimamente relacionado a su buen funcionamiento y, en consecuencia, a su seguridad.
Así, el objetivo principal de la "Arquitectura para la Salud" debe ser optimizar el diseño a fin de que sea lo más seguro, eficiente e inteligente posible. Sólo teniendo presentes estos objetivos conseguiremos que el edificio sea un espacio que realmente se preocupe por la salud de las personas. Como dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución, el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

3.4- SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. En Argentina el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación es la máxima autoridad en materia de salud; a nivel provincial y municipal existen los respectivos Ministerios y Secretarías de Salud. El Estado actúa a través de sus tres niveles: nación, provincias y municipios. La financiación de estos servicios se realiza a través de los impuestos que se recaudan. La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios brindan servicios directos de asistencia a la población.
Un organismo de alta importancia dentro del sistema es la Superintendencia de Servicios de Salud, cuya función central es regular y ejercer el control sobre las Obras Sociales Nacionales y administrar un fondo de redistribución que compensa a las Obras Sociales más desfavorecidas.
El sistema de salud en la Argentina incluye tres sub-sectores cuya regulación es responsabilidad del Estado Nacional.

- Subsector Público: presta servicios a la población a través de hospitales y de los centros de salud. Los gobiernos provinciales y municipales tienen los establecimientos de atención bajo su jurisdicción y son los responsables directos de la misma. Atiende a las familias de menores ingresos, a las personas que no tienen cobertura de la seguridad social porque no son trabajadores en relación de dependencia o porque no tienen capacidad de pago.
- Subsector de Seguridad Social: presta servicios a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos.
- Subsector Privado: presta servicios a personas y familias que pagan por acto médico o que pagan las cuotas de un plan de salud (pre-pago).

Dentro del sistema de salud en la Argentina se presenta una fragmentación en los niveles de financiación, pagos aplicados, por encima de los costos regulados, como así también las reglamentaciones que quedan sujetas a las jurisdicciones de cada Provincia o Municipio.
El principal desafío de los sistemas de salud es la equidad de servicio para todos los habitantes, de los cuales el Estado posee un papel primordial en la protección de un derecho como la salud, y no solo por las características sociales sino también por las particulares fallas a las que se encontraría sometido el sistema en caso de estar librado a las leyes habituales del mercado.



3.5- REHABILITACIÓN EN ARGENTINA

La Agencia Nacional de Discapacidad es un organismo descentralizado creado por Decreto N° 698/2017 que desarrolla sus funciones en el ámbito de la Secretaria General de la Presidencia de la Nación y como continuadora de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Con Discapacidad (CONADIS) y de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, las cuales fueronsuprimidas por el mismo Decreto.
La Agencia Nacional de Discapacidad tiene a su cargo el diseño, coordinación y ejecución general delas políticas públicas en materia de discapacidad, la elaboración y ejecución de acciones tendientes a
promover el pleno ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad y la conducción del proceso de otorgamiento de las pensiones por invalidez y las emergentes de las Leyes N° 25.869 y N° 26.928 en todo el territorio nacional.

Algunas funciones de la Agencia Nacional de Discapacidad se detallan a continuación:
- Elaborar y evaluar la ejecución de un plan nacional de inclusión para personas en situación dediscapacidad.
- Ejecutar las acciones necesarias para garantizar que las personas en situación de discapacidad puedan ejercer de manera plena sus derechos.
- Impulsar adecuaciones normativas tendientes al ejercicio efectivo de los derechos de las personas en situación de discapacidad.
- Diseñar y proponer programas nacionales que contemplen las áreas de prevención, promoción, asistencia, protección y rehabilitación de las personas en situación de discapacidad y promover la articulación intersectorial a efectos de coordinar acciones y programas.
- Coordinar la elaboración de las iniciativas que en materia de discapacidad proyecten las áreas competentes, manteniendo un permanente análisis sobre el desarrollo de las que se aprueben.
- Evaluar el cumplimiento de la Ley N° 22.431 y sus modificatorias, y demás instrumentos legales y reglamentarios relacionados con las personas en situación de discapacidad y analizar la pertinencia de la sanción de normas complementarias o modificatorias que resulten indispensable para el logro de los fines perseguidos, en coordinación con todos los organismos competentes.
- Formular, planificar y coordinar las políticas conducentes a asegurar en todo el ámbito de la Nación el otorgamiento y/o denegatoria de pensiones no contributivas por invalidez y las emergentes de la
leyes especiales, dentro del marco de las políticas emanadas del Poder Ejecutivo Nacional.
- Entre otras.

3.6 ¿QÚE ES LA DISCAPACIDAD?

Desde el punto de vista teórico, según el documento Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicado en 2001 por la Organización Mundial de la Salud, se considera que la discapacidad es toda limitación en la actividad y restricción en la participación, originada en la interacción entre la persona con una condición de salud y los factores contextuales (entorno físico, humano, actitudinal y sociopolítico), para desenvolverse en su vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, según su sexo y edad.

La limitación en la actividad se refiere a "las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de las actividades" (OMS, 2001: 14).

La restricción en la participación incluye "los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales"; a su vez, es determinada por "la comparación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad" (OMS, 2001: 207).

La condición de salud es "un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión" (OMS, 2001: 207).

Los factores contextuales (entorno físico y social) son el medio en el que se desempeña el individuo; por ejemplo, en la comunidad, en la escuela, en el trabajo, entre otros, y en relación con pautas culturales conocidas y compartidas (OMS, 2001).

3.7- TIPOS DE DISCAPACIDADES

A continuación se nombran las distintas discapacidades con sus disposiciones vigentes, indispensables para posibilitar el acceso a todos los beneficios y/o a las distintas prestaciones.
- Discapacidad motora. (Disposición N° 170/2012).
- Discapacidad visceral. (Disposición N° 2574/2011).
- Discapacidad mental. (Disposición N° 171/2012).
- Discapacidad auditiva. (Disposición N° 2118/2011).
- Discapacidad visual. (Disposición N° 2230/2011).

- LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad intelectual implica una serie de limitaciones en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares.
La discapacidad intelectual se expresa en la relación con el entorno. Por tanto, depende tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene alrededor.
Si logramos un entorno más fácil y accesible, las personas con discapacidad intelectual tendrán menos dificultades, y por ello, su discapacidad parecerá menor.
En entornos inclusivos las personas con discapacidad intelectual pueden desarrollar muchas habilidades.
Éste es un trastorno del neurodesarrollo que afecta alrededor del 1% al 3% de la población, no es un trastorno médico específico, como lo son la neumonía o la faringitis, y tampoco es un trastorno de la salud mental. Las personas afectadas tienen un funcionamiento intelectual significativamente bajo, lo que es suficientemente grave para limitar su capacidad para afrontar una o más actividades de la vida diaria (habilidades adaptativas) de tal manera que requieren ayuda permanente. Las habilidades adaptativas se pueden clasificar en varias áreas.
Área conceptual: competencia en la memoria, la lectura, la escritura y las matemáticas
Área social: conciencia de los pensamientos de los demás y de sus sentimientos, habilidades interpersonales y sentido de la realidad social.
Área práctica: cuidado personal, organización de tareas (para el trabajo o la escuela), administración del dinero, salud y seguridad.
Ésta discapacidad puede detectarse mediante el nivel de funcionamiento intelectual, por debajo de la media (CI menor a 70), mayor necesidad de apoyos en las habilidades adaptativas y un inicio anterior a los 18 años. Sus causas son de diversa índole, por lo que se trata de un grupo de personas muy heterogéneo. Además es frecuente que cursen otras discapacidades.

- LA DISCAPACIDAD MENTAL

Discapacidad mental o psicosocial, es la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas.
Tener buena salud mental significa encontrar un equilibrio en todos los aspectos de la vida: física, mental, emocional y espiritual. Es la habilidad de poder gozar la vida y a la vez de enfrentar los desafíos diarios, ya sea tomando decisiones, adaptándose a situaciones difíciles o dialogando acerca de nuestras necesidades y deseos. Es una sensación de bienestar y la creencia subyacente de la dignidad y valía de uno mismo y de los demás.
La salud mental es más que la mera ausencia de enfermedad. Ésta influye sobre el modo de pensar de una persona y en cómo se siente y percibe a si mismo y a los demás, y en el modo de interpretar lo que sucede. Afecta la capacidad de aprender y de comunicar, de crear y mantener relaciones, y de afrontar los cambios.
Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.
Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia y los trastornos del desarrollo, como el autismo.
Un equipamiento de salud y rehabilitación debe disponer de tratamientos eficaces contra los trastornos mentales y medidas que permiten aliviar el sufrimiento que causan.
Los pacientes deben tener acceso a la atención médica y los servicios sociales que les puedan ofrecer el tratamiento que necesitan. Además, es fundamental que reciban apoyo social.
Los problemas de salud mental no tienen que ver con la discapacidad intelectual. La discapacidad intelectual se refiere al funcionamiento intelectual mientras que la enfermedad mental es una distorsión o exageración de la realidad.

- LA DISCAPACIDAD FÍSICA MOTORA

Entendemos por discapacidad física a aquella situación o estado en que se da una circunstancia que hace, impide o dificulta en gran medida que la persona que la padece pueda moverse con libertad y de un modo en el que tenga plena funcionalidad.

Este tipo de discapacidad afecta al aparato locomotor, siendo especialmente visible en el caso de las extremidades si bien puede afectar de manera que la musculatura esquelética no pueda ser movida de manera voluntaria.

Las limitaciones presentes en las personas con discapacidad física hacen que tengan realmente complicado llevar una vida normal a menos que gocen de determinadas ayudas externas. Estas limitaciones pueden ser permanentes o temporales, según sea tratada la deficiencia que las provoca o se otorguen las suficientes ayudas como para que no haya una reducción de la funcionalidad.

Existen una gran variedad de motivos por los que una persona puede tener una discapacidad física. Sin embargo, por norma general podemos considerar que las deficiencias que provocan la discapacidad suelen deberse a un problema o daño o bien en los músculos o bien en el sistema nervioso (sea a nivel de los nervios que inervan las zonas en cuestión, en la médula espinal o en algún punto de la corteza motora).

Algunas de las causas de estas lesiones se pueden encontrar en el padecimiento de enfermedades como la esclerosis múltiple, tumores, infecciones o inflamaciones de los tejidos musculares o nerviosos o traumatismos de diferentes tipos. También provocan casos de discapacidad física algunas malformaciones congénitas, como la espina bífida

3.8- ¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN?

En las ciencias de la salud, según la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación se define como "el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad la mayor capacidad e independencia posible" y como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica.

El objetivo se mide en parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación. A partir de que en el año 2000 la OMS introdujera la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF-2000), el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales, lo que implica la participación activa de la persona a la que concierne su propia rehabilitación y el deber de la sociedad con las personas discapacitadas, englobando todas las medidas destinadas a prevenir o a reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las enfermedades y cuantas situaciones originen discapacidad transitoria o indefinida.

3.9- TIPOS DE TERAPIA



Terapia Física

Es una especialidad de la medicina y de la ciencia de la salud la que ofrece alternativas terapéuticas no farmacológicas, donde se trata múltiples dolencias como agudas y crónicas, gracias al ejercicio terapéutico como son:

Terapia con calor: El uso del calor sirve como analgésico ayudando a la disminución del dolor, se lo aplica en alteraciones musculosqueléticos y neuromusculares tales como: esguinces, contusiones, espasmos musculares y problemas articulares.

La termoterapia es la herramienta más valiosa por sus numerosos procesos traumatológicos produciendo un efecto de relajación y la disminución de la tensión muscular ayudando aumentar la elasticidad, y reduce la viscosidaddel tejido conectivo.

Terapia con frío: Se usa en primer medida después de traumatismo y como instrumento adjunto de la rehabilitación en las funciones musculosqueléticas y neuromusculares.

La crioterapia es un viejo remedio el cual ayuda a disminuir el dolor y controlar hemorragias, el uso más reciente de aplicación es evitar el edema de origen traumático y la inflamación.

Terapia con agua: La hidroterapia se da con fines terapéuticos, es uno de los métodos más antiguos que ha existido para el tratamiento del gran déficit neurológico y es hasta ahora se reconoce su gran importancia en la medicina de la rehabilitación.

La terapia física tiene el objetivo de ayudar al desarrollo y recuperación total del funcionamiento corporal del paciente el cual ha sufrido un tipo de lesión física como temporales o permanentes.

Terapia del lenguaje

Es el tratamiento para la mayoría de las personas con discapacidad del habla y aprendizaje, el habla se debe a problemas con el sonido mientras que el aprendizaje son las dificultades al combinar las palabras para expresar ideas.

Los problemas del habla son:

Articulación: Dificultad de sonidos en las silabas lo cual produce la forma incorrecta de pronunciación evitando que la otra persona entienda.

Fluidez: Los que incluyen tartamudez es donde se interrumpe el habla lo que ocasiona repeticiones o sonidos prolongados.

Resonancia o trastornos de la voz: Problemas con el tono, volumen y la calidad de la voz, lo que produce distracción a los oyentes.

Los problemas del lenguaje son trastornos receptivos a las dificultades. Generan conflicto al momento de entender o procesar el lenguaje.

Expresan dificultades al combinar palabras o incluir vocabulario, lo cual limita el uso del lenguaje de forma apropiada.

Terapia ocupacional

Es una Ciencia que parte de una disciplina académica que inicia de la terapia ocupacional, la cual se enfoca en el comportamiento humano. Se convertirá en el foco de la práctica y el análisis centrándose en la forma (aspectos observables), en la función (influye en la salud física) y significado (la experiencia subjetiva) de la ocupación humana.

Son las técnicas y métodos aplicados con fines terapéuticos manteniendo su salud, supliendo así las deficiencias y valorando su comportamiento logrando conseguir mayor independencia y aceptación de las personas en todos sus aspectos como lo son los aspectos físicos, mentales y sociales.

La aplicación práctica de la terapia ocupacional es brindar un servicio a las personas que tienen problemas para desempeñar de forma satisfactoria sus ocupaciones.

Es una práctica centrada en el usuario que busca la lograr la independencia y control de su vida mediante el proceso terapéutico.

Ésta práctica centrada en la ocupación busca participar con el paciente en la ocupación en la que él se desempeña para ayudar de esta manera a que construya su propia identidad, y para que se desarrolle de la mejor manera es necesario saber cuáles son los intereses de la persona.

Las funciones de la terapia ocupacional son:

Entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria
Adaptación/Readaptación funcional
Entrenamiento en el uso de prótesis
Adaptación del Hogar y del Lugar de Trabajo
Orientación/Reorientación laboral
Asesoramiento en ocio y tiempo libre
Adaptación de actividades



Con este tipo de terapia lo que se quiere lograr es ayudar a los pacientes que sufren de alguna discapacidad, a obtener mayor independencia en su vida cotidiana.

3.10- SISTEMA MULTIDISCIPLINAR

Terapia psicológica

La terapia psicológica es un tratamiento que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos, que tiene el paciente pero que no sabe cómo aplicarlos o no logra identificarlos plenamente.
Tiene como recurso principal hablar, aunque a veces se usan otras técnicas como dibujar, escribir, actuar, etc.
Se busca cambiar el dialogo, la comunicación, el pensamiento, las ideas, y cambiar el comportamiento, lo que se logra al mejorar la salud mental del paciente..
Con esta terapia se puede encontrar solución a la depresión, la ansiedad, fobias, duelo, y en general cualquier trastorno psicológico. Se aprende a ser dueños de los propios pensamientos y sensaciones, lo cual genera beneficios en todos los aspectos de la vida, incluso en la salud del cuerpo.
La terapia es para todos. No hay edad, genero, oficio, nivel económico ni profesión que limite la posibilidad de recurrir a la terapia psicológica.

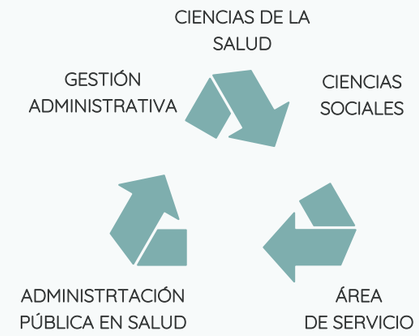
Terapia psiquiátrica

La psicoterapia es un tratamiento dirigido a personas con trastornos psicológicos o psiquiátricos que consiste en hacer entender al paciente por qué sufre ese trastorno y ayudarle a aliviar sus sentimientos de malestar, angustia y ansiedad, con el objetivo de proporcionarle armonía consigo mismo o con el grupo.
Los psiquiatras son médicos que atienden y tratan a personas con problemas de salud mental y tratan a los pacientes de diferentes modos según la manera que crean más conveniente.

Terapia neurológica

La fisioterapia neurológica es la encargada de la rehabilitación de las alteraciones del Sistema Nervioso, el cual está formado por el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), el periférico (raíces y nervios periféricos) y sus relaciones con el aparato locomotor y los sentidos.
El objetivo de la fisioterapia neurológica trata de devolver la movilidad normal a las personas que, a consecuencia de una enfermedad, han sufrido algún tipo de trastorno sensitivo-motor, ayudando a que estos problemas no hagan renunciar a la vida personal.

La rehabilitación es una palabra muy amplia que incluye varias especialidades, entre la cuales se pueden mencionar la fisioterapia, terapia ocupacional, medicina física y rehabilitación (MFR), que son especialidades médicas a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles. Incluye, también a todo el personal administrativo, de atención, de servicio y de gestión que son indispensables para el correcto funcionamiento de un equipamiento de rehabilitación. Por lo tanto intervienen diversas áreas y disciplinas:
Ciencias de la Salud (Medicina, Kinesiología, Fisiatría): asumen un papel de primer orden al aportar conceptos, métodos y técnicas que permiten entender los procesos para conservar la salud de los individuos.
Ciencias sociales (Psicología, Psicopedagogía, Asistencia y trabajo social): estudian el origen del comportamiento individual y colectivo, buscando comprender y explicar regularidades y particularidades que se expresan en el conjunto de las instituciones humanas.
Área de gestión administrativa (Personal administrativo, dirección, contabilidad, personal de atención al público): se encarga de mantener y controlar la organización y el procedimiento de las funcionales del equipamiento para gestionar los recursos y resultados de sus actividades.
Área de servicio: Fomentan una adecuada operación de los establecimientos de salud y la prestación de los servicios en condiciones de calidad, seguridad, higiene y confort a los pacientes, visitantes y personal.
Área de administración pública en salud: fomentan el desarrollo de una visión de conjunto del sistema de salud, optimizando recursos humanos, técnicos y



3.11-CRITERIOS DE DISEÑO

QUÉ ES LA NEUROARQUITECTURA?

La neuroarquitectura es la ciencia que mide la influencia psicoemocional que generan los espacios en las personas; poniendo a los arquitectos ante un gran desafío: la creación de sitios placenteros, que incentiven el bienestar, la felicidad y la productividad.

Está estrechamente ligada con la arquitectura sostenible. La neuroarquitectura desarrolla cómo afecta el espacio construido a nivel cognitivo cognitivo y, busca entender cómo el entorno modifica nuestras emociones, pensamientos o conductas. Por ello, los espacios naturales y sostenibles siempre resultarán más beneficiosos para la salud y, por supuesto, para el medio ambiente.

Está basada en un estudio riguroso a partir del cual, en casos concretos, medidos y controlados, se pueden llegar a conclusiones para aplicar al diseño.

El estudio comienza con identificar las emociones que se quieren resaltar en cada espacio. Y luego le siguen pruebas para determinar cómo las personas pueden responder a esas emociones aplicando determinados diseños que pueden incluir factores como colores, formas y distribución del espacio. Como es difícil de modificar un espacio real tantas veces como lo requiera la experimentación, se trabaja a través de la realidad virtual, donde se recrea un ambiente artificial siguiendo ciertos parámetros de diseño en los que se busca generar esas emociones y en un paso posterior se aplica en la vida real.



CÓMO SURGIÓ?

Esta disciplina existe desde la década del 50. Por aquel entonces ,el doctor Jonas Salk que investigaba una vacuna contra la poliomielitis en los sótanos de la Universidad de San Diego lograba, día tras día, significativos avances en sus trabajos científicos. Pero de repente sus estudios se vieron paralizados. Fue así que en una desesperada búsqueda de inspiración viajó a Italia y visitó el Convento de San Francisco en Asís para pasar allí una temporada. Las características del inmueble, su diseño y el uso de los espacios sirvieron para colaborar con su trabajo mental. Cuando volvió a su país y retomó con la investigación, comprendió que aquella arquitectura lo había ayudado con el fluir de nuevas ideas que terminaron por dar forma a la vacuna antipoliomielítica. Por tal motivo, trató de replicar la esencia del diseño de ese monasterio italiano. Para ello convocó al arquitecto Louis Kahn, quien trabajó durante siete años (entre 1959 y 1965) hasta dar forma al instituto Salk de San Diego. El espacio que había sido creado con el fin de fomentar la creatividad entre los investigadores, se convirtió en el primer edificio con “neuroarquitectura”.



PARA QUÉ SIRVE?

Mientras que los aspectos técnicos pueden ser abordados con criterios o métodos científicos, su efecto sobre las personas suele quedar librado a la intuición del Arquitecto. Las Neurociencias pueden ayudar a los arquitectos a comprender científicamente este aspecto que, a través de la historia, había quedado sujeto al talento personal.

Al demostrar que los factores ambientales como el ruido, la contaminación del aire, la luz solar, los colores y la forma tienen un impacto significativo en nuestros estados mentales, la neurociencia proporciona una base creíble para informar a las decisiones del diseño. La integración de estos hallazgos le da al arquitecto la capacidad de crear espacios más inclusivos, receptivos y eficientes que se alinean con el bienestar físico y mental.

La humanización de los espacios es responsable de disminuir la incomodidad que los pacientes sienten estando en un equipamiento de salud. Una intervención cromática bien estudiada al elegir suelos para este tipo de ambientes en el cual los pacientes viven una inmensa fragilidad psicológica y física, tiene un poder terapéutico complementario:

- Contrata los estados de depresión y la incomodidad, fomentando una visión de confianza y serena.
- Cambia el foco de atención de las enfermedades y los problemas.
- Favorece y acelera la recuperación de la salud con un ambiente sensorial ligero y delicado.

ELEMENTOS APLICADOS A LA ARQUITECTURA

1- Las zonas verdes cumplen un rol fundamental, la presencia de naturaleza relaja el estado emocional. La naturaleza le da al cerebro la posibilidad de desconectar y recargarse.

Otras de las ventajas de usar vegetación en la arquitectura son: regulación térmica, absorción de contaminantes y decoración. También desde los sonidos, ya que por ejemplo, un ambiente que cuenta con agua en movimiento generará un aporte a transmitir paz, bienestar y armonía.

2- Los techos altos propiciarían las actividades creativas y artísticas. Mientras que los techos bajos favorecerían la concentración, el trabajo rutinario y la sensación de seguridad para dormir.

3- La iluminación resulta un elemento clave. La luz natural ayuda a la concentración de las personas y genera un ambiente más amable que la luz artificial. La luz natural estimula la recuperación en enfermos internados en hospitales.

4- Psicologia del color: El color tiene un papel fundamental en los espacios que habitamos, éstos influyen y condicionan el estado de ánimo de las personas, por lo que es fundamental estudiar el efecto de las distintas tonalidades en nuestro cerebro y así emplearlos de la forma más eficiente. Los tonos cercanos a la naturaleza (verdes, azules, amarillos) reducen el estrés, aumentan la sensación de confort e inciden sobre la percepción del espacio como un edificio saludable. Por su parte, tonos como el rojo captan la atención del receptor por lo que en tareas de concentración son los más indicados. Dependiendo la sensación que se quiera generar, puede alegrar, tranquilizar e incluso deprimir al usuario. Dentro del color, un factor importante es la saturación; mientras la saturación suave hace que la mente se mantenga en un estado de tranquilidad, saturaciones fuertes estimulan los sentidos.

5- Elementos arquitectónicos: Los ángulos o formas empleadas en los diseños arquitectónicos también tienen incidencia en el cerebro del ser humano. Los espacios rectangulares son entendidos como edificios menos agobiantes que los cuadrados, que sí provocan mayor sensación de estar encerrados. Los ángulos marcados de las edificaciones favorecen la aparición de estrés o ansiedad frente a las curvas o contornos suaves que nos dan sensación de seguridad y comodidad.

Las formas geométricas también están involucradas en estos procesos mentales. Un elemento importante en la neuroarquitectura es el mobiliario y sus formas.

Donde hay muchas superficies duras, se produce un eco de las ondas sonoras y esto causa estrés. Expertos en neuroarquitectura como Víctor Feingold, fundador y CEO de Contract Workplaces, aseguran que diseñar y proyectar un edificio basado en principios de la neuroarquitectura no tiene ningún costo extra en el presupuesto de la obra. La inversión es la misma pero la concepción y funcionalidad de los espacios varía. Además, cualquier partida a mayores destinada a la creación de un espacio confortable será amortizado.

Los edificios saludables no solamente son aquellos que emplean materiales beneficiosos para el entorno natural y el ser humano. También es fundamental lograr las mejores sinergias entre los factores humanos y estructurales de las edificaciones para construir espacios eficientes y felices.

Utilizar neuroarquitectura en lugares en donde es fundamental mantener la calma, como en salas de espera o habitaciones de hospitales y centros médicos, puede tener un impacto directo en la salud o en la recuperación de los pacientes.



PSICOLOGÍA DEL COLOR

El estudio de los colores sobre los efectos emocionales que provocan en los individuos es lo que llamamos la psicología del color. Percibimos los colores a través de nuestro sistema sensorial, por lo que cada persona lo puede percibir de forma distinta, es decir, de forma subjetiva. Pero aunque existan diferencias individuales por la percepción, tenemos códigos culturales que otorgan simbolismos y significados concretos a cada color.



Amarillo

CARACTERÍSTICAS: Asociado a la parte intelectual de la mente y expresión de los sentimientos. Estimula los el cerebro, mejora los reflejos, ayuda con problemas de depresión.



Violeta

CARACTERÍSTICAS: color de la intuición y la espiritualidad. Ayuda en problemas emocionales como los miedos y



Naranja

CARACTERÍSTICAS: libera emociones negativas y sentirse menos segura. Influye en el intelecto, fuerza física. Ayuda a mejorar problemas de calambres, dolor de ligamentos, reumas y espasmos intestinales. Ayuda en problemas de



Verde

CARACTERÍSTICAS: El color verde tiene una fuerte afinidad con la naturaleza y fuerte empatía con los demás. Produce alegría, calma, esperanza y confianza. Crea armonía y equilibrio. Ayuda a estabilizar emociones. Ayuda al sistema muscular y el aparato motriz. Calma y relaja los nervios sobre



Turquesa

CARACTERÍSTICAS: Es refrescante, se relaciona con la garganta, el pecho y las tiroides. Ayuda a tranquilizar, disminuir el estrés mental y cansancio. Ayuda a reforzar el sistema inmunológico, disminuir la inflamación de la



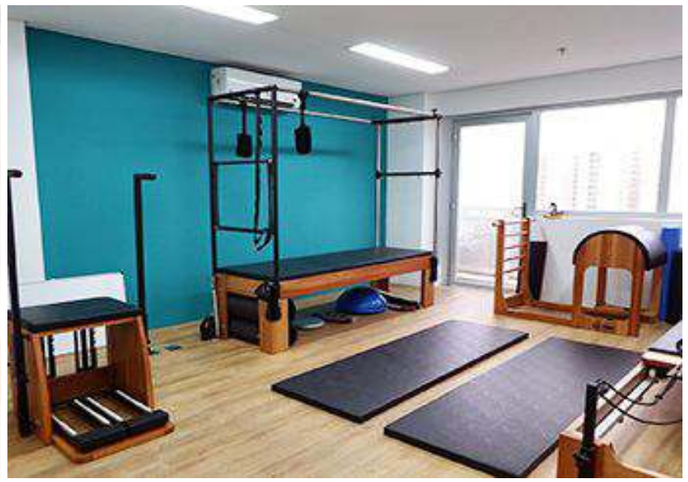
Blanco

CARACTERÍSTICAS: Ayuda aliviar la sensación de desespero y de shok. Ayuda a purificar el cuerpo. Ayuda a generar paz y confort.









LA BIOFILIA

El primero en usar el término 'Biofilia' fue Erich Fromm desde el ámbito de la psicología, sin embargo fue un biólogo de Harvard, Edward O. Wilson, quien desarrolló el concepto de que las personas estamos irremediablemente vinculadas a la naturaleza y que este contacto es esencial para un desarrollo psicológico y físico a plenitud. En 1984 Wilson publicaría la primera disertación sobre esta idea fundada sobre la base de que más del 99 por ciento de la historia de la humanidad transcurrió en estrecha vinculación con la naturaleza, donde la vida organizada a través de la caza y la recolección nos convirtió en seres biocéntricos. El pequeño porcentaje restante (menos del 1 por ciento), equivale a la vida tal y como la conocemos hoy en día, regida por la producción a gran escala y la coexistencia en medio de entornos urbanizados, con poca o ninguna presencia natural.

Nuestro proceso de evolución habría marcado para siempre sentimientos positivos y emociones ligados al paisaje, la vida natural y la experimentación de la misma.

La teoría de la Biofilia cobra más relevancia al entender que cada vez estamos menos expuestos a nuestro verdadero hábitat ancestral e instintivo.

Si cuidamos y nos mantenemos cerca de la naturaleza, la naturaleza cuidará también de nosotros. Este es el principal motivo por el que la Jardinería Terapéutica está popularizándose cada vez más, tras la certeza absoluta de que estamos biológicamente condicionados para la exposición a la naturaleza y que, además, sin este contacto nuestra salud puede llegar a deteriorarse y nuestra calidad de vida decrecerá significativamente.



Principios de la Biofilia
1- Integrar interior con exterior facilitando vistas
2- Uso de la luz natural
3- Presencia de agua
4- Analogías naturales con materiales, formas, texturas, aromas.
5- Circulación de aire
6- Imágenes de naturaleza

HUMANIZAR es personalizar la atención, poner en el centro a las personas, no sólo a los pacientes sino también a los acompañantes y personal de cualquier equipamiento.





SUSTENTABILIDAD

SUSTENTABILIDAD

Hacer uso correcto de los recursos actuales sin comprometer los de las generaciones futuras

SOSTENIBILIDAD

Considera todos los procesos humanos que en un ambiente de equidad y globalidad, buscan el desarrollo y bienestar equitativo de las personas cuidando el medio ambiente

Arquitectura Sustentable

La construcción es la responsable de aproximadamente el 40 por ciento del consumo de energía y emisiones de CO_2 en el mundo .Por lo tanto, la arquitectura es uno de los actores que se ven obligadamente involucrados en trabajar para reducir este impacto, utilizando criterios de diseño, materiales y técnicas constructivas más eficientes.

La Arquitectura Sustentable busca reducir el impacto ambiental de la construcción en todo su ciclo de vida, esto quiere decir, desde la elección de los materiales, teniendo en cuenta los costos energéticos de extracción, industrialización y transporte; la puesta en obra y ejecución de la misma, eligiendo sistemas constructivos eficientes; el uso de la construcción, donde se verá el consumo energético de la misma, tanto para climatización e iluminación, los cuales estarán vinculados directamente a un diseño de arquitectura capaz de adaptarse al medio ambiente, de forma inteligente, aprovechando entre otras cosas de la energía del sol o la ventilación natural. Y por último, para cumplir con un ciclo de vida sustentable es muy importante tener en cuenta el impacto generado por la construcción en la etapa de reciclaje o reutilización.

Principios de la arquitectura sustentable

- Adecuar el diseño a las condiciones del sitio (geográficas, topográficas y climáticas)y a la cultura donde se emplaza.
- Diseñar estrategias de iluminación y ventilación natural.
- Proyectar un uso racional y eficiente del agua, aprovechando agua grises y de lluvia.
- Desarrollar un adecuado aislamiento térmico

Utilizar fuentes renovables de energía.

- Usar materiales adecuados, en especial que puedan recuperarse, reciclarse y/o reutilizarse, que sean durables, y que no contengan productos peligrosos o contaminantes.
- Reducir las emisiones de CO_2 y otros contaminantes.
- Utilizar los recursos ambientales de modo sostenible.
- Tender hacia la eficiencia energética (ahorro de energía y creación de energía propia).
- Elegir materiales locales para evitar la emisión de gases contaminantes por el transporte.
- Optar por proveedores cuyos materiales dispongan de certificaciones ambientales.
- Evitar en la construcción la generación masiva de residuos.



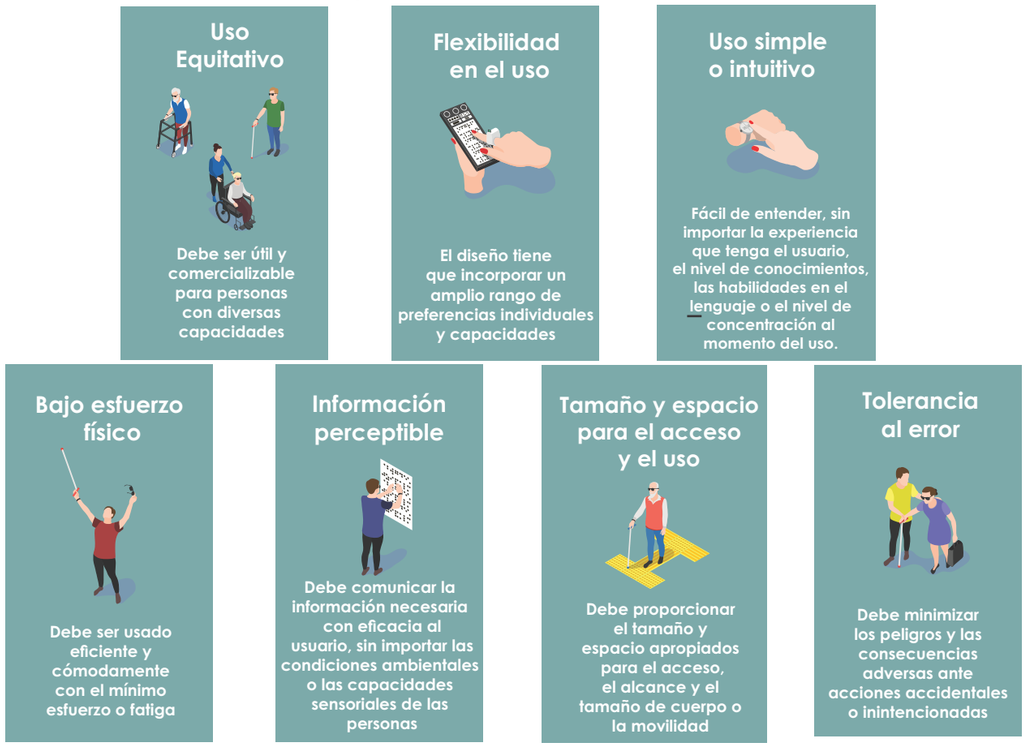
ACCESIBILIDAD UNIVERSAL- DISEÑO INCLUSIVO

ACCESIBILIDAD UNIVERSAL: Es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad, de la forma más autónoma y natural posible. Resulta un concepto absolutamente contrapuesto al de barreras.

La ACCESIBILIDAD UNIVERSAL pasa desapercibida a los usuarios, el diseño es igual o equivalente para todos, cómodo, estético y seguro. El usuario se acomoda instintivamente a la circulación y uso de los espacios, sin notar o tener que buscar las alternativas que se ajustan a su condición de desplazamiento, capacidades sensoriales o situaciones temporales de movilidad reducida.

DISEÑO UNIVERSAL: La actividad por la que se conciben o proyectan, desde el origen, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos, herramientas, de forma que puedan ser utilizados por todas las personas o en su mayor extensión posible.

PRINCIPIOS QUE RIGEN EL DISENO UNIVERSAL



CRITERIOS DALCO
(DEAMBULACIÓN, APREHENSIÓN, LOCALIZACIÓN Y COMUNICACIÓN)

Deambulación: los desplazamientos tienen que permitir a los usuarios llegar a todos los lugares y objetos a utilizar, por lo que cualquier persona debe poder realizar con facilidad independientemente del estado en el que se encuentre y de las ayudas técnicas con las que cuente. Para ello, deben contemplarse varios aspectos, como las zonas de circulación, los espacios de aproximación, las áreas de descanso, los cambios de plano y los tipos de pavimento.

Aprehensión: la acción de manipular (ya sea con las manos, con otras partes del cuerpo o con otros elementos cuando no sea posible utilizar éstas) es necesaria para el uso de los elementos dentro de un entorno e incluye acciones como aprehender, asir, atrapar o pulsar. Por ello hay que tener en cuenta como es el alcance a los mecanismos, el accionamiento, su agarre y su transporte.

Localización: sistema de elementos que sirven como signo o medio para conocer algo distinguiéndolo del resto. Para que la localización sea posible tiene que disponerse de una adecuada señalización (canal visual, auditivo y táctil), iluminación, pavimento (con diferentes colores según la zona y que contrasten con los elementos circundantes), líneas de encaminamiento para seguir en espacios abiertos o para advertir elementos que supongan riesgos.

Comunicación: la comunicación hace referencia a la transmisión y recepción de información que acompañará a la puesta o disposición de los bienes y servicios mediante medios materiales y/o personales. La información se debe transmitir de forma clara, sencilla y sin ambigüedades. Cuando los medios transmitan algún tipo de información a través de pulsadores, teclados, botoneras, etc, deberán acompañarse de sistemas táctiles como método complementario. De entre todos los elementos para la información se puede destacar: señales en forma de panel, soportes audiovisuales (con información subtitulada, signada y audiodescrita), señales luminosas (con un contraste adecuado), señales acústicas (avisos, voz digitalizada y sirenas, cuyo nivel sonoro sea adecuado al espacio en el que nos encontremos) y señales táctiles (ubicadas en lugares fácilmente localizables y alejados de áreas que puedan suponer riesgo).

