



**FACULTAD DE INGENIERIA, ARQUITECTURA Y  
URBANISMO  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ARQUITECTURA  
TESIS  
PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE  
ARQUITECTO**

**“CENTRO ESPECIALIZADO EN ATENCION PARA  
PERSONAS CON VIH/SIDA, EN LA PROVINCIA DE  
CHICLAYO- 2018”**

Autores:

**Cajusol Chapilliquen Manuel  
Vidaurre Gastiaburu Antonio Arturo**

Asesor:

**Arq. Eduardo Itabashi Montenegro**

Línea de Investigación:

**Equipamiento Comunal Arquitectónico**

**Pimentel – Perú  
2018**

**“CENTRO ESPECIALIZADO EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON  
VIH/SIDA EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO”**

**APROBADA POR:**

---

Arq. Percy Francisco Bruno Ubillús  
**PRESIDENTE DEL JURADO**

---

Arq. José Enrique Arias Cuadra  
**SECRETARIO DEL JURADO**

---

Arq. Eduardo Alfredo Itabashi Montenegro  
**VOCAL DEL JURADO**

OCTUBRE DEL 2018

## **DEDICATORIA**

Mi tesis la ofrezco con todo amor y afecto. A ti **DIOS** que me diste la ocasión de vivir y de darme una familia asombrosa. A los seres que más amo en esta vida: mamá y papá por ser el origen de mi inspiración y estimulación para superarme cada día más y así luchar para que la vida me depare un futuro sobresaliente. A mis hermanos que siempre estuvieron a mi lado apoyándome totalmente.

A mis maestros, por sus lecciones y por compartir generosamente sus extensos conocimientos y experiencias. A mis compañeros universitarios, por el apoyo y estimulación que de ellos he recibido.

**Manuel**

A nuestros Padres, aquellos pilares de vida y fundamentos de fuerza, de aquellos, que sin ellos no habiéramos logrado nuestras metas, nuestros sueños; ellos que con su ejemplo nos enseñaron a seguir adelante, luchando y levantándonos en las caídas.

Conspicuos, nuestros progenitores, que nos brindaron en todo momento su amor, su paciencia y su voluntad.

**Antonio**

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestro Supremo Hacedor, por darnos la vida, por ser la luz inefable que vela nuestro camino y por surtir en nuestra lucha lozanía. Por guiar nuestro discernimiento competente y volver a él, el esfuerzo académico.

A nuestros padres, por el amor incentivo, las riñas que guían y el apoyo tierno durante nuestra formación, tanto personal como profesional.

A nuestro asesor, Mg. Carlos Said Villacrez, por su apoyo total durante todo el proceso. Por su tiempo, su paciencia, sus consejos y aporte académico en la culminación de nuestra investigación.

A las personas que viven con el virus del SIDA, por su aportación, disposición y por darnos una lección trascendental, más allá de la presente investigación.

*Los Autores*

## INDICE

RESUMEN .....	IX
ABSTRACT.....	X
I. INTRODUCCION .....	11
1.1. Planteamiento del Problema .....	13
1.1.1. Situación Problemática.....	13
1.1.2. Formulación del Problema.....	21
1.2. Objetivos de la Investigación.....	22
1.2.1. Objetivo General.....	22
1.2.2. Objetivos Específicos .....	22
1.3. Justificación del Problema .....	23
1.4. Marco teórico.....	24
1.4.1. Conceptos y definiciones.....	24
1.4.2. Marco Referencial .....	64
1.4.3. Referencias Proyectuales.....	68
1.4.4. Cuadro Resumen de Aportes .....	72
II. Material y Métodos .....	80
2.1. Tipo y Diseño de Investigación .....	81
2.2. Método de Investigación.....	80
2.3. Población y Muestra .....	81
2.4. Operacionalización de las Variables.....	85
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.....	87
2.6. Validación y confiabilidad de los instrumentos.....	89
III. Resultados .....	90
3.1. Desarrollo de Contenidos.....	90
1. CONTROL NACIONAL E INCIDENCIA AGUDA REGIONAL DEL VIH/SIDA.....	90

2.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LOS TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES .....	125
3.	PREMISAS FAVORABLES Y DESFAVORABLES AL TARGA .....	148
4.	TRATAMIENTO Y CONTROL CONTRA EL VIH Y EL SIDA.....	169
5.	ESTUDIO DE USUARIOS INVOLUCRADOS .....	209
3.2.	Programa Arquitectónico .....	220
	Programa Arquitectónico.....	220
3.2.1.	Organigrama Funcional .....	226
3.2.2.	Tramas de Interacción de Interacción.....	227
3.2.3.	Tramas de Interacción de Interacción.....	228
3.2.4.	Diagrama de Organización .....	229
3.2.5.	Organigrama .....	245
3.2.6.	Cuadro de Necesidades según tipo de usuario. ....	246
3.3.	Programa de Áreas .....	259
3.4.	Propuesta Arquitectónica .....	271
3.4.1.	Introducción.....	271
3.4.2.	Estrategias Proyectuales .....	271
3.4.3.	Proyecto .....	272
IV.	Conclusiones.....	279
V.	Recomendaciones .....	280
VI.	Bibliografía.....	281
	ANEXOS .....	287

## INDICE DE ILUSTRACIONES

<u>Ilustración 1: Prevalencia estimada de VIH por regiones a nivel mundial, 2012</u>	14
<u>Ilustración 2: Casos acumulados de VIH y SIDA notificados según año de diagnostico</u>	16
<u>Ilustración 3: Casos de VIH y SIDA notificados; según el sexo y la edad, Perú 1986-2012</u>	17
<u>Ilustración 4: Porcentaje de casos de VIH notificados según institución del sector salud, Perú 2000-2012</u>	18
<u>Ilustración 5: Ciclo de vida del VIH</u>	46
<u>Ilustración 6: Evolución de la infección por el VIH</u>	49
<u>Ilustración 7: Casos según vía de transmisión del VIH</u>	105
<u>Ilustración 8: Casos de SIDA por tipo de transmisión sexual y año de diagnostico</u>	107
<u>Ilustración 9: Enfermedad indicadora de sida según año de diagnóstico</u>	109
<u>Ilustración 10: Esquema de supervisión médica a la adherencia al TARGA</u>	118
<u>Ilustración 11: Tipos de Iluminación</u>	161
<u>Ilustración 12: Intensidad y rango de Iluminación</u>	163
<u>Ilustración 13: Impacto de la luz natural en un espacio</u>	164
<u>Ilustración 15: Fases del VIH</u>	184
<u>Ilustración 14: Decisiones para el TARGA</u>	191
<u>Ilustración 16: Hospitalización VIH, Hospt Docente Las Mercedes</u>	205
<u>Ilustración 17: Hospitalización VIH, Hospital Regional de Lambayeque</u>	

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Etapas de la atención para el VIH	19
Tabla 2: Nivel de depresión según mes de tratamiento en pacientes que reciben tratamiento antirretroviral para VIH/SIDA en hospital II-1 Santa Rosa, Piura.	20
Tabla 3: Operacionalización de la Variable dependiente	85
Tabla 4: Operacionalización de la Variable independiente	86
Tabla 5: Número de casos de VIH/SIDA autóctonos a Lambayeque.	93
Tabla 6: Número de casos de VIH/SIDA autóctonos a Lambayeque.	97
Tabla 7. Número de casos de VIH/SIDA inmigrantes	100
Tabla 8: Clasificación de infecciones al VIH (por categoría médica)	113
Tabla 9: Número de porcentaje de atención para los casos de VIH	121
Tabla 10: Cifras actualizadas de la población registrada y no registrada	122
Tabla 11: Nivel de depresión según mes de tratamiento	122
Tabla 12: Programas de Vigilancia	131
Tabla 13: Atenciones preventivas contra el VIH recibidas por las poblaciones clave	139
Tabla 14: Centros de Referencia (CERITSS/CERITS) y Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP)	140
Tabla 15: Gasto en SIDA según fuentes de financiamiento. Perú 2005 - 2010	142
Tabla 16: Gasto en SIDA según categoría de gasto. Perú 2005 - 2010	143
Tabla 17: Cuadro comparativo de las diferentes categorías	144
Tabla 19: Niveles de atención médica, actividades, responsables y ambientes	185
Tabla 20: Niveles de atención médica, actividades, responsables y ambientes	188
Tabla 21: TARGA ofrecidos	203
	207



## RESUMEN

El objetivo principal de la presente tesis fue diseñar un centro médico especializado en la atención del VIH/SIDA en la provincia de Chiclayo, mejorando la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad. La Base teórica se sustentó en Weller (2015) que define el VIH/SIDA como una etapa que inicia con una vida sexual temprana presentando conductas riesgosas. Y como Base histórica pudimos descubrir la falta de información, la poca sensibilidad al método y soluciones divorciadas; agudizan el número de casos con VIH/SIDA y vuelven a la persona impulsiva o al descuido.

Con respecto a la metodología se utilizó una investigación descriptiva con un diseño no experimental de corte transversal y la población muestra fue constituida por 305 personas, de las que se encuentran pacientes con VIH y los que poseen SIDA, en la provincia de Chiclayo en el año 2017. Asimismo, el principal instrumento utilizado fue la encuesta realizada en el software Microsoft Excel 2018.

Como resultados finales nos arrojan que el 40% de las personas encuestadas no reciben atención médica y el 60% si reciben atención. Deduciendo que no se está brindando un tratamiento adecuado. Frente a esta problemática se recomienda a la gerencia regional de salud de Lambayeque, la creación de una infraestructura médica especializada en la atención a las personas con VIH/SIDA, para buscar adherencia al tratamiento, eliminar estigmas sociales y dar seguimiento a conductas sexuales.

**Palabras Claves:** Calidad de vida, percepción, terapia, tratamiento, adherencia, VIH/SIDA.

## **ABSTRACT**

The main objective of this thesis was to design a medical center specialized in the care of HIV / AIDS in the province of Chiclayo, improving the quality of life of people suffering from this disease. The theoretical basis was based on Weller (2015) that defines HIV / AIDS as a stage that begins with an early sexual life presenting risky behaviors. And as a historical base we were able to discover the lack of information, the little sensitivity to the method and divorced solutions; they sharpen the number of cases with HIV / AIDS and return the impulsive or careless person.

Regarding the methodology, a descriptive research was used with a non-experimental cross-sectional design and the sample population was constituted by 305 people, of whom are HIV patients and those who have AIDS, in the province of Chiclayo in the year 2017. Also, the main instrument used was the survey conducted in the Microsoft Excel 2018 software.

As final results we find that 40% of the people surveyed do not receive medical attention and 60% do receive attention. Deducing that it is not providing adequate treatment. Faced with this problem, it is recommended to the regional health management, the creation of a medical infrastructure specialized in the care of people with HIV / AIDS, to seek adherence to treatment, eliminate social stigmas and follow up on sexual behaviors.

**Keywords:** Quality of life, perception, therapy, treatment, adherence, IHV/AIDS.

## I. INTRODUCCION

En la actualidad el VIH / SIDA aún es un problema grave de salud pública a nivel mundial con una epidemiología complicada, dinámica y compleja. Ya a finales de 2015, unos 36,7 millones de personas (34 millones-39,8 millones) aproximadamente vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales 32,1 millones son adultos, 17,7 millones son mujeres y 3,3 millones tenían menos de 15 años.

En el Perú fue uno de los primeros países de América Latina en ofrecer profilaxis para prevenir la transmisión materna infantil del VIH. La estrategia del Perú para prevenir las transmisiones se considera un modelo para la región andina, y en el año 2000, ONUSIDA cita el programa de prevención VIH/sida en Perú como uno de los mejores del mundo. La cantidad en el departamento de Lambayeque es de 2119 casos registrados de personas que viven con el virus del SIDA y 828 casos registrados que ya viven con el virus del SIDA (5° Lugar a nivel Nacional).

A la provincia de Chiclayo, en el año 2017 le pertenece un 82% de casos de VIH aproximadamente de la cantidad acumulada en el departamento de Lambayeque, es decir 1742 caso de VIH y 726 casos de SIDA. Esta prevalencia aguda en Chiclayo corresponde por la conurbación de la ciudad de Chiclayo, José Leonardo Ortiz y La Victoria, que son los 3 distritos con más registros de casos. Recordar que aquí se concentra la mayor población del departamento de Lambayeque y que la conglomeración de personas no permite que el plan estratégico llegue o llegue con dificultad.