3.12- MARCO NORMATIVO-LEGAL

Encontramos, de acuerdo a lo referido supra, que en la Argentina existió una visualización progresiva de la temática que ocupa el presente trabajo, desde el punto de vista legislativo específico, a partir del Año Internacional de la Persona con Discapacidad (1981), generándose la Ley Marco 22.431/81.
De ahí en más transcurrieron varios años durante los cuales se dieron múltiples modificaciones de dicha ley, y se crearon otras paralelas sobre temas anexos ampliando la cobertura considerada en la misma.
Fue a fines de la década del noventa, cuando se produjo un gran avance en el tema del abordaje de la rehabilitación y otras prestaciones a través de la Ley 24.901/97. En ella se las describió y se las agrupó con claridad a fin de contar con un Sistema Único de atención y evitar, de este modo, que las diferentes coberturas sociales difirieran su oferta asistencial u otras. Se estableció, además, una forma de atención para carecientes.
En el caso de las de Salud están comprendidas las siguientes:
Módulo Integral Intensivo.
Módulo Integral Simple.
Hospital de Día. Jornada Simple.
Hospital de Día. Jornada Doble.
Internación para Rehabilitación.

Normativa, convenios, declaraciones vigentes sobre discapacidades/Rehabilitación en general, (y si hay) normativa específica de discapacidades físicas o motrices (en Argentina o como antecedente de otros países a tener en cuenta).

INTERNACIONAL
Ley 25.280 Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (2000). Tiene como finalidad eliminar toda forma de discriminación de las personas con discapacidad.
Ley 26378 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad(2008)
Propósito: El propósito de la Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a

NACIONAL
Ley 18384 Reglamentación Servicio Nacional de Rehabilitación
ARTICULO 1.- Créase, con sede en la Capital Federal y con carácter de organismo descentralizado y autárquico, el Servicio Nacional de Rehabilitación, cuya vinculación con el Poder Ejecutivo nacional se establecerá por intermedio de la autoridad sanitaria nacional.
ARTICULO 2.- El Servicio Nacional de Rehabilitación tendrá por finalidad propender a la rehabilitación física, psíquica y económico-social de las personas que a consecuencia de factores congénitos o adquiridos adolezcan de cualquier disminución de su capacidad psíquica o física. A tales fines será de su competencia:
I - Participar en el planeamiento e intervenir en la implementación y desarrollo de programas integrados de rehabilitación;
II - Actuar como organismo oficial de consulta para orientar la coordinada promoción de las actividades a desarrollar por entidades públicas o privadas en todo el país; y
III - Extender su acción a toda la República para proporcionar, en forma concurrente con las provincias, ayuda técnica y económica a las entidades oficiales y privadas que en cada jurisdicción actúen con propósitos coincidentes con los de esta ley.
Ley Nº 22.431 (16/03/1981) del "Sistema de protección integral de los discapacitados": se refiere al Estado como principal obligado, resultando las obras sociales como subsidiarias.
Ley 24.901 Sistema en aplicaciones básicas de habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad: Las obras sociales tienen a su cargo "con carácter obligatorio" la cobertura total de las prestaciones básicas. Lo expuesto implica que aquellas personas con discapacidad que tengan cobertura de una obra social, deberán reclamar el cumplimiento de las prestaciones a éstas, y el Estado será el encargado de prestarlas a aquellas personas que carezcan de obra social.
Resolución 1328/2006- Modificación del Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. La siguiente resolución determina lo que se detalla a continuación.

CENTRO DE DÍA

Es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

La determinación de la discapacidad severa o profunda de los beneficiarios deberá tener en cuenta el diagnóstico funcional de los mismos, lo que implica la consideración de su desempeño en forma integral. Es decir, evaluando las aptitudes, intereses y posibilidades de la persona con discapacidad desde una perspectiva bio-psico-social.

El Centro de Día procurará, fundamentalmente, brindar contención a personas que por el nivel severo o profundo de su discapacidad no estén en condiciones de beneficiarse de programas de educación y/o rehabilitación, y tratará en todos los casos de estimular intereses y desarrollar aptitudes en los beneficiarios para alcanzar en cada caso el mayor nivel de desarrollo posible.

El tipo de discapacidad de los beneficiarios puede ser mental, motriz, sensorial o visceral, pero en todos los casos el nivel de la misma será severo o profundo o puede tratarse también de personas multidiscapacitadas.

Beneficiarios:
• Jóvenes y adultos con discapacidad severa o profunda imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral.

• Niños con discapacidad severa o profunda que no puedan acceder a otro tipo de servicios. Preferentemente, en las etapas anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de Estimulación Temprana, sistema educativo o Centros Educativo Terapéuticos.

Los beneficiarios se agruparán por edad y diagnóstico funcional en servicios independientes para niños y adolescentes y servicios para jóvenes y adultos, pudiendo compartir el equipo directivo, básico y técnico asistencial.

Modalidad: ambulatoria.

Equipo Técnico Profesional: El Centro de Día deberá contar con un equipo Técnico Profesional básico, para una población de aproximadamente 30 concurrentes:
Equipo Básico Obligatorio:
a) 1 Director
b) 1 Terapista Ocupacional
c) 1 Médico
d) 1 Psicólogo
e) 1 Asistente Social
Equipo de Apoyo (Obligatorio)
f) Orientadores (1 cada 10 concurrentes)
g) Auxiliares de Orientadores (1 por turno)
Profesionales según discapacidad:
h) Kinesiólogo
i) Musicoterapeuta.
j) Fonoaudiólogo
k) Psicomotricista
l) Otras especialidades con incumbencia y reconocidas oficialmente

Frecuencia de atención: Por las características del servicio que se ofrece el mismo deberá funcionar de lunes a viernes en turno mañana y/o tarde.

Servicios:
• Atención médica: actualización de diagnósticos, pronósticos y seguimiento de los tratamientos. Prescripción y/o control de medicamentos y estudios específicos. Derivación y coordinación con otros servicios médicos especializados donde recibe atención el concurrente.

• Apoyo familiar y/o individual: se desarrollarán acciones tendientes a fortalecer los vínculos con el grupo familiar del concurrente y desarrollar otros nuevos con otros integrantes del medio donde se desenvuelve.

PROVINCIAL
Ley 4478 Régimen de protección Integral para personas discapacitadas.
Decreto Ley 156/2001.Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad. Adhesión de la Provincia a la ley nacional 24.901 y su reglamentación, aprobada por dec. 1193/98.

NORMATIVA DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

Se toma como antecedentes la normativa vigente en la municipalidad de Rosario, teniendo en cuenta que la Provincia de Corrientes se adhiere a las normativas de orden Nacional.

Ordenanza N° 7545/03.

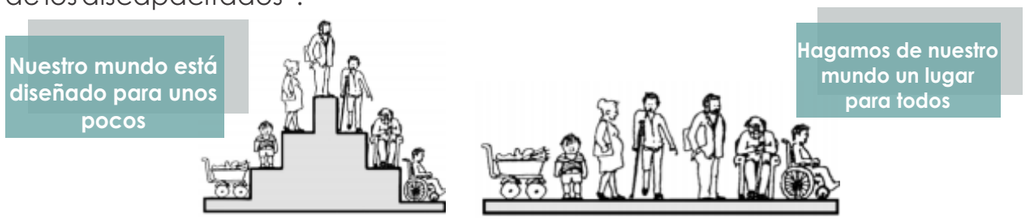
Para el uso de Playas de Estacionamiento: "Determinación de la Capacidad". Disposición de vehículos a 90°, Box de estacionamiento a 90° a ambos lados con un ancho mínimo de calle de circulación de 6 m.

EDIFICIOS DE PROPIEDAD PÚBLICA Ó PRIVADA, DESTINADO
AL USO QUE IMPLIQUE LA CONCURRENCIA DE PÚBLICO

Ingresos y Pasillos de circulación: En los edificios públicos, privados de uso público y/o de viviendas colectivas, cuando la solución arquitectónica obligue a la construcción de escaleras de acceso, o en caso de existir diferencias entre el nivel de la acera y el hall de acceso principal deberá preverse una rampa de ingreso con un ancho mínimo de 1,30 metros, con piso antideslizante y de una pendiente no superior al 10 por ciento.

Medios de elevación vertical Ascensores: Deberá contar como mínimo con un ascensor adaptado para personas con discapacidad, siendo la dimensión interior mínima de la cabina de 1,10 por 1,40 m., con pasamanos separados a 0,05 m. de las paredes en los tres lados libres; la puerta del ascensor será de fácil apertura; en caso de no contar con ascensorista, la botonera de control permitirá que la selección de las paradas pueda ser efectuada por discapacitados visuales, mediante una botonera con números en relieve de 0,015 m., ubicándose la misma a 0,50 m. de la puerta ya 1 m. de nivel del piso de ascensor, y en forma de botonera horizontal.

Escaleras: Las escaleras deberán respetar las indicaciones especiales, del reglamento sobre "barreras arquitectónicas". En los casos de construcción de escaleras que no correspondan a dichas indicaciones deberán instalarse plataformas salva escalera o preverse otros recorridos "alternativos para el uso de los discapacitados".



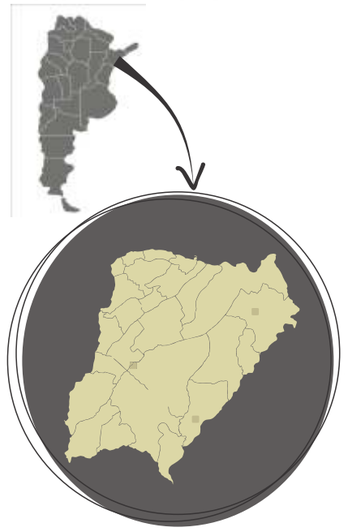
Art. 40°.- Quedan prohibidos los desniveles que se constituyen con un único peldaño, el cual deberá ser sustituido por una rampa.
Art. 41°.- Todo desnivel deberá ser sorteado mediante rampas las cuales serán construidas de acuerdo con la reglamentación sobre barreras arquitectónicas. En caso de rampas que no tengan pendiente superior a la máxima admisible, este proyecto deberá ser justificado mediante una memoria.

Baños: Se deberá cumplir con la Ordenanza N° 7273/02.
Art. 1°.- Determinase por la presente, las características que deberán reunir los baños de discapacitados en el:
1- Acceso al Local Baño - Zona de entrada: Sin desniveles de piso o escalones en el acceso al local y con el nivel del local propiamente dicho, convenientemente iluminado.
Frente a la puerta de ingreso al local se dispondrá un espacio libre suficiente para ingresar al mismo, con una dimensión mínima de 1,20 m (que permita un giro de 90° de la silla de ruedas considerando una circulación lateral al local).
2- Puerta de ingreso: En todos los casos la puerta de ingreso deberá abrir hacia afuera.
Luz libre mínima: 90 cm medida con la puerta abierta desde ésta hasta el marco de la puerta.
Placa protectora metálica: la puerta deberá tener defensa inferior, en ambas caras de la puerta en 25 cms de alto, dispuesto en el sector de contacto con el apoya pie de sillas de ruedas.
Sistema de apertura de puerta: Cara exterior: manijas colocadas a una altura de 75 a 90 cm desde el nivel del piso, prohibiendose el empleo de pomos circulares.
Cara interior: Es aconsejable colocar un caño de 5 cm de diámetro y una longitud de 60 cm que facilite el cierre de la misma: (colocada a una distancia aproximada de 30 cm de las bisagras)-. Se utilizarán manijas antipánico del tipo rectas, fácil de accionar.
3- Espacio de giro de 360° para sillas de ruedas dentro del local: El local deberá poseer un espacio libre que permita inscribir un circulo de 1,50 mts de diámetro.
4- Artefactos a disponer en el local baño para discapacitados: El local baño para discapacitados deberá contar como mínimo con los siguientes artefactos: Inodoro y lavatorio.
5- Elementos a disponer en el local Baños para discapacitados: Espejo, griferías, barrales horizontales y verticales, barrales fijos, barrales rebatibles, alarma,

4 DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS

4.1- PROVINCIA DE CORRIENTES 〉 DIMENSIÓN FÍSICA-NATURAL

LOCALIZACIÓN



La Provincia de Corrientes se ubica al Noroeste de la República Argentina y pertenece a la región NEA junto con las provincias de Formosa, Chaco y Misiones. Posee una extensión de 89.428 km2 formando parte de la Mesopotamia Argentina.

Corrientes limita al norte con la República del Paraguay, al oeste con las Provincias de Chaco y Santa Fe, al este con Misiones, con la República Oriental del Uruguay y con Brasil, mientras que al sur lo hace con la Provincia de Entre Ríos.

Alberga a 1.120.801 habitantes (49% de varones y 51% de mujeres), según indican las proyecciones al 30 de junio de 2020.

Conforma el 3.2 % de la superficie continental Argentina.

La misma se encuentra conformada por 25 departamentos, según lo establecido por el Censo Nacional realizado por el INDEC en el año 2010, el mismo a su vez se encuentra subdividido en Municipios.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PROCESO DE FORMACIÓN

En sus principios la Provincia de Corrientes presentaba una división por regiones, previo a la división departamental de la misma.

La provincia de Corrientes desde sus orígenes fue creciendo desde el puerto mediante el intercambio económico producido en él. Dicho intercambio relacionaba a toda la ciudad de Corrientes con la ciudad de Resistencia y con todas aquellas ciudades que tenían estrecho vínculo económico productivo con el Río Paraná.

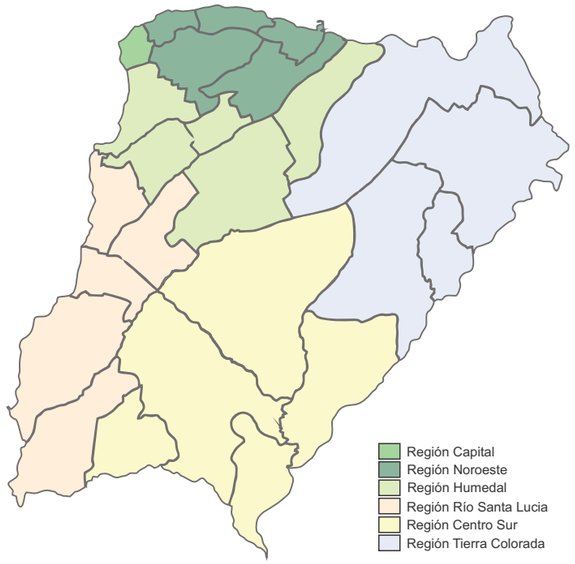
CRECIMIENTO Y EXTENSIÓN TERRITORIAL



Todas las localidades del interior de Corrientes fueron extendiendose desde el puerto en forma de abanico hacia el interior de la Provincia, creciendo a los alrededores de las principales vías de comunicación del territorio.

Por dicho motivo la infraestructura y los equipamientos de los distintos servicios públicos mantuvieron el mismo sentido de crecimiento.

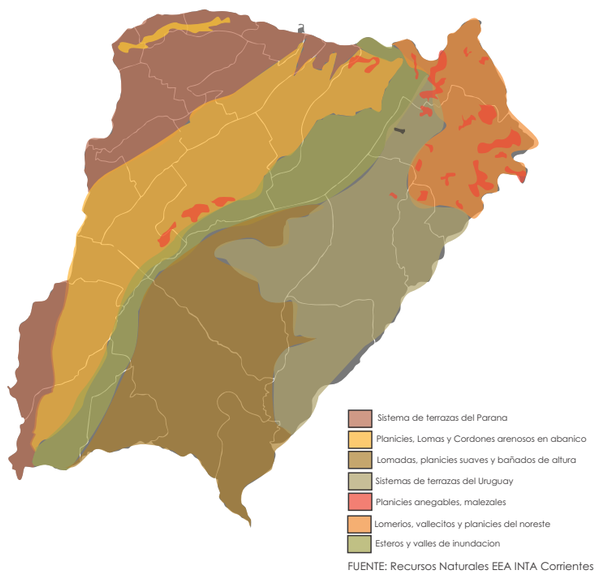
Con el paso de los años, el crecimiento de la capital provincial generó una fuerte centralización de los equipamientos y de los distintos servicios de la Provincia.



Está organizada con 74 gobiernos locales (municipios) enmarcada en 6 regiones (Capital, Noroeste, Humedal, Tierra Colorada, Río Santa Lucía y Centro Sur).

En la región Capital se encuentra la mayor concentración de población (36%), seguida de la región Río Santa Lucía (21%), luego Centro Sur (18%) y continúan Tierra Colorada, Humedal y Noroeste (11%, 8% y 6% respectivamente).

TOPOGRAFIA



FUENTE: Recursos Naturales EEA INTA Corrientes

Topográficamente la provincia puede considerarse dividida por la laguna Iberá y su prolongación del río Corriente, en dos regiones: la zona occidental y la zona oriental.

La zona occidental es un terreno llano con ondulaciones de arena rojiza (médanos consolidados) rodeadas de bañados, esteros y pantanos a lo que concurren el terreno arcilloso y el perfil con escasa pendiente que retienen las aguas pluviales.

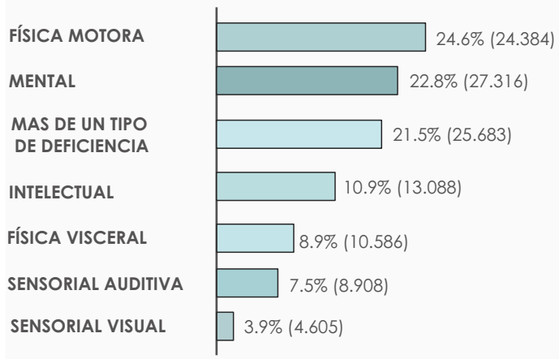
La zona oriental presenta una topografía elevada con una marcada pendiente donde se destacan formaciones calcáreas y graníticas cubiertas por una capa de suelo de profundidad relativa.

Al momento de elaboración del anuario estadístico, noviembre de 2020, se registraban **1.352.301 CUD vigentes.**
Desde sus inicios en el año 2009, el Registro Nacional de Personas con Discapacidad, incrementó en forma permanente la cantidad de CUD emitidos por las Juntas Evaluadoras Interdisciplinarias de todo el país, a excepción del año 2018, en el cual se produjo una sensible baja en la emisión respecto al año anterior. No obstante, durante el año 2019, se emitieron 274.496 CUD, retomando nuevamente la tendencia de crecimiento constante.
En lo que respecta a la emisión durante **2020,** se registró la emisión de **119.570** Certificados Únicos de Discapacidad en todo el país. Está marcada merma debe ser leída en el actual contexto de la pandemia de SARS-COVID 19, el cual obligó a las jurisdicciones a adoptar diferentes medidas sanitarias de aislamiento social, preventivo y obligatorio, como estrategia para impedir el avance de la pandemia. En este sentido, aquellos trámites y gestiones administrativas presenciales no imprescindibles fueron postergados con el propósito de disminuir la circulación de la población, lo que explicaría el notable descenso en la emisión respecto de años anteriores.

TIPOS DE DISCAPACIDAD

ARGENTINA

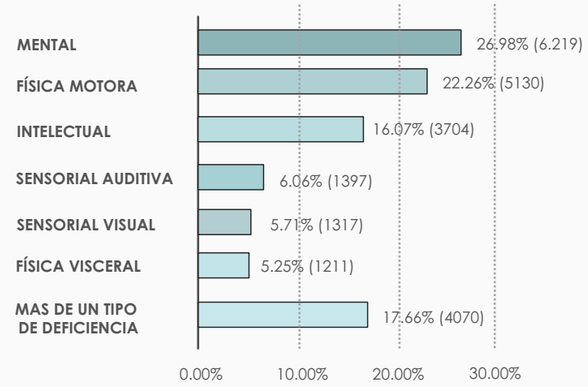
Personas con CUD según deficiencia de origen. Año 2020. Total país



FUENTE: DIRECCION DE ATENCION A LA DISCAPACIDAD-CTES. CON BASE EN PENTAHO.

PROVINCIA DE CORRIENTES.

CUD activos según tipo de deficiencia en toda la Prov.

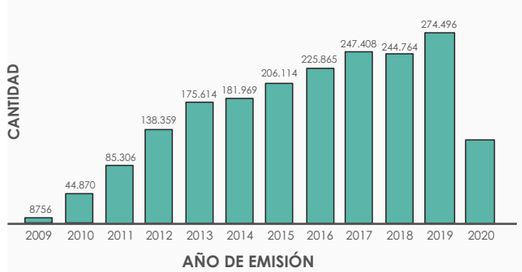


FUENTE: Registro Nacional de personas con discapacidad-ANDIS

CANTIDAD DE CERTIFICADOS EMITIDOS

ARGENTINA

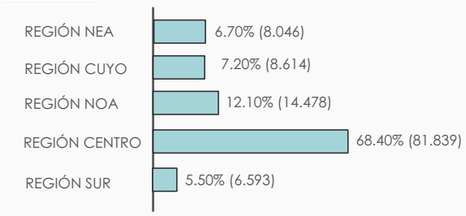
Evolucíon de la emisión del CUD 2009-2020



FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO 2020

REGION NEA

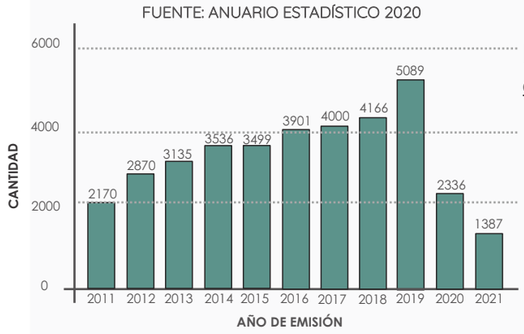
Personas con CUD según regiones del país. Año 2020



FUENTE: Registro Nacional de personas con discapacidad-ANDIS

PROVINCIA DE CORRIENTES.

Cantidad CUD emitidos por año en toda la Provincia

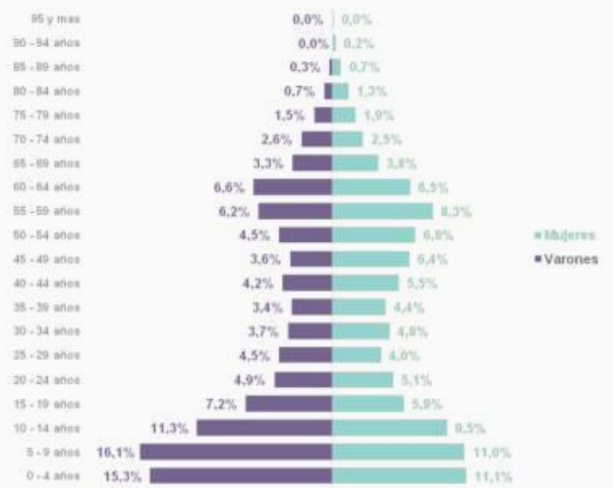


FUENTE: DIRECCION DE ATENCION A LA DISCAPACIDAD-CTES. CON BASE EN PENTAHO.

DISCAPACIDAD POR EDAD Y SEXO

REGION NEA

Pirámide de la población con discapacidad certificada durante 2020. Región Noreste

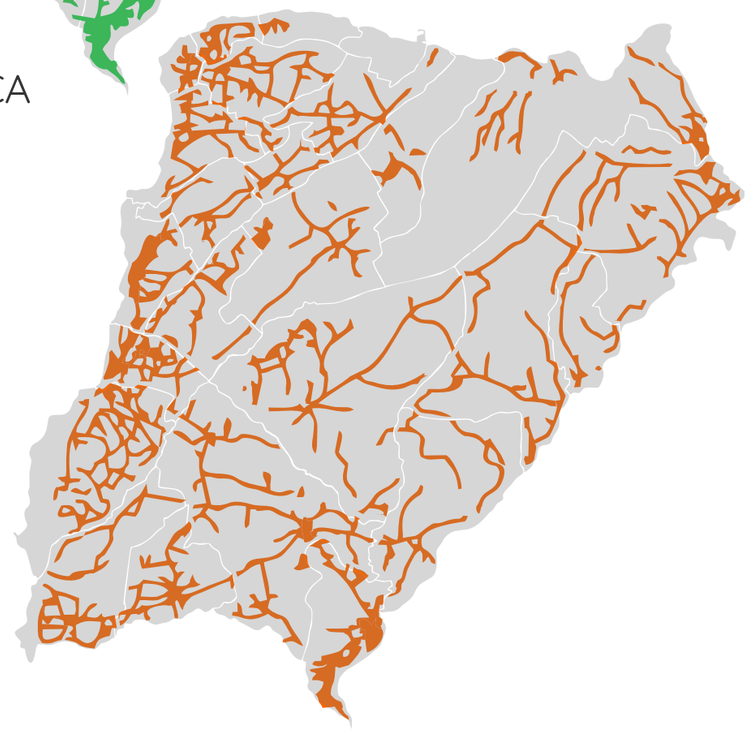


El registro de tipos deficiencias que se existe en la provincia, muestra que las deficiencias que presentan major porcentaje son las deficiencias de tipo mentales, física motoras e intelectuales. Por dicho motivo, es necesario que el objetivo del trabajo abarque más de una sola discapacidad, incluyendo un desarrollo integral e inter-disciplinario que integre los tres tipos de discapacidades registrados con mayores valores mencionadas anteriormente.
A demás se observa que los rangos deedad de personas menores a 15 años-19 años y mayores a 50 son los que presentan un aumento en la cerficación. por lo que se determina que en el centro propuesto se brindará atención a estos dos rangos de edad específicamente. Es decir, niños y

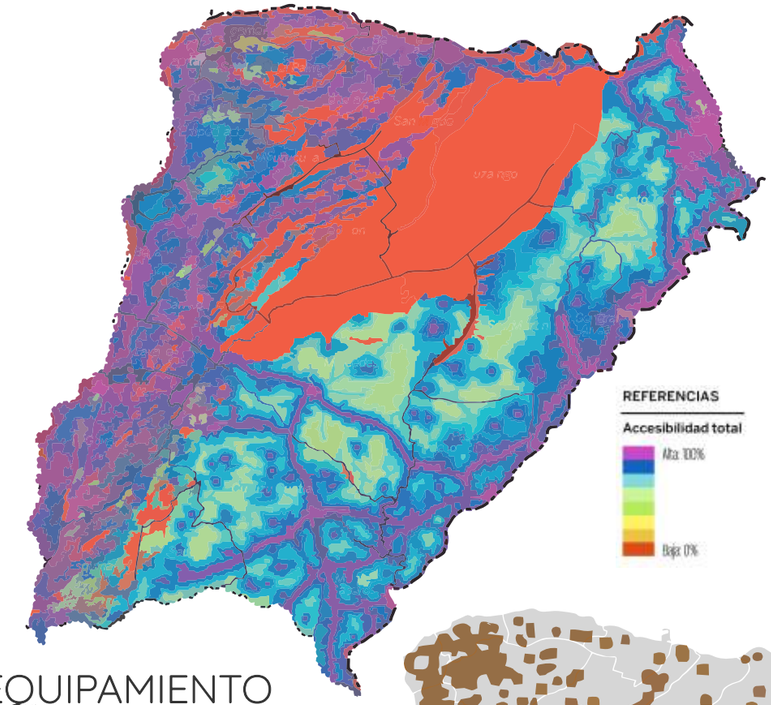
INFRAESTRUCTURA VIARIA



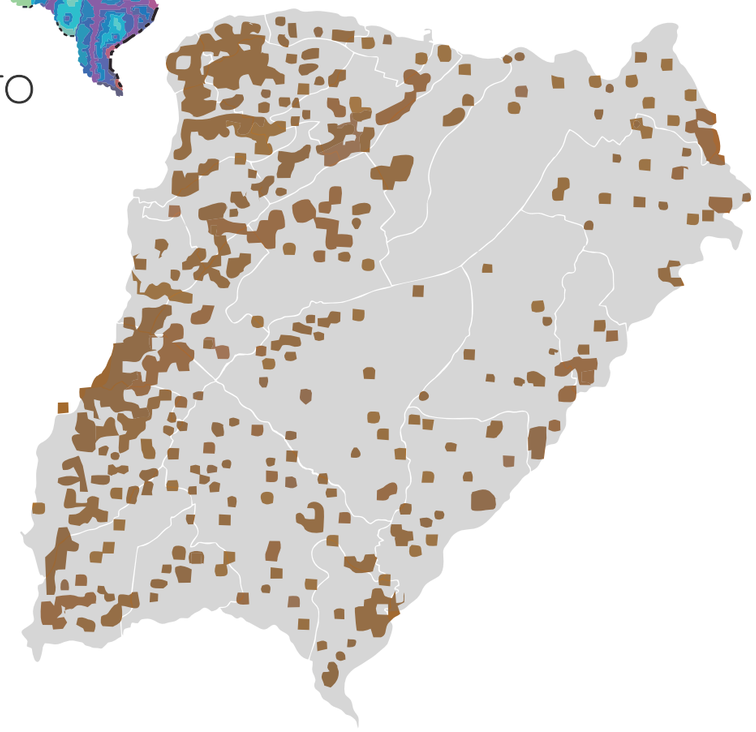
RED ELÉCTRICA



ACCESIBILIDAD



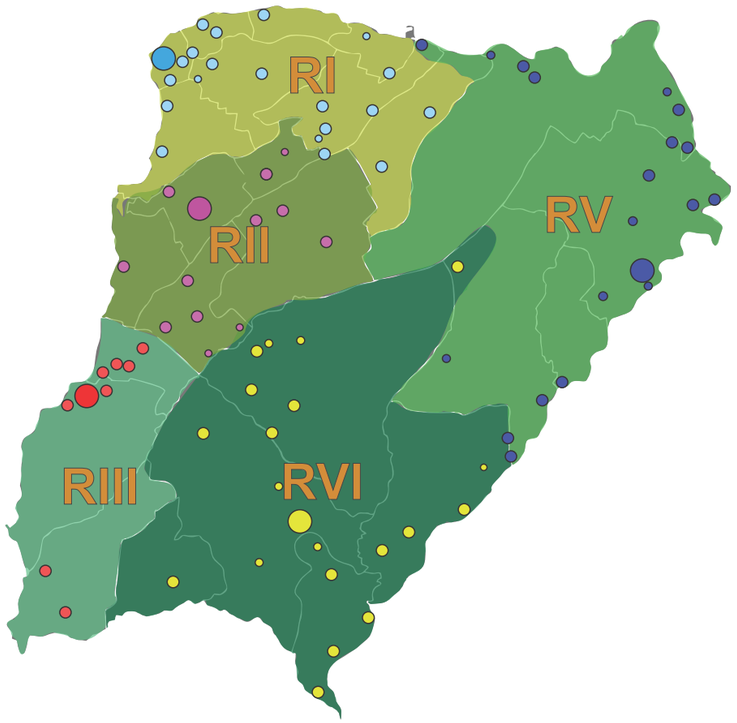
EQUIPAMIENTO EDUCATIVO



PROVINCIA DE CORRIENTES

DIMENSIÓN URBANA-SANITARIA

REGIONES SANITARIAS



R I: Capital, San Cosme, Itatí, Berón de Astrada, Gral Paz, San Miguel, Empedrado.

R II: Bella Vista, Concepción, Mburucuyá, Saladas y San Roque.

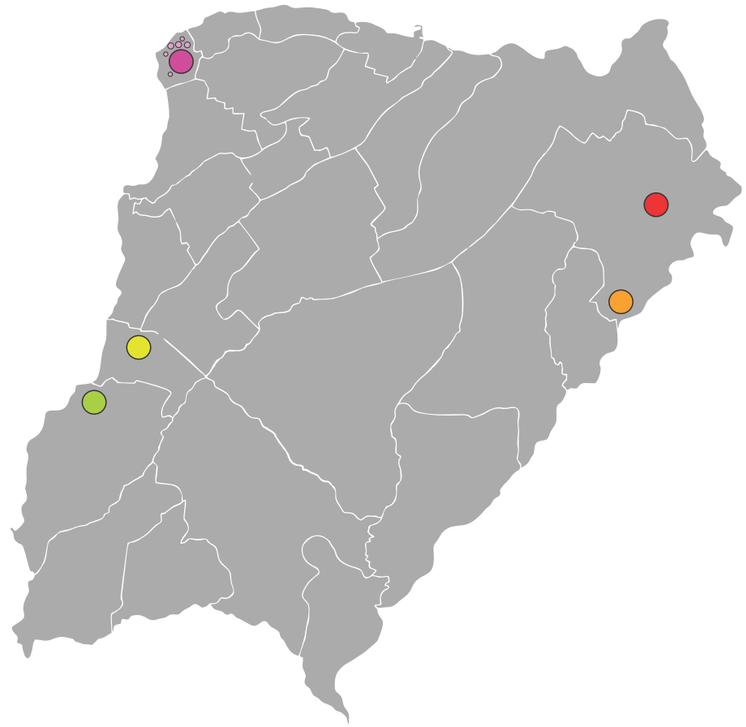
R III: Lavalle, Goya, Esquina.

R IV: Sauce, Curuzú Cuatiá, Mercedes, Monte Caseros y Paso de los libres

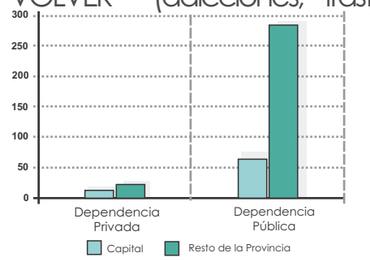
R V: Ituzaingó, Santo Tomé, Gral. Alvear, San Martín.

- Hospital Regional "Angela I. de Llano"
- Hospital Regional "María Auxiliadora"
- Hospital Regional "Dr. Fernando Irastorza"
- Hospital Regional "Dr. Camilo Muniagurria"
- Hospital Regional "San Juan Bautista"

EQUIPAMIENTO EN REHABILITACIÓN



- Instituto Correntino de Ayuda al Lisiado ICAL Ctes. capital. CARACTER ESTATAL
- Centros de rehabilitación física, neurocognitiva en Ctes capital.
- Centro de Rehabilitación Integral SYNERGIA Gdor. Virasoro Ctes.
- Centro de rehabilitación CRC - Santo Tome Ctes.
- - Centro de rehabilitación "Fundación Pequeños pasos" - Santa Lucia Ctes
  - Centro de rehabilitación y adaptación física KINNEC - Santa Lucia Ctes.
- Centros de rehabilitación VOLVER (adicciones, trastornos alimenticios y de la conducta)- Goya Ctes.



PROVINCIA DE CORRIENTES

ANÁLISIS EVALUATIVO

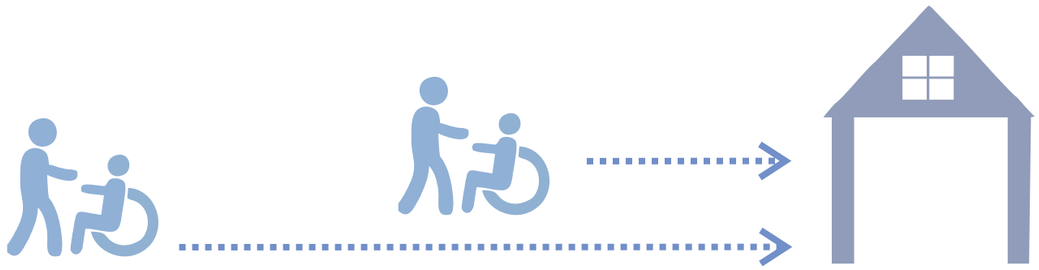
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO: Todos los servicios se extienden con sus respectivas redes y equipamientos a todas las localidades de manera moderada. Posibilitando la ubicación de la propuesta en cualquier punto del interior de la provincia de Corrientes.

ACCESIBILIDAD: Según la información del mapa de accesibilidad presentado en el diagnóstico, la mitad Oeste del territorio presenta un nivel de accesibilidad mayor que el de la mitad Este. Debido a esto se considera la franja Oeste de la provincia como potencial sector de ubicación de la propuesta.

RANGO ETÁREO DE DISCAPACIDAD: Según los porcentajes de discapacidad por rango etáreo observados en el diagnóstico (gráfico x) se define que los rangos de edad correspondientes a menores de 15 años (48%) y de 15 a 65 años (47%) se encuentran en valores similares, sumando entre ellos el 95% de la población con discapacidad. Por lo tanto se selecciona estos rangos como los beneficiarios del servicio propuesto.

DISCAPACIDADES A ABARCAR: De las estadísticas presentadas en el diagnóstico (grafico x) se observa que los mayores indices corresponden a la discapacidad fisica-motora (19,9%), mental (23.1%) e intelectual (20,7%). Por lo que se concluye en la determinación de una propuesta que brinde un servicio de rehabilitacion integral que abarque las discapacidades antes mencionadas.

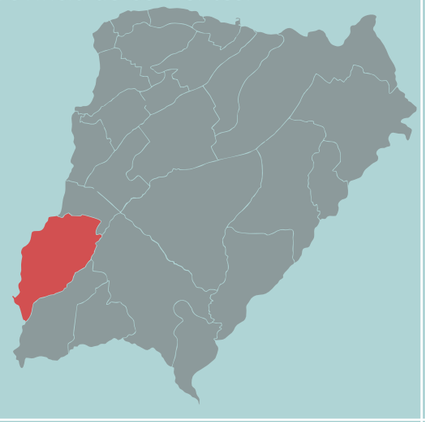
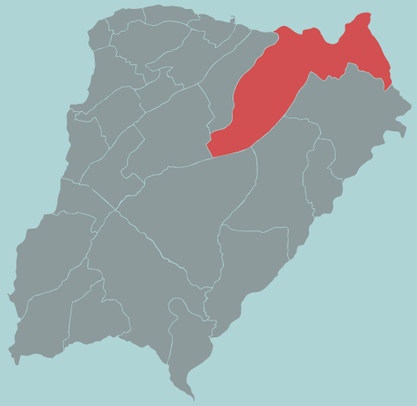
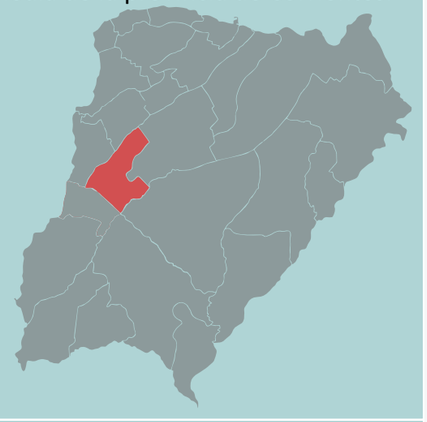
SATURACIÓN: La capital Correntina presenta mayor saturación en el servicio de rehabilitación de carácter público debido a la escasa presencia de este tipo de equipamientos en el interior de la provincia, por presentar las siguientes características:
Servicio profesional variado y especializado
Espacios determinados para la actividad.
Presencia de tecnologías avanzadas
Unificación de la prestación de servicios satisfaciendo distintas demandas en un sólo equipamiento.