Es por eso que se generó la siguiente problemática: ¿De qué manera, un instituto médico de atención, ayudará a mejorar la calidad de vida y reducir la cantidad de casos de las personas con VIH/SIDA, en el Distrito de Chiclayo?

El presente trabajo tuvo como objetivo principal diseñar un centro médico especializado en la atención del VIH/SIDA en la provincia de Chiclayo, mejorando la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad. Y como objetivos específicos, i). Identificar las causas de incidencia aguda en el departamento de Lambayeque, ii). Identificar el comportamiento epidemiológico del VIH en el departamento de Lambayeque, iii). Analizar el control del VIH del sector salud para reconocer su ineficiencia. iv). Analizar el Plan Preventivo Integral contra el VIH para cuantificar los tipos y conciencia social, v). Analizar el procedimiento de atención y tratamiento para identificar su ineficiencia, vi). Reconocer

los niveles y categorías en los servicios médicos, vii). Identificar las instituciones privadas y ONGs que complementan el control del VIH, viii). Identificar las conductas sociales inapropiadas Sociedad-PVVS. ix). Reconocer la causa de inherencia a los tratamientos, x). Identificar un entorno adecuado influyente a las conductas sociales, xi). Analizar las deficiencias laborales y su influencia en la conducta médica; xii). Analizar las fases del VIH para identificar la infraestructura adecuada.

Como justificación se plantea una infraestructura médica especializada en atención, ayudará a disminuir la cantidad de personas con VIH/SIDA; con un equipamiento y tecnología adecuada a las etapas de VIH. Generando una perseverancia en el paciente, a través de su cuidado funcional, mejorando su calidad de vida en la provincia de Chiclayo.

Con respecto a la metodología se utilizó una investigación descriptiva con un diseño no experimental de corte transversal.

Como justificación se plantean 3 aspectos importantes: Social, Económico y ambiental tiene como propósito buscar una solución arquitectónica para el VIH/SIDA para mejorar el cuidado y los tratamientos de las PVVS y así dar una calidad de vida a estas personas. También para disminuir el número de las PVVS, en número de riesgo y tener una sociedad tolerante y de cultura preventiva.

El siguiente proyecto de investigación esta conformado por 5 capítulos: Capítulo I: Control Nacional e Incidencia Aguda Regional del VIH/SIDA, se investigó sobre la actividad sexual riesgosa y a temprana edad. Capítulo II: Vigilancia Epidemiológica en los tratamientos antirretrovirales, el análisis de los núcleos principales de incidencias sexuales. Capítulo III: Premisas favorables y desfavorables al TARGA, descubrimos como una deficiencia en la infraestructura urbana produce devaluación de suelos e estigmatización por desigualdad social. Capítulo IV: Tratamiento y control del VIH/SIDA, reconociendo una inadecuada infraestructura hospitalaria. Capítulo V: Estudio de usuarios involucrados, que corresponde al estudio de usuarios, tanto como médico especializado, pacientes ambulatorios, de emergencias, residentes y pacientes de análisis. Y culminamos con las conclusiones, bibliográficas y anexos.

## 1.1. Planteamiento del Problema

### 1.1.1. Situación Problemática

El VIH / SIDA aún es un problema grave de salud pública a nivel mundial con una epidemiología complicada, dinámica y compleja. Ya a finales de 2015, unas 36,7 millones de personas (34 millones-39,8 millones) aproximadamente vivían con el VIH en todo el mundo, de los cuales 32,1 millones son adultos, 17,7 millones son mujeres y 3,3 millones tenían menos de 15 años.

Aunque de los cuales 17 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antiretroviral, 2,1 millones (1,8 millones a 2,4 millones) de personas contrajeron la infección por el VIH, 1,1 millones (940 000 a 1,3 millones) de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA. Ya con esto tenemos una cifra acumulada global de 78 millones (69,5 millones a 87,6 millones) de personas han contraído la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia y por último, 35 millones (29,6 a 40,8 millones) de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA desde el comienzo en la epidemia.<sup>1</sup>

Se estima que a nivel mundial, el 0,8% de los adultos entre 15 y 49 años son seropositivos, sin embargo la morbilidad de la epidemia varía considerablemente entre países y regiones. La región más afectada sigue siendo el África subsahariana, con una prevalencia de VIH en adultos del 4,7%, lo que representa el 70,8% de las personas VIH positivas en todo el mundo, con el 51,6% de las personas que viven con el VIH en esta región. Después de África subsahariana, el Caribe y Europa Oriental - Asia Central, donde el 2012, 1% y 0.7% de adultos respectivamente, vivían con el VIH (Grafico 1).<sup>2</sup>

En el mejor de los casos en América, es decir, en países caribeños como Cuba, La Organización mundial para la salud (OMS) a través de la Organización panamericana de la salud (OPS) ha venido trabajando con el gobierno cubano desde el 2010 mediante una

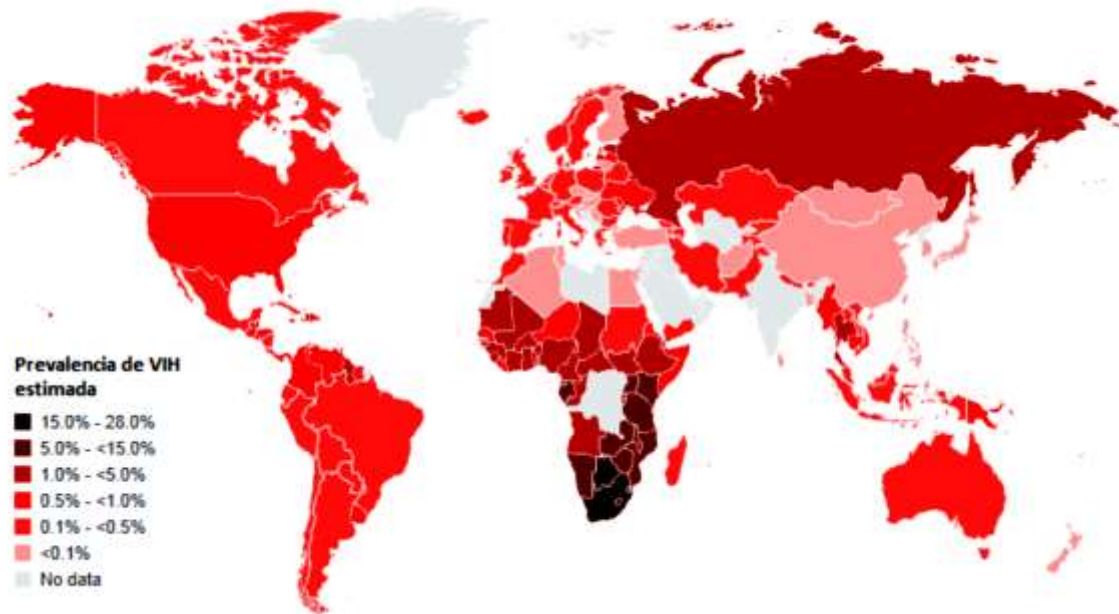
---

<sup>1</sup> ONUSIDA. (2015, Diciembre). Hoja informativa 2016. 2016, Noviembre, de ONUSIDA Sitio web: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

<sup>2</sup> Dirección General de Epidemiología. (2015). Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú 2015. Lima, Perú: Biblioteca Nacional.

intensa campaña preventiva, tanto cuanto educación sexual, tanto cuanto métodos anticonceptivos, pruebas y tratamientos gratuitos.

*Ilustración 1: Prevalencia estimada de VIH por regiones a nivel mundial, 2012*



*Fuente: AIDSinfo-ONUSIDA, 2012*

La organización Mundial de la Salud organizo un mapeo sobre las enfermedades causan más muertes en cada país, englobando las causas de muertes más comunes y aunque la epidemiología del VIH esta mejor contenido, incluso en algunos países tener VIH no es impedimento para perder la calidad de vida o el VIH/SIDA no es sinónimo de muerte.

El continente africano aún posee este sello mortal, teniendo en casi todos sus países con un problema serio de VIH/SIDA, también en los países de centro de américa y en Sudamérica los países con mayor causa mortal atreves del SIDA, en Sudamérica por ejemplo son los países de Guyana, Surinamen, Ecuador y el Perú.<sup>3</sup>

La situación actual en las estadísticas que registran el número de casos de VIH y el SIDA es de buen agrado y beneficiosa, ya que presenta un disminución relevante en número de estos

<sup>3</sup> *Global Post. (2014, junio 16). ¿Qué enfermedades causan más muertes en cada país según la OMS? The economist-America, 6.*

y podemos relacionarlo como buenos resultados a las estrategias y objetivos propuestos por el plan estatal. Pero las estadísticas no reflejan enteramente la realidad, es una disminución aproximadamente de 1000 personas en los caso del VIH, sí, pero recordemos que las personas con este virus pasan a la fase del SIDA y estos a la vez egresan por defunción. En otras palabras la disminución de estas se dan por pasar de VIH a SIDA y estas personas con SIDA llegan a fenecer. También podemos decir que las personas llegan a enterarse en la fase tardía de la enfermedad, es decir que conocen la presencia del VIH en sus cuerpos cuando ya están por pasar a la fase del SIDA, también debemos agregar que en muchos casos estas personas que ya tienen el síndrome, por descuido, negación, etc, solo logran vivir pocas semanas combatiendo en SIDA.

En el caso del departamento de Lambayeque podemos observar que ocupa el séptimo puesto en el número de casos registrados de VIH/SIDA y aunque la cifra no es tan alarmante como lo puede ser las cifras en Lima o en Loreto, lo que es alarmante en la región es que existe gran población flotante e inherente, es decir que hay una población no registrada que posee VIH, quizás por ignorancia propia, descuido o negación de la persona, esto debemos sumar la cantidad de personas que dejan de asistir a todo tratamiento y control y se convierten en personas inherentes al tratamiento y por ende su calidad de vida es auto suprimida. Que conlleva a todo esto a la propagación masiva del VIH.

Como mencionaba un licenciado en enfermería, “Las cifras muestra esta cresta negativa porque las personas que tienen VIH mueren en grandes cantidades o pasan de la misma cantidad a la fase SIDA y también los pacientes con SIDA mueren a las dos semanas aproximadamente...Esta bien, mueren pero estas personas por conducta dañina ya dañaron (contagiaron) a otras tres personas más y la cantidad actual se triplica o se dobla y la epidemia aumenta...El estado no llega a todos, y lo que está en papel es muchas veces utópico”

La cantidad en el departamento de Lambayeque es de 2119 casos registrados de personas que viven con el virus del SIDA y 828 casos registrados que ya viven con el virus del SIDA (5° Lugar a nivel Nacional). Recordar que estas cifras son cifras acumuladas desde 1983 al 2018, lo que significa el número de casos vivos desde la fecha del primer caso restándole las defunciones registradas. No es vano agregar que estas cifran no registran a todas las personas

así como tampoco registra a todas las muertes, en otras palabras es una cifra aproximadamente.

A la provincia de Chiclayo le corresponde un 82% aproximadamente de la cantidad acumulada del departamento de Lambayeque, es decir 1742 caso de VIH y 726 casos de SIDA. Esta prevalencia aguda en Chiclayo corresponde por la conurbación de la ciudad de Chiclayo, José Leonardo Ortiz y La Victoria, que son los 3 distritos con más registros de casos. Recordar que aquí se concentra la mayor población del departamento de Lambayeque y que conglomeración no permite que el plan estratégico no llegue o llegue con dificultad.<sup>4</sup>

*Ilustración 2: Casos acumulados de VIH y SIDA notificados según año de diagnostico*



*Fuente: Centro Nacional de epidemiologia, prevención y control de enfermedades.*

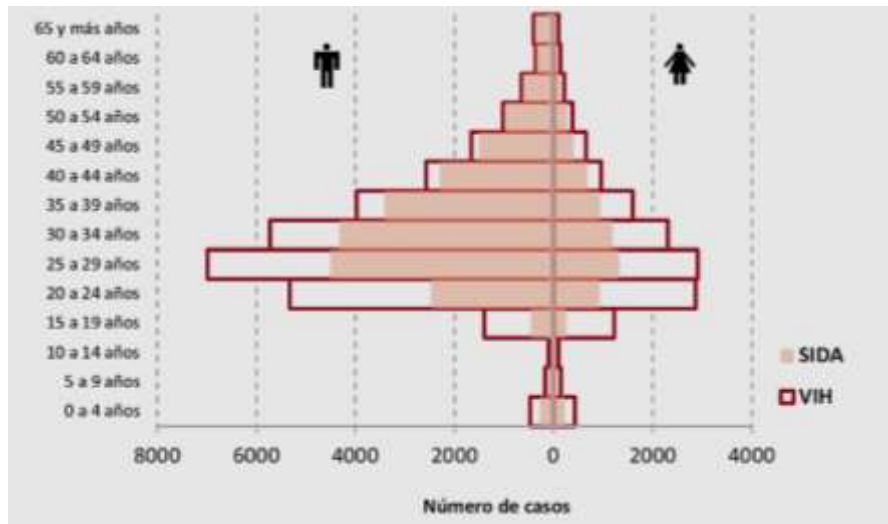
De este registro podemos también observar que la mayor incidencia de contagio se da a través del sexo masculino, es decir que de cada mujer infectada hay 3 hombres infectados. Y que de esta prevalencia en los hombres la causa principal es por medio sexual, es decir promiscuidad y relaciones extramatrimoniales, ya sea en los casos de homosexualidad, heterosexualidad o bisexualidad.

<sup>4</sup> Dirección General de Epidemiología / RENACE / GT TB-VIH - Ministerio de Salud.



Estas cifras si delatan la realidad, la desorientación, falta de educación sexual y los métodos preventivos. Pues el rechazo reacio al uso del condón no solo puede perjudicar a uno solo, sino a otras personas inocentes e ignorantes de las enfermedades de transmisión sexual.

*Ilustración 3: Casos de VIH y SIDA notificados; según el sexo y la edad, Perú 1986-2012*

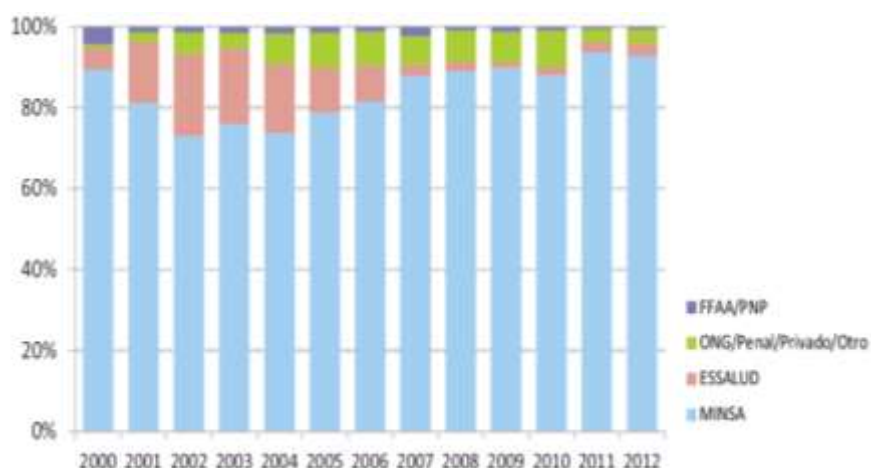


*Fuente: Centro Nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades.*

El estado, a través del ministerio de salud (MINSA), es la institución que más ayuda otorga a las personas que viven con el virus del Sida, tanto como tratamientos antirretrovirales, tanto seguimiento de casos, orientación y ayuda psicológica a los parientes de estas personas.

En todos los casos registrados en el MINSA, se otorgara inmediatamente el seguro SIS de vida para contribuir al acceso del tratamiento básico y atención sintomática y también en el centro de salud más cercano a la residencia de cada persona que vive con el virus del SIDA, tendrá el deber de dar orientación y seguimiento de caso para prolongar la salud de estas personas y darle una esperanza de vida ordinaria. Pero del dicho al hecho, hay mucho trecho, pues los pacientes dejan de asistir a sus tratamientos por la depresión que presentan y las fases psicológicas que pasan. Esto a la estigmatización dada por la sociedad llega a excluir y enclaustrarse dando una cifra flotante.

Ilustración 4: Porcentaje de casos de VIH notificados según institución del sector salud, Perú 2000-2012



Fuente: Dirección general epidemiología / RENACE / GTTB – VIH – Ministerio salud.

Pero por más que se posea un plan estratégico multisectorial (multidisciplinario) siempre existirá una deficiencia en el diagnóstico, atención, tratamientos y asistencia a estas. Por ejemplo, en el cuadro 1 podrá verse como en las etapas de atención para las personas que viven con el virus del SIDA hay una degradación de asistencias, teniendo una población flotante e inconstantes que no favorece al control y seguimiento de caso. Se tienen a nivel nacional un aproximado de 36072 personas diagnosticadas y 5873 personas no registradas, y dentro de estos casos observados tan solo recibe atención un 40%, es decir que 25167 personas que viven con el virus del SIDA no reciben atención, por descuido, por bajo recursos, por temor o quizás por dificultad de acceso.

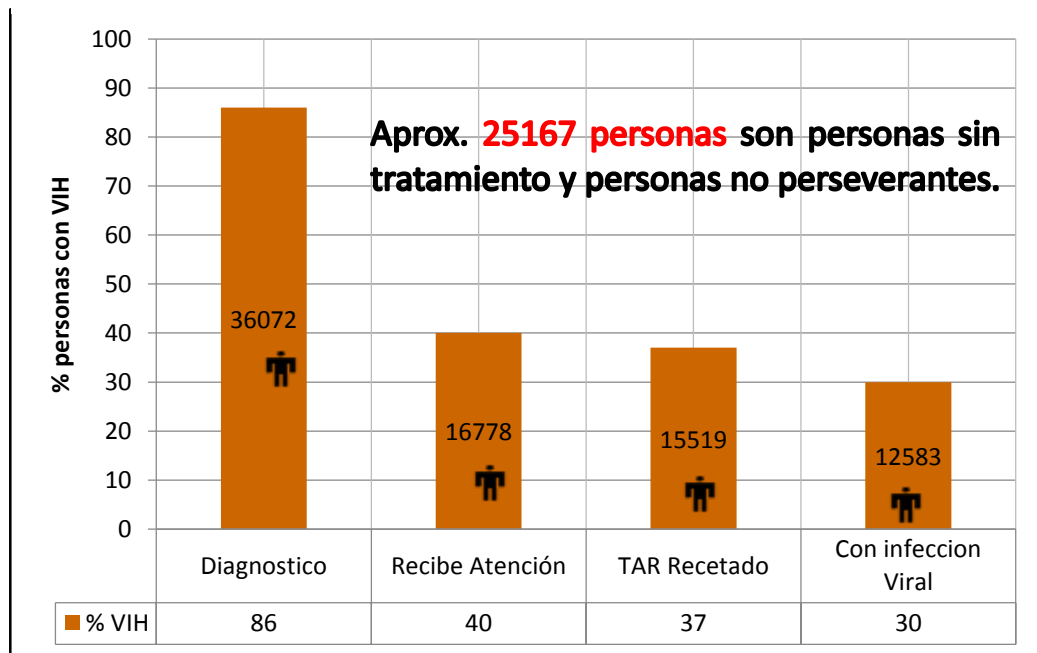
Así se puede observar en una encuesta (cuadro 2), cuya investigación se basó en la búsqueda del grado de depresión en los pacientes que asistían al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Rosa de Piura.

Que esta inherencia al TARGA se ve acrecentada por el tiempo y quizás por la dejadez médica de un seguimiento extramural. Los pacientes que reciben un tratamiento diario presentan depresión grave en un 29% de los casos, mientras que en los que reciben un

tratamiento inter diario sólo en un 10 %. Existen mayor cantidad de pacientes con tratamiento inter diario con depresión leve en un 65% y 25% con depresión moderada.<sup>5</sup>

Existe una necesidad urgente de que más personas se hagan pruebas del VIH y de garantizar que quienes tengan el virus reciban atención y tratamiento pronto y continuo.

Tabla 1: Etapas de la atención para el VIH



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia del VIH de los CDC y Proyecto de Monitoreo Médico

<sup>5</sup> Villarreal, S., Ojeda, P., Castro, L. G., (2012). Nivel de depresión en el tratamiento en pacientes que reciben TARGA contra el VIH/SIDA. En *Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA* (p.80). Piura: Universidad Nacional de Piura.

Tabla 2: Nivel de depresión según mes de tratamiento en pacientes que reciben tratamiento antirretroviral para VIH/SIDA en hospital II-1 Santa Rosa, Piura.

<b>MES DE TRATAMIENTOS</b>	<b>INTENSIDAD DE DEPRESIÓN</b>						<b>Total</b>	
	<b>Leve</b>		<b>Moderado</b>		<b>Grave</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1° mes	5	33.3	6	40.0	4	26.7	15	100
2° mes	3	27.3	7	63.6	1	9.1	11	100
3° mes	4	57.1	1	14.3	2	28.6	7	100
4° mes	7	77.8	2	22.2	0	0	9	100
5° mes	2	50.0	2	50.0	0	0	4	100
6° mes	0	0	0	0	1	100	1	100
7° mes	0	0	0	0	0	0	0	0
8° mes	0	0	0	0	0	0	0	0
>8° mes	0	0	1	25.0	3	75.0	4	100
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>41.2</b>	<b>19</b>	<b>37.3</b>	<b>11</b>	<b>21.6</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Fuente: Nivel de depresión en el tratamiento en pacientes que reciben TARGA contra el VIH/SIDA. En Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA (p.80). Piura.

### 1.1.2. Formulación del Problema

¿De qué manera, un instituto médico de atención, ayudará a mejorar la calidad de vida y reducir la cantidad de casos de las personas con VIH/SIDA, en el Distrito de Chiclayo?

## **1.2. Objetivos de la Investigación**

### 1.2.1. Objetivo General

Mejorar la calidad de vida de las personas que padecen VIH/SIDA en la provincia de Chiclayo, diseñando un centro médico especializado en la atención de esta enfermedad.

### 1.2.2. Objetivos Específicos

- a) Reconocer el número casos estadísticos.
- b) Identificar las causas que producen esta enfermedad.
- c) Identificar las conductas sociales inadecuadas en el departamento de Lambayeque.
- d) Analizar el control del VIH del sector salud para reconocer su ineficiencia.
- e) Analizar el control integral en los núcleos de incidencia.
- f) Reconocer los focos infecciosos en la ciudad de Chiclayo.
- g) Analizar las consecuencias urbanas y sociales que produce la “zona rosa” en la Ciudad de Chiclayo.
- h) Identificar las instituciones que ofrezcan control al VIH.
- i) Reconocer las causas de inherencia de los pacientes.
- j) Analizar los factores de diseño arquitectónico que influyen en el tratamiento del VIH/SIDA.
- k) Analizar el estado actual de las infraestructuras de salud en la provincia de Chiclayo.
- l) Analizar las fases del VIH para identificar la infraestructura adecuada
- m) Estudiar y diagnosticar el tipo y función de los usuarios.
- n) Definir un terreno que cumpla con las características y requerimientos necesarios.

### **1.3. Justificación del Problema**

Más del 0.33% de la población peruana son personas que viven con el virus del SIDA (PVVS) y a pesar de la cantidad de personas que toman el debido tratamiento, muchas de ellas pierden la perseverancia y ganan desinterés para mejorar su calidad de vida y controlar la epidemia.

Una de las causas del descuido al control de la epidemia en el departamento de Lambayeque es la sobrepoblación de los hospitales que ofrecen los tratamientos, por ejemplo en el hospital Las Mercedes atiende el mayor número de casos de VIH, sumado a esto la cantidad de personas que es atendida aquí excede el número de personal médico, el número de camas y el número adecuado de pacientes atendidos.

Son 800 pacientes atendidos diarios, con 240 camas disponibles, de los cuales 929 personas que viven con el virus del SIDA son atendidos aquí.