3.2- ANALISIS DE LOCALIZACIONES POSIBLES - DETERMINACIÓN DE UBICACIÓN

El comitente propone tres posibles localidades para la ubicación de la propuesta arquitectónica entre las que se encuentran Goya, Ituzaingó y San Roque.

A continuación se analizan dichas localidades teniendo en cuenta diferentes parámetros de comparación y análisis, sumando al análisis una localidad mas a criterio del equipo de trabaajo: el Departamento de Santo Tomé. Por lo tanto se analizan cuatro localidades de posible ubicación.

	GOYA	ITUZAINGÓ	SANTO TOMÉ	SAN ROQUE
1-UBICACIÓN	El Departamento de Goya se encuentra ubicado al Sureste de la provincia de Corrientes. 	El Departamento de Ituzaingó se encuentra ubicada al Noreste de la provincia de Corrientes. 	El Departamento de Santo Tomé se encuentra ubicado al este en la zona media de la provincia de Corrientes. 	El Departamento de San Roque se encuentra ubicado oeste en la zona media de la provincia de Corrientes. 
2- ACCESIBILIDAD	Se accede a la localidad a través de la RN N° 12 y de la RP N° 27. La mismas atraviesan la localidad en sentido longitudinal.	Este departamento se encuentra rodeado por las Rutas Nacionales N° 12, 118 y 120; y por las Rutas Provinciales N°41, 40 y 22.	Se accede a la localidad a través de la RN N° 14 y 120.	Se accede a la localidad a través de la RN N° 12 y 123. La mismas atraviesan la localidad.
3- CATEGORIA SANITARIA	Cabecera de la Región sanitaria III.	Se encuentra dentro de la Región sanitaria V sin ser cabecera de la misma.	Cabecera de la Región sanitaria V.	Se encuentra dentro de la Región sanitaria II sin ser cabecera de la misma.
4- POBLACIÓN	82.703 hab.	19.575 hab.	23.299 hab.	8.511 hab.
5-SUPERFICIE	4.840 km2	9.649 km2	7.094 km2 (abarcando 4 municipios)	2.435 km2

PROVINCIA DE CORRIENTES

ANÁLISIS EVALUATIVO

	UBICACIÓN	ACCESIBILIDAD	CATEGORÍA SANITARIA	POBLACIÓN	SUPERFICIE
GOYA	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢
ITUZAINGÓ	🔴	🟠	🟠	🟠	🟠
SANTO TOMÉ	🔴	🟠	🟢	🟠	🟢
SAN ROQUE	🟠	🟢	🟠	🔴	🔴

DENSIDAD POBLACIONAL

DESCONGESTIÓN: se establece que la ubicación se sitúe en el interior de la provincia promoviendo asi la descongestión del servicio en la capital provincial.

DESCENTRALIZACIÓN: Se propone la implantación del equipamiento de rehabilitación en el departamento de Goya para que éste funcione como punto satélite dentro del servicio provincial teniendo en cuenta que es la segunda ciudad de la provincia de Corrientes con mayor cantidad de habitantes.

CERCANÍA: Se considera que la ubicación del Departamento de Goya es óptima por ser próxima a la mitad sur de la Provincia de Corrientes. Promoviendo al mismo tiempo a la descongestión y descentralización mencionados anteriormente.

CONCLUSIÓN

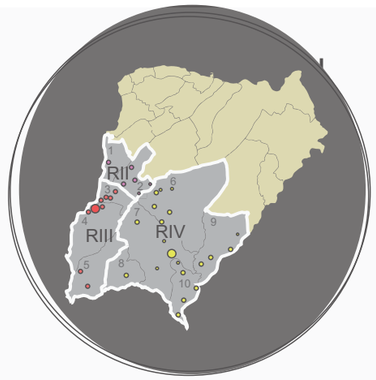


ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN

El área de influencia que abarca la propuesta corresponde a las localidades que se ubican en la mitad sur de la provincia de Corrientes debido a la lejanía que presentan dichas localidades con la capital provincial. Lo que implica que la población de estas tres regiones sanitarias deban recorrer mayores distancias de traslados y generando consecuentemente incrementos en las gastos económicos que esto requiere.

REGION III
3- Lavalle
4- Goya
5- Esquina

REGION IV
6- Mercedes
7- Curuzu Cuatia
8- Sauce
9- Paso de los libres
10- Monte Caseros

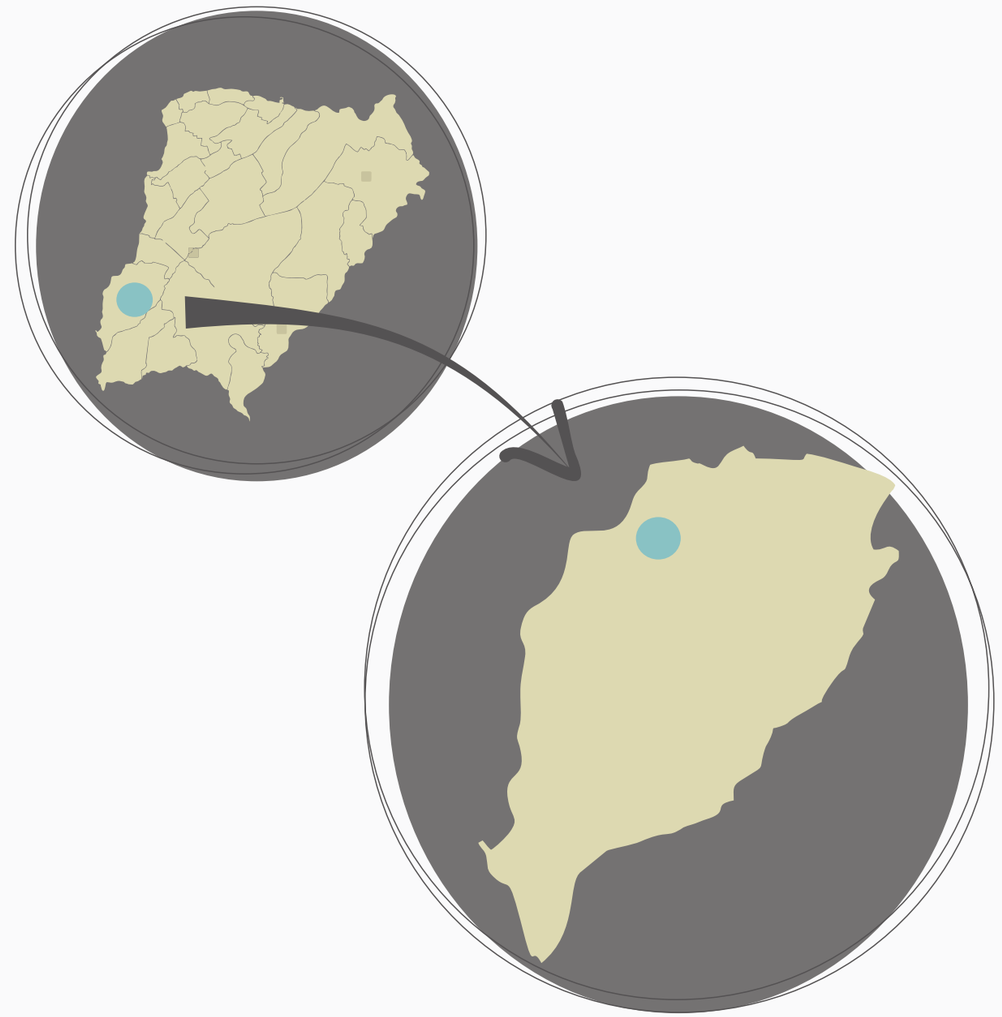


PROYECCIÓN DE HABITANTES CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD DEL ÁREA DE INFLUENCIA

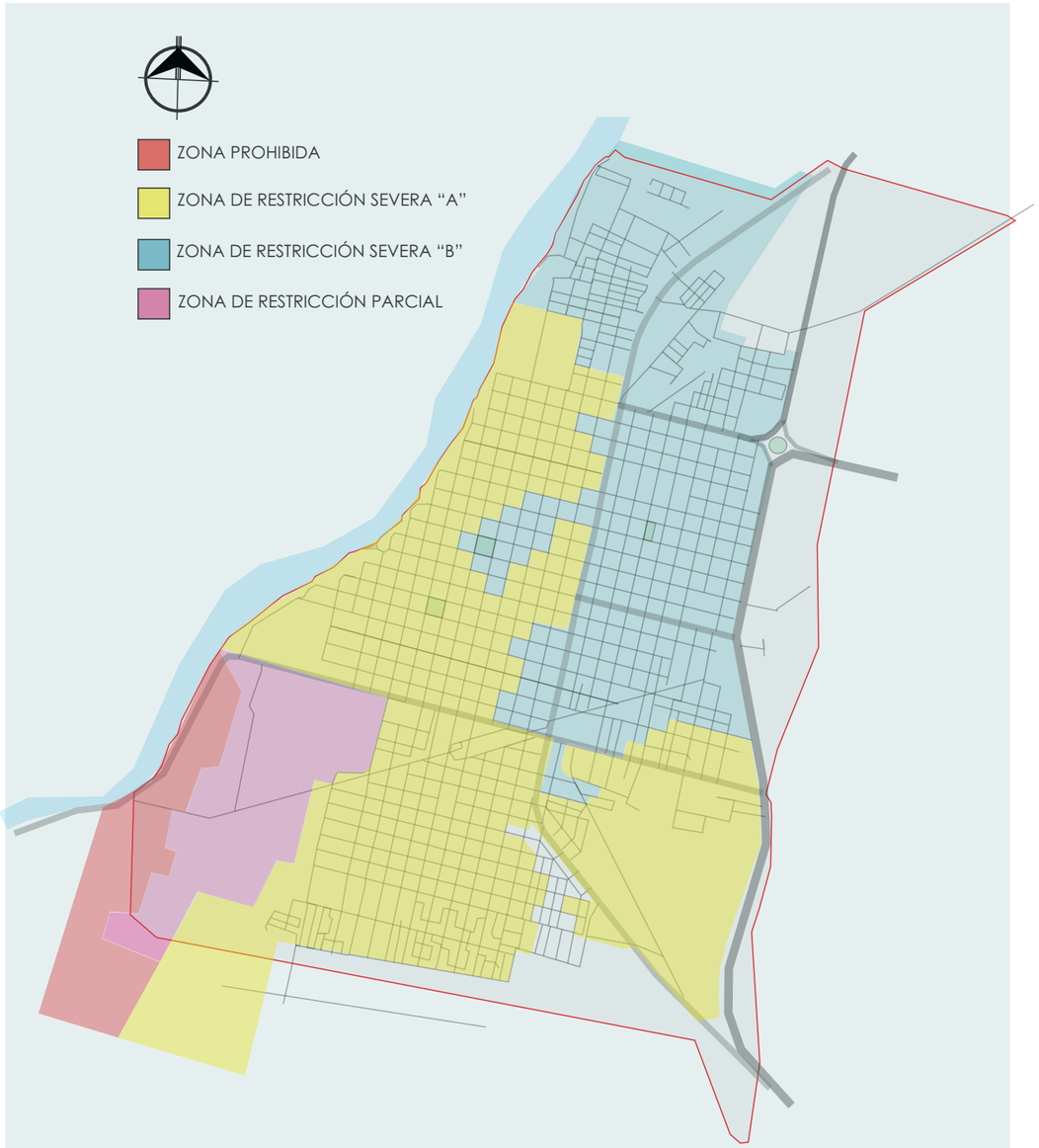
Regiones sanitarias	Departamentos	Poblacion 2010	Poblacion 2020	Proy. A 10 años poblacion 2030	Proy. A 25 años poblacion 2045
R II	Bella vista	34361	39339	43197	49705
	San Roque	8511	8484	9316	10719
R III	Goya	82703	89375	98140	112927
	Lavalle	5509	6451	7083	8150
	Esquina	27240	28211	30977	35645
R IV	Sauce	9032	8901	9773	11246
	Curuzu Cuatia	38087	42871	47075	54168
	Mercedes	36918	38882	42695	49128
	Monte Caseros	25656	26803	29431	33866
	Paso de los Libres	45805	48148	52870	60836
			337465	370557	426390
		Parametro: Cada 100 habitantes se considera 10 personas con algun tipo de limitacion o deficiencia (según indec)	33746	37055	42639
		Tipo de deficiencia			
		Fisica motora 19,9%	6715	7373	
		Mental 23,1%	7795	8559	
		Intelectual 20,7%	6985	7670	
		Mas de una deficiencia 19,4%	6546	7188	
			TOTAL	23602	

UBICACIÓN

La ciudad de Goya se localiza al Suroeste de la Provincia de Corrientes en el margen izquierdo del río Paraná, sobre una de las terrazas de su valle aluvial de unos 7km de ancho. Es la ciudad capital homónima del Departamento.
Su planta urbana se extiende 560hs aproximadamente.



USOS DE SUELO DEPARTAMENTO DE GOYA CORRIENTES



ORDENANZA N° 1.130 (/index.php/ordenanzas/1511-ordenanza-n-1-130)
PROMULGADA POR EL D.E.M DE FECHA 02 DE ENERO DE 2003

ARTICULO 1°.- ESTABLECER, a partir de la promulgación de la presente Ordenanza, las siguientes Zonas de aplicación Plan Director para la Ciudad de Goya que se indican en el Plano que forma parte de ésta y que se designa Plano de Zonificación, según mapa:
a) ZONA PROHIBIDA.-
b) ZONA DE RESTRICCIÓN SEVERA “A”
c) ZONA DE RESTRICCIÓN SEVERA “B”
d) ZONA DE RESTRICCIÓN PARCIAL
e) PARQUE INDUSTRIAL
f) ZONA RURAL

ARTICULO 15°.- EN la ZONA PROHIBIDA no se permitirá ningún uso del suelo, con los alcances previstos en la Ordenanza N° 1.117, salvo autorización expresa por ordenanza de este H.Concejo Deliberante.-

ART.ICULO 16°.- EN la ZONA DE RESTRICCION SEVERA “A” se prohiben todos los usos del suelo, excepto: agricultura y ganadería, forestación con adecuada densidad para no obstruir el escurrimiento, edificios para la recreación con construcciones elevadas por encima de la cota 38m (IGM). Por excepción se podrán considerar emprendimientos no residenciales que contemplen rellenos y terraplenamientos de los terrenos a la cota aludida y cuya evaluación no representen costos sociales y ambientales a la población ante situaciones de riesgo de inundación, según plano.

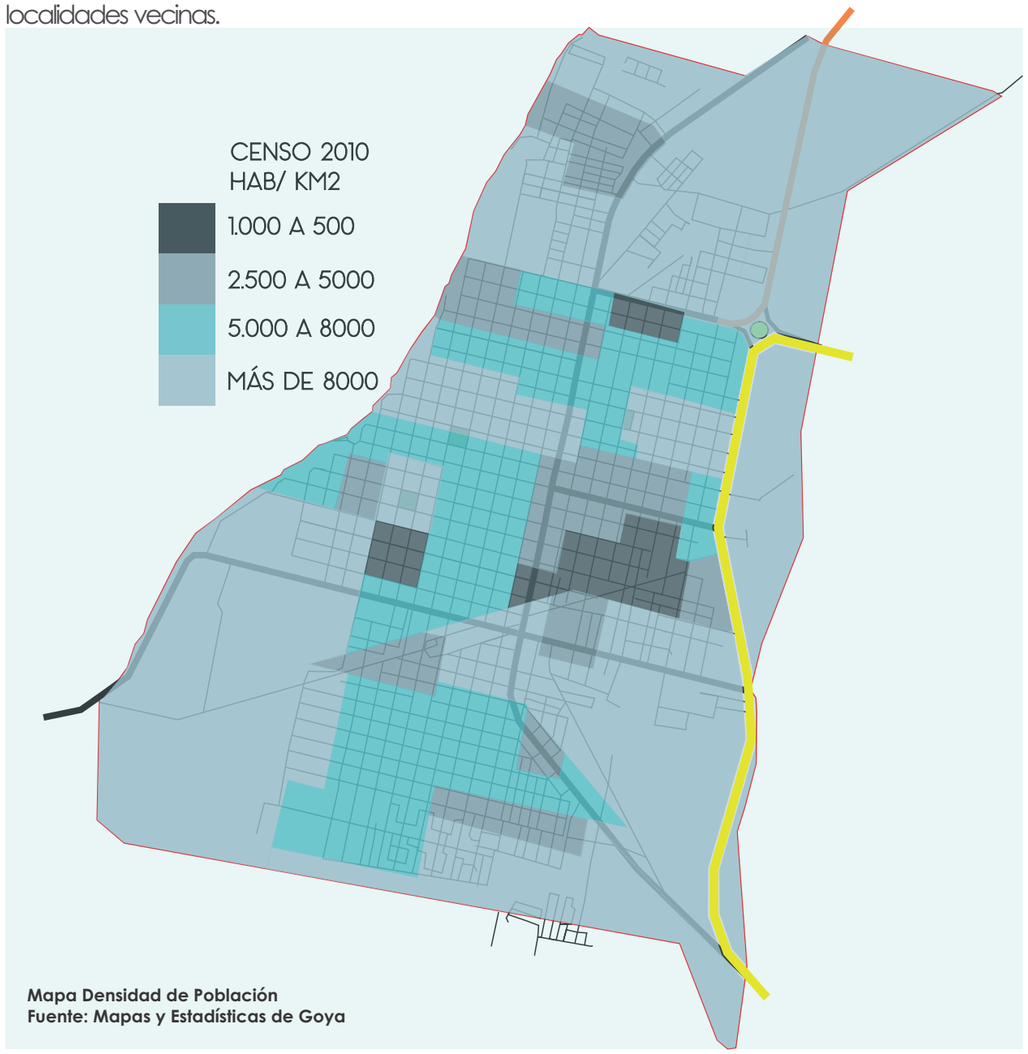
ARTICULO 17°.- EN la ZONA DE RESTRICCION SEVERA “B” se prohíbe la radicación de usinas eléctricas, infraestructura de comunicación, edificios gubernamentales de significación, aeropuertos, e instalaciones militares, excepto: todos los de la Zona Prohibida y de Restricción Severa más los desarrollos residenciales de baja densidad bruta,
de menos de 75 habitantes por hectárea, y establecimientos industriales y/o comerciales con baja vulnerabilidad a las inundaciones. Con construcciones elevadas por encima de la cota 36.90m (IGM) .
Factor de Ocupación del Suelo (FOS) máximo = 0.45; y Factor de Ocupación Total (FOT) máximo = 0.68; según plano.

ARTICULO 18°.- EN la ZONA DE RESTRICCIÓN PARCIAL es el área con menor potencial de inundación y estará destinada a los asentamientos humanos intensivos. En ella se desarrollarán usos vinculados a la residencia, las actividades comerciales, de servicios y de producción, o mixtas compatibles entre si. Con construcciones elevadas por encima de la cota 36.90m (IGM)
Factor de Ocupación del Suelo (FOS) máximo = 0.75; y Factor de Ocupación Total (FOT) máximo = 4 para edificios entre medianeras y 7 para edificios de semiperímetro libre o perímetro libre, según plano.

POBLACIÓN

Se estima que Goya es el 2° aglomerado más grande de la provincia y ocupa el 6° lugar del NEA. Según datos del INDEC (Censo 2010), el Municipio de Goya posee 81.314 habitantes, de los cuales residen en la ciudad 77,349 habitantes (Según Censo 2001: 66.709 habitantes - incremento del 7,3%).

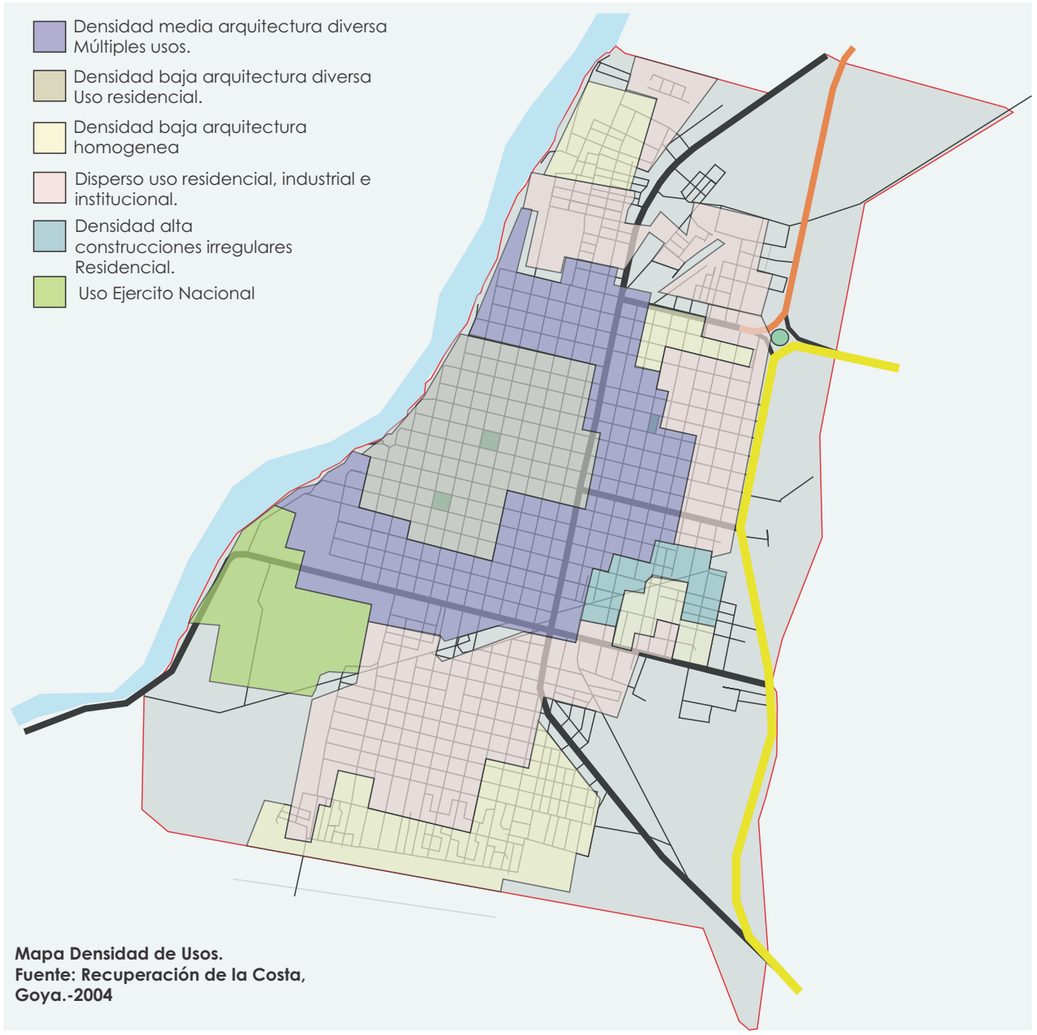
Estos datos evidencian una importante población urbana (más del 90%), con procesos socio-económicos principalmente comerciales, por lo que desde hace tiempo Goya es un importante centro de servicios e intercambio, tanto para su área rural como también localidades vecinas.



Mapa Densidad de Población
Fuente: Mapas y Estadísticas de Goya

DENSIDAD

Las características urbanas se traducen en estándares de calidad de vida, y se refleja en densidad de ocupación según sectores. Se estima que el área central del ejido posee una densidad de entre 35 a 50 hab/ha, mientras que en los barrios sociales ubicados hacia el Norte concentran densidades más altas con más de 80hab/ha.

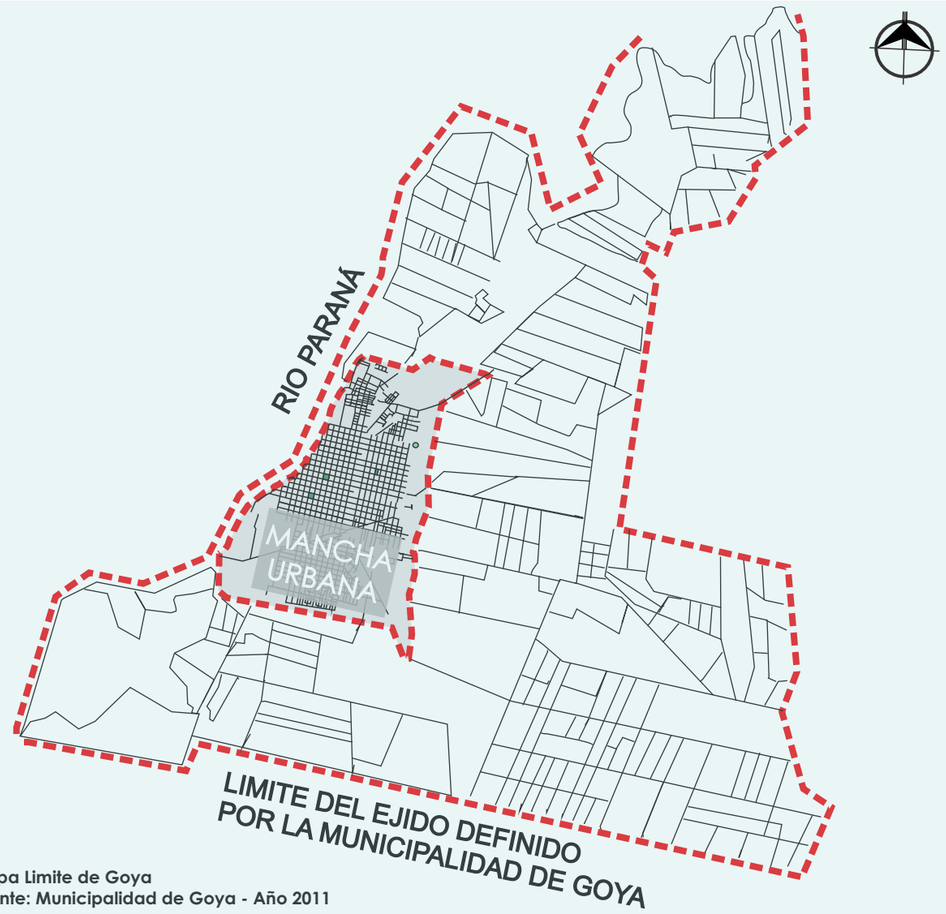


Mapa Densidad de Usos.
Fuente: Recuperación de la Costa, Goya.-2004

ESTRUCTURA URBANA

La ciudad de Goya presenta dentro de los límites de su ejido áreas amanzanadas y otras chacras sin amanzanamiento regular; asi, la mancha urbana se extiende con predominio de sentido Norte. Sur, dado los condicionantes físicos que presenta (Riacho Goya al Oeste - RNN° 12 con Línea de Defensas contra inundaciones de Este).

La SUBDIVISIÓN predominante es en damero, con manzanas de 122m de lado, pero como en la mayoría de las ciudades de la región en las últimas décadas con el fuerte aumento de los barrios de interés social -F.O.N.A.V.I., B.H.N. y otros. Los criterios de implantación propios de estos (casi descontextualizados en algunos casos) alteraron parcialmente la morfología de la trama con manzanas rectangulares, dimensiones menores, paralelamente complicaron los sentidos vehiculares y crearon un propio perfil urbano bajo y uniforme en estos sectores.

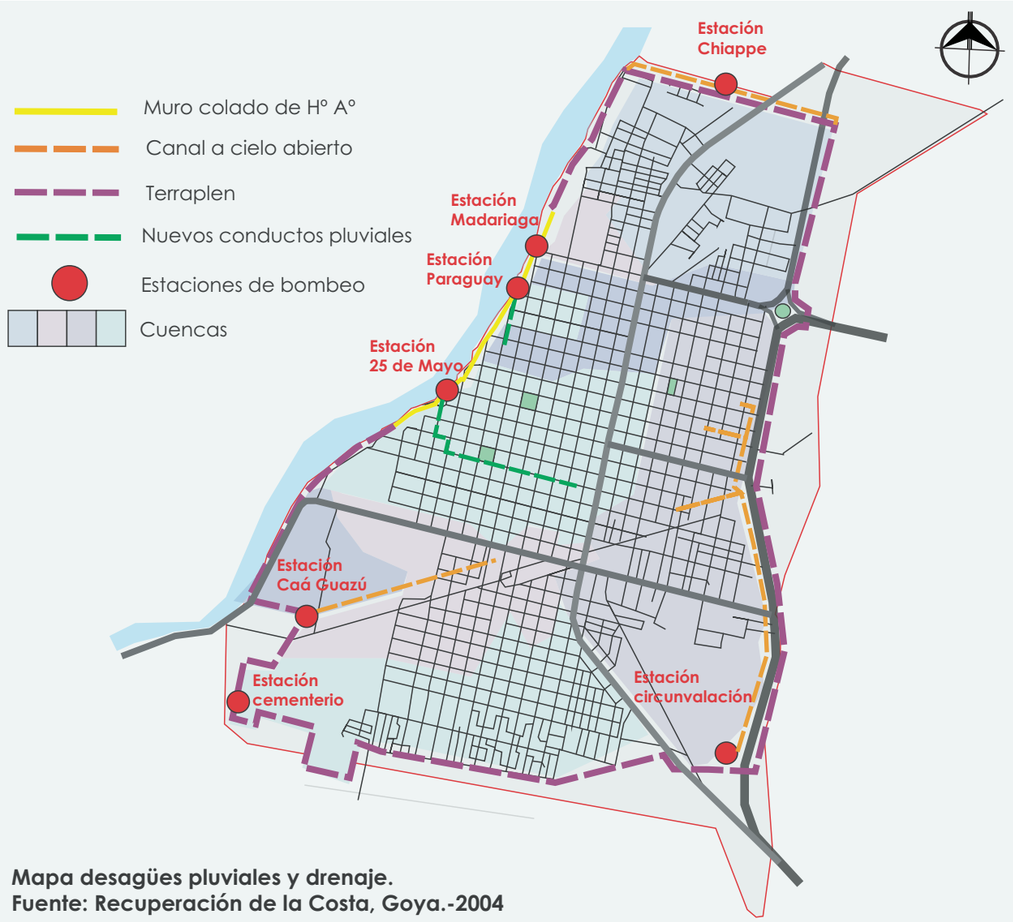


Mapa Limite de Goya
Fuente: Municipalidad de Goya - Año 2011

PROVISIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA

Actualmente Goya es el centro operativo de la denominada "Micro Región del Rio Santa Lucia", funcionando las localidades cercanas como su área metropolitana, ya parte de sus habitantes se movilizan diariamente a la ciudad de Goya por trabajo o estudio. Siendo la segunda ciudad más importante de la provincia de Corrientes, a excepción del servicio de gas por red, cuenta con todos los servicios de una ciudad moderna:

- ENERGÍA ELÉCTRICA: La prestación del servicio lo brinda la Dirección Provincial de Energía de Corrientes (D.P.E.C.), con un 99% de cobertura. La conexión desde la ciudad de Corrientes es por medio de la LAT (132 KV), que llega hasta Esquina. El anillo de distribución troncal con líneas de alta tensión, lo completa la estación transformadora Mercedes - Goya Oeste. La distribución se da desde cuatro centros de distribución (13,2KV), desde la ET.



Mapa desagües pluviales y drenaje.
Fuente: Recuperación de la Costa, Goya.-2004

INFRAESTRUCTURA - RED VIARIA

La accesibilidad a la ciudad de Goya, se define por sus 4 accesos: al Norte por la Av. Leandro Alem y al Sur por la Av Vice Gobernador F. Sa, las que en continuidad constituyen el principal eje transversal del ejido, la Av José J. Rolón. Esta avenida posee características y ancho de calle terciaria, sumado a su función como eje de penetración con gran flujo de vehículos, genera en muchos tramos congestión. (Las avenidas de Goya no superan los 13 mts).



Mapa Estructura Vial de la Ciudad
Plano base DEyC - Año 2014

También es colectora de tránsito que vuelcan los principales accesos a la ciudad, los que atraviesan perpendicularmente el ejido desde la ruta a través de la Av. T. Mazzanti (acceso desde RN Nº 12) y la Av. Piregine Niveyro, ambas también con características de una calla terciarias, funcionalmente secundarias.La Av. Tomas Mazzanti (único acceso como rotonda) se prolonga como Madariaga con mayor ancho en proximidad al área céntrica. En general las avenidas de la ciudad son estrechas y dificultan la doble mano. Una de las avenidas de doble sentido es la Avenida Sarmiento, no obstante en su continuidad como Av. Ciudad de Neustad y acceso directo desde la ruta se presenta por ahora como un acceso secundario porque aún no es una vía asfaltada, pero se espera que una vez mejorada sea colectora importante del tránsito vehicular.

Otro eje transversal que vincula los barrios del extremo N al S es la Av. Primeros Concejales - Colón - Av. Juan Perón, con sectores de tramo en dos sentidos. Completa el circuito en este sector con la calle José E. Gómez.

DESAGUES CLOACALES - PLUVIALES

CLOACALES: El servicio también lo presta la Empresa Aguas de Corrientes, con descarga al riacho Goya a través de una estación elevadora ubicada aguas abajo de la ciudad. La red de distribución alcanza 140,10km, siendo deficitaria en la cobertura de variados sectores de la ciudad, y por falta de obras complementarias para su buen funcionamiento; generando impacto ambiental por volcamientos indebidos a cunetas pluviales y calles, junto al desbordes de pozos absorbentes domiciliarios.

PLUVIALES: El sistema integral frente a las inundaciones, lo conforman los terraplenes de defensa junto a siete (7) estaciones de bombeo.

Posee una red de canales principales (cunetas de HºAº), con secciones de gran capacidad de conducción, que captan el caudal pluvial conduciéndolos a un centro de bombeo o canales naturales, y de allí al río. Lo completan canales y ramales secundarios- terciarios sin revestimiento y la red subterránea.

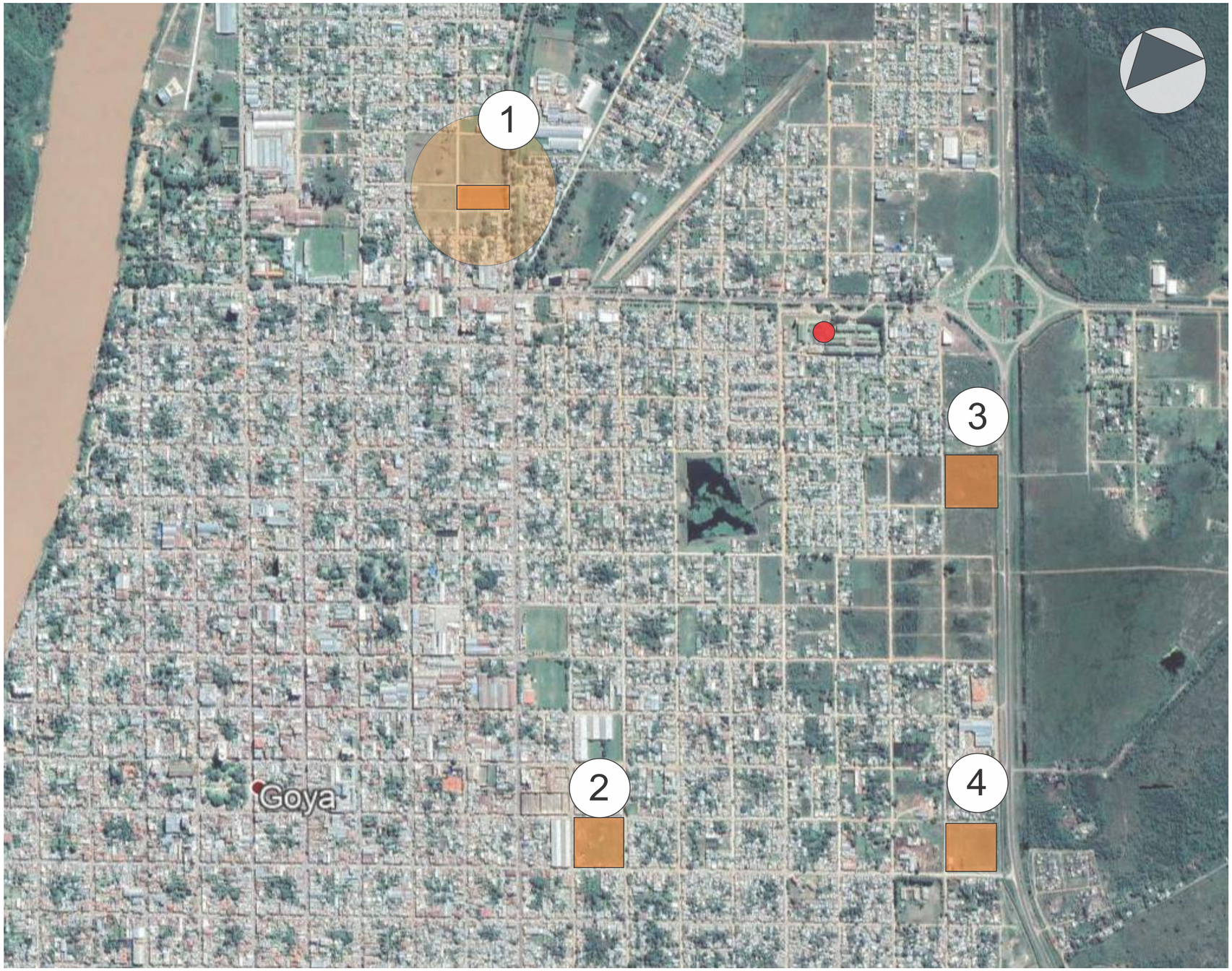
AGUA POTABLE

La ciudad e Goya posee una cobertura aproximada del 93% del área urbana con servicio de agua potable; como se observa en el Plano 00-A (Dic-2013), de Red de Agua, de la Empresa concesionaria Aguas de Corrientes S.A.

- AGUA POTABLE: El servicio lo brinda Aguas de Corrientes, con un 98% de cobertura.