La intervención, o la complementación de la estrategia estatal, para mejorar el cuidado y los tratamientos de las personas que vivan con el virus del SIDA y así dar una calidad de vida a estas personas. También para disminuir el número de casos, en número de riesgo y tener una sociedad tolerante y de cultura preventiva.

Beneficiando no solo a los pacientes, sino también a los familiares cercanos que conviven con sus parientes infectados, a los amigos y parejas que temen la cercanía o la compañía de estas personas, al público del entorno influyente que estigmatiza, al joven con una cultura libertina y promiscua, a las mujeres que desconocen o rechaza los métodos preventivos y al cuidado de la población de mayor riesgo de contagio.

Esta investigación no dará solución absoluta, o llenara vacíos de conocimientos sociales o médicos, Pero podrá sugerir ideas y recomendaciones para complementar los tratamientos funcionales, psicológicas y formales, donde la arquitectura será participe e influyente directo a las personas involucradas (personal médico, pacientes, familiares y público interesado).

## 1.4. Marco teórico

### 1.4.1. Conceptos y definiciones

Como introducción al estudio es necesario tener claros algunos conceptos relacionados con la salud, los cuales ayuden a interpretar de mejor manera cada uno de los términos que intervienen en el presente estudio.

**-Salud.-** La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**-Hospital.-** La palabra hospital viene del latín hospes, que significa huésped. Los hospitales son instituciones con una plantilla médica y de enfermería organizada, y con instalaciones permanentes, que ofrece gran variedad de servicios médicos, incluyendo cirugía, para quienes requieran un tratamiento u observación más intensivos. También puede incluir instalaciones para atender a los recién nacidos y lactantes, así como diversas consultas ambulatorias.

**-Instituto especializado.-** Son establecimientos que por su especialización en la atención que prestan, se transforman en hospitales de referencia nacional en áreas específicas de la medicina, como salud mental, ortopedia, rehabilitación, tuberculosis, pediatría, infectología y geriatría.<sup>6</sup>

Estos hospitales cuentan con una dotación de 100 a 200 camas. Funcionan en los siguientes servicios:

- Hospitalización
- Consulta externa
- Emergencia
- Quirófano
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Servicios en general y servicio administrativo.

---

<sup>6</sup> *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH /SIDA.*



**-MSPAS (Ministerio de salud pública y asistencia social).**- Es la entidad rectora del sistema y el responsable por proveer servicios de salud a la población en general. De igual forma el ministerio de salud pública asistencia social “MSPAS” es la encargada de distribuir los servicios especializados en VIH-SIDA.

**-MINSA (Ministerio de salud del Perú).**- Es el sector del poder ejecutivo encargado del área de salud.

**-ESSALUD (El seguro social de salud).**- Es la institución peruana de la seguridad social en salud, comprometida con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social en salud.

**-ONG (Organización no gubernamental).**- Se trata de entidades de iniciativa social y fines humanitarios, que son independientes de la administración pública y que no tienen afán lucrativo. Una ONG puede tener diversas formas jurídicas: asociación, fundación, cooperativa, etc. Es importante resaltar que nunca buscan obtener ganancias de tipo económico, sino que son entidades de la sociedad civil que se basan en el voluntariado y que intentan mejorar algún aspecto de la comunidad.

**- CERITS (Centro de referencia de ITS).**- Son servicios de salud que brindan amp y se ubican en hospitales o centros de salud, cuentan con recursos humanos capacitados para el manejo clínico, diagnóstico de laboratorio y consejería; disponen de infraestructura adecuada, equipamiento de laboratorio para pruebas confirmatorias para sífilis y de cultivo para el diagnóstico de gonorrea, insumos y medicamentos específicos.<sup>7</sup>

**- UAMP (Unidad de atención médica periódica).**- son servicios de salud que se ubican en hospitales o centros de salud y cuentan con recursos humanos capacitados, insumos y medicamentos para ofertar el diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS a la población general y poblaciones vulnerables.

---

<sup>7</sup> *Categorías de establecimientos del sector salud / MINSA.*

**-Salud pública.-** Vela por la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales:

- Fomento de la vitalidad y salud integral
- Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas
- Organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas.

**-Salud preventiva.-** La medicina preventiva y la salud pública han sido definidas por la asociación internacional de epidemiología en 1988 como: "campo especializado de la práctica médica, compuesto por diferentes disciplinas, que emplean técnicas dirigidas a promover y mantener la salud y el bienestar, así como impedir la enfermedad, la incapacidad y la muerte prematura"; y como: "una de las iniciativas organizadas por la sociedad para proteger, promover y recuperar la salud de la población.

**-Consulta externa.-** La consulta externa es un servicio ambulatorio para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos. Las consultas son realizadas por un equipo máximo de 4 personas, integrado por un médico especialista o sub-especialista, que además es profesor de la pontificia universidad javeriana, un médico graduado que está realizando estudios de especialización o sub-especialización y 1 o 2 estudiantes de la facultad de medicina de la pontificia universidad javeriana.<sup>8</sup>

**-Enfermedad.-** Alteración más o menos grave de la salud, cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.

---

<sup>8</sup> *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH /SIDA.*

**-Epidemiología.-** La epidemiología estudia la incidencia de las causas generales de las enfermedades en las poblaciones, y también el origen de un brote concreto de determinada enfermedad y su posible expansión. En caso de nuestra investigación se referirá al virus del VIH-SIDA.

**- ¿Quiénes son las PVVS?**

Actualmente, se usan estas siglas para identificar a las personas que viven con el VIH o con SIDA.

**- El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)**

Es un virus que ingresa al organismo del ser humano, debilita el sistema de defensa del cuerpo y con el tiempo se va reproduciendo, dando lugar a la aparición del SIDA.

Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.

**-SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)**

Consiste en una serie de síntomas y signos que aparecen cuando el sistema inmunitario está más debilitado, presentándose además algunas infecciones oportunistas.

**FASES:**

- **Infección primaria:** síndrome retroviral agudo (Atención Externa)
- **Latencia clínica:** asintomático o sin síntoma (Atención Terapéutica)
- **Fase sintomática:** infecciones oportunistas (Atención Interna)

**-Antirretroviral (ARV).-** Medicamento que inhibe la capacidad de multiplicación de un retrovirus (como el VIH). Véase también: retrovirus tratamiento antirretroviral tratamiento antirretroviral de gran actividad.

**-T.A.R.G.A.-** Siglas de tratamiento antirretroviral son medicamentos antivirales específicos para el tratamiento de infecciones por retrovirus como, por ejemplo, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

**-Enfermedad de transmisión sexual (E.T.S).-** Las infecciones de transmisión sexual (ITS) —también conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS), y antes como enfermedades venéreas, son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre o con otras secreciones, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo o durante el parto, desde la madre al hijo.<sup>9</sup>

**-Carga Viral.-** Prueba de laboratorio que mide la cantidad de virus por milímetro cúbico de sangre.

**-Prueba de Elisa.-** Se utiliza para la detección de anticuerpos del VIH en la sangre. El test Elisa es el más empleado (si bien no el único) en primer lugar en las pruebas de detección.

**-Prueba IFI o Western Blot.-** Tipo de prueba de anticuerpos empleada para confirmar un resultado positivo de una prueba de detección del VIH. (la prueba de detección inicial suele ser un tipo diferente de prueba de anticuerpos o, con menos frecuencia, una prueba de la carga viral). El sistema inmunitario responde a la infección por el VIH con la producción de anticuerpos contra ese virus. Se debe realizar una prueba de western blot en una muestra de sangre con fines de confirmación.

**-Tasa de mortalidad.-** Número de fallecimientos en una determinada población a lo largo de un periodo establecido. La tasa o coeficiente de mortalidad calcula el número de fallecimientos con relación a los tres ítems anteriores.

---

<sup>9</sup> *Vivir con VIH no es lo mismo que tener sida (guía para las personas que viven con el virus del SIDA).*

**-Tasa de morbilidad.-** Proporción de pacientes con una determinada enfermedad durante un año de particular por unidad dada de población.

**-Criterios de inclusión – exclusión**

- ✓ **Inclusión:** Se refiere a la evaluación que se practica a una persona con diagnóstico confirmado de VIH+, en el cual se evalúa la indicación clínica y biológica de inclusión en el tratamiento antirretroviral. Debido al riesgo de abandono en una persona no motivada y a la posible aparición de resistencias medicamentosas que supone un cumplimiento no estricto del tratamiento, se considera necesario incluir garantías de cumplimiento por parte de los candidatos a la terapia.
- ✓ **Exclusión:** Se refiere a la espera del tratamiento antirretroviral por causas de la tuberculosis en curso, estos criterios quedan en manos del personal responsable en la selección de las personas que opten a las terapias antirretrovirales.

**-Infección de transmisión sexual.** ITS infección susceptible de ser transmitida por contacto o prácticas sexuales. Cuando ya aparecen los síntomas se le llama enfermedad de transmisión sexual (ETS), como la gonorrea, la sífilis o el VIH. También se expresa con las siglas ITS.

**-Promotores educadores de pares (PEPS):** Son trabajadoras(es) sexuales y HSH seleccionados y capacitados en prevención de las ITS VIH/SIDA y la importancia de la atención médica periódica que brindan los CERITSS, CERITS Y UAMP, para el diagnóstico y tratamiento de las ITS y VIH/SIDA, así como en la difusión de mensajes que brindan orientación y educación dirigidos a promover el cambio de comportamiento hacia conductas sexuales de menor riesgo en sus pares.

**-Paciente ambulatorio.-** Paciente que visita un establecimiento de atención de la salud por razones de diagnóstico o tratamiento sin pasar la noche en el mismo. A veces, se llama paciente de día o paciente diurno.

**-Somatización.-** La somatización es una respuesta fisiológica ante un suceso psicológico. Un ejemplo sencillo de somatización es un dolor de cabeza antes de un examen, o un dolor de tripa después de un encuentro interpersonal desagradable.

**-La tasa de mortalidad infantil (TMI).**- Es el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en un determinado año. En los países menos desarrollados, la tasa ha sido estimada hasta en 200 por 1,000, mientras que en los países industrializados está por debajo de 10 por 1,000.

**-Transmisión vertical.**- Comprende todas aquellas infecciones que transmite la madre al feto/recién nacido durante los procesos inherentes a la maternidad (embarazo, parto y lactancia) por lo que no se deben excluir algunas infecciones que se transmiten después de haber terminado el proceso del parto (recordemos, por ejemplo, que la transmisión de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana durante la lactancia entra de lleno en el concepto de transmisión vertical).<sup>10</sup>

**-La Profilaxis.**- Es la acción preventiva de la aparición de las enfermedades infectocontagiosas, y en el caso de que suceda su manifestación, la profilaxis busca contrarrestar su propagación en la población.

Algunas de las medidas de la profilaxis son: el aislamiento del enfermo durante el período de contagio, la desinfección de la habitación, utensilios, ropas y cualquier otro accesorio utilizado por el enfermo. El uso de preservativos para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

**-Trabajador/ra Sexual (TS).**- Persona que tiene como actividad económica el intercambio de sexo por dinero u otros bienes, está considerado/a dentro de las poblaciones vulnerables, por su alto recambio de parejas sexuales y alta exposición a las ITS.

**-Hombres que tiene sexo con otros Hombres (HSH).**- Son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, en este grupo están incluidos los grupos de la diversidad sexual, como la población trans: travestís, transgéneros y transexuales.

**-Explotación sexual comercial de niños, niñas y Adolescentes.**- La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESC) es todo tipo de actividad en la que una

---

<sup>10</sup> *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH /SIDA.*

persona usa el cuerpo de un/a menor de edad para sacar ventaja o provecho de carácter sexual, económico o de cualquier otra índole, basada en una relación de poder. Consiste en la utilización de niños, niñas y adolescentes (NNA) por individuos adultos que se aprovechan de su vulnerabilidad e ignorancia y que atacan su integridad, su dignidad e identidad, reduciéndolos a objetos sexuales.