La toma desde riacho Goya hacia una Planta de Tratamiento al N del ejido (cloración y ajuste de Ph); y capacidad de 1.200m3/hora. La red de distribución se extiende más de 180,7km.

LOCALIZACIONES POSIBLES



AGREGAR MAPA DE ZOOM DE ESTE SECTOR

PARÁMETROS PARA ELECCIÓN DEL TERRENO

- ACCESIBILIDAD: PROXIMIDAD A EJES DE CIRCULACIÓN PRINCIPAL.
- COMPATIBILIDAD DE ACTIVIDADES
- VISUALES
- INFRAESTRUCTURA
- PROXIMIDAD Y ACCESO AL EQUIPAMIENTO
- SANITARIO EXISTENTE.
- SUPERFICIE DISPONIBLE.
- CONDICIÓN CATASTRAL

ANALISIS COMPARATIVO DE LOCALIZACIONES POSIBLES

	TERRENO 1	TERRENO 2	TERRENO 3	TERRENO 4
1-UBICACIÓN	Acceso norte de la ciudad. Por la Av Leandro Alem y rodeado de las calles Yapeyú, Esquina y Santa Lucía. 	Zona central de la ciudad, es el terreno más próximo a la plaza central y micro centro urbano. Entre calles Lucioni al norte,Chile al este, 25 de mayo al sur y Brasil al oeste. 	Acceso noreste de la ciudad, por RN N°12. Rodeado por las calles Antonio Mendez al norte, Mendoza al oeste y Nestor Kirchner al sur. 	Acceso central este sobre RN N°12. Rodeado por las calles Lucioni al norte, Mendoza al oeste y Piragine Niveyro al sur. 
2- ACCESIBILIDAD	Localización con accesibilidad definida con vía de comunicación secundaria, Ruta Provincial n°27 que también cumple la función de avenida de ingreso alternativo a la ciudad desde el norte del departamento	Posee dos vías de comunicación asfaltadas, y las dos restantes son calles de tierra	Posee proximidad a la ruta Nacional nº 12, con una posibilidad de egreso e ingreso rápido sin ingresar necesariamente a la ciudad	En esta ubicación vemos que posee en su inmediación una vía de comunicación primaria y secundaria, las cuales por medio de la avenida Piragine Niveiro podría permitir el acceso hacia la zona urbana.
3- COMPATIBILIDAD	En este caso se observa un área en donde no generaría algún tipo de incompatibilidad entre las actividades que son en su mayoría residenciales. El mismo se encuentra a pocas cuadras del Hospital Muniagurria	Esta localización posee en sus inmediaciones áreas que en su momento fueron industrias, por esa razón son actividades incompatibles entre ellas.	Al estar muy próximo a una vía de comunicación principal como la ruta Nacional, el área se encontraría aislada o alejada del área urbana.	El sector está ubicado en zona suburbana alejado del área urbana
4- VISUALES	Visuales de áreas con árboles, espacios de vista abiertos, arbolado sobre avenida, espacio libre en inmediaciones	En esta localización las visuales predominan las construcciones tipo industrial de ladrillo, viviendas unifamiliares.	Visuales de terrenos baldíos, espacios vacíos, circulación vehicular de la Ruta 12. Viviendas bajas, reducida vegetación	Visuales de terrenos valdios, espacios vacíos, circulación vehicular de la Ruta 12. Viviendas bajas, reducida vegetación
5-INFRAESTRUCTURA	Presencia de todas las redes de infraestructura.	Presencia de todas las redes de infraestructura.	Presencia de todas las redes de infraestructura.	Presencia de todas las redes de infraestructura.
6- PROXIMIDAD A EQUIPAMIENTO SANITARIO EXISTENTE	A 700 mts del Hospital Regional Dr Camilo Muniagurria.	A 1300 mts del Hospital Regional Dr Camilo Muniagurria.	A 400 mts del Hospital Regional Dr Camilo Muniagurria.	A 1100 mtsdel Hospital Regional Dr Camilo Muniagurria.
7- SUPERFICIE DISPONIBLE	7.523,5	14.904	13.980	14.274
8- SITUACIÓN CATASTRAL				
PROPIEDAD	PARCELA 575- DOMINIOMUNICIPAL	PARCELA4 - DOMINIO PRIVADO	PARCELA11 - DOMINIO PRIVADO	PARCELA 114 - DOMINIO PRIVADO

CIUDAD DE GOYA

ANÁLISIS EVALUATIVO

	ACCESIBILIDAD	COMPATIBILIDAD	VISUALES INMEDIATAS	INFRAESTRUCTURA	PROXIMIDAD	SUPERFICIE
TERRENO 1	🟢	🟢	🟢	🟠	🟢	🟢
TERRENO 2	🟠	🔴	🔴	🟠	🔴	🟠
TERRENO 3	🟢	🔴	🔴	🟠	🟠	🟠
TERRENO 4	🟢	🟠	🔴	🟠	🔴	🟠

CONCLUSIÓN

LOCALIZACIÓN

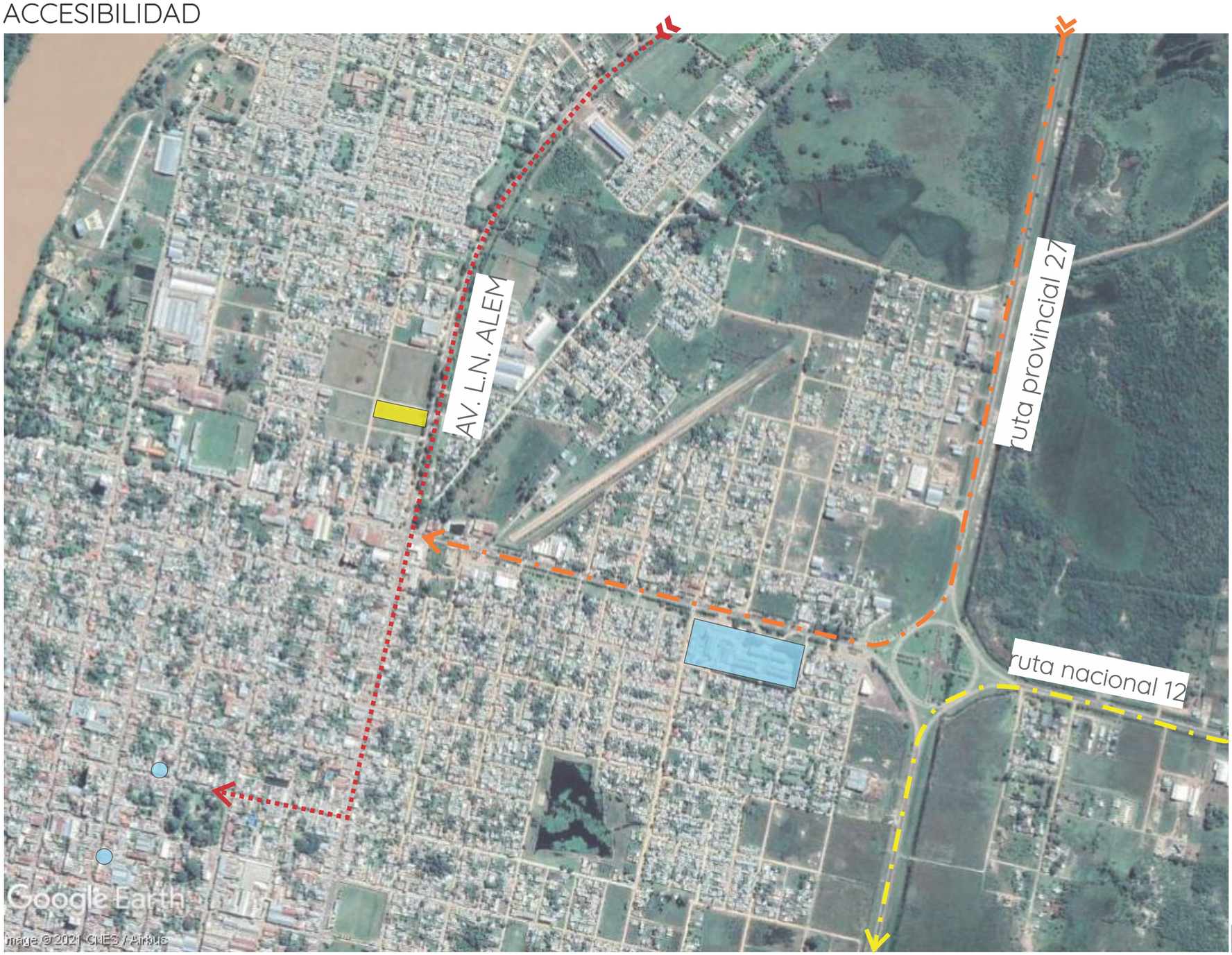


Luego de que se analizara en un cuadro comparativo las 4 localizaciones posibles, se observa que el terreno n°1 posee mayor cantidad de valoraciones positivas dentro de las distintas variables analizadas. Se concluye en la elección del tereno N° 1 para poder desarrollar la propuesta arquitectónica referente a este trabajo final de carrera.

La localización seleccionada se encuentra en las inmediaciones de la Av. Leandro Alem, rodeada por las calles Yapepú, Esquina y Santa Lucía.

Se ubica en la manzana N° 574, Barrio yapeú, según la inforamción de la Dirección de Catastro del Departamento de Goya.

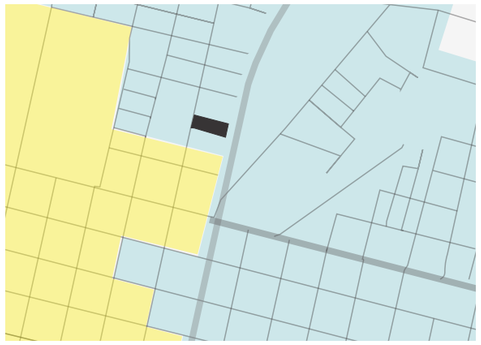
ACCESIBILIDAD



SECTOR A INTERVENIR

DIMENSIÓN URBANA-NORMATIVA

USOS DE SUELO



ZONA DE RESTRICCIÓN SEVERA "B"

DENSIDAD DE USOS



El sector se encuentra en un área de densidad de usos de suelo disperso, de usos residencial, industrial e institucional.

ARTICULO 17°.- EN la ZONA DE RESTRICCION SEVERA "B" se prohibe la radicación de usinas eléctricas, infraestructura de comunicación, edificios gubernamentales de significación, aeropuertos, e instalaciones militares, excepto: todos los de la Zona Prohibida y de Restricción Severa más los desarrollos residenciales de baja densidad bruta, de menos de 75 habitantes por hectárea, y establecimientos industriales y/o comerciales con baja vulnerabilidad a las inundaciones. Con construcciones elevadas por encima
de la cota 36.90m

Factor de Ocupación del Suelo (FOS) máximo = 0.45
Factor de Ocupación Total (FOT) máximo = 0.68

ALTURA MÁXIMA DEL BASAMENTO: En todos los casos la altura máxima del basamento no podrá ser superior a los nueve (9) metros.

ARTICULO 20°.- NORMAS GENERALES SOBRE TEJIDO URBANO.
ESPACIO URBANO: A los efectos de esta Ordenanza se denomina así al espacio aéreo abierto entre volúmenes edificados que por su conformación garantiza condiciones
aceptables de habitabilidad, en función de iluminación, ventilación, asoleamiento, etc.
En el caso que le basamento esté retirado de las divisorias laterales entre las parcelas, esta separación será igual o mayor que tres (3) metros y el espacio resultanteserá jardinizado.

LAS CONDICIONES DE ALINEACIÓN EN LOS PREDIOS QUE EXPRESAMENTE SE ESTABLEZCAN:
5.1.1. Toda nueva obra que se levante frente a vía pública no podrá trasponer la L.M. o la de retiro obligatorio de frente con construcciones sobre o bajo su nivel, salvo en
aquellos casos de retiros obligatorios que expresamente se indiquen.
5.1.2. Con respecto a la L.M. o L.M.E. y a partir de los seis (6) metros sobre el nivel de la acera se permiten aleros, balcones y cornisas con vuelo igual o menor a 1,40 metros,
excepto en aquellos casos, de retiros obligatorios, para ensanches de vías o condiciones de tejido, según zonas donde expresamente se los prohiba.
5.1.3. Las marquesinas o aleros ubicados en vía pública sobre las aceras, podrán cubrir solamente la superficie comprendida entre la L.M. y la línea imaginaria paralela al
cordón de la acera distante un (1) metro del mismo. La altura mínima permitida considerada a partir del nivel de la acera será de 2,50 metros y en el caso de techos con
pendiente a ésta se tomara con respecto a la altura mínima del mismo. En todos los casos deberá construirse con material recuperable y sin apoyo sobre la acera.
5.2.3. A partir de los seis (6) metros sobre el nivel de la acera, y sin rebasar las prolongaciones virtuales concurrentes de la L.M. se permite que los pisos altos avancen por
fuera de la L.M.E. formando cuerpos salientes con un vuelo igual o menor a 1,40

VISUALES INMEDIATAS



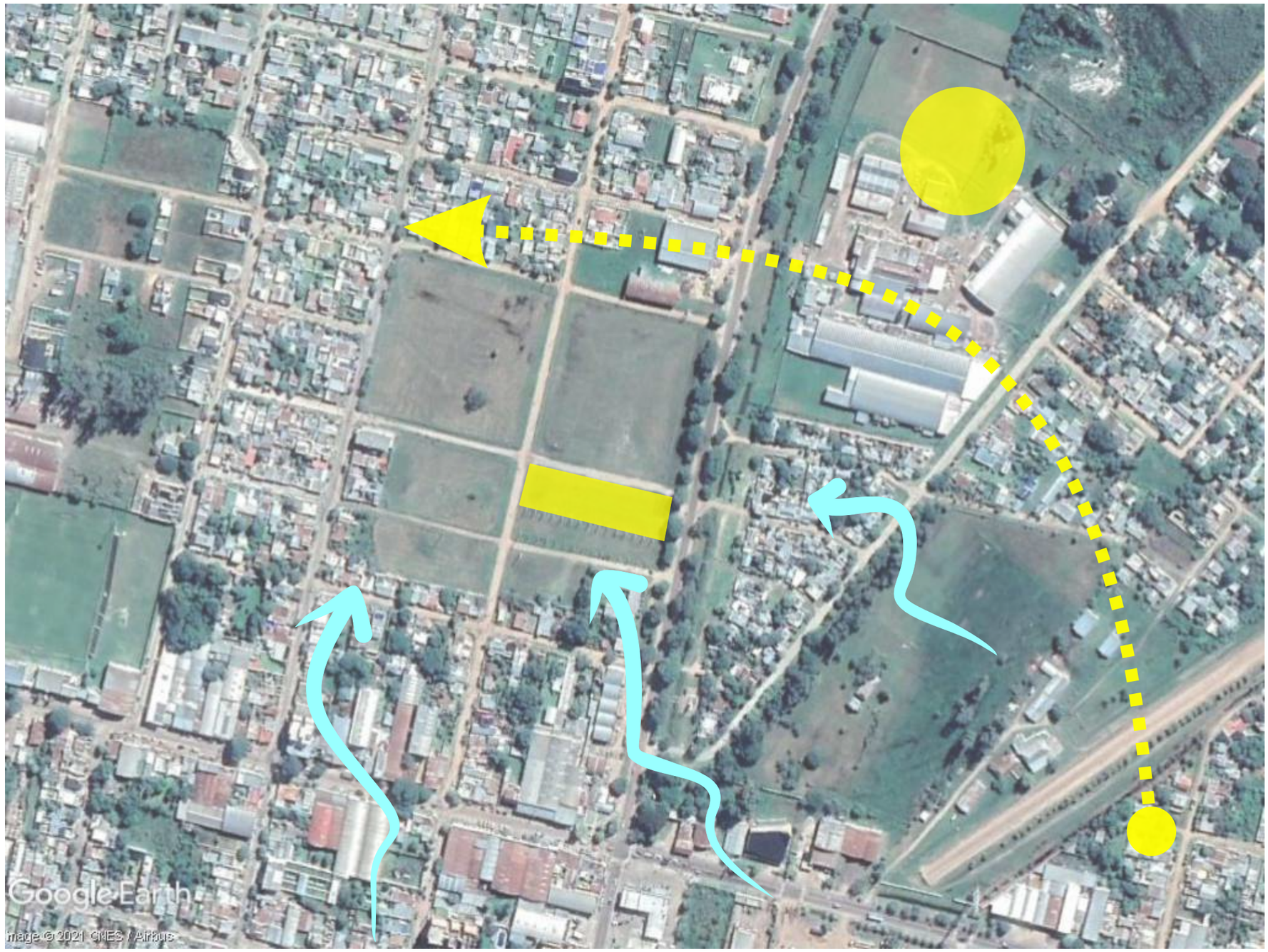




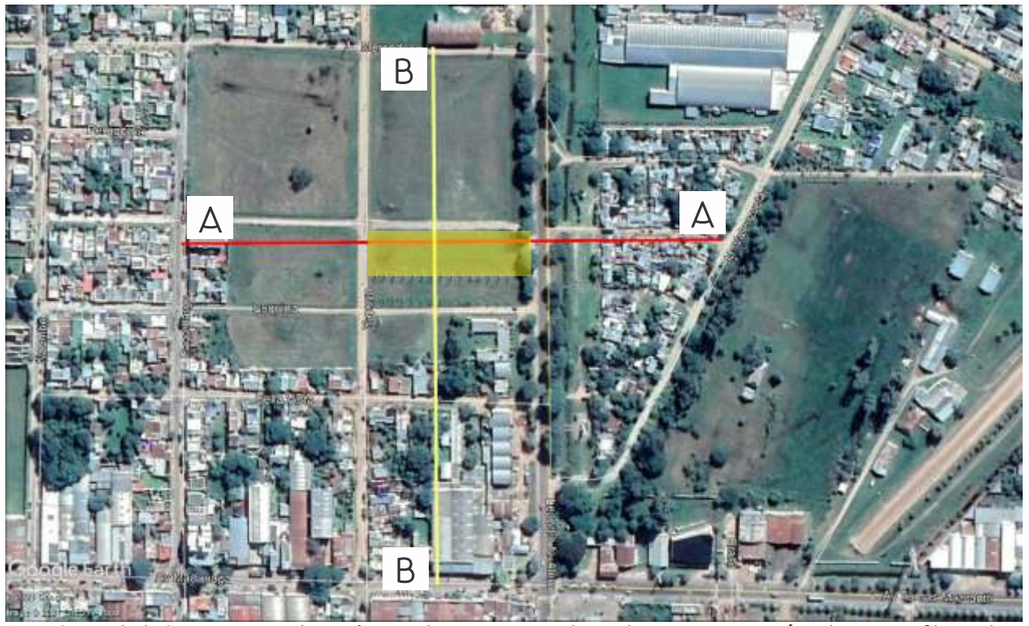




ASOLEAMIENTO - VIENTOS PREDOMINANTES

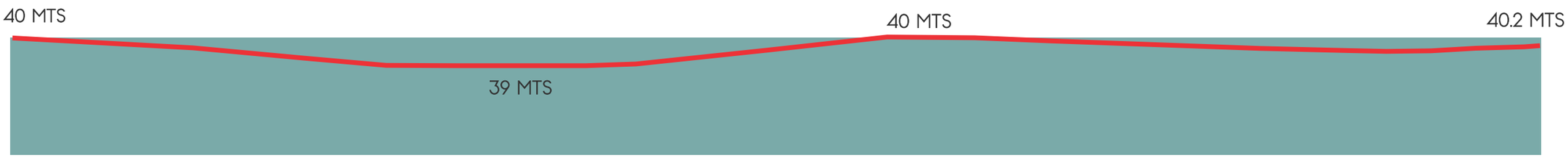


PERFILES DE ELEVACIÓN DEL TERRENO Y SU ENTORNO

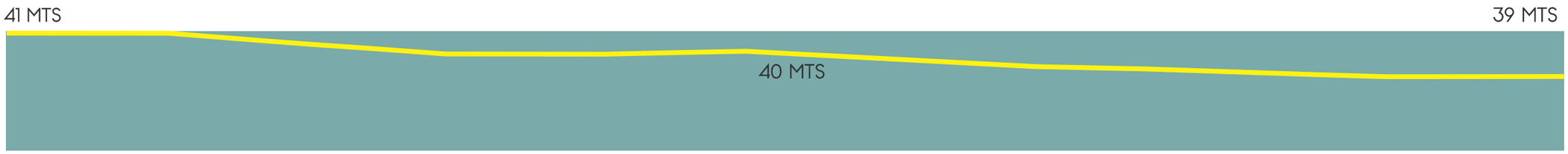




Dentro del terreno seleccionado se puede observar según los perfiles, las elevaciones mínimas, medias y máximas que posee el terreno y el entorno elegido. Lo cual sirve para tener una idea aproximada de la topografía del área de la propuesta. Esta información es de gran utilidad para tener una mejor comprensión del territorio.



PERFIL A-A



PERFIL B-B

EQUIPAMIENTOS Y TECNOLOGÍAS

1- ZONA CLÍNICA

Consultorios: Para la atención de pacientes ambulatorios. Debe contar con un espacio para entrevista y exploración. El número de consultorios dependerá de la demanda de atención y de las especialidades que brindará el servicio.

Equipamientos y tecnologías necesarias

- Balanza
- Tacho de basura
- Dispensador de jabón líquido
- Escalinata con peldaños
- Escritorio
- Computadora
- Lavatorio
- Negatoscopio

2- ZONA DE TRATAMIENTO

Box o cubiculo de ultrasonido o microonda: (Infrarrojo, ultravioleta, ondas cortas, etc.), electroterapia (corriente galvánica y farádica) y rehabilitación neurológica.
Dimensiones: Se contarán con cubículos individuales para cada uno de los tipos de tratamiento que se realicen. Cada Box tendrá un área de 7,00 m2 aproximiadamente , y estarán adyacentes a la sala de megnetoterapia.
Condiciones básicas: Debe contar con conexiones eléctricas para cada uno de los equipos que se utilicen en los tratamientos.

Equipamientos y tecnologías necesarias

- Equipo de electroterapia de corrientes múltiples
- Equipo de terapia con onda corta
- Escalinata de dos peldaños
- Lámpara infrarroja/ultravioleta
- Camilla
- Mesa de acero inoxidable para múltiples usos
- Neuroestimulador
- Taburete giratorio rodable



ELECTROESTIMULADORES



ULTRASONIDO TERAPÉUTICO



CAMILLA



TABURETE GIRATORIO RODABLE



LÁMPARA INFRAROJA

Sala de mecanoterapia: destinada al tratamiento a través de ejercicios activos, pasivos y asistidos.
Dimensiones: El dimensionamiento de esta sala estará en relación con la cantidad de pacientes que se espera tratar simultáneamente y los servicios a prestar. Se considerará un espacio para gimnasio, para fisioterapia y para el guardado de equipos y materiales.

Equipamientos y tecnologías necesarias

- Camastro altura silla de ruedas
- Paralelas
- Camillas
- Negatoscopio
- Colchoneta para ejercicios
- Escaleras y rampas terapéuticas
- Espejo postural de pie
- Poleas
- Caminadora
- Bicicletas
- Tablas de transferencia
- Bipedestador
- Cama de bipedestación
- Tabla de propiocepción
- Nebulizador
- Aspirador de secreciones
- Balancín
- Escalerilla
- Escalerilla de dedos
- Espaldar sueco
- Caminadora mecánica
- Multifuerzas
- Rueda o timon para ejercicios de hombros
- Silla de ruedas
- Silla de ruedas respiratoria
- Pelotas de distintos tamaños
- Mancuernas
- Colchonetas
- Bastones/tripodes/muletas regulables
- Andadores regulables

EQUIPAMIENTOS Y TECNOLOGÍAS





ESCALERAS Y RAMPAS
De madera o de metal.
Unidireccionales, bidireccionales
y combinadas.



BARRAS PARALELAS
Con bastón largo.
Total de la barra 2.26 mts
Altura agustable y regulable.

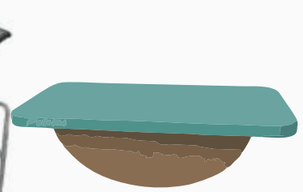


Camilla Simple
Con altura de respaldo
ajustable



MULTIFUERZAS DE MESA
Equipo para tracción
lumbar y cervical.

MESA/CAMILLA PARA PACIENTE
Aguste de elevación superior y altura
3" de espuma



BALANCÍN



ESCALERILLA

MULTIFUERZAS
Equipo polifuncional para
fortalecimiento de músculos.



POLEA DOBLE
4 manijas: dos inferiores
y dos superiores



BARRAS SUECAS



ESPEJO DE POSTURA
DOBLE



RUEDA O TIMÓN PARA
EJERCICIOS DE HOMBRO
Y ESCALERILLA DE DEDOS



BICICLETA ESTÁTICA MAGNÉTICA
Con parámetros de tiempo,
distancia, velocidad, frecuencia
cardíaca. Asiento regulable
de distancia.



TANQUE
DE PARAFINA



SILLA DE RUEDAS
De material de fácil lavado,
agarraderas ergonómicas,
apoya brazos desmontable
y reposapiés desmontable.



NEGATOSCOPIO



EQUIPOS DE COMPRESAS
FRÍAS Y CALIENTES



PELOTA TERAPÉUTICA



COMPRESAS



CINTAS



ESPONJAS



SET
DE MANCUERNAS



SET DE POLAINAS
Y PESAS



MECÁNICA

EQUIPAMIENTOS Y TECNOLOGÍAS

Sala de hidroterapia: destinada al tratamiento por medio del agua.
Dimensiones: Para las técnicas de hidroterapia además de la pileta para rehabilitación se requieren cubículos para tanques de remolino y la tina Hubbard. Se requiere un área de 20,00m². Para el dimensionamiento del espacio de hidroterapia se puede considerar 3,00 m² por paciente.
Condiciones básicas: La tina Hubbard requiere de una grúa sujeta al techo para la movilización del paciente.

Equipamientos y tecnologías necesarias

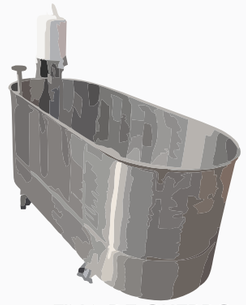
- Pileta para rehabilitación
- Camilla, mesa para exámen.
- Tina de remolino para miembros superiores e inferiores.
- Tina de cuerpo completo.



SILLA AJUSTABLE



TINA REMOLINO PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES



TINA DE CUERPO COMPLETO

Sala de Protesis y Órtesis: Se dedica a la confección de ortesis, valvas posturales, pilones, prótesis, corsés, plantillas y cascos a medida de cada paciente.
El servicio cuenta con una sala de moldes y pruebas, un sector de tallado y rectificación de moldes, laminados, área de fabricación de plantillas. Sector de maquinas y herramientas y pañol de herramientas.

Equipamientos y accesorios necesarios

- Máscara de protección
- Destornilladores
- Alicates
- Pinza de presion automática y universal
- Martillo tipo bolita
- Maceta/martillo de goma grande con mango
- Escofinas para yeso
- Cuter de hoja intercambiable
- Juegos de lave Allen, compás, tijeras
- Sierra oscilante
- Mini torno de manto
- Sierra caladora de mano
- Engrapampadora profesional
- Morsa N° 3 con base giratoria
- Juego de limas
- Protector auditivo de copa
- Máquina de coser industrial recta
- Bomba de vacío
- Perforadora de mano
- Amoladora de mano
- Perforadora de columna eléctrica
- Pistola de calor
- Banco de trabajo de metal
- Horno
- Camilla
- Sacabocados de golpe y de revolver
- Polea expansora para lija
- Remachadora pop
- Prensa de banco y matrices
- Lave corta coño telescópica



SIERRA CALADORA DE MANO



ENGRAMPADORA PROFESIONAL



MORSA CON BASE GIRATORIA



AMOLADORA DE MANO



SACABOCADOS



REMACHADORA POP



PERFORADORA DE MANO



MÁQUINA DE COSER INDUSTRIAL



BOMBA DE VACÍO



PISTOLA DE CALOR



BANCO DE TRABAJO



PERFORADORA DE COLUMNA



HORNO



CAMILLA



BARRAS PARALELAS

PROYECTOS REFERENTES

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA DEL SUR - I.Na.Re.P.S- "Dr. Juan Otimio Tesone"







El Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Juan Otimio Tesone (Inareps)es un organismo monovalente, incluido en el régimen de Hospitales Públicos Descentralizados de Autogestión, dependiente de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales, Secretaría de Política, Regulación e Institutos, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

Ubicado en un amplio predio de 41.716 metros cuadrados, en la zona oeste de la ciudad de Mar del Plata (Ruta 88 Km 1 y medio).

El Instituto nació en mayo de 1952 como CERENIL, Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados, una ONG sin fines de lucro, con la finalidad de asistir a la niñez con secuelas de poliomielitis.

Con el esfuerzo de toda la comunidad de Mar del Plata se logró construir el edificio en la Ruta 88 que se inauguró el 23 de marzo de 1958 como el Sanatorio–Escuela. Dirigida a la población de todas las edades con patologías



Misión

-Rehabilitar de forma integral a las personas con discapacidad motriz y visceral cardiorespiratoria.
-Promover la implementación de programas de promoción, prevención, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad.
-Capacitar al recurso humano.

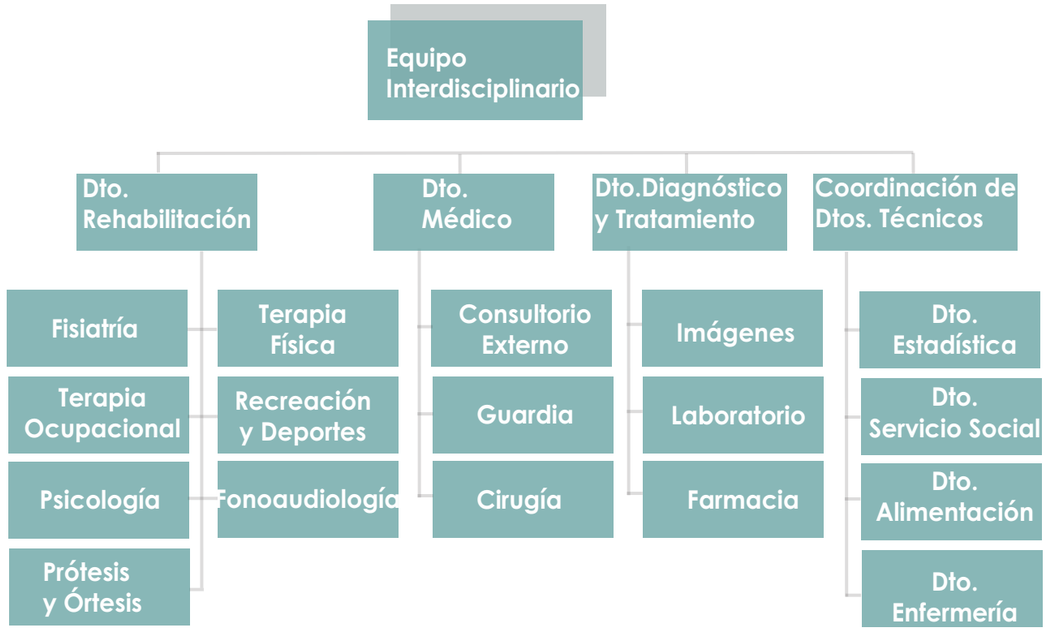
Visión

-Constituirnos como el Centro Nacional de Referencia en la atención, capacitación de recursos humanos, asistencia técnica e investigación en rehabilitación.

Valores

-Atención de excelencia científica y humana;
-Trabajo en equipo interdisciplinario;
-Compromiso con la sociedad;
-Ética en la asistencia y en la investigación clínica;
-Dedicación a la docencia;
-Búsqueda permanente de la calidad integral.

La organización y equipo de trabajo del INaRePS parte de la premisa de un trabajo integral e interdisciplinario, dándole un rol activo en el tratamiento a la familia y el entorno social.



PROYECTOS REFERENTES

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA DEL SUR - I.Na.Re.P.S- "Dr. Juan Otimio Tesone"



El objetivo que plantea el instituto cuando establece la importancia de una rehabilitación integral, pone de manifiesto el proceso que parte de una evaluación, siguiendo con una devolución que diagnostica al paciente y, destina al servicio social la capacidad de contener y guiar a la familia y el paciente.





Las especialidades que se tratan en el centro son las que corresponden a la atención de fisiatría que propone promover, prevenir, curar y recuperar la salud del paciente aplicando los métodos y técnicas de la fisioterapia.

También posee un gabinete de Servicio Social que posee la capacidad de ayudar a las personas a afrontar situaciones de crisis y dispone de la formación necesaria para guiarlos hasta sus nuevos objetivos. Su trabajo es el de informar, orientar, asesorar e incluso tramitar pero principalmente, es prestar una ayuda global y eficaz. Gabinete de Atención psicológica, en el cual el rol de psicólogo es el acompañamiento en el proceso de rehabilitación mediante un abordaje psicoterapéutico:



También atiende en gabinetes para Terapia física, terapia ocupacional, recreación y deportes y posee un Taller de Ortesis y Prótesis.

PROYECTOS REFERENTES

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN PSICOFÍSICA DEL SUR - I.Na.Re.P.S- "Dr. Juan Otimio Tesone"

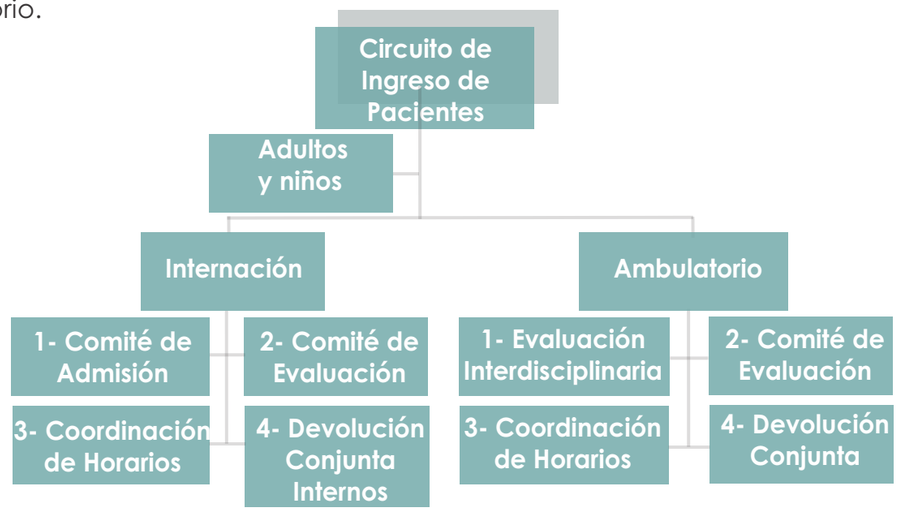








El establecimiento brinda atención a usuarios tanto adultos y niños de los cuales deben seguir un circuito de ingreso, que se encuentra diferenciado en cuanto a pacientes que requieran internación o pacientes de carácter ambulatorio.

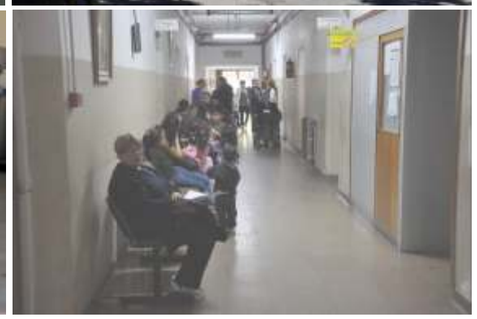


Al ser un trabajo interdisciplinario posee espacios variados según la actividad que se necesita desarrollar, como por ejemplo posee un gimnasio donde se realizan las tareas de atención de fisiatría, deporte y recreación con camastros para ejercicios, camas de bipedestación, barras paralelas, bipedestador, bicicletas fijas y todo elemento requerido para la recuperación y evolución del paciente.
Realizan actividades de terapia acuática o Hidroterapia que es una modalidad de tratamiento dentro del ámbito de la rehabilitación cuyas técnicas, abordajes y ejercicios son desarrollados por un especialista dentro del agua, con el fin de prevenir, tratar, o recuperar determinadas patologías.









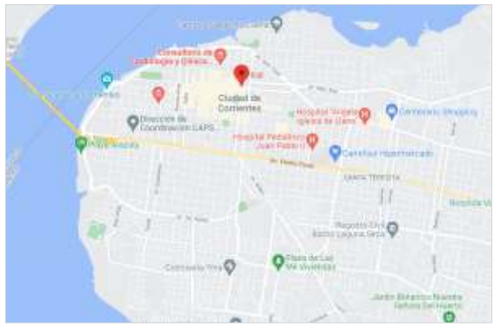




INSTITUTO CORRENTINO DE AYUDA AL LISIADO - ICAL- Ctes.

En el año 1965, por las secuelas que dejaba la epidemia de la poliomielitis en las personas las cuales quedaban con algún tipo de discapacidad en ellas, se decide formar una Asociación Civil sin fines de lucro. La misma estaría destinada a la rehabilitación de dichas personas, y a todos aquellos que por diversas causas se encuentren en situaciones similares, y principalmente en desventaja socioeconómica El servicio del Instituto divide sus funciones en dos edificios, localizados por calle Santa Fe nº 731 y nº 763.