**-Violencia basada en género, estigma y discriminación.-** Cualquier tipo de violencia y discriminación basadas en el género, ya sea contra mujeres y niñas, hombres que tiene relaciones sexuales con hombres, transexuales o trabajadoras sexuales, debería reconocerse como una violación de los derechos humanos y un elemento que puede aumentar su vulnerabilidad frente al VIH. La violencia basada en el género o su amenaza pueden impedir que una persona pueda protegerse adecuadamente de la infección por el VIH, mediante la toma de decisiones para una vida sexual saludable, lo que puede ser agravado por condiciones de desigualdad en el acceso a educación, trabajo, salud, seguridad y justicia.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH /SIDA.*

*Vivir con VIH no es lo mismo que tener sida (guía para personas que viven con el virus del Sida).*

*Categorías de establecimientos del sector salud / MINSA.*

## Bases Teóricas

### I. Sociedad y orientación sexual contra las enfermedades de transmisión sexual.

“Ellos tienen más relaciones, pero ellas se protegen menos en los primeros encuentros sexuales”. Con esta frase se comenzó una investigación llevada a cabo por Nicole Weller, de la Universidad de Arizona (EEUU), y muestra que las chicas piensan menos en los condones a la hora de tener su primera relación sexual que los chicos.

Este fenómeno social, demuestra la poca fuerza o imposición ante el compañero masculino y un riesgo que puede entenderse como suma al placer; “Prueba de amor”, “Confía en mí”, “Es mi cuerpo”, “Vivamos la vida”, etc. Llámese como desee uno, la conducta reacia a la protección ha dejado de ser un tema tabú para pasar a ser un tema sin importancia o de libre albedrío, sin pensar en las consecuencias de la decisión libertina.

Además de este hecho, que ha sorprendido a la autora, el trabajo revela que los jóvenes esperan más que hace unos años para iniciarse en el sexo pero, sin embargo, la edad a la que se contraen enfermedades de transmisión sexual (ETS) ha descendido. Y lo podremos observar más adelante, pues la actividad sexual en los escolares ha decaído ligeramente a consecuencia, quizás, de que muchos de los padres fueron padres a temprana edad y arraigan la educación sexual, no como tema moral sino como “no arruinarse la vida” y no olvidemos la relevancia en la educación sexual en las escuelas.

Comprobando así, que el joven ha recibido algún tipo de educación y llega a protegerse en su primera relación, a comparación de aquellos adolescentes que no tiene ningún tipo de guía en este tema.

"Cuando eres tan joven y te inicias en el sexo no estás pensando en tener un hijo ni en las futuras consecuencias que puede tener este acto, sino en cómo hacerlo bien. Por eso, es importante que reciban educación sexual", indica Weller.

De hecho, el primer objetivo de la investigación era evaluar el impacto que tiene la información y la educación sexual en la adolescencia.



Weller ha basado en su estudio, los resultados que presentó en la 138 Reunión Anual de la Sociedad de Salud Pública Americana que se celebra en Denver, en los datos de la Encuesta de Crecimiento Familiar, realizándose ya desde 1973. "En los jóvenes de entre 15 y 19 años hemos notado un aumento de las ETS. Esto quiere decir que aunque retrasen algo su primer encuentro sexual, no toman precauciones cuando llega el momento", explica la investigadora queriendo enfatizar esa deficiencia en la educación sexual actual, la conducta responsable.

En cuanto a los grupos de población, son los adolescentes afroamericanos (USA) los que menos medidas de protección adoptan en su primer encuentro sexual.<sup>12</sup>

Aunque las cifras se refieren solo a la población estadounidense, la situación no es muy diferente en Perú. Aquí, los últimos estudios señalan que es a los 13 años la edad de iniciación sexual promedio. Por ejemplo, en el caso de las mujeres los resultados de la ENAHO-98, indican que el 7.6% de mujeres se iniciaron sexualmente entre los 10 a 14 años, el 34.9% entre los 15 a 17 años y el 24.6% entre los 18 y 19 años. De donde resulta que el 67.1% de mujeres, esto es dos de cada tres mujeres, tuvieron su primera relación sexual en la adolescencia y probablemente como consecuencia de ello tuvieron un aborto, un hijo no-deseado o contrajeron alguna ETS. En cambio, el promedio de la iniciación en la vida sexual de un hombre es de 15 años.

Según nos explica el Dr. Jokin de Irala. Cuando solo tenemos en cuenta que "la media de edad de inicio de relaciones sexuales es 15 años" se suele encasillar casi automáticamente que "la gran mayoría de los chicos ya han debutado sexualmente a los 15".

Pero, cuando apreciamos los datos completos y la cantidad real de adolescentes que han mantenido relaciones sexuales a los 15 años, resulta que no pasa de 20%.

La explicación de porqué las organizaciones internacional contra las ETS y los ministerios estatales reparten condones y ofrecen educación sexual que no toma en cuenta la posibilidad de vivir la abstinencia, es porque creen que la mayoría de los adolescentes es sexualmente

---

<sup>12</sup> Isabel F. Lantigua. (2010, Noviembre 9). *La edad a la que se contrae enfermedades de transmisión sexual baja. El Mundo*, p.9.

activos a los 15 años y están convencidos que “la mayoría lo hace”. En cambio, si sabemos que solo el 20% son sexualmente activos, lo lógico será fortalecer la decisión de no tener sexo del 80% y buscar que incluso más adolescentes retrasen la iniciación sexual.

El repartir condones a diestra y siniestra conducirá a que más adolescentes tengan relaciones en contexto de inmadurez afectiva y social. Esto es conocido como fenómeno de compensación de riesgo, que si bien este instrumento puede obtener una disminución de un riesgo, al lanzar una falsa seguridad tendrá como efecto final un riesgo mayor que lo que el instrumento pretendía proteger.<sup>13</sup>

Contrario al doctor Ilara, nos explica la sexóloga Carola La Rosa que la problemática de la iniciación temprana en la actividad sexual se remonta a la cultura de nuestros abuelos, que se casaban muy jóvenes. Hoy casi ya no nos casamos de adolescentes, porque existen mayores opciones de vida, pero eso no significa que no ejerzamos nuestra sexualidad desde adolescentes. Viendo dentro de la Iglesia y como en toda familia, hay gente abierta y otra cerrada. Se trata de promover una cultura de prevención (dándole menos jerarquía a la abstinencia), que todos tengamos los instrumentos para decidir en libertad cómo vivir nuestra sexualidad.

El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo, además del coito, y también considerar la masturbación como método complementario a la prevención de ETS y embarazos no deseados.

Ya que según la encuesta nacional de salud y comportamiento Sexual, realizado por el Instituto Kinsey de la Universidad de Indiana, revela que, entre los adolescentes la masturbación es la práctica más habitual, al igual que ocurre entre los mayores de 70 años. Aunque un 30% de los jóvenes afirma usar el condón, confiesa que no lo utiliza en todas sus relaciones. Esto aumenta el riesgo de transmisión de ETS o de embarazos no deseados.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Dr. Jokin de Irala. (2011). *A qué edad los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales? En Population Research Institute (p.5). Navarra: Arch Sex Behav.*

<sup>14</sup> Gonzalo Pajares. (2012, Septiembre 27). "Los peruanos se inician en el sexo a los 13 años". *Perú21*, p.15. 2016, octubre 1, De Carola La Rosa, Sexóloga Base de datos.

**En un artículo publicado en un periódico local**, un periodista dedicado al tema con el VIH, **Victor Fermin Barreno Quesquén** resalta la labor de una pareja de esposos que promueven incansablemente la prevención en general de la región Lambayeque. Don Humberto y la señora Ana, dos personas que conviven con el VIH y como la voz en un desierto preparan a las personas, o mejor dicho, previene a la población adolescente y joven ante el cuidado y la protección. Así como al resto de la población no infectada con la tolerancia, el despojo del tabú y la aceptación social.

Hace 18 años, dice Victor Barreno, Humberto vive con el VIH y admite que previo a ser avisado de su enfermedad cayó mal de salud, sudaba mucho y bajo de peso, por lo que sus familiares lo llevaban a un curandero para recuperar su bienestar. Hasta que por consejo de una amiga de su hermana decidió hacerse la prueba de VIH.

Recuerda que a la edad de 34 años de edad en el hospital de Ferreñafe le toamron la primera muestra contra el VIH y ante la sospecha fue derivado al Hospital María Auxiliadora de Lima, donde le confirmaron que era portador de la enfermedad. “Me derrumbé, pensé en mis hijos y en el que dirán”, dijo Don Humberto.

“Jugué a la ruleta rusa, fue una bala perdida y caí”, así agrega cuando explica la razón de su contagio, la promiscuidad. Y aunque posea hijos, estos son producto de una planificación anterior de su infamia. Vivió en Lima y contrajo el virus ahí, “Nunca pensé que iba a llegar a estos extremos”.

Él recibía el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en Lima, pero luego al ser avisado que en el hospital Las Mercedes se ofrecía ya el TARGA d decidió regresar a Chiclayo. “Me lleo el qué dirán”

El carisma bonachón y responsable de Humberto, le permitió salir adelante, porque “al final en Ferreñafe todos sabían que era portador del VIH y no podía tapar el sol con un dedo. A pesar de que siempre murmuraban, porque en pueblo chico, infierno grande.”

A los cuatro años de tener la enfermedad aceptó ser portador y se empoderó. “Fueron años de calvario, no fue fácil aceptar que era portador”, expresa para luego recordar que conoció en ese tiempo a Ana. Se conocieron en el hospital Las Mercedes y ella le dijo “¿Señor a que viene?”, a lo cual le respondió con tal frescura “A recoger los antirretrovirales”. Siguiendo la conversación le consulto a Ana “¿Eres enfermera? Y con timidez respondió que no y que “tenía los mismo que él (VIH)”

Ella le invitó a un taller de Vía Libre sobre el VIH/SIDA y al que aceptó y asistió, no por la información o por formación, sino por ella. “Porque Ana es una persona muy simpática y carismática”, y allí, Humberto y Ana fueron elegidos como líderes promotores de lucha contra el VIH/SIDA en Lambayeque.

Y justo fue Vía Libre que los apoyó, para formar en Chiclayo la asociación “Viviendo en Positivo”, que apuntó a la prevención, a salvar vidas, a luchar contra la descremación y el estigma.

Tuvo miedo a la discriminación, pero Humberto nunca fue víctima directa de aquella población que aún tiene estigmatizada a las personas portadoras del VIH/SIDA. “Ser optimista”, lo ayudo a salir adelante o mejor dicho, se ayudó a seguir adelante.

Las desigualdades de género, el acceso insuficiente a los servicios de salud sexual y reproductiva, la pobreza y la violencia, son algunos de los factores que aumentan su vulnerabilidad, sobre todo en las mujeres, según ONUSIDA; y el cual comparte Humberto. “Sino prevenimos, todos estamos expuestos a la enfermedad”

Una anécdota le dio una lección y también a un alcalde, cuando al denegarle una ayuda el burgomaestre con su asociación “Viviendo en Positivo”. A los pocos meses se acercó en busca de ayuda, porque su sobrino se contagió del VIH SIDA, así es la vida.

“Viviendo en Positivo” apuesta por la prevención, el sexo seguro y la fidelidad, como las armas de lucha para combatir el VIH/SIDA; por lo que afirma que no escatimarán esfuerzos por la labor preventiva promocional que realizan en las instituciones educativas de educación básica regular, técnica y superior así como en las entidades de las FF.AA y PNP, donde

ofrecen charlas y realizan tamizajes, gracias al apoyo que reciben de AHF Perú, una organización comprometida con la prevención del VIH/SIDA y que los ayuda desde mediados de junio del 2015. Solamente de enero a octubre del 2018, han realizado 6807 pruebas con el resultado de 30 casos positivos, que hoy reciben TARGAR y el apoyo de “Viviendo en Positivo”.

Humberto y Ana, lamentan que en los colegios y universidades regentadas por la iglesia católica no les permitan brindar charlas y tamizajes sobre el VIH/SIDA. “No permiten promocionar el uso del preservativo”. Pese a estas trabas, Humberto señala que morirá previniendo y salvando vidas.<sup>15</sup>

### **Conclusión:**

La información y educación es el motor de la lucha contra el SIDA, ya que de esta parte el plan de prevención y de ella también, la contención de la epidemia.

El conocimiento previo a la práctica ayuda a estar preparado, estar prevenido de las consecuencias de ser impulsivo o al descuido.

Ser sensible al método de orientar, pues la abstinencia, la prudencia y las anticoncepciones no son soluciones divorciadas, ni una es más relevante que la otra. Si no que la complementación de una con la otra ayudara a fortalecer la conducta social de manera flexible.

## II. Epidemia concentrada del SIDA

**-UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS)** En sus estudios sobre la prevención y experiencias nacionales durante los últimos 20 años sugieren que las estrategias son más eficaces cuando se ajusta cuidadosamente de acuerdo con las características y la etapa de la epidemia en el país o comunidad de que se trate. La magnitud y la gravedad de la pandemia mundial son una llamada a la acción. A una adecuada intervención para la

---

<sup>15</sup> Victor F. Barreno. (2016, Noviembre 27). *Vencieron el estigma del VIH/SIDA*. *El Dominical, La industria*, pp. 6-7.

prevención y el tratamiento depende de la etapa de la epidemia en el país y del contexto en el que ocurre.

Sino también que regula ciertos conceptos para una mejor gestión de contagio.

Las epidemias de bajo nivel ocurren en regiones con baja prevalencia del VIH en la población general (< 1%) y también una reducida prevalencia máxima en una población clave (< 5%). Las poblaciones clave incluyen los trabajadores sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y los usuarios de drogas inyectables (UDI).

Las epidemias concentradas se dan en regiones en donde la prevalencia del VIH en la población general es menos del 1% y la prevalencia máxima en una población clave excede el 5%.

Las epidemias generalizadas de bajo nivel ocurren en regiones cuya prevalencia del VIH en la población general es del 1-10% y cuya prevalencia máxima en una población clave es del 5% o más.

Las epidemias generalizadas de alto nivel suceden en regiones en donde la prevalencia del VIH en la población general es del 10% o más y la prevalencia máxima en una población clave es del 5% o mayor.

En epidemias concentradas, el VIH / SIDA se producen generalmente en poblaciones social y económicamente marginadas, lo que requiere enfocar los factores socioeconómicos y la señalización de las poblaciones clave.

En una epidemia concentrada las prioridades de prevención deben incluir:

- Promoción de las PCV (pruebas y consultas voluntarias) entre las poblaciones clave.
- Pruebas de VIH para mujeres embarazadas.
- Programas que informen a los individuos en riesgo, promuevan conductas más seguras y repartan condones entre poblaciones clave.
- Programas de intercambio de agujas y de sustitución de drogas para los UDI.

- Pruebas de detección y tratamiento de ITS para los grupos clave de riesgo.
- Hay ciertos “perfiles epidémicos” que organizaciones como UNICEF, UNAIDS u OMS sugieren tener en cuenta para complementar el manejo del VIH/SIDA:
- Enseñanza sexual en las escuelas
- Programas basados en la participación de pares
- Información, enseñanza y comunicación (IEC)
- Detección y tratamiento de ITS
- Pruebas y consejería voluntarias (PCV)
- Reducción de daños para los UDI
- Vigilancia de las conductas riesgosas, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH
- Promoción y distribución de condones, junto con campañas de publicidad social
- Prácticas de seguridad para evitar el contacto con sangre
- Prevención de la transmisión madre-hijo (TMH) y uso de precauciones universales

El desinterés gubernamental a las inversiones en la prevención y atención del VIH/SIDA nos impiden tener datos sólidos para guiar a los objetivos de los programas y las estrategias nacionales, a las prioridades que el perfil de una epidemia nos genera, este tipo de ineficiencia, sin duda agrava la escasez de fondos y produce infecciones de VIH innecesarios y muertes prematuras.

Esto también puede verse en el capítulo Investigando en la Salud. En Prioridades en la lucha contra las enfermedades en los países en desarrollo (3-35).

Washington DC: The world Bank. Dean T. Jamison. (2006). Se advierte, que en decenas de países de todo el mundo, la epidemia del SIDA amenaza cada aspecto del desarrollo. Ninguna otra amenaza es más cercana, con la posible excepción de la utilización de armas nucleares en zonas densamente pobladas o en una pandemia mundial devastadora similares al episodio de influenza 1917-1918. La mayoría de los gobiernos de los países de bajos y medianos ingresos afectados y la mayoría de los proveedores de asistencias para el desarrollo recientemente han comenzado a responder más que mínimamente. La creación del fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria pueden ser vistas como un intento de los principales líderes políticos del mundo para mejorar en los registros de las

instituciones existentes. En sus primeros años, el fondo mundial ha visto resultados considerables, pero el éxito es potencialmente socavado por las limitaciones afiliadas a la disponibilidad de recursos.

Define también algunas herramientas para el control de la epidemia. En contraste con el movimiento programado inicialmente lenta en la mayoría de los líderes nacionales y las instituciones internacionales, Jamison reconoce la investigación y el desarrollo de las comunidades públicas y privados, han progresado rápidamente las herramientas para controlar la epidemia de VIH/SIDA en desarrollo, aunque tanto una vacuna y un medicamento curativo permanecen distantes.

Un diagnóstico sensible, específico y de bajo costo están disponibles; medios de prevención se han desarrollado y probado; modos de transmisión son bien entendidos; y fármacos cada vez más potentes para controlar la carga viral permiten disminución radical de la progresión de la enfermedad. Herramientas para la lucha contra el VIH/SIDA tanto están disponibles y una serie de países muestran por ejemplo que esas herramientas pueden ser objeto de un uso efectivo. La mayor parte de los países de altos ingresos lo han hecho, y Brasil y México ofrecen ejemplos de países de ingreso medio-alto que se anticipó a la epidemia potencialmente grave.

México tuvo éxito, por ejemplo, con una política de responder tanto a principios y con fuerza a la epidemia (del Río y Sepúlveda 2002). Los grandes éxitos de Tailandia y Uganda demuestran que los países con menos recursos financieros también pueden tener éxito - y tener éxito contra la epidemia más establecida que ya penetró profundas proyectadas detrás en sus poblaciones.<sup>16</sup>

### **Conclusión:**

Chiclayo posee una epidemia de bajo nivel del SIDA y las campañas usadas por el gobierno municipal son dedicadas al tratamiento antirretroviral, dadas a través del SIS.

---

<sup>16</sup> Washington DC: *The world Bank*. Dean T. Jamison. (2006)



No hay una campaña fuerte, ni municipal ni estatal, de publicidad o de educación masiva sobre el VIH.

Gracias a estos dos referentes, podemos reconocer la gravedad epidemiológica y los tipos de tratamientos.

### III. Prevención y combate al sida

#### ➤ **Prevención**

Según Nicole Weller, es importante señalar que los niveles de epidemia dentro de un país o región concretos pueden variar según la población o geografía

El plan estratégico multisectorial (PEM) para la prevención y control de ITS & VIH/SIDA en el Perú en los años 2015-2019, mencionan 9 objetivos uno de ellos es el reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2019.<sup>17</sup>

¿Cómo prevenir?

- Usando preservativo (masculino o femenino) en las relaciones sexuales con penetración y evitando la eyaculación en la boca si se practica el sexo oral. En la penetración anal es recomendable utilizar cremas para lubricar que no contengan grasa, es decir, lubricantes hechos a base de agua, además del preservativo.
- Utilizando material estéril y evitando el uso compartido de jeringuillas, agujas y otros útiles de inyección si se consumen drogas inyectadas.
- Utilizando instrumentos para perforar la piel de un solo uso o estériles (pendientes, piercings, material de tatuaje, etc.).
- No compartiendo cuchillas de afeitar Ni cepillos de dientes.
- En la actualidad, gracias al tratamiento antirretroviral, una madre con el VIH correctamente tratada podrá tener un embarazo y un parto sin problemas y su bebé podrá nacer sin el VIH. La lactancia materna no está recomendada para alimentar al bebé.

---

<sup>17</sup> Nicole Weller. (2010). *Ellos tienen más relaciones, pero ellas se protegen menos en los primeros encuentros sexuales. Reunión Anual de la Sociedad de Salud Pública Americana, 138. 2016, octubre 15, De la Universidad de Arizona, EE.UU.*

➤ **Actividades principales del plan preventivo integral**

**Objetivos del plan preventivo**

**Actividades**

Elaboración de documentos técnicos sobre los avances en la implementación de la ESI.

Reuniones con la Alianza por la Educación Sexual Integral ¡Sí podemos! y espacios de advocacy (Una campaña o estrategia encaminada a construir apoyo para una causa o un asunto) en temas vinculados a la ESI.

Elaborar y proponer al Estado un sistema de monitoreo de implementación de la ESI, impulsado por la Alianza por la Educación Sexual Integral ¡Sí podemos!.

Capacitación a voluntarios/as del Centro Juvenil Futuro y otros espacios con presencia juvenil sobre temas vinculados a Derechos Sexuales y Reproductivos, enfatizando en derechos de los y las adolescentes, a una Educación Sexual Integral.

Promover la participación de líderes juveniles que coloquen en su agenda la ESI y la **Convención Iberoamericana de la Juventud**, incluyendo los y las voluntarias del Centro Juvenil Futuro.

Reuniones con funcionarios/as públicos y/o tomadores de decisión de los sectores Salud y Educación del Estado y el Congreso de la República.

**Intervenciones y/o audiencias públicas** de reflexión técnica sobre ESI y la Convención Iberoamericana de la Juventud, referidos a los avances nacionales e internacionales, con participación de decisores políticos y jóvenes.

Publicaciones en medios de comunicación sobre ESI y derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes.

### ➤ **Objetivos alcanzados en Lambayeque**

Junto con el Espacio Regional de Organizaciones Juveniles de Lambayeque se logra que el Gobierno Regional de Lambayeque cree el Consejo Regional de Juventudes COREJU.

INPPARES como miembro de la Alianza, logra promover el compromiso político de una de las Mancomunidades en Lambayeque para que se brinde Educación Sexual en las Instituciones Educativas que son parte de su jurisdicción. De esta manera se **elaboró una hoja de ruta entre MINEDU, Dirección Regional de Educación. Mancomunidades, directores/as de las Instituciones Educativas y estudiantes**, que se presentó públicamente en la región de intervención.<sup>18</sup>

#### IV. VIH / SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana es una Inmunopatogenia, es decir la forma como actúa el sistema inmunitario a un fenómeno o agente invasor. El virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de los retrovirus, subfamilia lentivirus. Estos virus tienen una serie de características específicas que son determinantes en la compleja patogenia de la infección por el VIH:

Gran diversidad genética (virus ARN) y genoma muy complejo (lentivirus)

En su ciclo vital hay 2 fases: virión infectante (ARN) y provirus (ADN).

- Esta fase intermedia de integración en el genoma huésped le permite prolongados periodos asintomáticos (latencia), a pesar de una viremia persistente.
- Se replica mediante UN mecanismo inverso al habitual en los virus ARN. El papel fundamental lo juega una enzima llamada transcriptasa inversa (TI).
- Sus células huésped son los linfocitos CD4+, macrófagos, células nerviosas de la

---

*18 IPPF/RHO, AECID. (2010-2011). PREVENIR CON EDUCACIÓN - HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN EL PERÚ. 2016, de Inppares Sitio web: <http://www.inppares.org/prevenirconeducacion#>*

microglía y células dendríticas residentes en mucosas (células de Langerhans).

### **Ciclo de vida o de replicación del VIH**

Al ingresar el VIH en nuestro cuerpo procederá a viajar por el torrente sanguíneo donde su ciclo de vida comenzara. Ya en la sangre el “virus libre” tratara de encontrar a los linfocitos CD4, que son los que ayudan a coordinar la respuesta inmunitaria al estimular a otros inmunocitos, como los macrófagos, los linfocitos B y los linfocitos T CD8 a combatir la infección.

Luego este virus se adhiere gracias a su receptor CD4 a los correceptores CCR5 y CXCR4, o en otras palabras a la superficie de los linfocitos, para luego proceder a su fusión.

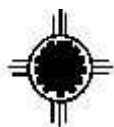
A esta fase se llama penetración, es donde el virus vacía su contenido dentro de la célula y se da la transcripción reversa, es decir hacer un reflejo opuesto de los hilos de los virus ARN virales para formar dobles cadenas de ADN.