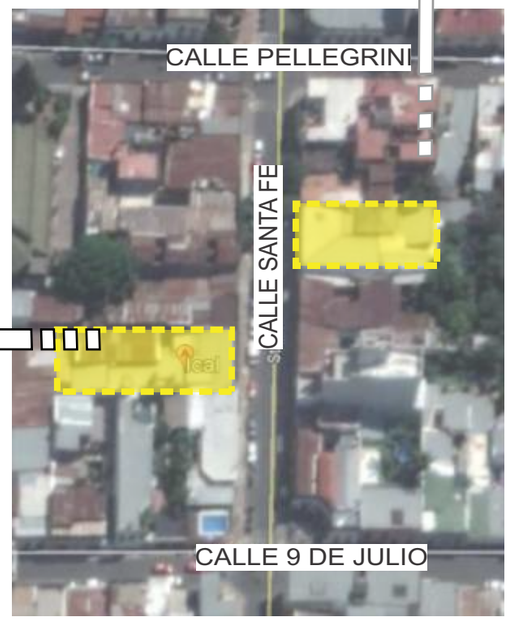
En ambos casos sus funciones debieron adaptarse a un edificio existente, y de esta manera ajustarse a sus dimensiones para realizar cada una de las actividades que

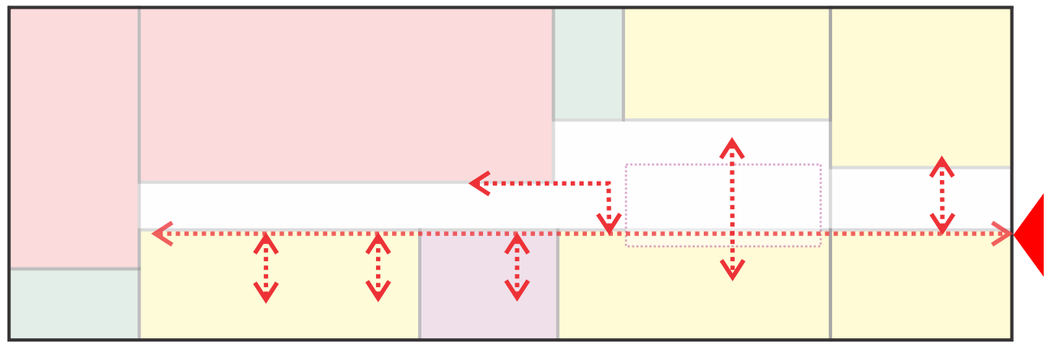


EDIFICIO ADULTOS

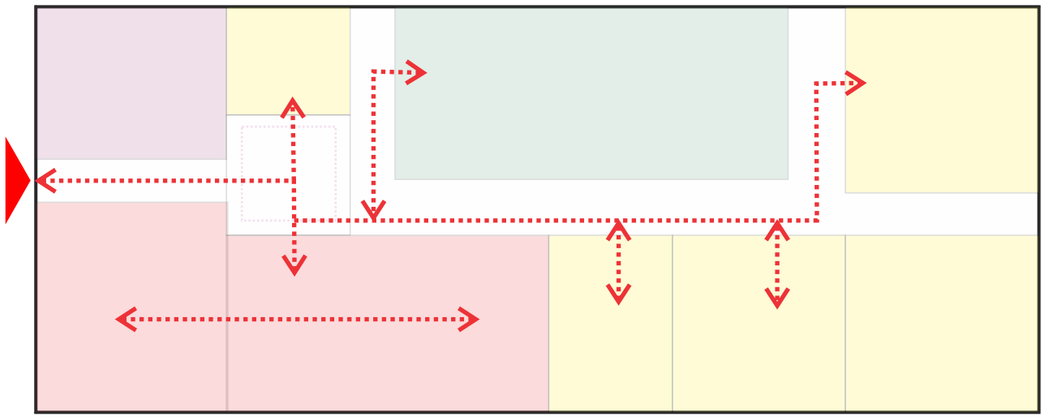








ESQUEMA DE PLANTA
EDIFICIO ADULTOS



ESQUEMA DE PLANTA
EDIFICIO NIÑOS

- Área terapéutica
- Área clínica
- Área personal
- Patios

PROYECTOS REFERENTES

INSTITUTO CORRENTINO DE AYUDA AL LISIADO - ICAL- Ctes.

Antes de la pandemia generada por el virus SAR-COV-2 generalmente el instituto recibía entre 200-300 personas diariamente, atendiendo así en un mes a un total de 2000 pacientes. Ante esta situación el número de pacientes mermó significativamente en asistencia presencial, ya que generó una reorganización no solo administrativa sino también un cambio en cuanto al espacio necesario según las normas de distanciamiento y cuidados para evitar contagios.
También se incorporó una sala de terapia respiratoria donde se llevará a cabo la rehabilitación de los pacientes posCovid que lo requieran.



Profesionales o personal que desarrolla actividades en el ICAL (54 personas en total)

-GABINETE DE FONOAUDIOLOGIA
-GABINETE DE ASISTENTE SOCIAL
-GABINETE DE KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA
-GABINETE DE TERAPIA OCUPACIONAL
-CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
-CONSULTORIO DE DRENAJE LINFATICO P/PACIENTES ONCOLOGICOS
-OFICINA DE CONTADURÍA
-PERSONAL DE MAESTRANZA
-ENFERMEROS
-PERSONAL ADMINISTRATIVO



EDIFICIO ADULTOS

En el gabinete de Neurorehabilitación también funciona un área de enfermería en donde realizan procedimientos para los pacientes antes de que ingresen al Instituto, como tomar la presión arterial, temperatura corporal, y colocación de alcohol en gel.

Se observa el ingreso al edificio de Adultos, en las fotos se visualiza una circulación lineal desde el acceso hasta las distintas áreas.

Área Clínica



Área de Admisión



Gabinete de Neurorehabilitación



La Neurorehabilitación estimula los diferentes sentidos de la persona, de forma graduada y adecuada ofreciendo a los pacientes diferentes situaciones mediante las cuales se facilitan experiencias a través de los sentidos.

PROYECTOS REFERENTES

INSTITUTO CORRENTINO DE AYUDA AL LISIADO - ICAL- Ctes.

Área Terapéutica





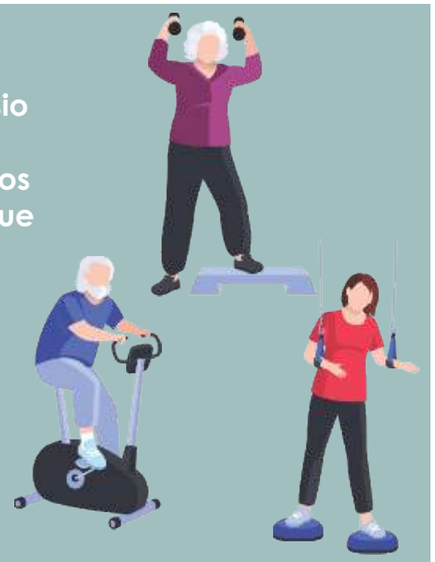



Sala Polivalente
Gimnasio
Equipamiento de rehabilitación física.




Box de magnetoterapia y electroterapia

En el sector de rehabilitación para adultos mayores, el edificio cuenta con un gimnasio donde se realizan las actividades de fisiatría y kinesiología con los equipamientos necesarios para las distintas actividades que servirán para la mejoría del paciente. Contiene juegos de poleas, caminadoras bicicleta mecánica, barras paralelas, rampas y escalinatas, espaldar sueco etc. La ocupación de la sala de gimnasio se encuentra reducida por las normativas de distanciamiento social.



INSTITUTO CORRENTINO DE AYUDA AL LISIADO
- ICAL- Ctes.

EDIFICIO PEDIÁTRICO

Área Terapéutica










Gimnasio al aire libre
Rampa con escalera

El centro edilicio que se encarga de la rehabilitación pediátrica, contiene espacios similares a los que se encuentran en el edificio Adultos. Cuenta con un gimnasio donde se realizan trabajos de kinesiología y rehabilitación física; gabinete de fisiatría y fonoaudiología, gabinete de terapia ocupacional, gabinete de asistente social, también se incorporó un consultorio odontológico que suma a las actividades que brinda el ICAL.
No cuenta con sala de espera, lo cual genera que el paciente y el acompañante no pueda permanecer mucho tiempo en el área de admisión.




PROYECTOS REFERENTES

HOSPITAL CENTRAL RAMÓN CARRILLO - San Luis -



El nuevo Hospital Central "Dr. Ramón Carrillo" que ha construido el Gobierno de la Provincia de San Luis, se erige como respuesta a la necesidad de fortalecer la Infraestructura de Salud Provincial con un edificio nuevo y moderno, que representa un nuevo paradigma en relación a la prestación de servicios con tecnología de avanzada, siendo eficiente energéticamente, cumpliendo con la normativa vigente y mejorando la Calidad de la Atención Médica, siendo precursor en atención digital a nivel país.

Se generaron soluciones mejoradoras del funcionamiento integral del Hospital, de sus interrelaciones operativas, de sus circulaciones, de su futura operación y mantenimiento, de su sustentabilidad y respeto por el medioambiente.
El Proyecto, la Construcción y el Equipamiento desarrollados responden a criterios de funcionalidad, racionalidad tecnológica y bioseguridad, contemplando criterios de humanización de la Atención de la Salud, de alta calidad arquitectónica-espacial y de sustentabilidad.





FACHADA TIPO CÁSCARA CON ESTRUCTURA METÁLICA, DE BASE INDEPENDIENTE Y ADOSADA AL EDIFICIO.
GENERACIÓN DE LÍNEAS ORGÁNICAS.
FACHADA DEL EDIFICIO VIDRIADA.
SUSTENTABILIDAD, PROTECCIÓN SOLAR.

SE TOMA COMO REFERENCIA LA ESTRUCTURA DEL ÉSTE PROYECTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PROPUESTA ARQUITECTÓNICA DEL TRABAJO.



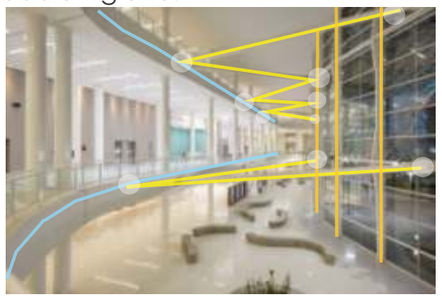
HOSPITAL CENTRAL RAMÓN CARRILLO - San Luis -

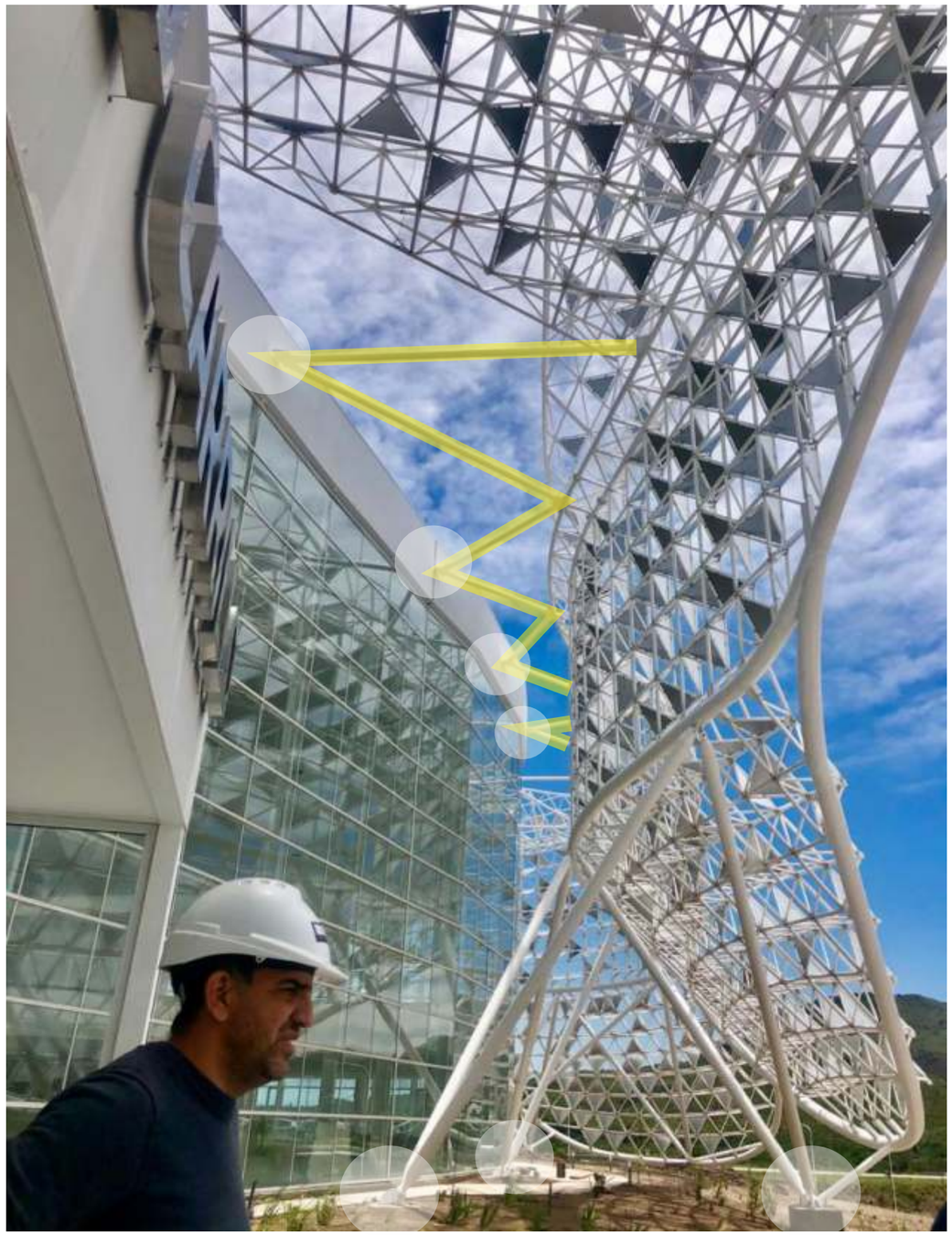
TECNOLOGÍA Y CONSTRUCCIÓN

Utilización de Sistemas Constructivos Industrializados, en hormigón armado, en hormigón pretensado y en acero, con más técnicas especializadas de transporte, montaje y uniones especiales antisísmicas), y de las instalaciones especiales.
El edificio se desarrolla en bloques funcionales adaptados a un módulo estructural de 7,20 x 7,20 m., respondiendo a un sistema estandarizado múltiplo de 0,60 m., coayudando ello en la agilidad y rapidez en la construcción.
Los bloques funcionales se materializaron con una estructura de columnas de hormigón armado prefabricadas en un solo largo (más de 16 metros), vinculadas por múltiples losas de hormigón armado colado in situ con empleo de un sistema de encofrados en mesa. Los cerramientos perimetrales se lograron con grandes premoldeados bidimensionales de hormigón armado que colaboran rigidizando la estructura principal para cumplir con las normativas antisísmicas, y brindan una excelente terminación exterior. Los locales están divididos por tabiques de construcción industrializada seca Dry Wall, lo que permite independencia estructural con respecto a los espacios pudiendo mutar innovando ante nuevos requerimientos que puedan surgir a través del tiempo.

El bloque de Acceso Principal Público Peatonal – Hall está realizado con estructura metálica de columnas y vigas con losas premoldeadas de hormigón pretensado. La cubierta es metálica. El cierre exterior es de tipo "frente integral" de aluminio y termo-panel, creando amplios espacios abiertos, amenos, luminosos y amigables.
La edificación se encuentra revestida exteriormente por una envolvente metálica en estereo-estructura, permeable que otorga identidad, movimiento, plasticidad y riqueza espacial al edificio, permitiendo apreciar las visuales de las Sierras Puntanas a su alrededor, y brindando un efecto policromático cambiante con el correr de las horas del día y con la iluminación nocturna, además de brindar protección solar. Los materiales, texturas, colores y formas has sido seleccionados con un criterio centrado en el paciente, generando espacios agradables, amigables y hogareños.
Se incorpora el uso del color en el interior de las áreas sociales y núcleos circulatorios, generando espacios con espíritu positivo.
Se ha mantenido el criterio de minimizar los accesos a los servicios a efectos de propender a un eficiente control de personas, insumos y equipamientos, como así también fortalecer las definiciones de bioseguridad e higiene.

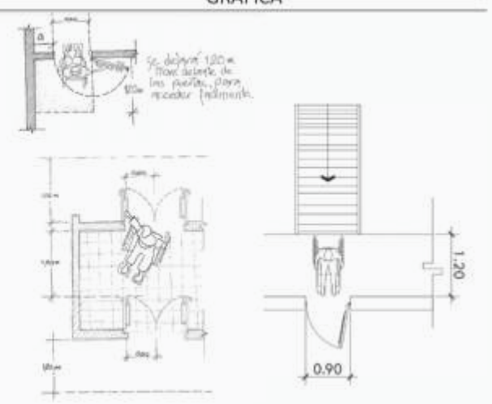
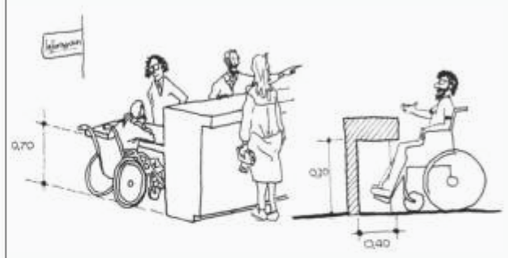
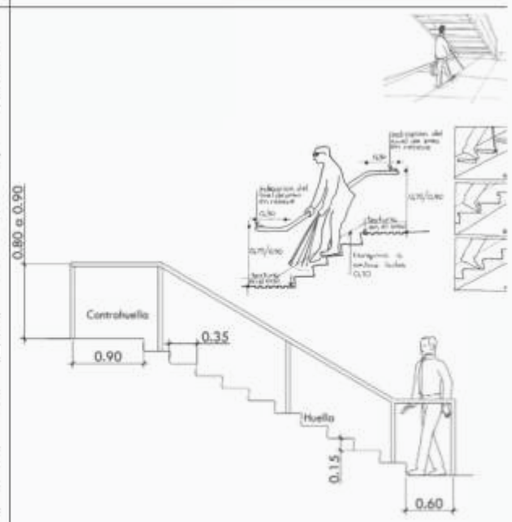
ANCLAJES DE TIPO RETICULADOS METÁLICOS.
GRENDES ESPACIOS INTERIORES, DOBLE Y TRIPLE ALTURA.
FACHADA TIPO CÁSCARA CON BASE INDEPENDIENTE DE H° A°.

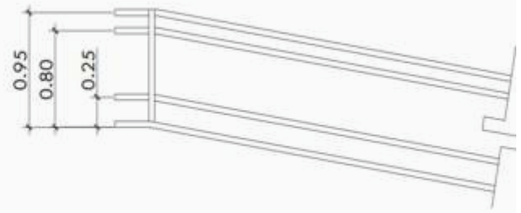
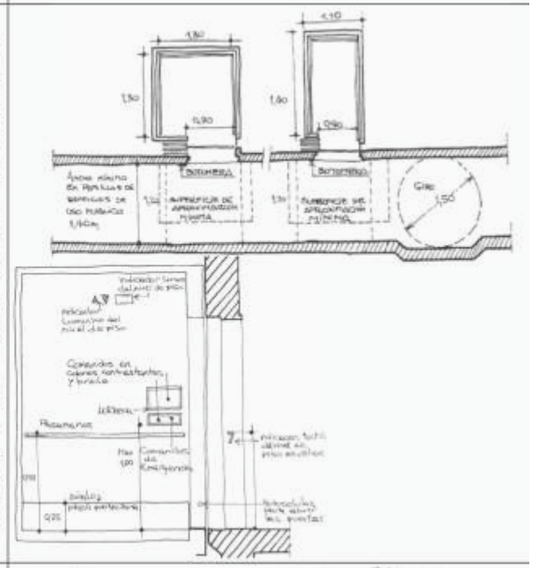
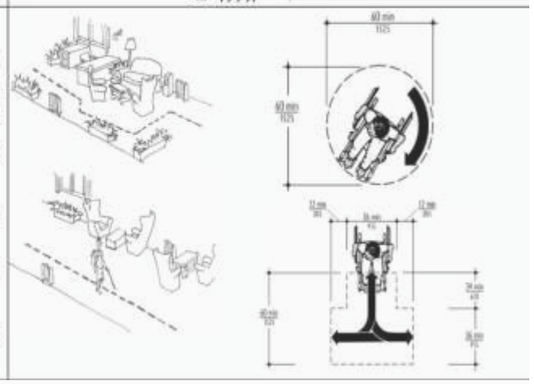




PAUTAS DE DISEÑO

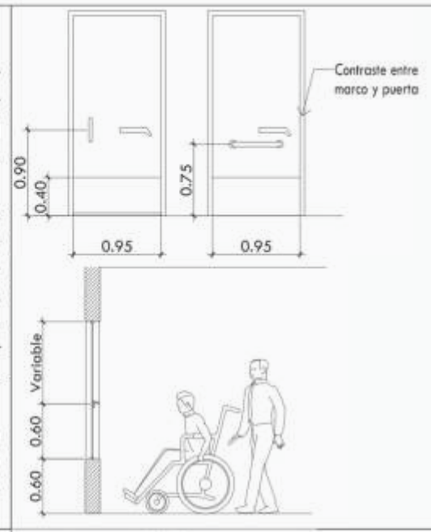
FUNCIONALES

DESCRIPCÓN	GRÁFICA
ACCESOS La entrada deberá permitir el ingreso de personas discapacitadas que utilicen sillas de ruedas estableciéndose la dimensión mínima de las puertas de entrada en 0,90 m. libres. Los ingresos deben estar señalizados y considerar apertura y cierre de la puerta(s), áreas de proximación libre de obtáculos, señalizados con cambios de textura en el piso. Los pisos exteriores a los ingresos deberán tener pendientes hidráulicas del 2%. Se deben evitar escalones bajo las entradas. Las puertas deberán permitir su apertura sin ofrecer dificultad al discapacitado, por medio de manijas ubicadas a 0,90 m. del piso.	
HALL DE INGRESO En las mesas de informe y escritorios de atención al público del hall se deberá tener en cuenta que la altura de la parte inferior de la misma no deberá ser menor de 0,70 m. Se deberá dejar libre el volumen inferior del plano de apoyo para poder realizar allí una correcta aproximación al mismo. La parte superior no será mayor de 0,90 m. para permitir de esa forma la correcta atención de la persona en silla de ruedas. Los pisos deberán ser de carácter antideslizante, sin resaltos ni elementos que faciliten el tropiezo de personas con bastones o en sillas de ruedas.	
ESCALERAS El acceso a escaleras y escalones será fácil y sus escalones estarán provistos de pasamanos. No se admitirán escalones en coincidencia con los umbrales de las puertas. En el diseño de una escalera se deberán tener en cuenta varios aspectos: -Pedada mínima de 0,08 m y máximo de 0.15 mts -Huella no debe ser menor a 0,30 mts. -El ancho variará entre 0,90 mts minimo en interiores y 1,20 mts en exteriores. -Los pasamanos laterales se deberán prolongar de 0,30 a 0,50 mts al comenzar y al finalizar la escalera. -El perfil y la nariz de los peraltes serán redondeados y el material será antideslizante. -El máximo de escalones sin descanso será de 12, siendo éste de 0,90 mts como mínimo de ámbito. -En escaleras interiores, se recomienda una buena iluminación ya sea natural o artificial.	

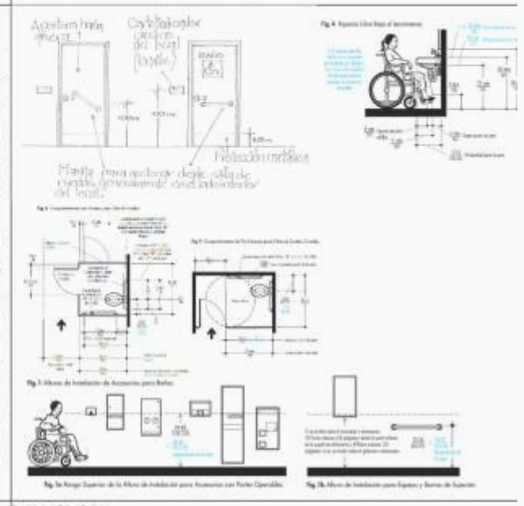
PASAMANOS Las rampas y escaleras deben contar con un pasamano en sus dos costados especialmente cuando la longitud de estas supera 1 mt. Los pasamanos deberán estar firmemente sujetos y permitir el deslizamiento de las manos sin interrupción. Estos deben diferenciarse también de las superficies de su entorno. El diámetro circular de los pasamanos debe ser entre 3 a 5,00 cm y separado 5 cm del muro. Colocado en diferentes alturas: 0,95 a 1,00 mt para adultos 0,70 a 0,80 mt para niños	
ASCENSORES La dimensión interior mínima de la cabina será 1,10 m. de frente por 1,40 m. de fondo cuando el ingreso y egreso es de forma frontal; y de 1,30 m. por 1,30 m. cuando el ingreso es frontal y el egreso es de forma lateral, o viceversa permitiendo de esta manera el giro de la silla a 90°. Tendrá pasamanos separados a 0,05 m. de las paredes en los tres lados libres. La puerta del ascensor será de 0,80 m. libre como mínimo. La misma será de fácil apertura. En caso de no contar con ascensorista, la botonera de control permitirá que la selección de las paradas pueda ser efectuada por discapacitados visuales, mediante una botonera con números en relieve de 0.015 m., ubicándose la misma a 0.50 m. de la puerta y a 1 m de nivel del piso de ascensor, y en forma de botonera horizontal.	
PASILLOS DE CIRCULACIÓN COMÚN Los pasillos de circulación interior deberán contar con un ancho mínimo en todo su recorrido que permita el paso de dos personas simultáneamente, una de ellas en silla de ruedas (1,40 m.). Debe evitarse cualquier obstáculo como mobiliario o adornos. En los pasillos es conveniente colocar pasamanos continuos de color contrastante. Los pisos deberán ser de carácter antideslizante y sin resaltos.	

AMBIENTALES

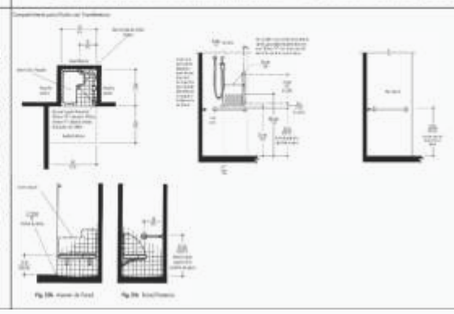
PUERTAS Y VENTANAS
Deberán tener un ancho promedio de 0,90 mts. La perilla debe ser anatómica (tipo palanca) y estar situado a 95 cm de altura. Deben contar con una barra adicional de 40 cm de longitud colocada en forma vertical con su punto medio a 95 cm u horizontal a 85 cm de altura.
Las puertas de vidrio deben tener un zócalo de protección de metal o de hule de entre 30 a 40 cm de alto para disminuir los efectos del choque del apoya pies de la silla de ruedas. Es importante la colocación de una franja o adhesivo a la altura de visión para ser detectadas (aproximadamente a 1,30 mts de altura).
El sillar de las ventanas debe estar a una altura máxima de 80 cm de alto permitir que tenga una completa visualización en niños y adultos, de pie o en sillas de ruedas.

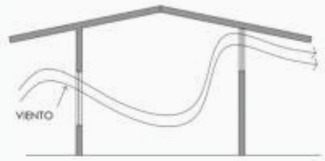
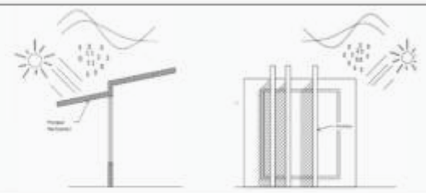


BAÑOS
Acceso al local sin desniveles de piso o escalones y bien iluminado. Frente a la puerta de ingreso al local se dispondrá de un espacio libre suficiente para ingresar al mismo, con una dimensión mínima de 1.20 m. (que permita un giro de 90° de la silla de ruedas considerando una circulación lateral al local).
En todos los casos la puerta de ingreso deberá abrir hacia afuera. En la cara interior es aconsejable colocar un caño de 3.8 cm. de diámetro a una altura de 90 cm. del nivel del suelo y de una longitud de 60 cm. que facilite el cierre de la misma. Se utilizan manijas antipático del tipo recta, fácil de accionar. El local deberá poseer un espacio libre interior que permita inscribir un círculo de 1.5 m. de diámetro para realizar un giro de 360°.



DUCHAS
<u>1- Asientos para duchas:</u> deben instalarse con la superficie superior del asiento de 430 a 485mm por encima del nivel del piso. En ambos casos de compartimientos de acceso directo con transferencia, los asientos deben tener un espacio máximo de 75mm entre el borde del asiento y la entrada del compartimiento y una abertura permisible de 64mm de separación máxima entre el asiento y la pared del asiento.

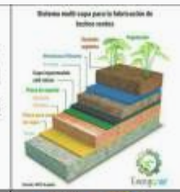
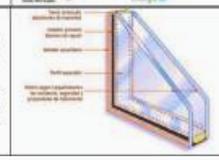


DESCRIPCÓN	GRÁFICA
VENTILACION CRUZADA Permite la circulación de aire natural dentro del edificio generando un ambiente sano, sustentable y de confort. Además de favorecer el ahorro del consumo energético en cuestiones de acondicionamiento térmico.	
VEGETACION-PAISAJISMO Patios internos Jardines Utilización de vegetación apropiada de la región como barrera natural y protección térmica, ubicados en orientaciones más desfavorables. Utilización de árboles medianos como barreras tanto de sonido como de contaminación, éstos también se utilizarán para definir circulaciones.	
PROTECCIONES Para la protección directa de rayos solares y de aguas de lluvia al interior de los ambientes del edificio se utilizarán: Aleros Parasoles Galerías	
ILUMINACIÓN NATURAL Luz cenital y grandes ventanales: permitiendo el aprovechamiento y la máxima optimización de la iluminación natural y reduciendo el consumo de energía eléctrica para iluminación interior del edificio.	
ORIENTACION DEL EDIFICIO La planta del edificio se orientará hacia el norte y sur o ligeramente girados para reducir al máximo la exposición al sol. En las fachadas que dan al este y oeste se utilizarán elementos de protección para reducir el impacto de la radiación solar.	

URBANÍSTICAS

DESCRIPCÓN	GRÁFICA
REBAJES DE CORDÓN Los vados se forman con la unión de tres superficies de planos con pendiente que identifican en forma continua la diferencia de nivel entre el rebaje de cordón realizado en el bordillo de la acera. (Decreto Nacional 914/94)	
CIRCULACION Y VEGETACIÓN El ancho mínimo de los caminos principales deberán ser de 1,50 mts y de preferencia se establecerá un circuito continuo que culmine por donde se comenzó. Se deberán mantener claros libres de por lo menos 2,10 mts de altura. La pendiente máxima del circuito será de un 2% en sentido transversal y 5% en sentido longitudinal. S e requiere de un espacio libre de ramas de 2,10 mts. Minimo debajo de su copa.	
AREAS VERDES Espacios agradables y amigables que ofrecen una actividad complementaria de esparcimiento al aire libre junto con senderos peatonales, recorridos, vegetación y gimnasio al aire libre.	

TECNOLÓGICAS-CONSTRUCTIVAS

JARDÍN VERDE O TERRAZA Además de influir en el mejoramiento del clima de la ciudad, también optimizan el aislamiento térmico, el almacenamiento de calor del edificio, su aislamiento acústico y también en el manejo de aguas pluviales. Estarán implementados en un área del edificio.	
DOBLEVIDRIADO HERMÉTICO Será utilizado en puertas ventanas y ventanas con el objeto de optimizar la capacidad de aislación térmica y acústica. Está compuesto por dos vidrios unidos herméticamente en su contorno y separados por una cámara de aire.	

HUMANIZACIÓN ESPACIAL

DESCRIPCÓN	GRÁFICA
DISEÑO UNIVERSAL-CONFORTABLE Mobiliario interior y exterior considerando	
FORMAS ORGÁNICAS Entendiendo como formas orgánicas aquellas de contorno irregular, generalmente habituales en la naturaleza y en las formas que intentan imitarlas o también pueden ser artificiales como formas abstractas. Aplicadas tanto a cuestiones formales y funcionales como al diseño de interior y mobiliario.	
COLORES Se implementará la psicología del color en los espacios como herramienta para generar lugares de tranquilidad y calma, de relajación, de actividad motora y de concentración, según las funciones y actividades que se desempeñen en los distintos espacios.	
ANALOGIAS NATURALES Formas, texturas, aromas, imágenes Jardín vertical	
PRESENCIA DE AGUA Fuentes Muros cascadas Muros de agua como separaciones virtuales Sistemas de aspersores para senderos peatonales	
VIRTUALIDAD INTERIOR-EXTERIOR	

ANÁLISIS DE FUNCIONES

MODELOS DE ORGANIGRAMA Y ZONIFICACIÓN PARA PARA UN CENTRO DE REHABILITACIÓN

A partir de un estudio arquitectónico realizado en 1994 por el ICRC junto con una tesis de grado de la Ecole d´Architecture et d´Urbanisme de Genéve, lo que estableció que los resultados no fueron obtenidos para generar soluciones espaciales específicas, al contrario, determinan una guía para identificar las mejores prácticas y prácticas para evitar en los futuros proyectos, se pudieron identificar los siguientes siete espacios principales en los que se subdivide un centro de rehabilitación física. (Bonnet, 2014, p.28)

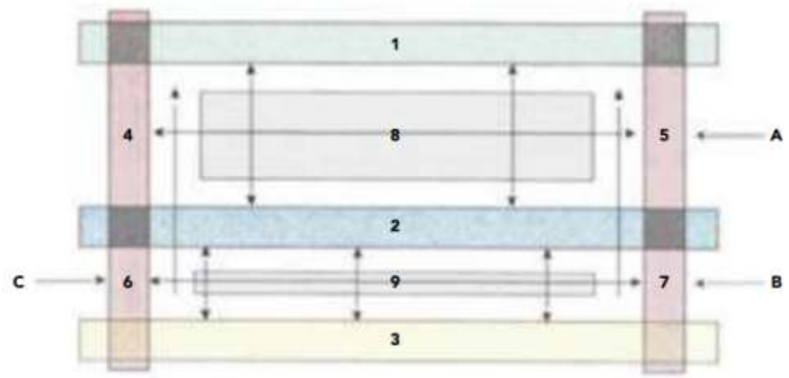
- Administración
- Estancia y convalencia
- Área clínica y Fisioterapia
- Taller de prótesis y órtesis
- Almacenaje
- Área de comedor
- Área de personal médico

Del mismo modo se determinan los siguientes accesos:

- Acceso principal
- Acceso a almacenamiento
- Acceso de personal

Todos los espacios generados están distribuidos alrededor de un patio público, destinado a las áreas comunes, y otro patio privado, para las áreas restringidas. A estos no se les han asignado ningún uso específico, pero son aquellos lugares de transición entre las distintas funciones del proyecto (Bonnet, 2014, p.28).

Como se evidencia en el organigrama funcional, todos los espacios que componen el proyecto se encuentran ubicados alrededor de un patio, logrando así una configuración espacial que "facilita el enfriamiento pasivo en climas cálidos. Los patios centrales permiten la ventilación cruzada de las habitaciones y las fachadas interiores están a la sombra de las galerías"(Bonnet, 2014, p.29), de esta manera se reducen al máximo la cantidad de espacios cerrados, generando una edificación con un menor consumo energético. Estos conceptos se ven plasmados en la composición arquitectónica a manera de una planta esquemática.



Organigrama funcional



Composición arquitectónica

1. Estancia y convalecencia
2. Área clínica y fisioterapia
3. Taller de prótesis y órtesis
A. Acceso principal
4. Área de comedor
5. Administración
6. Almacenaje
B. Acceso de personal
7. Área de personal médico
8. Patio público
9. Patio privado
C. Acceso a almacenamiento

ANÁLISIS DE FUNCIONES

MODELOS DE ORGANIGRAMA Y ZONIFICACIÓN PARA PARA UN CENTRO DE REHABILITACIÓN

Así mismo, se generó un organigrama general para el desarrollo del programa arquitectónico y su posterior transición al diseño del proyecto, considerándolo un modelo hipotético y una herramienta de arranque, debido a que cada centro es único en su contexto; no obstante, es importante respetar la relación espacial entre las distintas áreas y servicios para garantizar los correctos aspectos funcionales, espaciales y técnicos de los futuros equipamientos. (Bonnet, 2014, p.96)

Los siguientes diagramas representan los distintos niveles funcionales en el organigrama general:

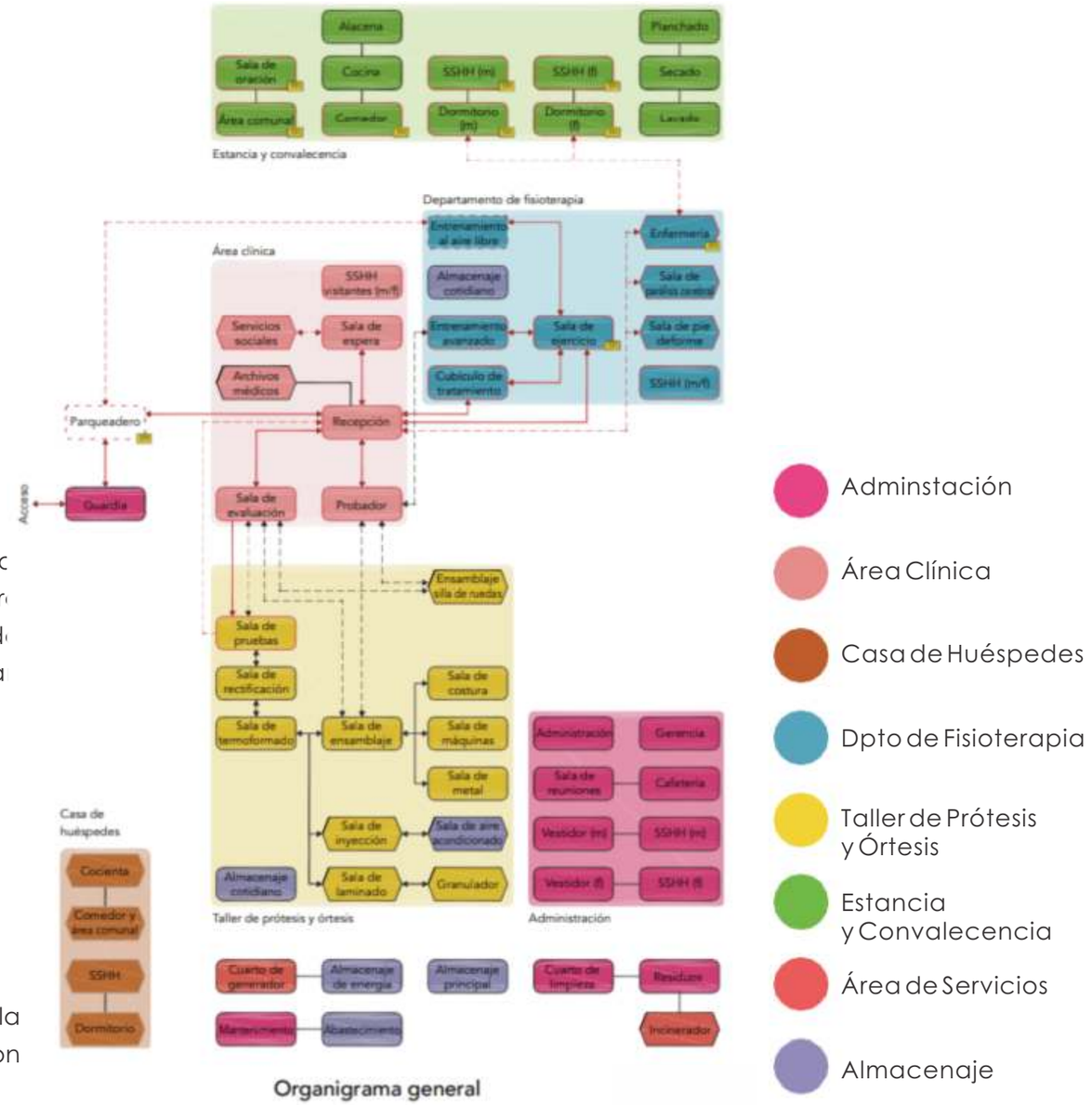
- Sala accesible a los usuarios
- Sala opcional accesible a los usuarios
- Sala accesible a los usuarios en silla de ruedas
- Sala accesible solo al personal
- Sala opcional accesible solo al personal
- Sala opcional accesible al personal y visitantes
- Espacio exterior

Es fundamental reconocer el trazado de ciertos flujos de circulación en el proyecto considerándolos como "el movimiento de pacientes, información o equipos entre departamentos, grupos de personal u organizaciones como parte de su ruta de atención" (Bonnet, 2014, p.97), sugiriendo la secuencia de actividades que se pdría realizar en el centro, como se indica a continuación.