Este ADN viral se integra con el ADN celular para formar nuevos contenidos virales, esta transcripción son nuevos grupos de cadenas que parten del núcleo hacia al exterior de la célula infectada.

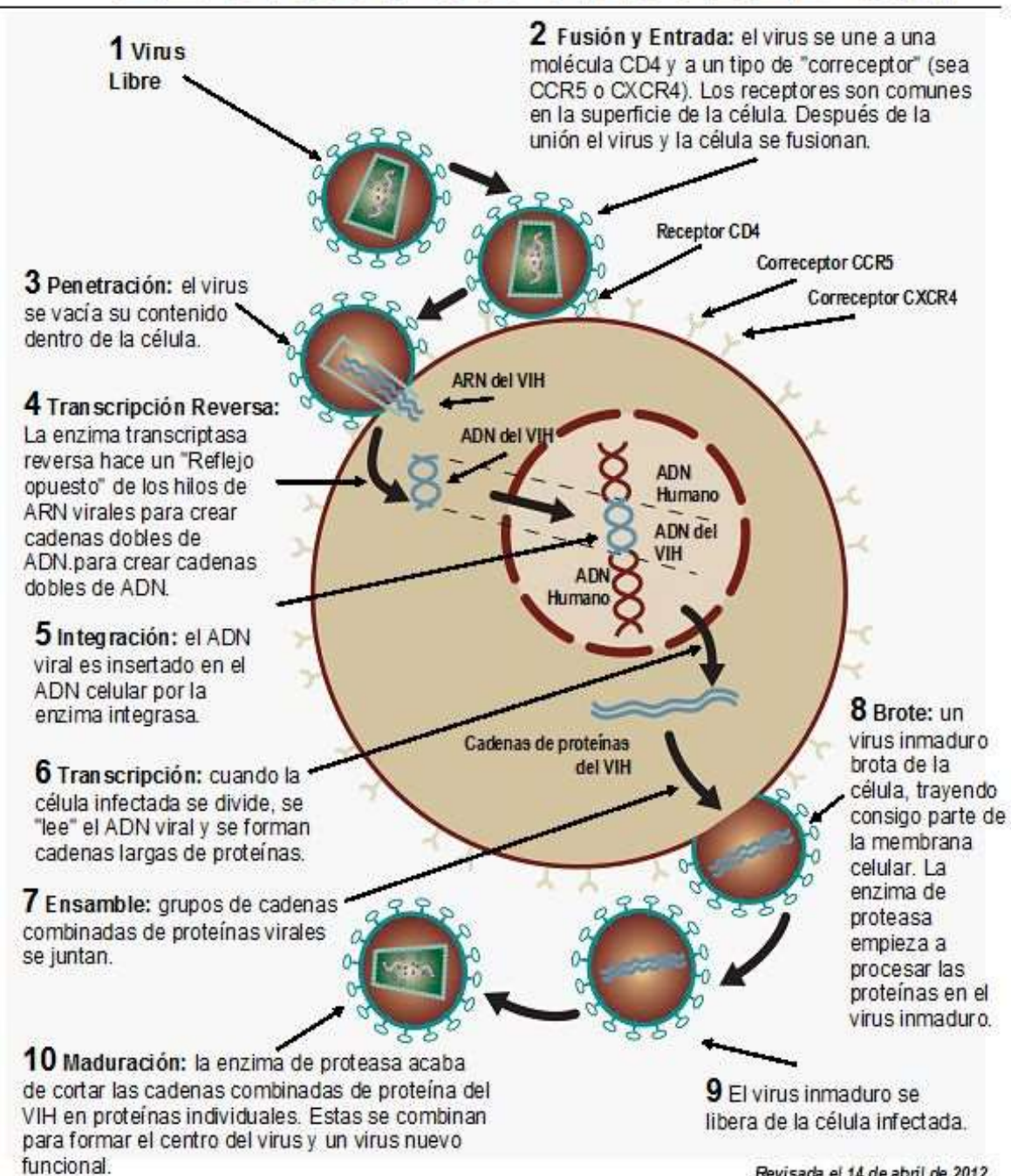
Se producirá luego varios brotes de nuevos virus inmaduros trayendo consigo parte de la membrana celular y destruyendo al linfocito por completo.<sup>19</sup>

---

*19 InfoSida. (2016, Abril 10). Hojas informativas. 2016, octubre 13, de U.S. Department of Health & Human Services Sitio web: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets>*



# EL CICLO DE VIDA DEL VIH



Fuente: Proyecto del Centro de Educación y Capacitación AID 8 de Nuevo México. Parcialmente financiado por la Biblioteca Nacional de Medicina, <http://www.aidsinfonyet.org>

### **Puntos importantes:**

Sin tratamiento, la infección por el VIH evoluciona en fases y empeora con el transcurso del tiempo.

Las tres fases de infección por el VIH son:

- 1) Infección aguda
- 2) infección crónica
- 3) síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El VIH se puede transmitir (propagar a otros) durante cualquier fase de infección, pero el riesgo es mayor durante la fase aguda.

No hay cura para esta infección, pero los medicamentos contra el VIH (llamados antirretrovirales o ARV) pueden evitar que evolucione al SIDA. Esos medicamentos ayudan a las personas seropositivas (que tienen el virus) a vivir una vida más larga y sana; además, reducen el riesgo de transmisión del virus.

### **Fases de infección por el VIH:**

#### Infección aguda por el VIH

La infección aguda por el VIH es la etapa más temprana de infección por ese virus y, por lo general, se manifiesta en un lapso de 2 a 4 semanas después de que la persona ha contraído esa infección. Durante esta fase, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos (células CD4 o linfocitos CD4) del sistema inmunitario que luchan contra la infección. El VIH se puede transmitir durante cualquier fase de infección, pero el riesgo es mayor durante la fase aguda.

## Infección crónica por el VIH

La segunda fase es la infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica.) Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo pero en concentraciones muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras. Sin tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en 10 años o más, aunque ese período puede ser menor en algunas personas.

## SIDA

El SIDA es la fase final de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con infecciones que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano.) A las personas con el VIH se les diagnostica SIDA cuando tienen un recuento de linfocitos (células) CD4 de menos de  $200/\text{mm}^3$ , presentan una o más infecciones oportunistas, o ambas cosas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años.

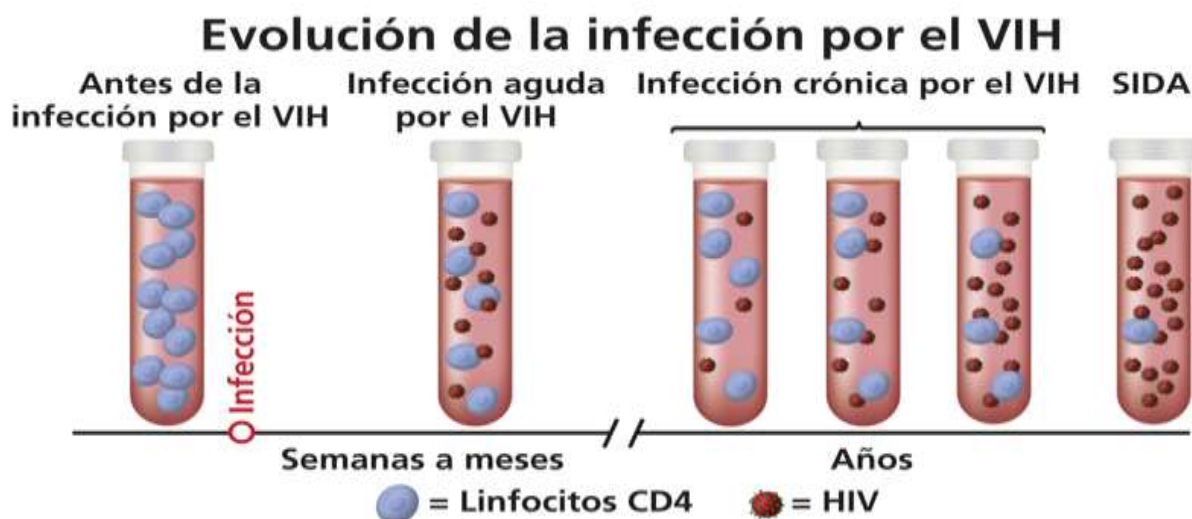
## **Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida**

La infección por el VIH produce el efecto paradójico de que asociado a la destrucción de los linfocitos CD4+ se produce una activación linfocitaria importante. Se produce una hipergammaglobulinemia asociada a la activación policlonal de los linfocitos B. También se produce una intensa activación de las células CD8+ debido fundamentalmente a la sobrecarga de antígenos virales.

En otras palabras, los linfocitos CD4+ piden refuerzo a todas las células inmunológicas para la inhibición viral y esto en vez de contrarrestar, el VIH se alimenta y parasita estas células.



Ilustración 6: Evolución de la infección por el VIH



Fuente: InfoSIDA. (2018, Abril 10). Fases de la infección por el VIH. 2018, Octubre 10, de U.S. Department of Health & Human Services Sitio web: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>

### Prevención y Combate al sida.

ONUSIDA, en su “Informe anual de la epidemia mundial de SIDA”, resalta que en los países que pasan por el VIH no se ajustan a las necesidades nacionales (de los casos de PVVS). La mayoría de los países de América Latina tienen epidemias de bajo nivel (que la prevalencia del VIH esta de debajo del 1%) y sólo se destinan un aproximado 15% de los gastos, relacionados con los tratamientos para el VIH.

Especialmente certeros son los casos de muchos países con epidemias de bajo nivel o concentradas, donde una financiación razonable se centraría principalmente en los servicios de prevención para las poblaciones más vulnerables al VIH. En los países con epidemias generalizadas, se requieren más recursos para el tratamiento, la atención y la mitigación del impacto social.

Los datos de los países con epidemias concentradas sugieren que los programas de reducción de riesgos dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo representan sólo el 10% del gasto total para la prevención del VIH.

Los países con epidemias concentradas tienden a optar por programas de prevención para la población en general en lugar de recurrir a intervenciones más rentables para las poblaciones de mayor riesgo.

Veamos pues el caso de Cuba, sus fuentes afirman que la epidemia cubana está bajo control. La tasa de prevalencia estimada en población sexualmente activa es de 0,05 por ciento y es reconocida como una de las más bajas del mundo.

En estos momentos hay un total de 3,969 personas que viven con VIH-SIDA en Cuba, 3,959 casos de los 78,263 casos que existen en el Perú. El 54 por ciento recibe atención ambulatoria en la comunidad. Hasta noviembre 2010 se han reportado en el país 5 146 personas infectadas con el VIH. De ellos han enfermado con SIDA 2 247 y 1 177 ya fallecieron.

Antes decir SIDA era simplemente muerte, ahora hay que verlo de otra manera. Y aunque aún no hay cura, pero podemos alargar esas vidas, siempre que las personas que viven con el virus del SIDA asuman con seriedad los tratamientos.<sup>20</sup>

### **Estrategia Nacional**

Tal como nos explica UNAIDS en su libro "Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH". Para la vigilancia epidemiológica, el ONUSIDA y la OMS califican genéricamente las epidemias de VIH en los diferentes países como "bajo nivel", "concentrados" o generalizados. La tipología se basa en la prevalencia de la infección por el VIH y su propagación a toda la población ("población general"), así como el nivel del VIH en subpoblaciones que son más vulnerables y corren el riesgo de estar expuestos al virus y propagarlo.

La escena "híper-endémica", es una etapa adicional para la planificación de programas de VIH. Este término describe una situación en la que el VIH ya se ha establecido en la población general, pero la diferencia está, tanto en el nivel (prevalencia) donde los

---

<sup>20</sup> ONUSIDA. (2013). Proporcionar tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas a 15 millones de personas que viven con el VIH para el año 2015. En Informe Mundial sobre la epidemia del SIDA (pp.46-58). Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS.

impulsores y los factores de riesgo de la epidemia (patrones de comportamiento que explican la difusión de los factores en la epidemia y los factores sociales, culturales, apoyo económico y normativos apoyan a los patrones de comportamiento) requieren estrategias adicionales para la prevención eficaz del VIH.