- Usuarios no acompañados por personal
- Usuarios acompañados por personal
- Solo personal, flujo principal
- Solo personal, flujo secundario
- Flujo constante de áreas interconectadas

Aunque cada servicio esta habilitado para el personal, los usuarios o visitantes, la mayoría de espacios deberán estar diseñados para ser accesibles a personas con discapacidad debido a que ellos son los principales beneficiarios del proyecto.

Compaginando las áreas y servicios mediante los dinstintos flujos de circulación, se puede resumir el organigrama funcional en ocho departamentos principales.

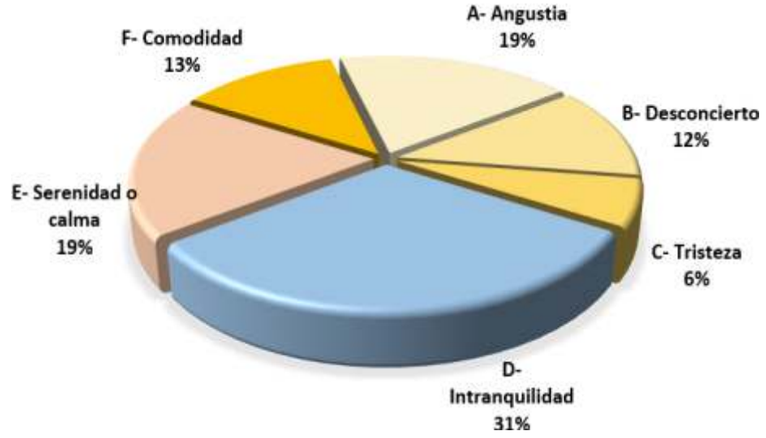


RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

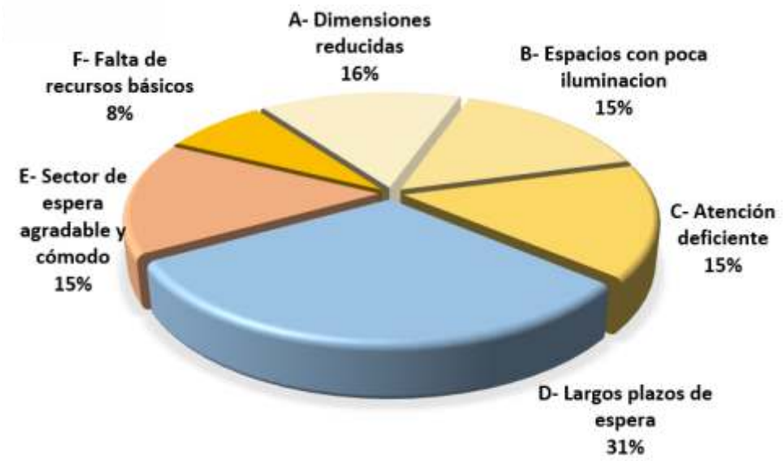
1- ¿POR QUÉ MOTIVO ASISTE A ALGÚN EDIFICIO DE SALUD?



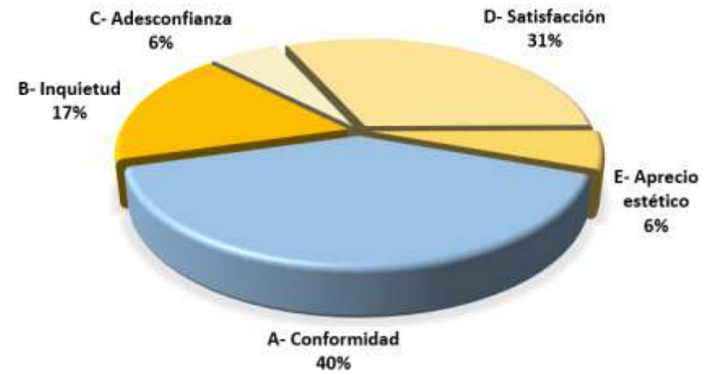
1- ¿QUÉ SENSACIONES PUDO PERCIBIR AL INGRESAR AL EDIFICIO?



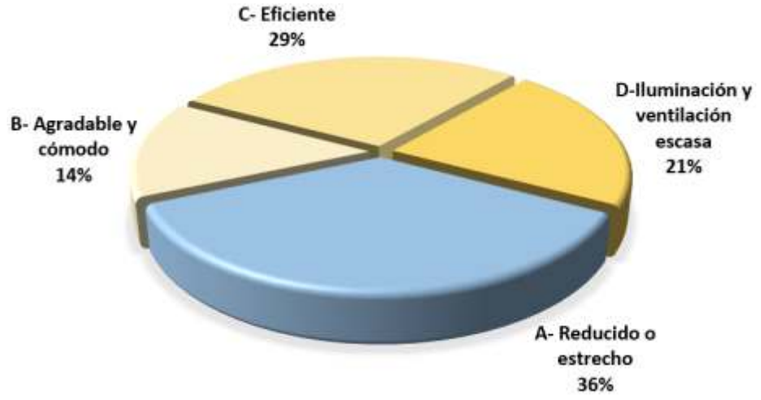
3- ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS PERCIBIÓ AL INGRESAR AL EDIFICIO?



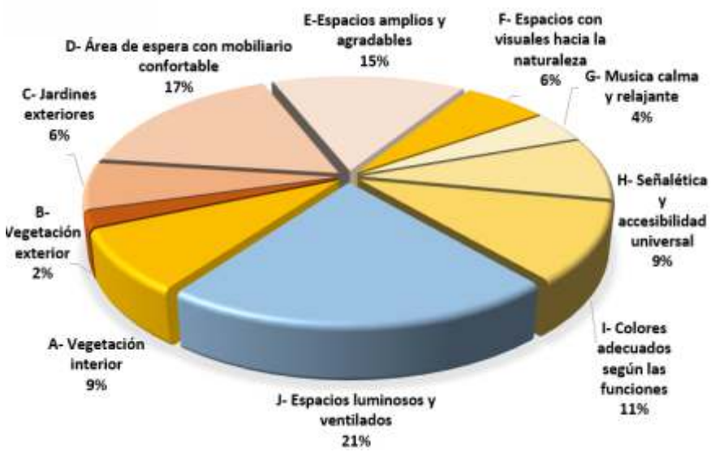
4- SI SOS PERSONAL DEL SERVICIO, ¿QUÉ SENSACIONES TE GENERAN DESEMPAÑARTE EN TU ESPACIO FÍSICO LABORAL?



5- ¿QUÉ SENSACIONES PUDO PERCIBIR AL INGRESAR AL EDIFICIO?



6- ¿QUÉ ELEMENTOS O CARACTERÍSTICAS LES GUSTARÍA QUE SE INCLUYAN ESTOS ESPACIOS?



7- ¿QUÉ EMOCIONES O SENSACIONES LE GUSTARÍA PERCIBIR DURANTE SU PRESENCIA EN ESTOS ESPACIOS?

Calma, tranquilidad, seguridad, alojo, comodidad, sensación de bienestar, privacidad.

ENCUESTAS

ANÁLISIS CUANTITATIVO

−

- **INTRANQUILIDAD** 31%
- **ANGUSTIA** 19%
- **LARGOS PLAZOS DE ESPERA** 31%
- **DIMENSIONES REDUCIDAS** 16%
- **ESPACIOS CON POCA ILUMINACIÓN** 15%

+

- **ESPACIOS LUMINOSOS Y VENTILADOS** 21%
- **SALA DE ESPERA CON MOBILIARIO CONFORTABLE** 17%
- **ESPACIOS AMPLIOS Y AGRADABLES** 15%

CONCLUSIÓN

Con los resultados de las encuestas se detecta la ausencia de ciertas características espaciales positivas en los espacios de salud ya construidos, como la falta de ventilación e ilumiinación y espacios amplios.
Con dichos resultados se fundamenta y potencia la elección de los criterios de diseños estudiados con la intención de generar espacios confortables y que generen sensaciones positivas a los usuarios del edificio.

ASPECTOS A POTENCIAR EN LA PROPUESTA:

- ESPACIOS AMPLIOS
- ESPACIOS CON BUENA ILUMINACIÓN
- ESPACIOS BIEN VENTILADOS
- MOBILIARIO ERGONÓMICO Y CONFORTABLE

PARA LOGRAR:

- TRAQUILIDAD
- CALMA
- ESPERA CONFORTABLE

5 PROPUESTA

PROGRAMA DE NECESIDADES + PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

ÁREA		NECESIDAD	ACTIVIDAD	AGENTE	CANT. PERSONAL	CANT. USUARIOS	LOCAL	SUPERFICIE (m2)	
		Disponer de un establecimiento seguro	Controlar, vigilar el establecimiento y cuidado de instalacion	Personal de seguridad	2	-	Casilla de seguridad	4.3	
		Ingresar, acceder al establecimiento	Acceder	-	-	-	Hall de acceso y distribución	23	
		Registrar pacientes y solicitar consultas	Atender, llamar, escribir, informar,archivar documentos	Recepcionista	2	-	Admisón-recepción	18.3	
		Esperar turnos o consultas	Permanecer	Pacientes	-	30	Sala de espera	133	
		Proveer ayuda técnica necesaria	Traslado y movilidad del paciente	Personal	1	-	Área de camillas y silla de ruedas	25	
1	Recepción	Atención a necesidades fisiológicas de personas	Servicios higiénicos	Pacientes	-	2	Sanitarios diferenciados por género	45	248.6
		Atención médica general	Informar, curar, evaluar	Médico generalista	1	2	Consultorio	12.6	
		Atención médica fisioterapéutica	Informar, curar, evaluar	Médico fisiatra	1	2	Consultorio	12.6	
		Atención neurológica	Evaluar, diagnosticar	Médico neurólogo	1	2	Consultorio	12.6	
		Atención médica Psicológica	Evaluación psicólogica del paciente Evaluación del avance en reabilitación mental y psicológica	Psicólogo	1	1	Consultorio/ Gabinete Psicológico	24	
		Atención médica en Psicopedagogía	Diagnóstico, evaluación y tratamiento	Psicopedagogo	1	4	Consultorio/ Gabinete Psicopedagógico	34.6	
		Atención en cuestiones de inserción social	Evaluación socioeconomica	Trabajadora social	1	2-ene	Consultorio/ Gabinete	12.6	
2	Área Clínica	Atención de lesiones, curaciones	Asistir, Curar	Enfermero	1	2	Sala de enfermería	13.3	122.3
			Terapia de rehabilitación física a través de ejercicios	Fisioterapeuta			Sala polivalente: gimnasio, pilates	182	
		Atención Mecanoterapéutica	Terapia de rehabilitacion en contacto con la naturaleza	Fisioterapeuta	5	10	Jardin terapéutico	41	
		Atención Hidroterapéutica	Terapia de rehabilitación por medio de inmersion en tinas con agua climatizada.	Terapeuta especializado en hidroterapia	3	10	Sala de hidroterapia con pileta	111	
		Atencion Magnetoterapéutica	Terapia mediante campos magnéticos sobre el cuerpo	Terapeuta especializado en magnetoterapia	1	1	Box o cúbiculo de magnetoterapia	7	
		Atención en Ultrasonido y microonda	Electroterapia, rehabilitacipon neurológica (Infrarrojo, ultravioleta y ondas cortas)	Terapeuta especializado en ultrasonido y microonda	1	1	Box o cúbiculo de ultrasonido	7	
		Atención terapéutica	Terapias complementarias	Terapeuta especializado	1	1	Boxes complementarios	28	
		Atención en terapia ocupacional	Aprendizaje magistral dirigido	Terapeuta especializado terapia ocupacional	1	8	Sala de terapia ocupacional	26.6	
		Atencion en educación especial	Aprendizaje magistral dirigido	Especialista en educación especial	1	4	Sala de educación especial	19.2	
3	Terapéutica	Atencipon referida a prótesis y órtesis	Confeccion de prótesis para pacientes con necesidad de suplantar de manera total o parcial la pérdida de un miembro.	Especialistas en Prótesis y Órtesis	3	-	Taller de Prótesis y Órtesis	77	498.8
		Asegurar el cumplimiento de objetivos	Dirigir, planificar y organizar	Director	1	-	Oficina de direccion	23	
		Organización de documentación clínica	Archivar y documentar	Administrador/Secratario	1	-	Oficina de Historia clínica	27	
		Organización del personal	Dirigir, administrar y controlar el personal	Administrador/Secratario	1	-	Oficina de Administración	22	
		Recepcion y redistribucion de documentación	Apoya las actividades de administración	Administrador/Secratario	1	-	Oficina de obra Social	14.4	
		Registro contable	Monitorear presupuestos y progreso de proyectos	Contador	1	-	Oficina contable	14.4	
4	Administración	Reuniones de junta directiva	Toma de decisiones y planificación de programa	Junta Directiva	6	-	Sala de reuniones	10	96.4

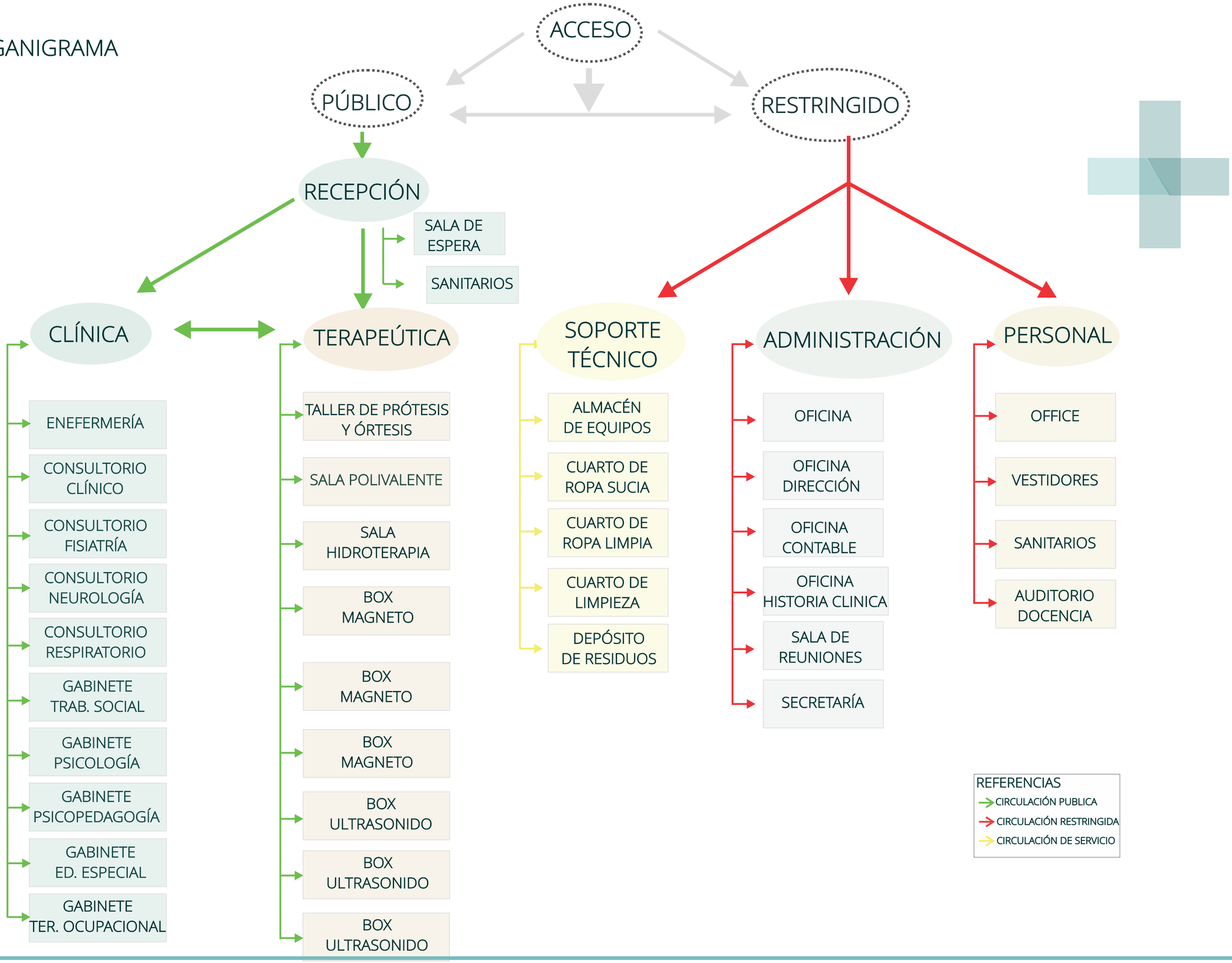
PROGRAMA DE NECESIDADES + PROGRAMA ARQUITECTÓNICO

	ÁREA	NECESIDAD	ACTIVIDAD	AGENTE	CANT. PERSONAL	CANT. USUARIOS	LOCAL	SUPERFICIE (m2)	
5	Personal	Esparcimiento y estar	Comer, tomar	Personal	8	-	Office	42.2	80.8
		Atención a necesidades fisiológicas del persona	Servicios higienicos	Personal	2	-	Sanitarios diferenciados por género	38.6	
6	Conferencias	Reuniones de personal y profesionales externos	Realizar juntas de personal/Profesionales	Personal		84	Auditorio	121	121
7	Soporte Tec.	Dpeósito, almacenamiento y guardado	Guardado de stock de materiales, insumos y herramientas	Personal de Maestranza	4	-	Depósito de equipos e insumos	24	52
			Almacenamiento y despacho de ropa limpa	Personal de Maestranza		-	Cuarto de ropa limpia	7	
			Almacenamiento y despacho de ropa sucia	Personal de Maestranza		-	Cuarto de ropa sucia	7	
			Almacenamiento de insumos y elementos de limpieza	Personal de Maestranza		-	Cuarto de Limpieza	7	
			Depósito de residuos	Personal de Maestranza		-	Depósito de residuos	7	
8	Circulaciones	Circular	Caminar	Personal y Pacientes	-	-	Pasillos	327.5	346.5*
		Ascender a niveles superiores	Subir escaleras o ascensor	Personal y Pacientes	-	-	Escaleras y ascensor	19	
9	Complementaria	Estacionar automóviles de pacientes	Estacionar	-	7		Estacionamientos para pacientes	150	443
		Estacionar automóviles de personal	Estacionar	-	6	8	Estacionamientos para personal	87.7	
		Estacionar automóviles de emergencia	Estacionar	-	2	-	Estacionamientos para ambulancia	65	
				Personal de maestranza	1	-	Patios internos	35.3	
		Espacios al aire libre	Dispersarse, recrearse	Jardinero	1	más de 10	Estares exteriores	105	

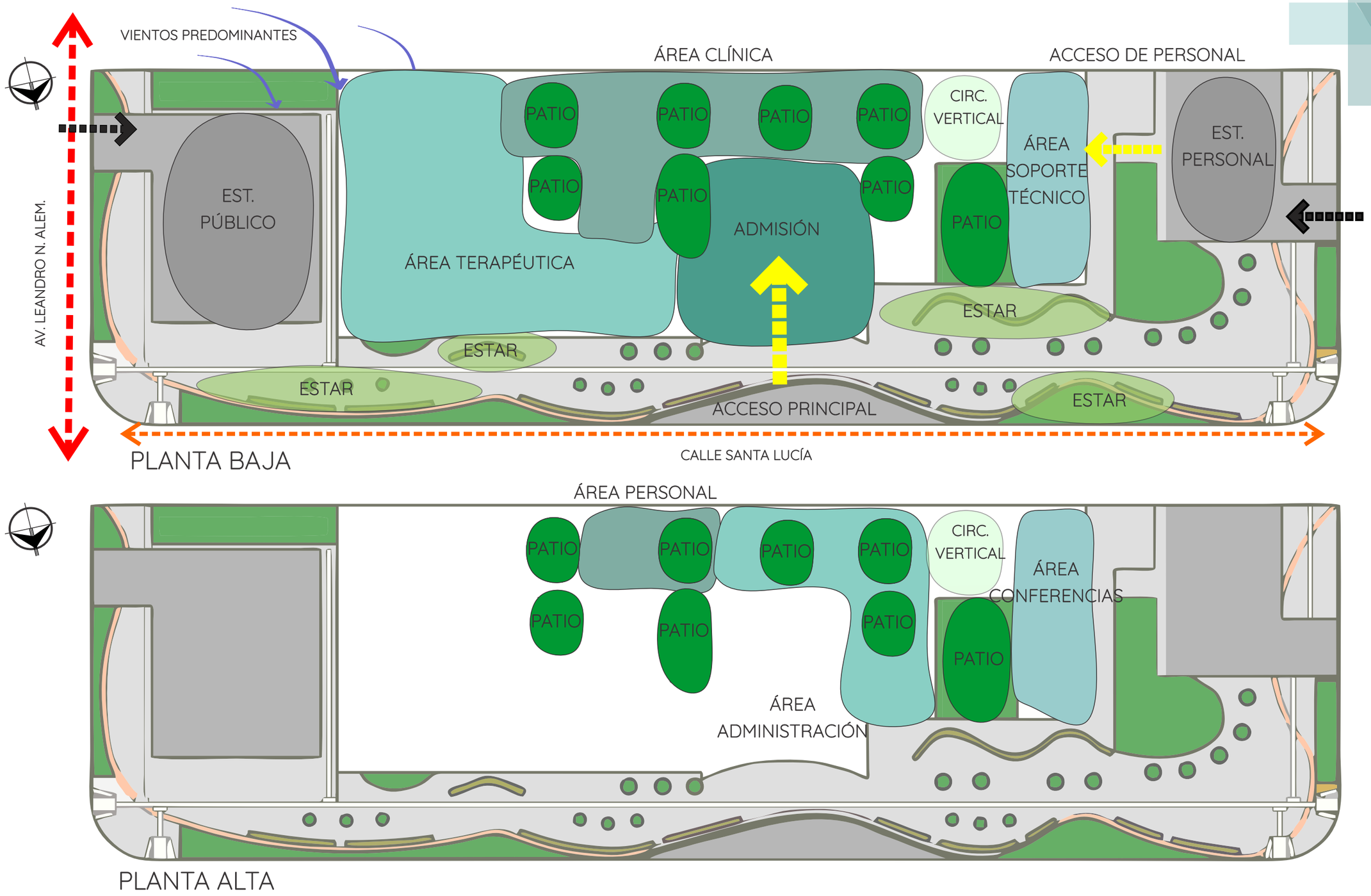
*Corresponde al 18% de Superficie total edificable

TOTAL: 1888.4 m2

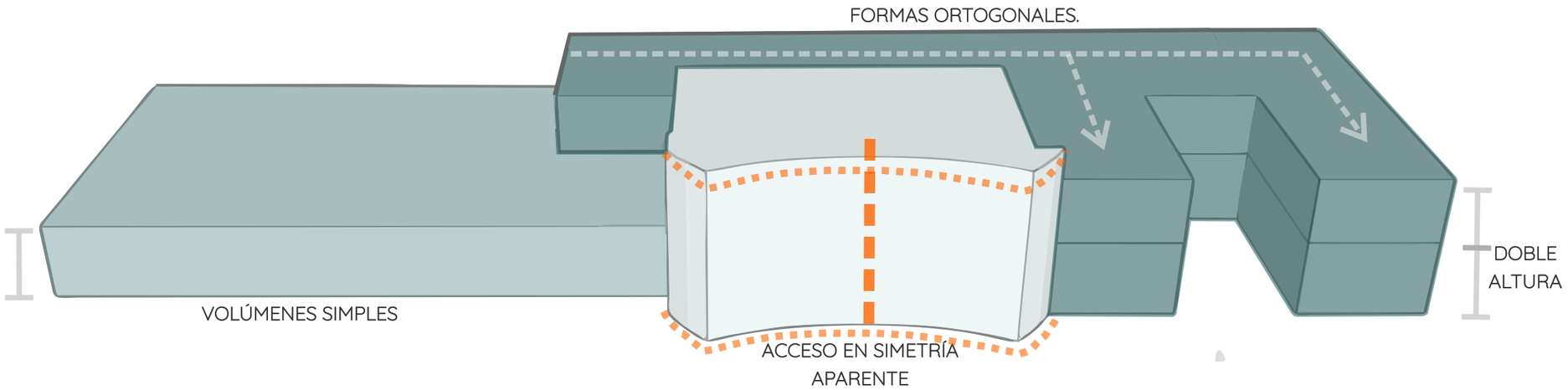
ORGANIGRAMA

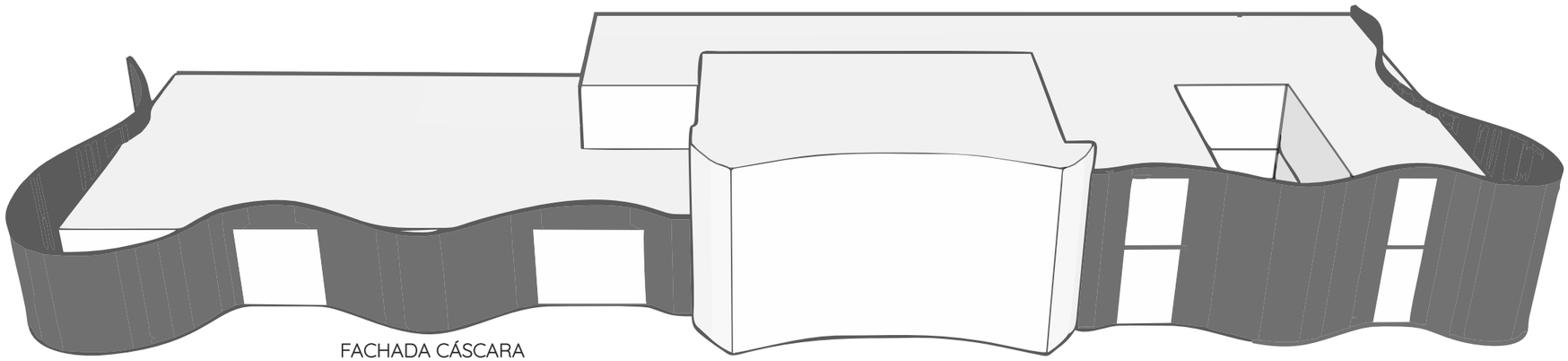


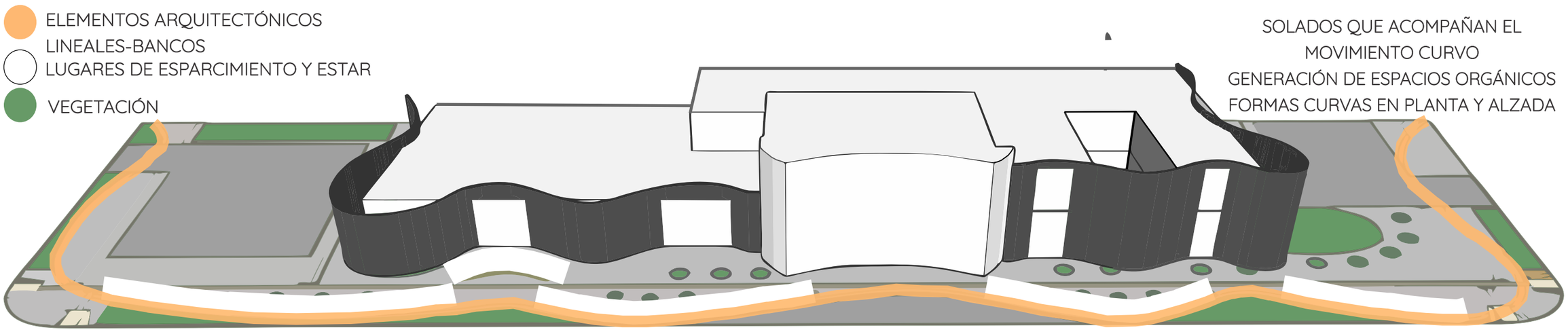
IMPLANTACIÓN



FORMA


FORMAS ORTOGONALES.
VOLÚMENES SIMPLES
DOBLE
ALTURA
ACCESO EN SIMETRÍA
APARENTE


FACHADA CÁSCARA
MOVIMIENTO Y FORMA ORGÁNICA


ELEMENTOS ARQUITECTÓNICOS
LINEALES-BANCOS
LUGARES DE ESPARCIMIENTO Y ESTAR
VEGETACIÓN
SOLADOS QUE ACOMPAÑAN EL
MOVIMIENTO CURVO
GENERACIÓN DE ESPACIOS ORGÁNICOS
FORMAS CURVAS EN PLANTA Y ALZADA

PLANTA BAJA

- Área terapéutica 498,8 m2
- Área clínica 122,30 m2
- Soporte técnico 52 m2
- Área sanitarios 45 m2
- Núcleo vertical 19 m2

PLANTA ALTA

- Área administrativa 96,4 m2
- Área personal 80,8 m2
- Área Conferencias 121 m2
- Área sanitarios 38 m2
- Núcleo vertical 19 m2

PLANO TERRENO

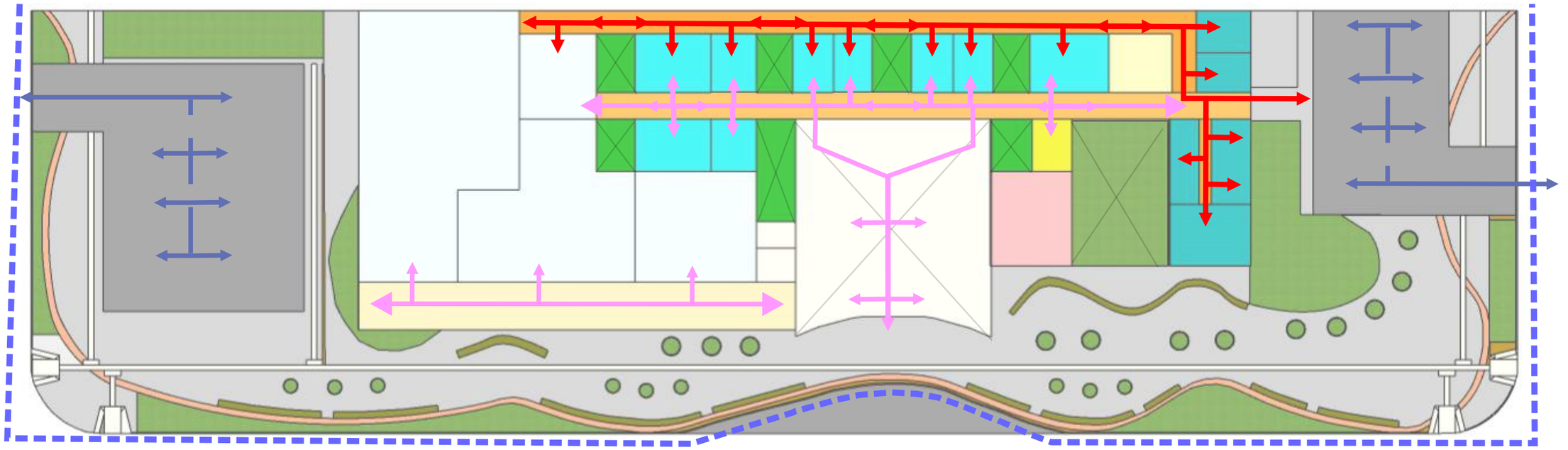
- Servicios complementarios:
  Estacionamiento 443 m2
  Estar



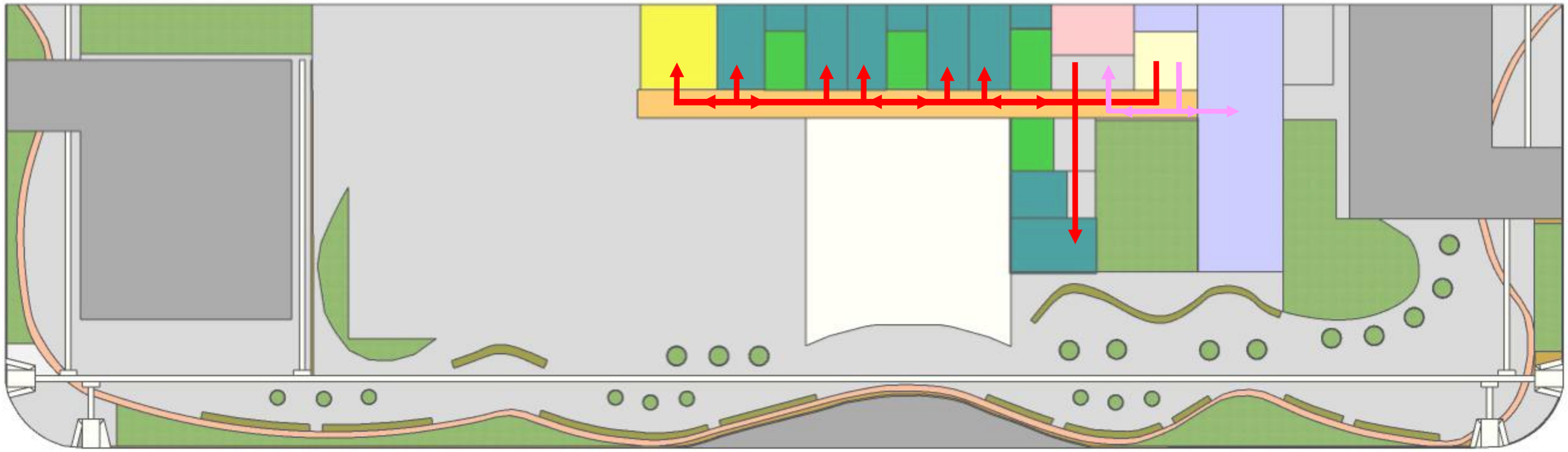
La organización espacial y funcional determina el diseño de la propuesta en dos niveles: planta baja y planta alta.
Dentro de cada una de ellas se desarrollaran las actividades en función de las zonas de acceso público, semipúblico y restringido.

FUNCIÓN

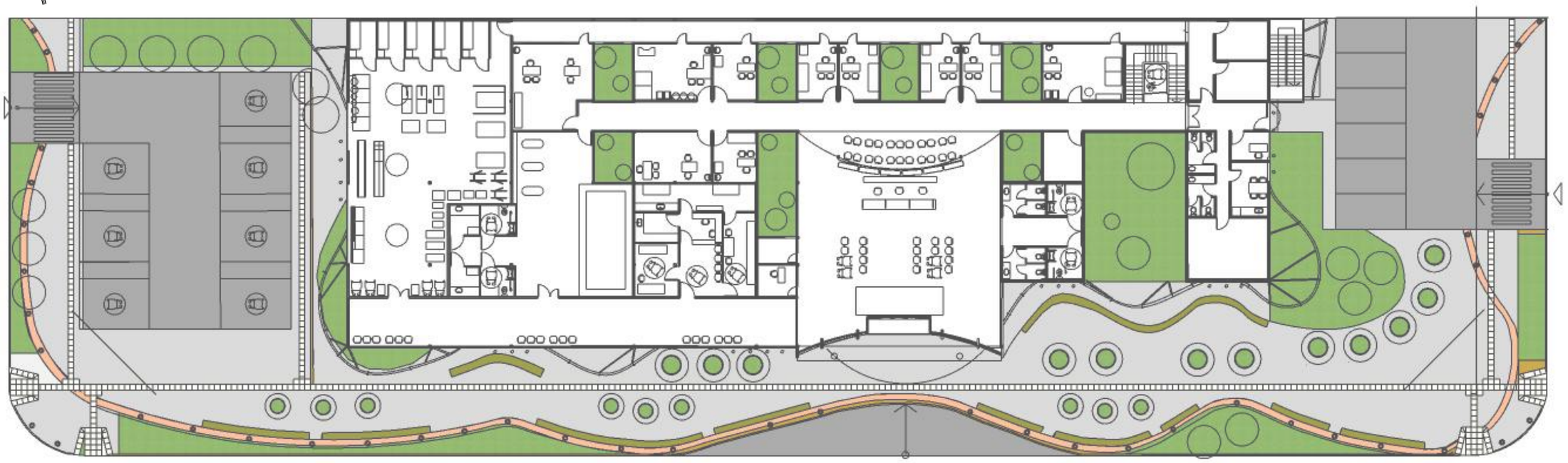
CIRCULACIÓN VEHICULAR
CIRCULACIÓN PEATONAL
CIRCULACIÓN PÚBLICA
CIRCULACIÓN RESTRINGIDA



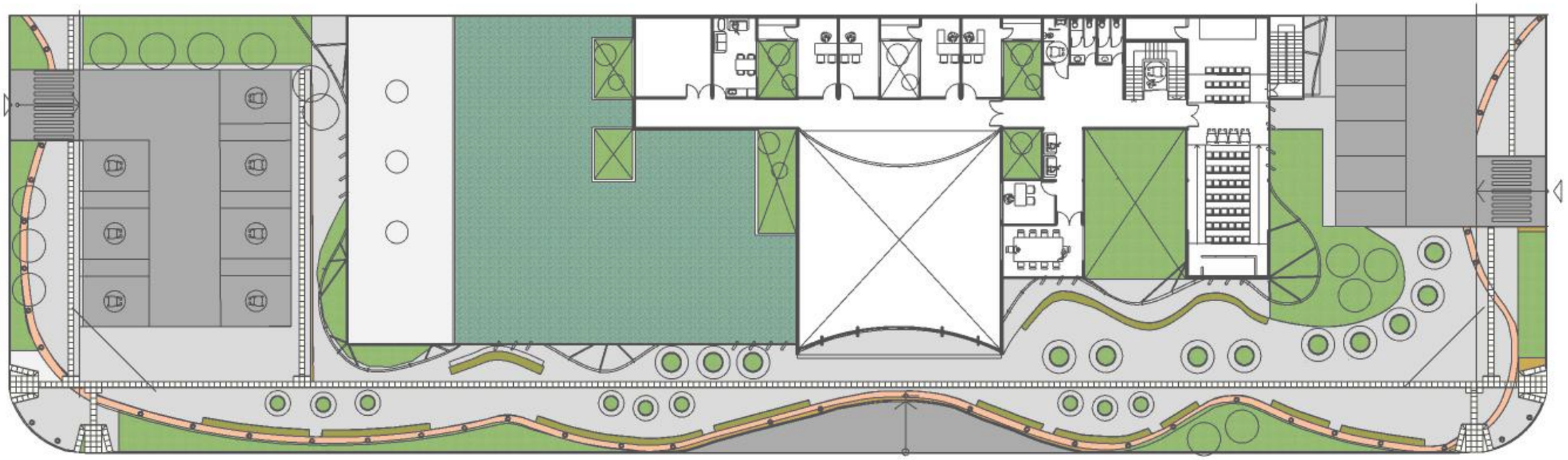
PLANTA BAJA



PLANTA ALTA

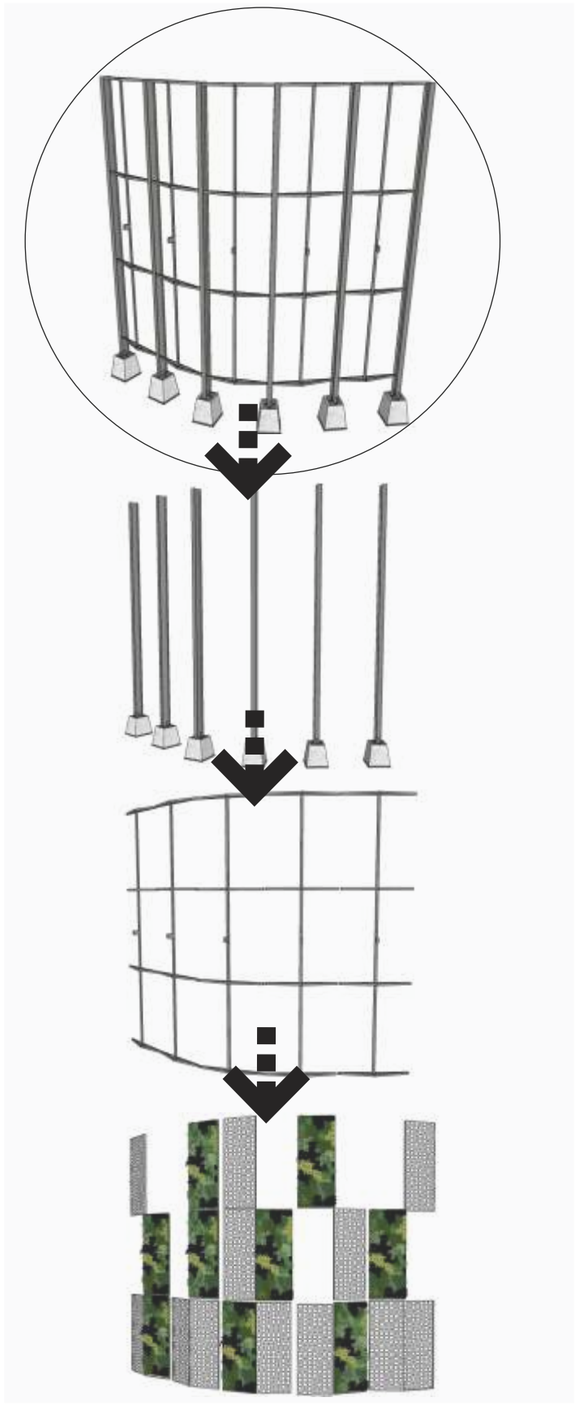


PLANTA BAJA



PLANTA ALTA

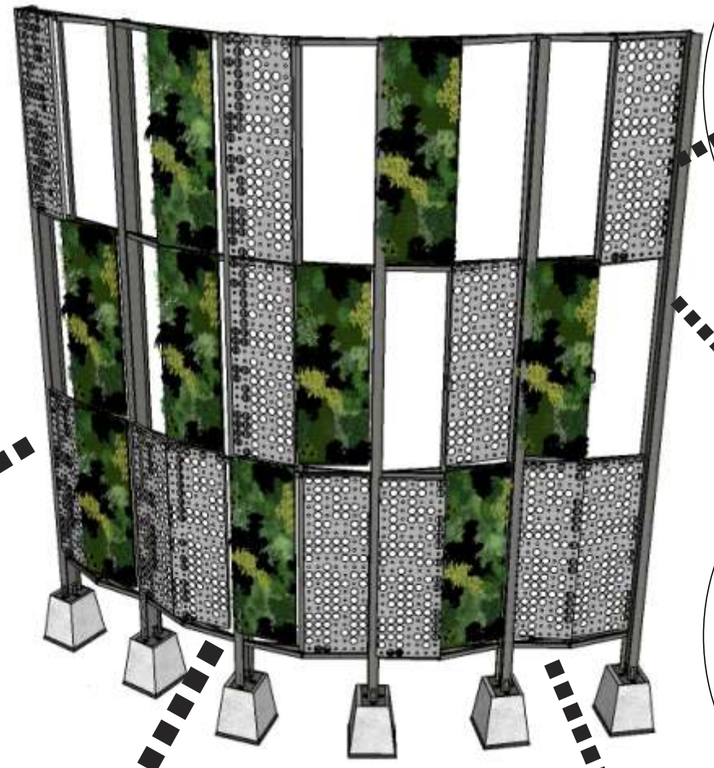
TECNOLOGÍA Y CONSTRUCCIÓN

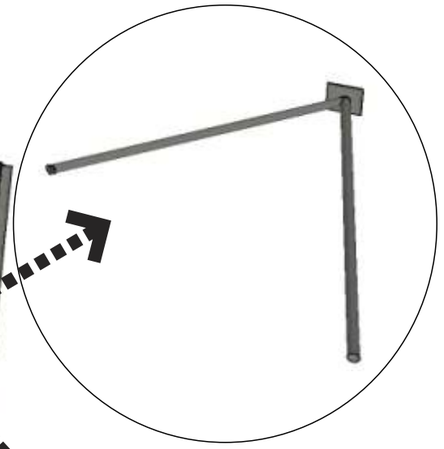


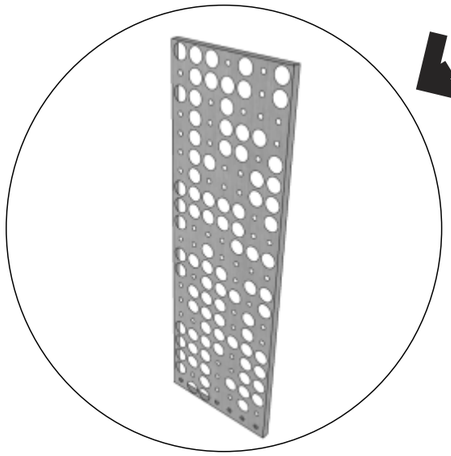


Estructura soporte
de panel

FACHADA CÁSCARA







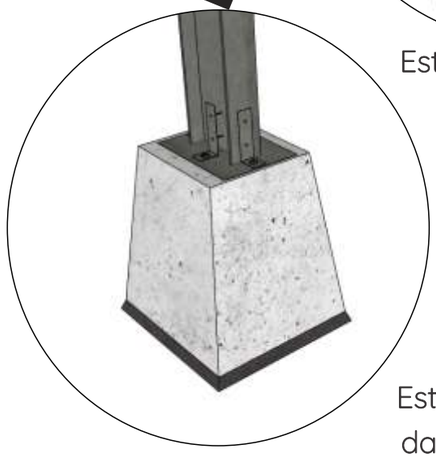
Panel Perforado



LENGUAJE ORGÁNICO
FORMAS CURVAS
FACHADA PERMEABLE
MODULACIÓN
RITMO
REPETICIÓN



Estructura principal
Perfil doble T



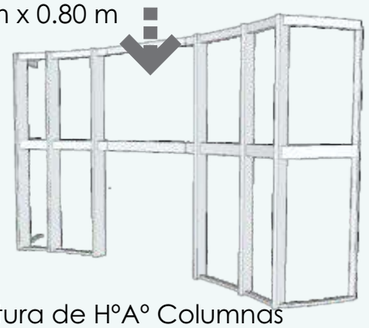
Estructura base
dados de H° A°

TECNOLOGÍA Y CONSTRUCCIÓN

FACHADA PRINCIPAL VIDRIADA



Repartición de módulos
1.00 m x 0.80 m

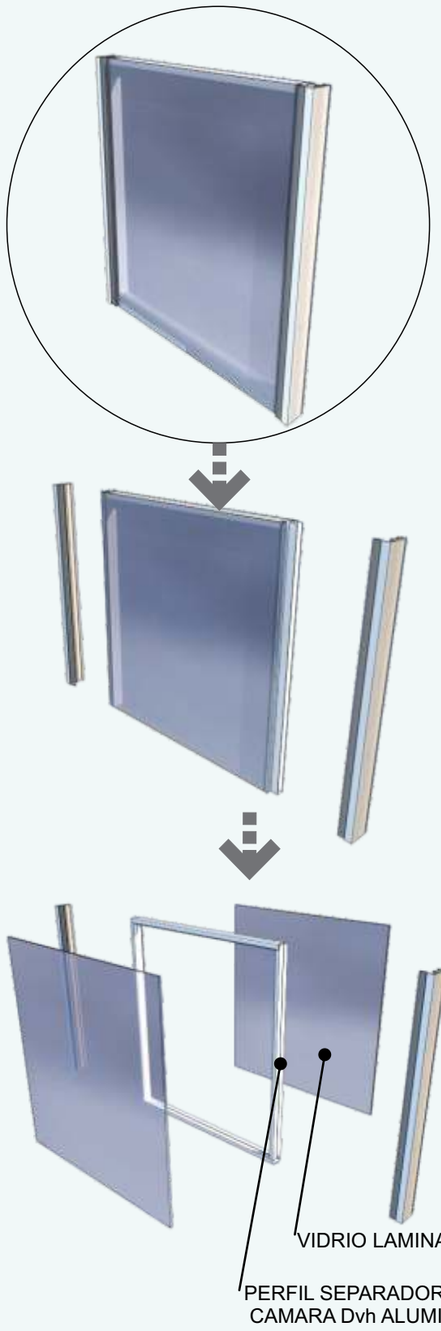


Estructura de H°A° Columnas



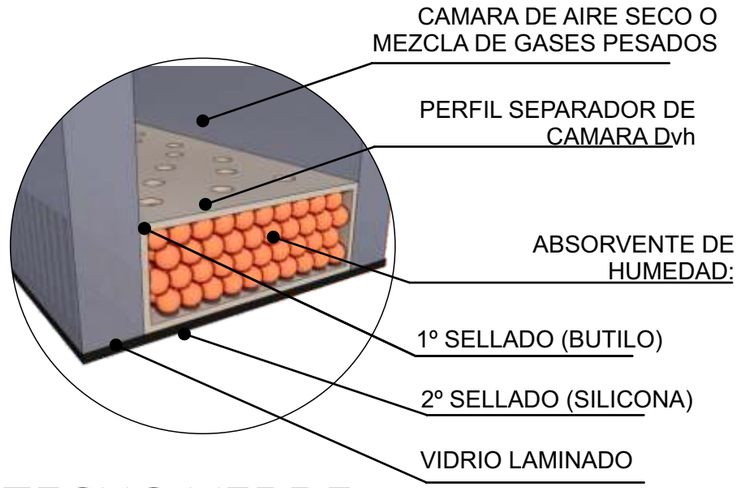
Visualización conjunta.
Paneles dvH enmarcados con estructura metálica de borde.



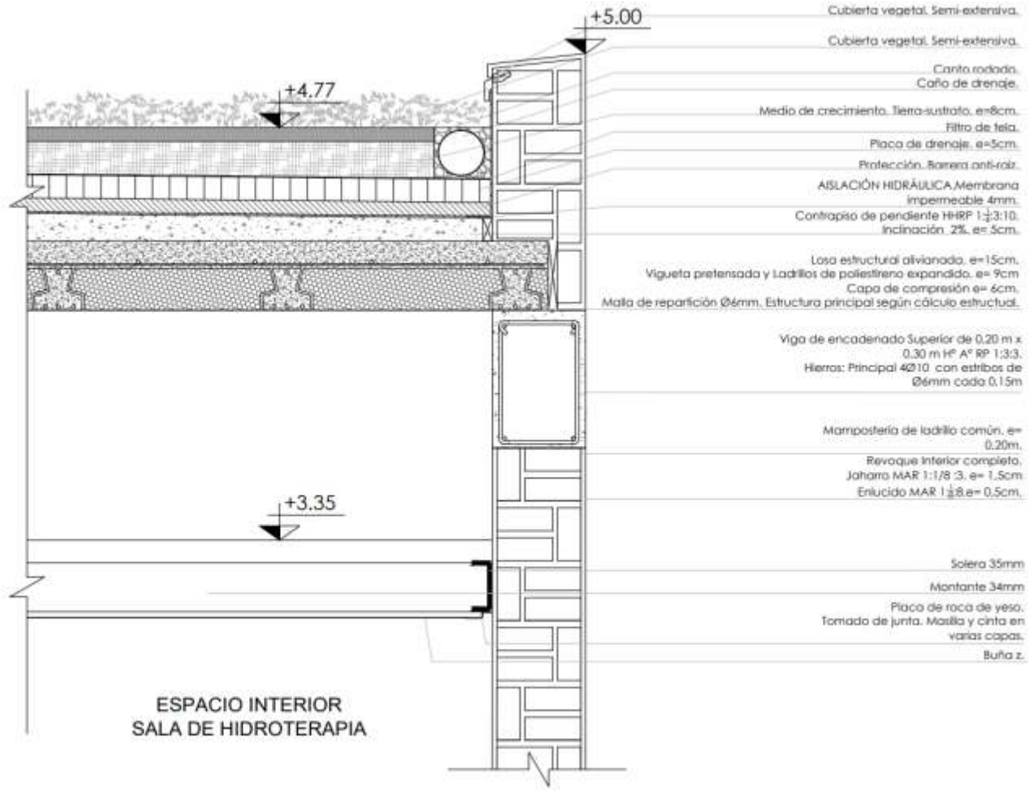


PANEL DVH





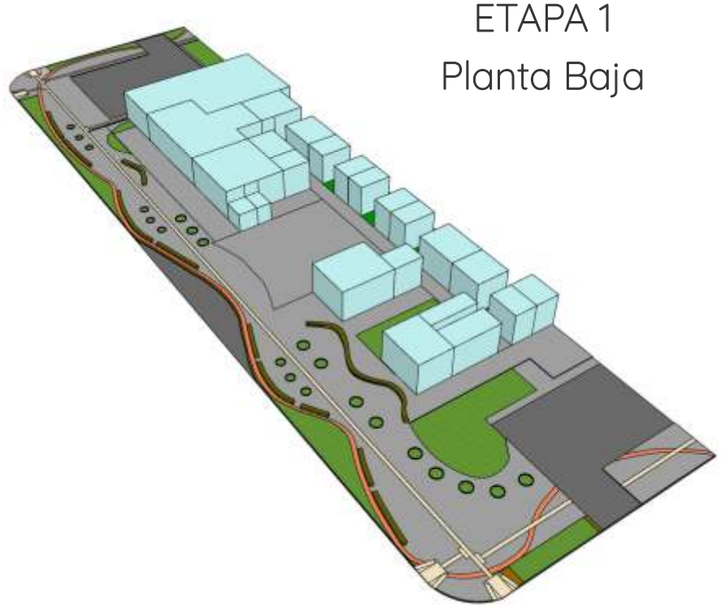
TECHO VERDE



PLAN DE INVERSIONES - Por Etapas -

ETAPAS	AREAS	m2	$ x m2 90000	m2	$ x m2 90000	m2	$ x m2 90000	SUBTOTAL
	1- RECEPCIÓN	152,5	13725000					66420000
	2- CLÍNICA	126	11340000					
	3- TERAPÉUTICA	459,5	41355000					
1	4- SERVICIOS COMPLEMENTARIOS							
	5- SOPORTE TÉCNICO			40	3600000			
	6-ADMINISTRACIÓN			117	10530000			
2	7- PERSONAL			212	19080000			33210000
							TOTAL	99630000
3	8-EXPANSIÓN					332	29880000	29880000
							TOTAL	129510000

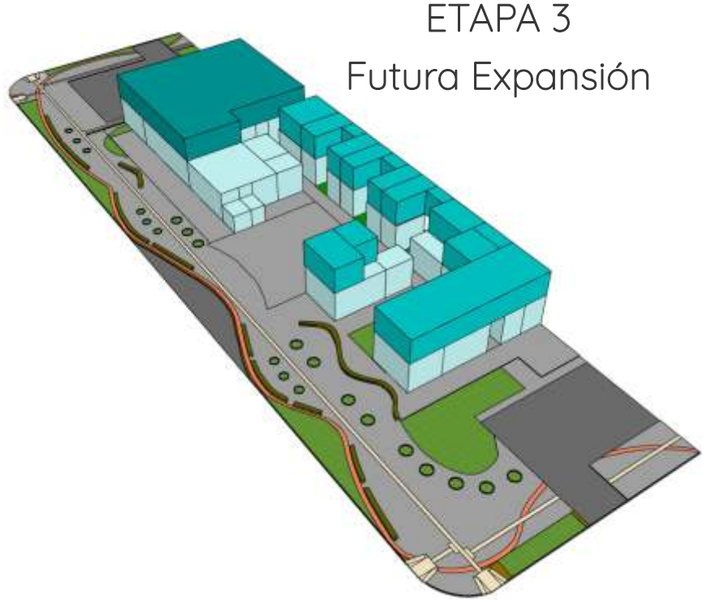
ETAPA 1
Planta Baja



ETAPA 2
Planta Alta



ETAPA 3
Futura Expansión




CENTRO DE DOCUMENTACIÓN MUNICIPAL


CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL






SECRETARIA


BAÑOS





6 BIBLIOGRAFIA

Qué es la neuroarquitectura y cómo puede ayudarnos a combatir el estrés y ser más creativos
https://www.bbc.com/mundo/noticias-56741621
Neuroarquitectura: las claves de los espacios que invitan a la felicidad
https://www.lanacion.com.ar/propiedades/inmuebles-comerciales/neuroarquitectura-claves-espacios-invitan-felicidad-nid2202633/
Neuroarquitectura: el poder del entorno sobre el cerebro
https://lamenteesmaravillosa.com/neuroarquitectura-el-poder-del-entorno-sobre-el-cerebro/
https://arquitectura-sostenible.es/5-elementos-claves-de-la-neuroarquitectura/
Neuroarquitectura ¿Puede un edificio hecho de materia inerte hacernos sentir angustiados o felices, aburridos o estimulados, comprometidos o indiferentes?
https://www.worktechacademy.com/neuroarquitectura/
Neuroarquitectura: Percepcion del espacio
https://revistaestilopropio.com/neuroarquitectura-percepcion-del-espacio/
Neuroarquitectura: cómo lograr espacios armónicos para potenciar el bienestar en la cuarentena
https://www.infobae.com/tendencias/2020/07/04/neuroarquitectura-como-lograr-espacios-armonicos-para-potenciar-el-bienestar-en-la-cuarentena/
Neuroarquitectura: cuando la construcción piensa en los espacios y las emociones
https://www.infobae.com/tendencias/2021/04/10/neuroarquitectura-cuando-la-construccion-piensa-en-los-espacios-y-las-emociones/
Psicología del espacio: cómo la arquitectura interior altera nuestra salud e influye en nuestros comportamientos
https://www.bbc.com/mundo/noticias-56486912?fbclid=IwAR0ge-v9GetyZZyacVdxST0Vnlk1HySrfFxCir9_s7ORiHozUvsb-5iQmZ4
FSafieddine-neurotecnologia-arquitectura.pdf
Gerflor-influencia-color-estructuras-sanitarias_0.pdf
HOK-diseñar-neurodiversidad-espacios-pediatricos_0.pdf
https://coggle.it/diagram/XNdDCqW0VITVdY4k/t/tipologia-de-hospitales
- PROYECTO GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS URBANOS GOYA - Provincia de Corrientes: Programa Multisectorial de Preinversión IV- Préstamo BID 2851 OC-AR- Informe Consolidado, Tomo I. Ministerio del Interior,Obras Públicas y ViviendaPresidencia de la Nación AÑO 2017.
- Registo Nacional de personas con discapacidad de la Republica Argentina ANUARIO ESTADÍSTICO 2018 - AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD - Presidencia de la Nación.
- Manual práctico de diseño universal : basado en la ley 962, accesibilidadfísica para todos : CABA . - 1a ed. . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires :Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comisión para la plenaParticipación e Inclusión de las Personas con Discapacidad - COPIDIS, 2015.
- Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018. Agencia Nacional de Discapacidad. Ministerio de Hacienda. Presidencia de la Nación.
-Anuario estadístico nacional. 2019-2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

PROPUESTA DE CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES

CARPETA TÉCNICA

ESQUINA

LEANDRO N. ALEM

YAPEYÚ

SANTA LUCÍA

L.M.

L.D.P.

ACCESO A ESTACIONAMIENTO +/- 0.05

ESTACIONAMIENTO +/- 0.05

ESTACIONAMIENTO DE PERSONAL +/- 0.05

ACCESO A ESTACIONAMIENTO DE PERSONAL +/- 0.05

SOLADO PRINCIPAL Loseta Balticsa 40x40 Gris/Rojo Justo

SOLADO ACCESIBLE

LOSA N° A° +8.60

LOSA N° A° +4.70

FOTURA EXPANSIÓN +4.70

SOLADO VEREDA Damero 40*40

Losa candeleto de H°A°

CUBIERTA DE CHAPA TRAPEZOIDAL PREPINTADA C/C DE GRIL. P: 12% +10.27

ESTAR +0.10

ESTAR +0.15

ESTACIONAMIENTO DE EMERGENCIAS +0.10

RAMPA +0.10

RAMPA +0.15

+0.15

RAMPA +0.00

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PLANO N°1: PLANIMETRÍA

Esc:1:100

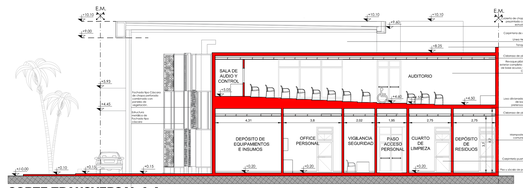
TFC UPB



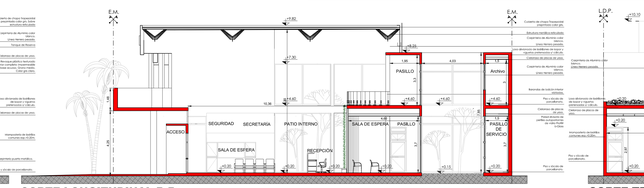
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PLANO N°2: PLANTAS
Esc:1:100

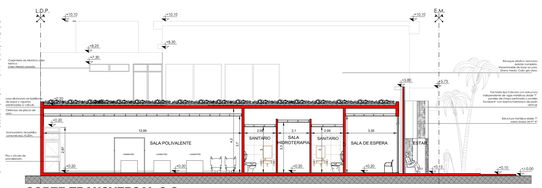
TFC UPB



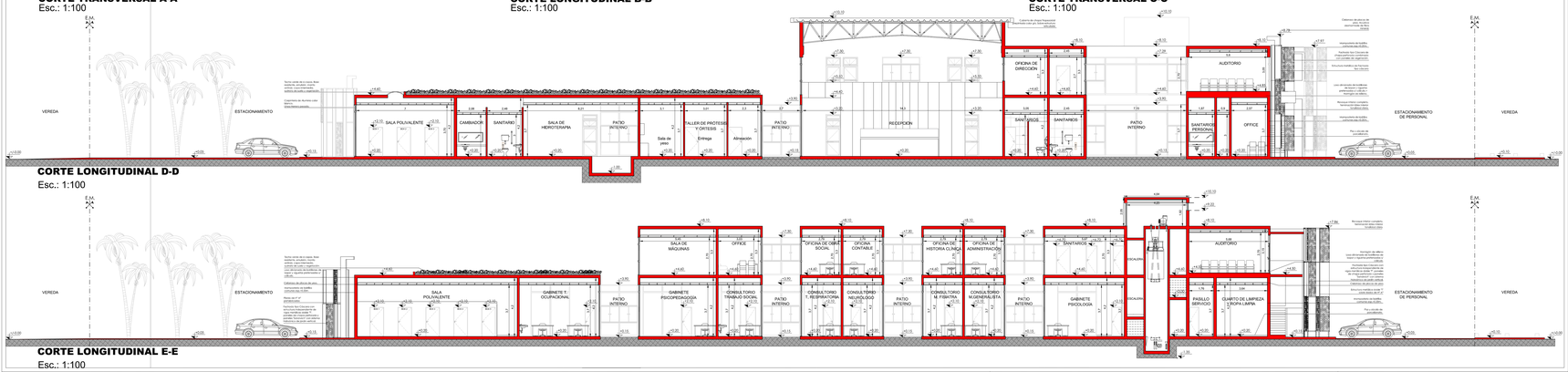
CORTE TRANSVERSAL A-A
Esc.: 1:100



CORTE LONGITUDINAL B-B
Esc.: 1:100



CORTE TRANSVERSAL C-C
Esc.: 1:100



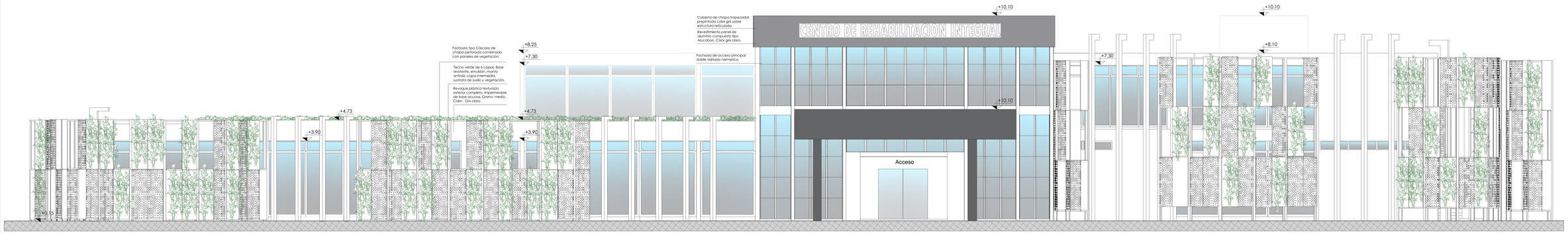
CORTE LONGITUDINAL D-D
Esc.: 1:100

CORTE LONGITUDINAL E-E
Esc.: 1:100

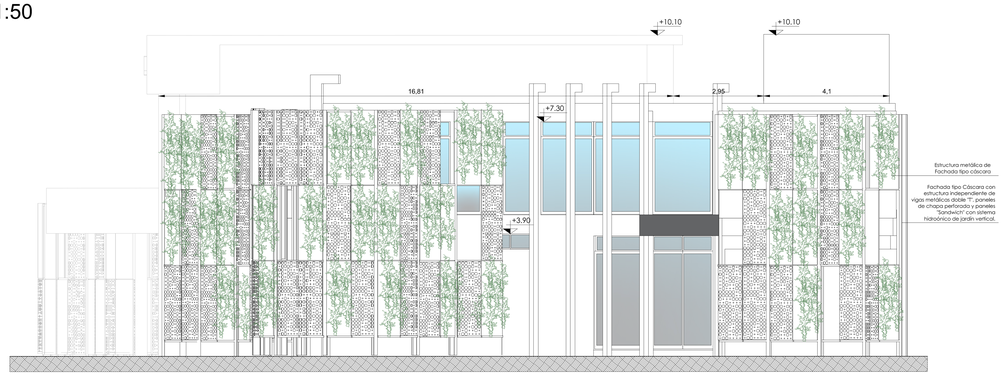
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PLANO N°3: CORTES
Esc:1:100

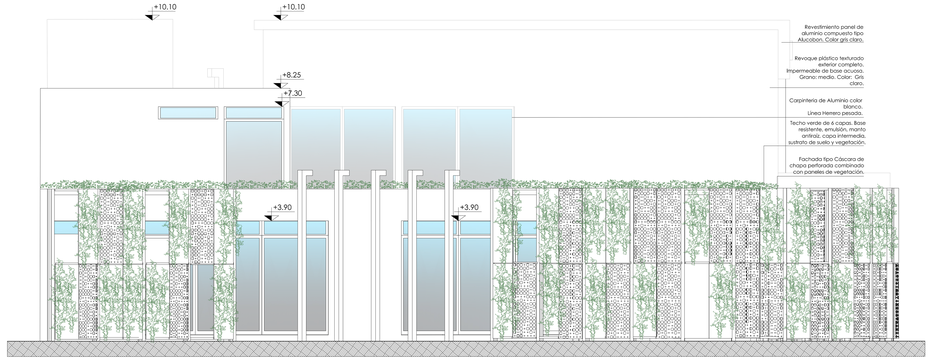
TFC UPB



FACHADA PRINCIPAL
Esc.: 1:50



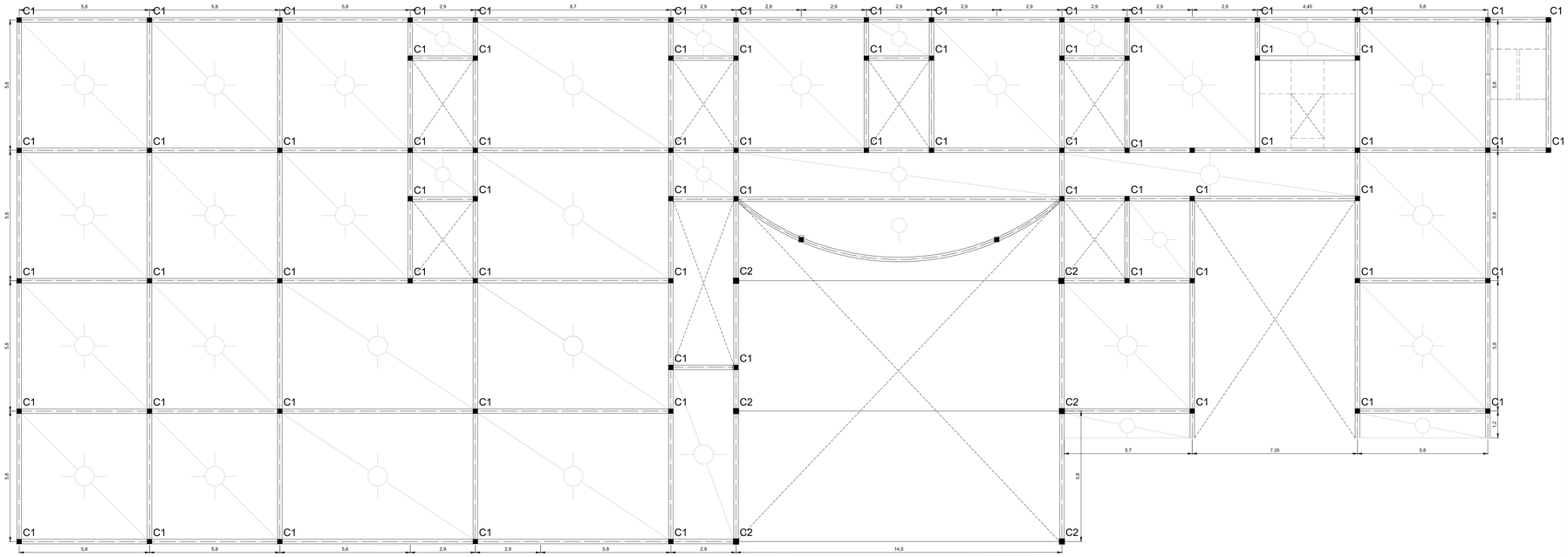
VISTA LATERAL IZQUIERDA
Esc.: 1:50



VISTA LATERAL DERECHA
Esc.: 1:50

PLANO N°4: VISTAS
Esc:1:50

TFC UPB

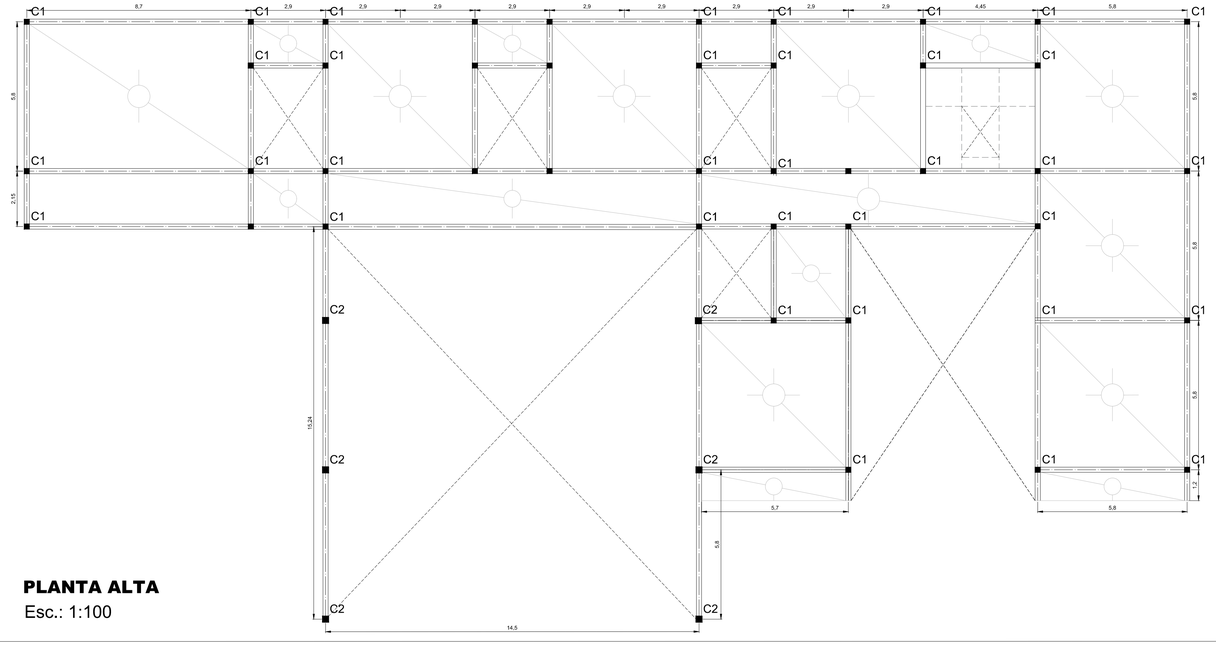


ESQUEMA ESTRUCTURAL
Planta Baja
ESC:1:100

REFERENCIAS

C1 COLUMNA DE H° A° DE 20X20CM

C2 COLUMNA DE H° A° DE 25X25CM

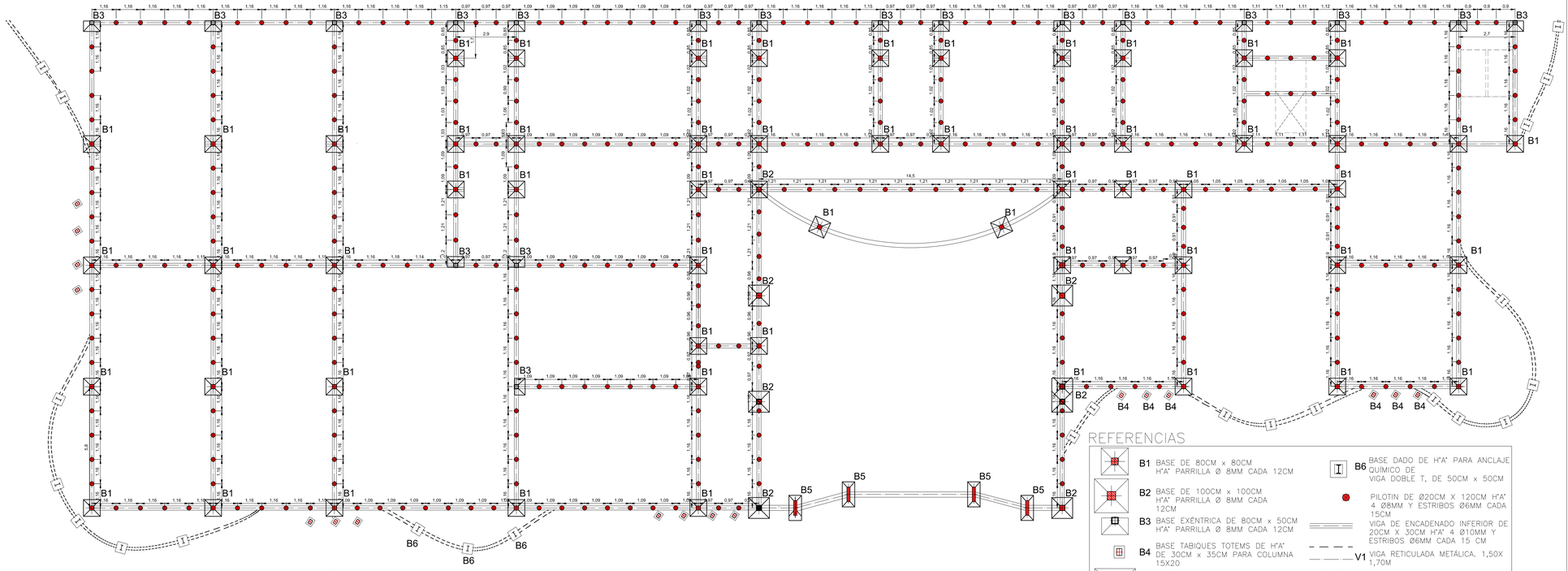


PLANTA ALTA
Esc.: 1:100

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PLANO N°5: ESTRUCTURA
Esc:1:100

TFC UPB

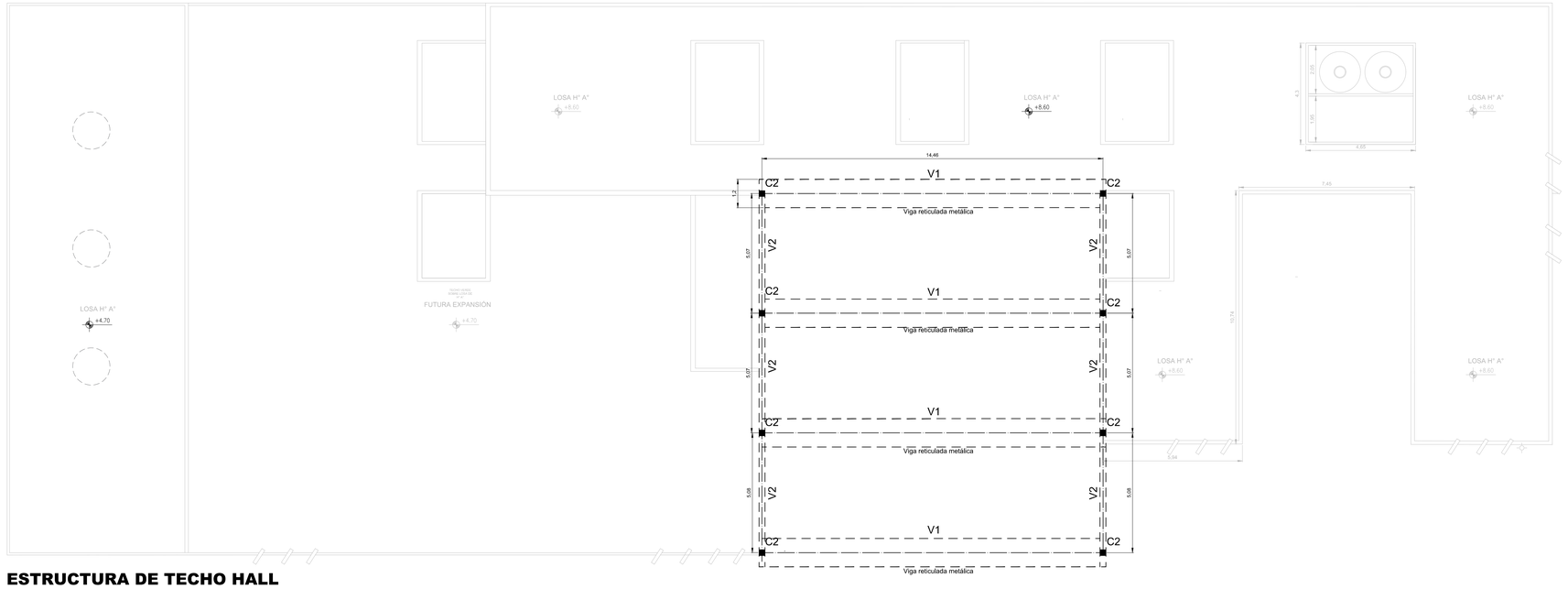


ESQUEMA PLANTA FUNDACIONES

Esc.: 1:100

REFERENCIAS

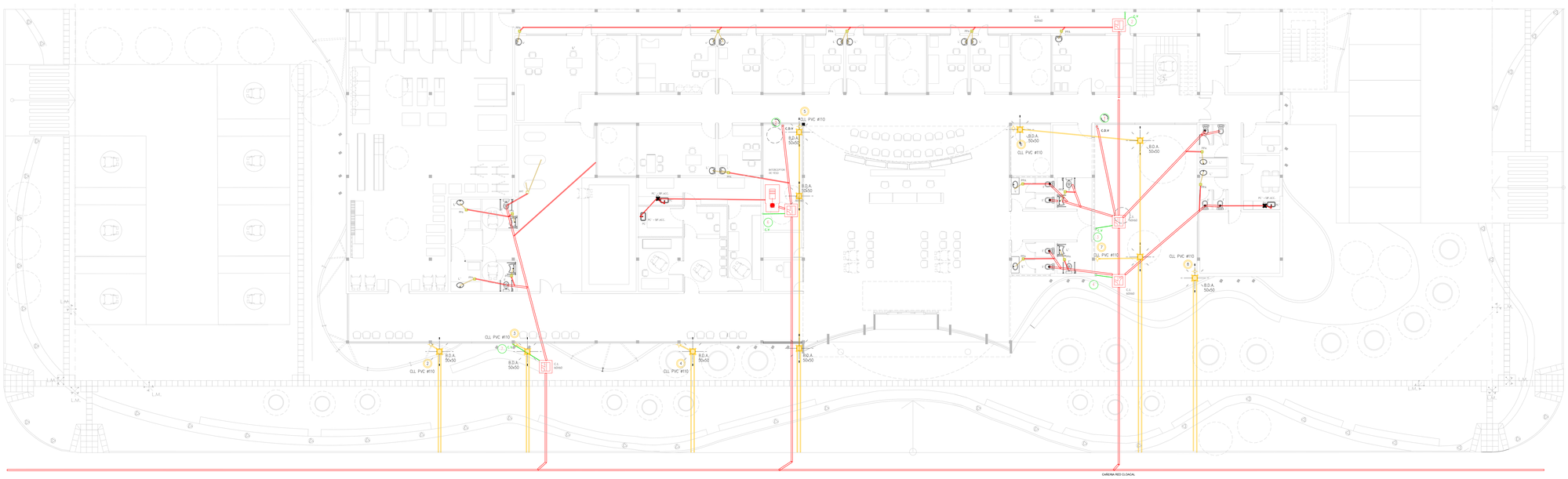
- B1 BASE DE 80CM x 80CM H°A° PARRILLA Ø 8MM CADA 12CM
- B2 BASE DE 100CM x 100CM H°A° PARRILLA Ø 8MM CADA 12CM
- B3 BASE EXÉNTRICA DE 80CM x 50CM H°A° PARRILLA Ø 8MM CADA 12CM
- B4 BASE TABIQUES TOTEMS DE H°A° DE 30CM x 35CM PARA COLUMNA 15X20
- B5 BASE TABIQUE H°A° DE 60CM x 120CM PARA COLUMNA 15X70
- B6 BASE DADO DE H°A° PARA ANCLAJE QUÍMICO DE VIGA DOBLE T, DE 50CM x 50CM
- PILOTIN DE Ø20CM X 120CM H°A° 4 Ø8MM Y ESTRIBOS Ø6MM CADA 15CM
- VIGA DE ENCADENADO INFERIOR DE 20CM X 30CM H°A° 4 Ø10MM Y ESTRIBOS Ø6MM CADA 15 CM
- V1 VIGA RETICULADA METÁLICA. 1,50X 1,70M
- V2 VIGA ENCADENADO SUPERIOR. 0,25X0,60



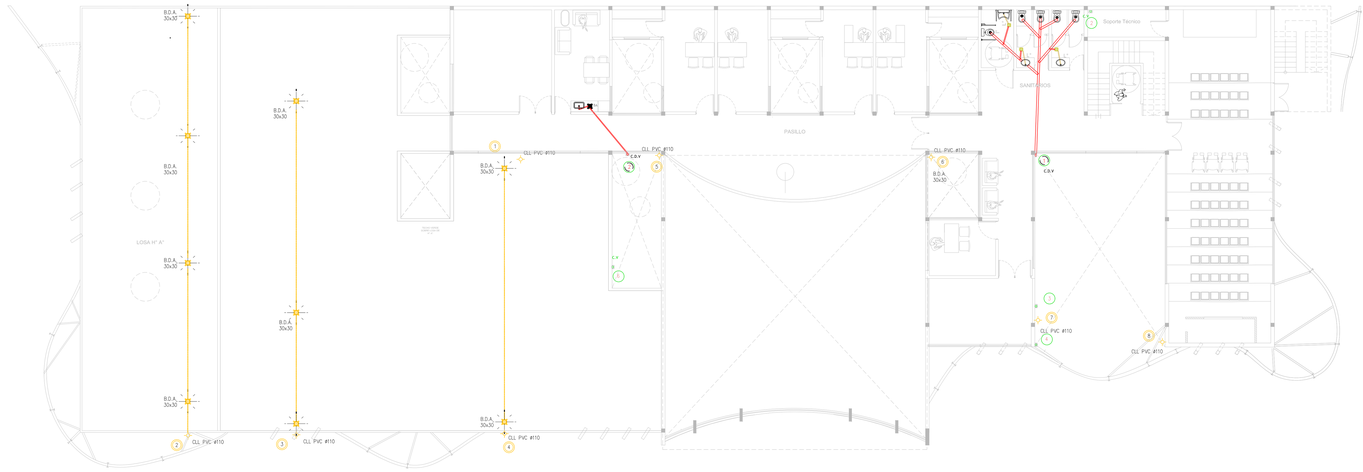
ESTRUCTURA DE TECHO HALL

Esc.: 1:100

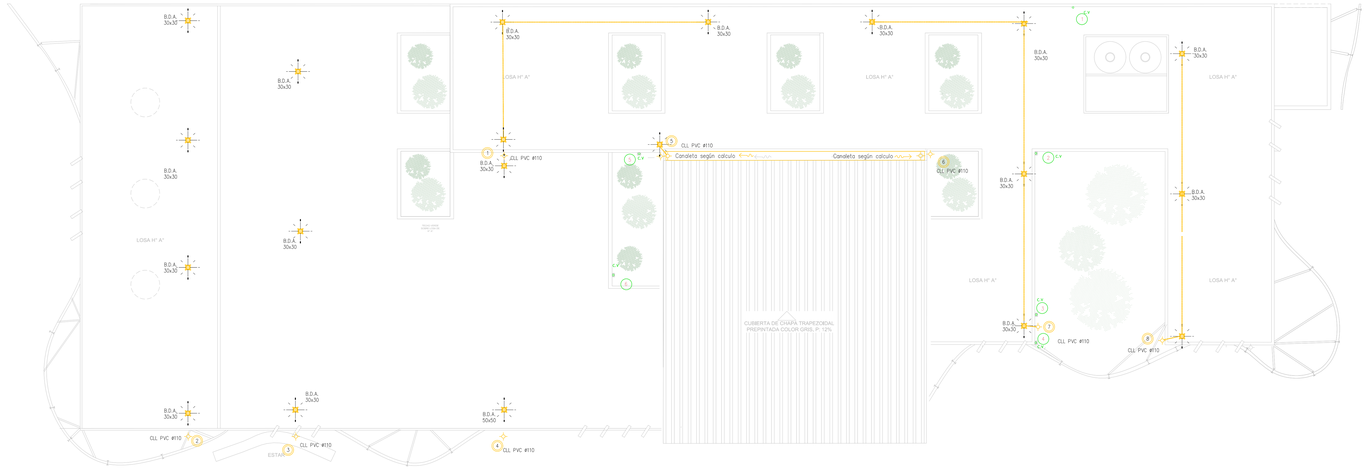
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL	PLANO N°6: ESTRUCTURA Esc:1:100	TFC UPB



INSTALACIÓN CLOACAL Y PLUVIAL - PLANTA BAJA
Esc.: 1:100



INSTALACIÓN CLOACAL Y PLUVIAL - PLANTA ALTA
Esc.: 1:100

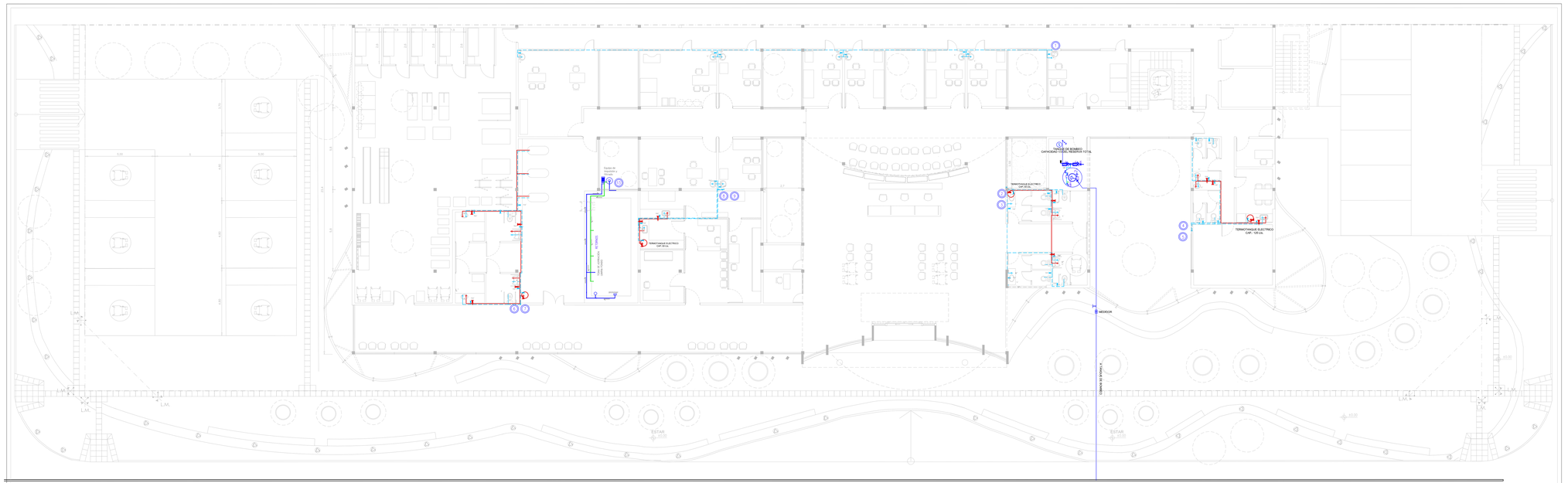


INSTALACIÓN CLOACAL Y PLUVIAL - PLANTA TECHO
Esc.: 1:100

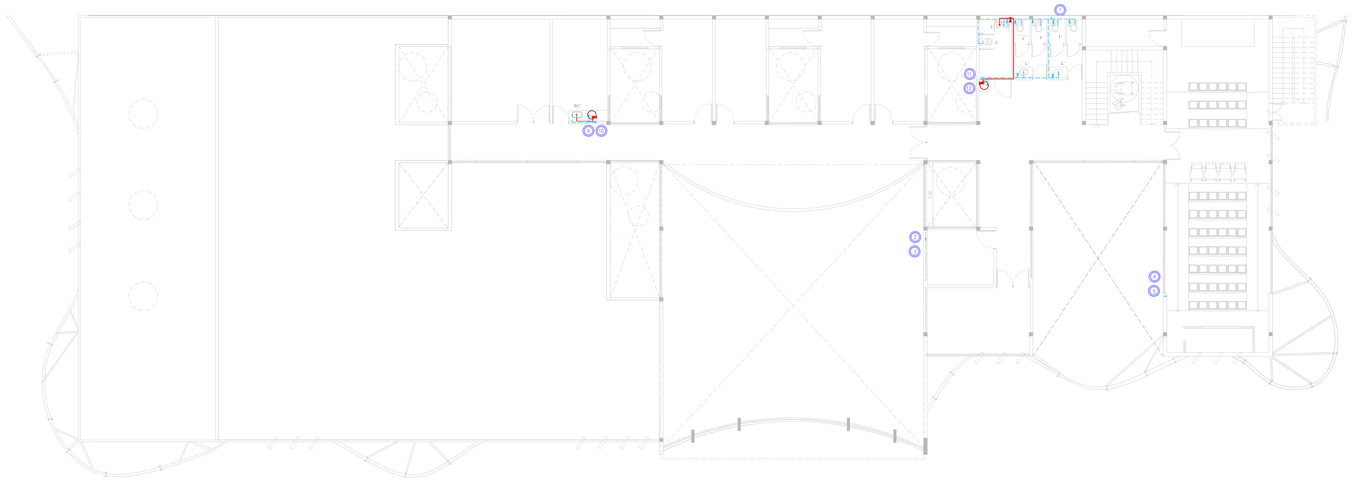
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PLANO N°7: INSTALACIÓN CLOACAL
INSTALACIÓN PLUVIAL
Esc:1:100

TFC UPB



ESQUEMA DE INSTALACIÓN ELECTRICA - PLANTA BAJA
Esc.: 1:100

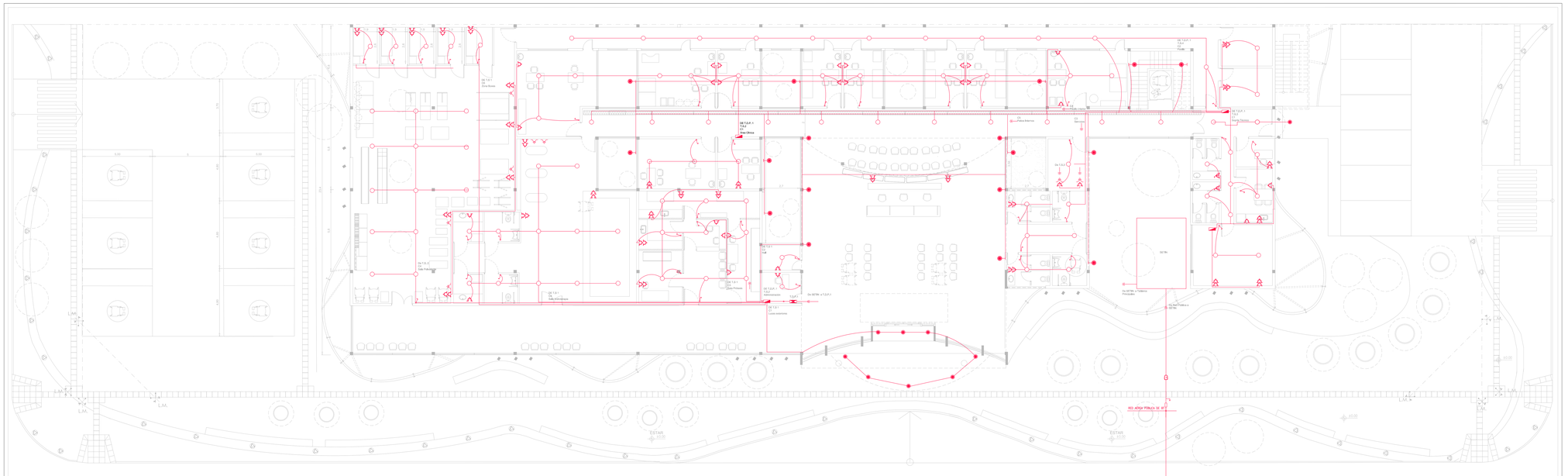


ESQUEMA DE INSTALACIÓN ELECTRICA - PLANTA ALTA
Esc.: 1:100

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PLANO N°8: INSTALACIÓN AGUA FRÍA-AGUA CALIENTE
Esc:1:100

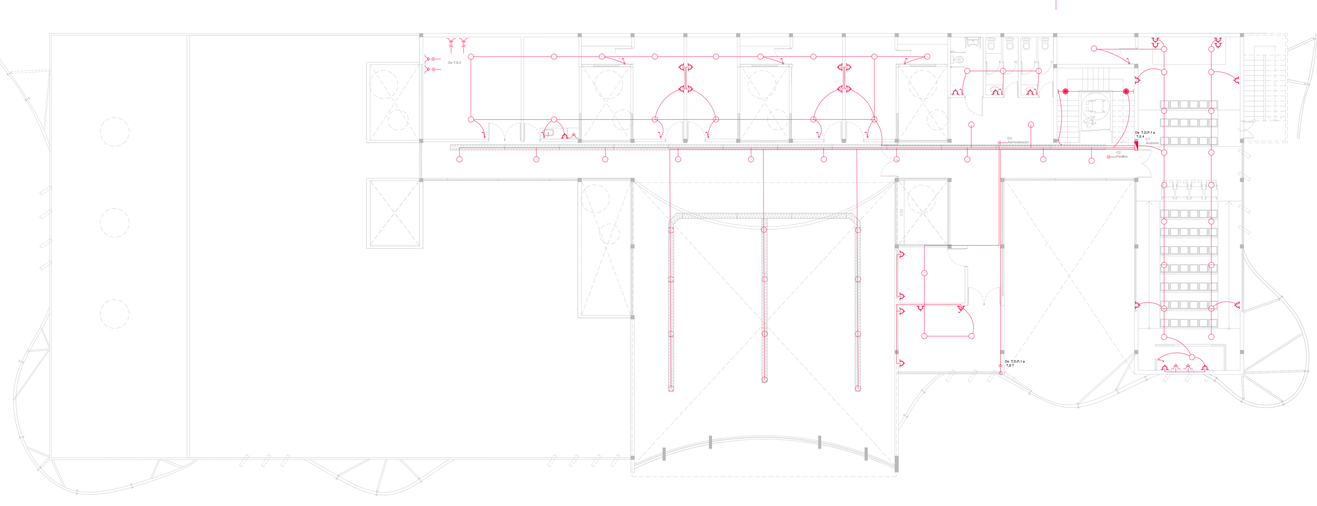
TFC UPB



ESQUEMA DE INSTALACIÓN ELECTRICA - PLANTA BAJA
Esc.: 1:100

REFERENCIAS SEÑALES FUERTES

Punto	Tablero Secundario	C.S.: Cable subterráneo embutido en canto corrugado.
Punto Ventilador	Tablero Primario	f. Conductor de tierra (verde/amarilla) 2,5mm2. Toda la instalación va recorrida por este cable.
Aplique de pared	Medidor	Tablero General: marca GENROD de PVC para embutir 24 circuitos unipolares.
Aplique de techo		
Lámpara fotocélula		
Toma uso gral.		
Toma especial 20A		

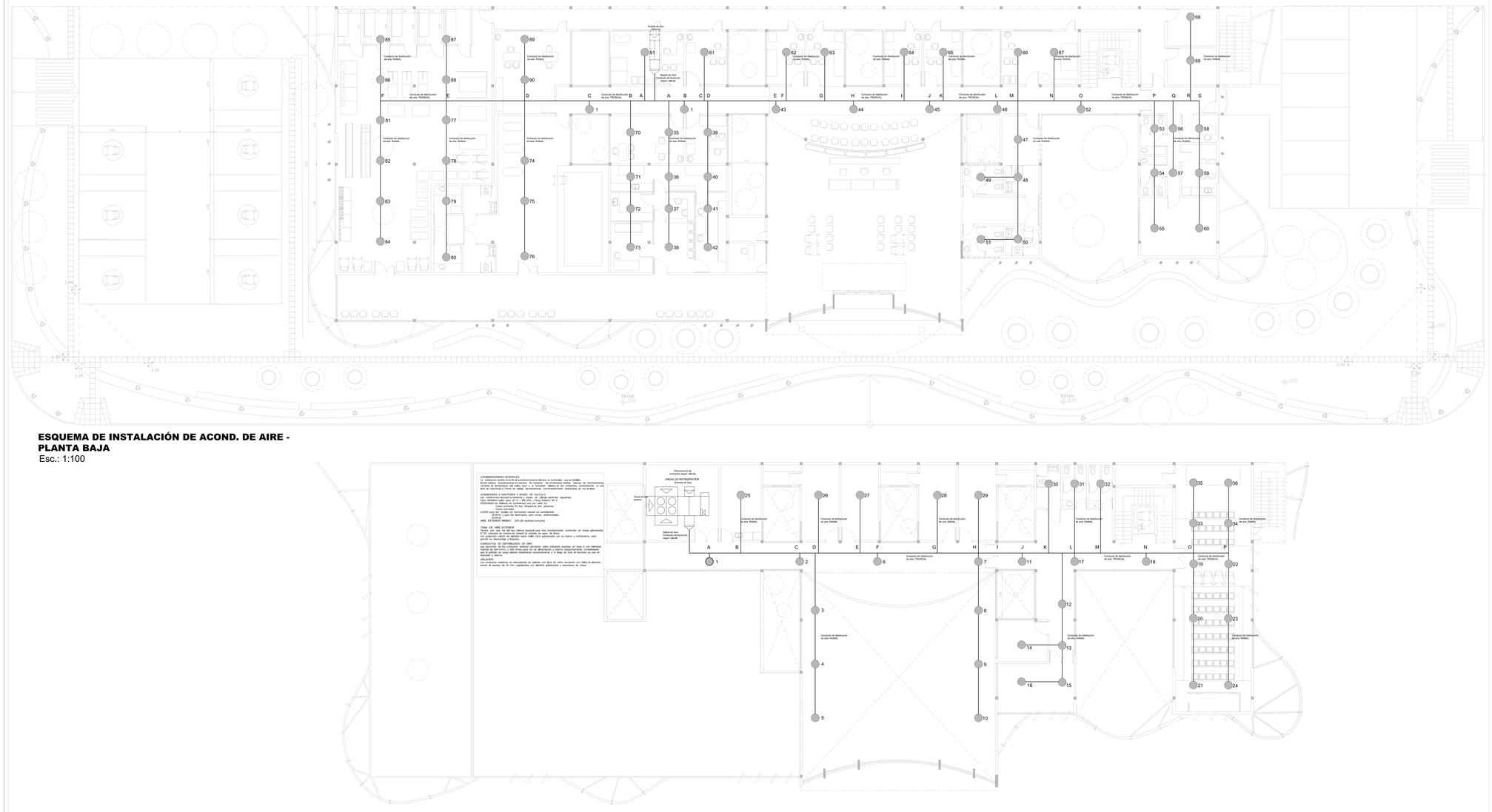


ESQUEMA DE INSTALACIÓN ELECTRICA - PLANTA ALTA
Esc.: 1:100

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PLANO N°9: INSTALACIÓN ELÉCTRICA
Esc:1:100

TFC UPB



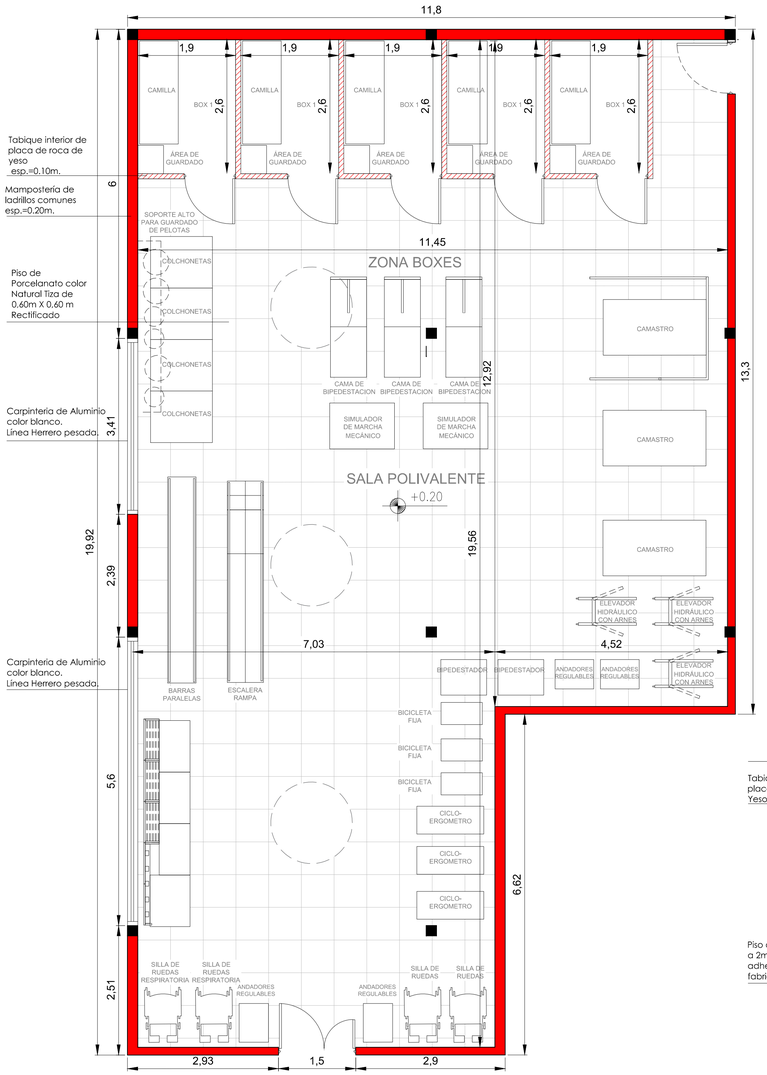
ESQUEMA DE INSTALACIÓN DE ACOND. DE AIRE - PLANTA BAJA
Esc.: 1:100

ESQUEMA DE INSTALACIÓN DE ACOND. DE AIRE - PLANTA ALTA
Esc.: 1:100

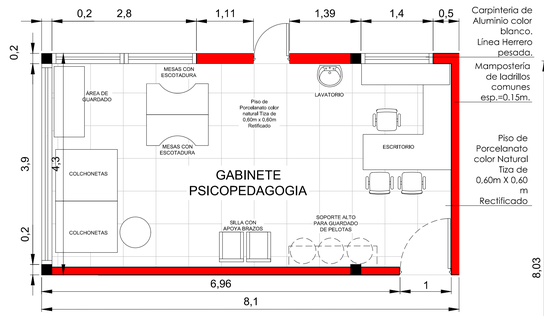
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PLANO N°10: ACONDICIONAMIENTO DE AIRE
Esc:1:100

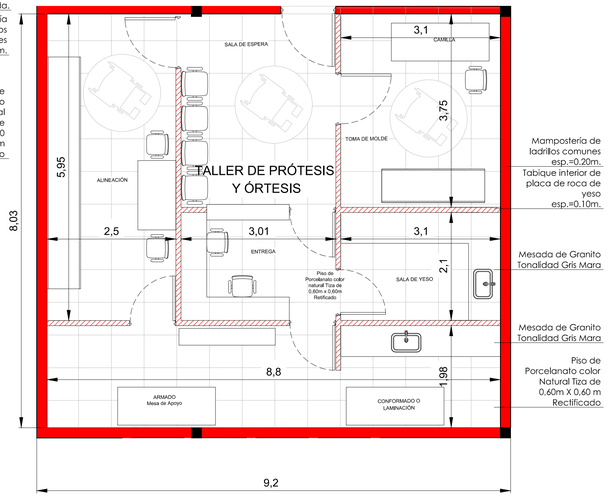
TFC UPB



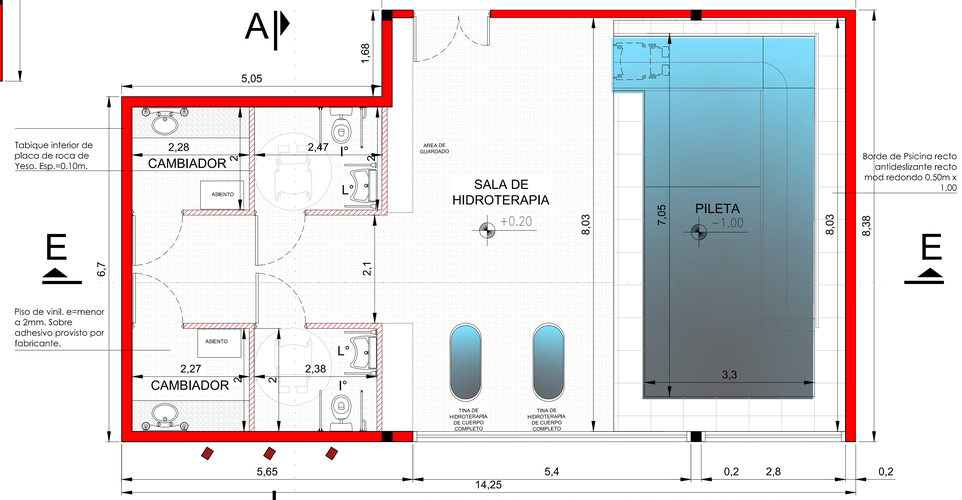
DETALLE DE SECTOR 1
SALA POLIVALENTE
Esc:1:50



DETALLE DE SECTOR 2
GABINETE DE PSICOPEDAGOGÍA
Esc:1:50



DETALLE DE SECTOR 3
TALLER DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS
Esc:1:50



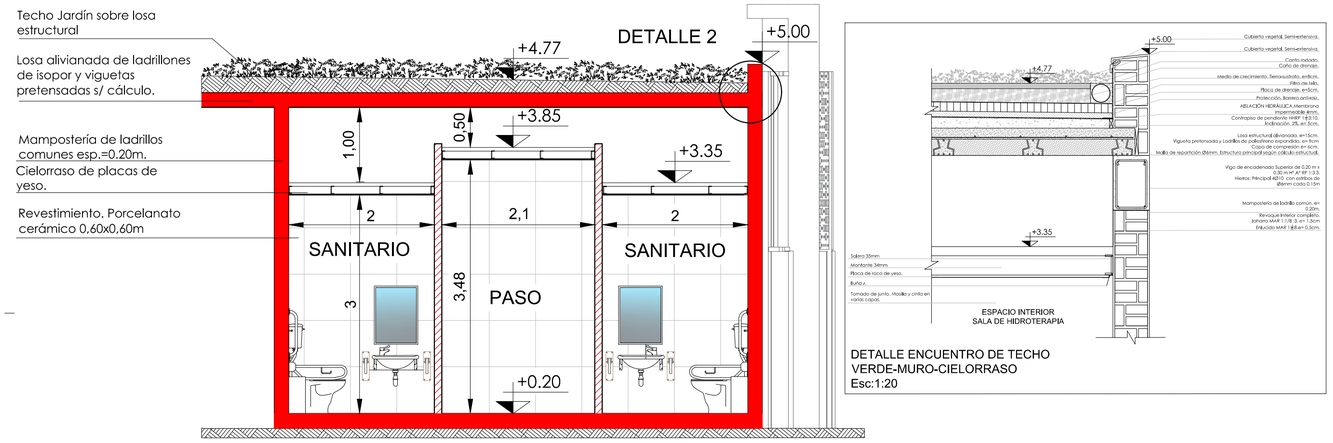
DETALLE DE SECTOR 5 - SALA DE HIDROTERAPIA
Esc:1:50

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PLANO N°11: DETALLE SECTOR

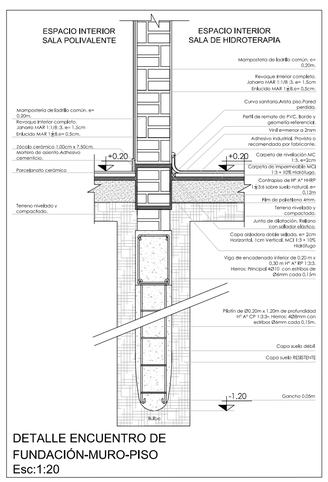
Esc:1:50

TFC UPB

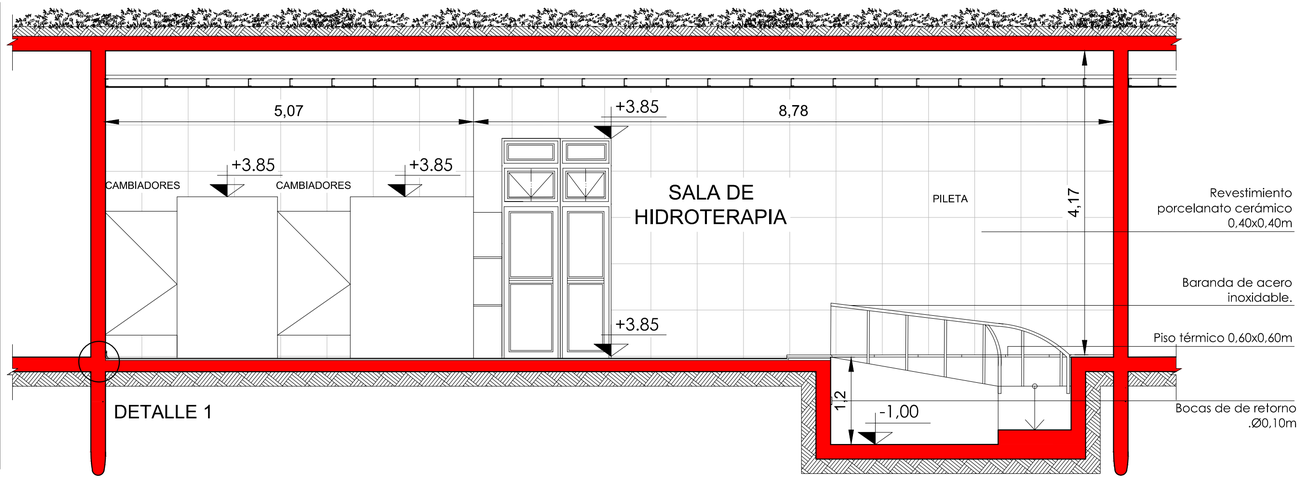


CORTE TRANSVERSAL SECTOR 5
Esc:1:50

DETALLE ENCUENTRO DE TECHO
VERDE-MURO-CIELORRASO
Esc:1:20



DETALLE ENCUENTRO DE
FUNDACIÓN-MURO-PISO
Esc:1:20



CORTE LONGITUDINAL SECTOR 1
Esc:1:50

PLANO N°12: DETALLE SECTOR 1
Esc:1:50

TFC UPB