Es importante señalar que los niveles de epidemia dentro de un país o región concretos pueden variar según la población o geografía. En algunos ámbitos, incluidos unas pocas provincias de China y algunos estados de la India, así como la república de Moldavia, Myanmar, Tailandia y Ucrania. La prevalencia es superior al 2% en las poblaciones con máximo riesgo y oscila entre el 1% y el 5% en mujeres embarazadas atendidas en dispensarios de epidemias concentradas como estas las poblaciones más vulnerables siguen representando una proporción importante de las nuevas infecciones, pero también hay niveles variables, y a veces considerables, de propagación del VIH en la población general como consecuencia de las redes sexuales. Conocer estas variaciones es esencial para planificar la combinación correcta de medidas de prevención con el fin de abordar eficazmente la propagación del VIH en diferentes poblaciones y/o diferentes partes del país.

El plan estratégico multisectorial (PEM) para la prevención y control de ITS & VIH/SIDA en el Perú en los años 2015-2019, mencionan 9 objetivos que servirán de parámetros epidemiológicos.

Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL al año 2019 es el primer paso que planea dar el gobierno, continuando con la reducción en 50% la prevalencia de ITS en la población general.

Con esto, paralelamente se está promoviendo la prevención de ITS/VIH, en otras palabras se pondrá atención en la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.

En los casos de transmisión vertical, se intentara lograr a menos del 2% y se garantizara un 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos. El país produce y garantiza el 70% aproximadamente de las pruebas y medicamentos, dando así una iniciativa a un entorno

político, social y legal favorable para el abordaje integral del VIH/SIDA y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos y participación de las comunidades con mayores prevalencias (HSH, TS y PPL) y las PVVS. Aunque en este caso, la carencia de campañas publicitarias, la despreocupación por la estabilidad emocional y mental o el desinterés por la perseverancia en los tratamientos.

Y por último, el PEM también buscar asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA. Así como fortalecer los sistemas de información y establecer un sistema de monitoreo y evaluación que permitan la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos.<sup>21</sup>

## **Tratamientos**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU nos mencionan que existen dos maneras convencionales de tratar el VIH, ya que no existe cura alguna, la más usada es el tratamiento antirretroviral, que se basa en ralentizar la evolución del virus y con esto alargar la vida de las personas que viven con el virus del SIDA. Paralelamente existe un tratamiento sintomático que es calmar algún síntoma o consecuencia que produce alguna enfermedad oportunistas al SIDA, esta forma de tratamiento se consigue de manera farmacéutica o en los centros médicos locales.

Existe un tratamiento relativamente nuevo, que es la inhibición viral, que es un proceso complementario al antirretroviral que se basa en detener el VIH a través de inyecciones o el uso de ciertos equipamientos para acelerar o potenciar los medicamentos del tratamiento antirretroviral. No es la cura absoluta, pues puede propagarse sin ningún problema vía sanguínea o de transmisión sexual, pero la PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL SIDA no puede presentar ningún síntoma o desgastes físicos.

---

<sup>21</sup> ONUSIDA, OMS. (2007). ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS EN DIFERENTES ESCENARIOS EPIDÉMICOS. En Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH (pp.29-40). Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS.

Hay que agregar, que la inhibición viral es el resultado de algún tratamiento. Por ejemplo, el tratamiento antirretroviral en gran cantidad (TARGA) puede llegar a inhibir el VIH.

El tratamiento antirretroviral (TAR) consiste en el uso de medicamentos contra el VIH. Las personas que reciben TAR toman una combinación de medicamentos contra el VIH, que se conoce como régimen o rutina contra el VIH.

El TAR no cura el VIH, pero los medicamentos contra el VIH ayudan a las personas a llevar una vida más larga y sana. El TAR reduce también el riesgo de transmisión del VIH. A todas las personas infectadas con el VIH se les recomienda el TAR y en el Perú a este tratamiento se le conoce como TARGA.

Existen posibles riesgos en el TAR, que incluyen efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH y las interacciones del cuerpo con los medicamentos. El incumplimiento del tratamiento, como por ejemplo, no tomar los medicamentos contra el VIH todos los días y exactamente como fueron recetados. Esto aumenta el riesgo de resistencia al medicamento y fracaso del tratamiento.

Los efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH pueden variar dependiendo del medicamento y de la persona que lo toma. Dos personas tomando el mismo medicamento contra el VIH pueden tener efectos secundarios muy diferentes.

El incumplimiento de un régimen para el tratamiento de la infección por el VIH aumenta el riesgo de resistencia al medicamento y fracaso del tratamiento.

Algunos efectos secundarios, como ser por ejemplo, dolor de cabeza o mareo ocasional, tal vez no sean graves. Otros efectos secundarios, como inflamación de la boca y la lengua o lesión del hígado, pueden ser potencialmente mortales.

Los medicamentos contra el VIH que previamente controlaban el VIH de una persona pueden convertirse en ineficaces contra el nuevo VIH resistente al medicamento. En otras palabras, el VIH de la persona continúa reproduciéndose. La resistencia a los medicamentos es cuando el VIH se reproduce en el cuerpo, sufre algunas veces una mutación y cambia de

forma. Las variaciones del VIH que aparecen mientras la persona toma medicamentos contra el VIH pueden producir cepas del virus resistente al medicamento.

Las Interacciones con los medicamentos pueden ser reacciones con otros medicamentos del mismo tipo en el régimen para el tratamiento de la infección por el VIH. Pueden además reaccionar con otros medicamentos que la persona con el VIH esté tomando. Una interacción medicamentosa puede reducir o aumentar el efecto del medicamento sobre el cuerpo.<sup>22</sup>

### **Adherencia al tratamiento**

Finalmente tomaremos en cuenta la investigación psicológica de la doctora Isabel C. Salazar, que descubre y analiza ciertos factores que impiden o dificultan la perseverancia de las personas que viven con el virus del sida en la adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Factores como el consumo de sustancias psicoactivas o problemas psiquiátricos, o quizás la falta de afrontamiento al diagnóstico o la motivación y nivel emocional para ser constante en su tratamiento, así como varios puntos más.

Citando a Salazar, “Los comportamientos de adherencia al tratamiento hacen referencia a la incorporación, perfeccionamiento de hábitos en el estilo de vida y a la modificación de aquéllos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de su enfermedad. La adherencia al tratamiento implica entonces múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento. En el caso del VIH/SIDA, tales comportamientos incluirían tomar los medicamentos antirretrovirales según las prescripciones médicas: En los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis; asistir a la citas médicas periódicas y con otros profesionales de la salud; realizarse los exámenes de control (CD4, carga viral, citología, etc.); realizar ejercicio regularmente; alimentarse según las recomendaciones médicas y nutricionales; manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); evitar el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales); adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; observar

---

<sup>22</sup> InfoSIDA. (2016, Marzo 16). Tratamiento antirretroviral. 2016, Septiembre, de ONUSIDA Sitio web: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/21/52/cuando-empezar-el-tratamiento-antirretroviral>

el propio cuerpo para detectar si hay cambios y; priorizar el cuidado de sí mismo (no descuidar el propio tratamiento por atender el de los demás, sacar tiempo para sí mismo, cuidar la apariencia física y la imagen personal, etc.)”<sup>23</sup>

## **Factores personales**

Los factores personales se refieren a las características paciente. Específicamente para el caso de la adhesión al tratamiento de VIH/SIDA, los factores principales tener evidencia empírica son las variables sociodemográficas, algunos son de rangos cognitivos, emocionales y motivación, que hacen frente a la enfermedad. Los problemas psiquiátricos, el consumo de sustancias psicoactivas y la historia de diagnóstico de pretratamientos VIH/SIDA.

Las características sociodemográficas por ejemplo, los factores influyentes de los bajos niveles de ingresos familiares, la edad temprana de la PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL SIDA o quizás la vejez de esta persona, el bajo nivel educativo que obstaculiza la adherencia al tratamiento, el sexo o el sexismo que entorna a la PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL SIDA y la promiscuidad que por otra parte, algunas características del domicilio de la PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL SIDA como tener o no donde vivir, las personas con quien se vive, vivir solo, vivir lejos de la familia nuclear, cambiar de casa o de ciudad después del diagnóstico han sido relacionadas como facilitadores de la adherencia al tratamiento por varios estudios.

Los factores cognitivos, por su parte, han sido ampliamente relacionados con la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA y uno de los principales obstáculos a este nivel son las creencias y la percepción sobre el tratamiento antirretroviral, incluyendo los efectos sobre su calidad de vida, la toxicidad y los efectos secundarios del medicamento, el malestar emocional asociado, la eficacia y la percepción de barreras para el tratamiento.

---

23 OMS. (2014). *Orientaciones clínicas aplicables a lo largo de todo el proceso asistencial: Vinculación del paciente diagnosticado de infección por VIH a los servicios pertinentes de atención y tratamiento. En Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH (pp.85-90). Londres: ACW.*

A nivel emocional han sido identificados como obstáculos para la adherencia al tratamiento, factores como la presencia de indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés. Por el contrario, la presencia de estados afectivos y emocionales positivos se ha relacionado como un facilitador de la adherencia, pero con poca evidencia.

Entre los factores a nivel de la motivación se informa, por ejemplo, sobre la intención de no tomarse los medicamentos antirretrovirales, la cual funcionaría como una barrera para la adherencia al tratamiento, mientras que una actitud positiva frente a éstos sería un facilitador para adherirse a la TAR. Lo que se observa con respecto a los factores de la motivación es que se cuenta con menor evidencia que en los demás factores personales y su relación con la adherencia al tratamiento.

Otro aspecto personal que se ha relacionado con la adherencia, es el afrontamiento del diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios, así como de la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

Los indicadores de problemas psiquiátricos presentan una situación similar. Para varios estudios la presencia de estos indicadores sería un obstáculo para la adherencia y su ausencia sería un facilitador. Por último, un factor personal asociado fuertemente con la adherencia al tratamiento es el consumo actual de alguna sustancia psicoactiva, así como los antecedentes de consumo, que en cualquier caso, se considera como una barrera para la adherencia al tratamiento.

### **Factores de la enfermedad y del tratamiento.**

Este grupo de factores involucra aquellos aspectos y características del VIH/SIDA y del régimen terapéutico, incluyendo no sólo la TAR, así como sus implicaciones en el estilo de vida.

Los efectos adversos de la TAR presentan una relación negativa con la adherencia al tratamiento, y específicamente, en la medida que sean mayores los efectos menor es la perseverancia mientras que la ausencia de dichos efectos se relaciona con una mayor adherencia.



Asimismo, la alta complejidad del régimen terapéutico se ha considerado como obstáculo para la adherencia al tratamiento con suficiente base empírica y por el contrario, la baja complejidad se vuelve un factor favorable.

Respecto a la interrupción de la rutina diaria y del estilo de vida como consecuencia del TAR y del régimen terapéutico, parece existir consenso en los hallazgos, pues las pruebas la señalan como una barrera para la adherencia al tratamiento en VIH/SIDA.

El perfil clínico y la progresión de la enfermedad, que incluye aspectos como el tiempo de infección estimado, el tiempo de diagnóstico, el estado inmunológico (carga viral, CD4, estadio CDC), entre otras, presenta una asociación con la adherencia al tratamiento que sigue siendo polémica. Así, algunos estudios relacionan un pobre estado inmunológico con la baja adherencia al tratamiento mientras que otros han encontrado que pueden actuar como un facilitador.

La comorbilidad con otra(s) enfermedad(es) se ha relacionado principalmente como barrera para la adherencia al tratamiento, aunque Carballo la mencionaron como un facilitador.

**Factores sociales/interpersonales**, hacen referencia a aquellos aspectos particulares de las relaciones que establece el paciente con su familia, amigos, profesionales de la salud y con el entorno en general, que afectan la adherencia al tratamiento. Como se muestra en la tabla 3, la percepción de apoyo social y la relación entre el médico tratante y el paciente son los aspectos sociales/interpersonales más estudiados y con mayor evidencia en el área de la adherencia.

La percepción de apoyo social, en términos de existencia de sistemas de apoyo, tipo de apoyo y eficacia percibida, ha sido relacionada ampliamente como un facilitador de la adherencia al tratamiento y mientras que un bajo nivel de apoyo percibido se relaciona con un obstáculo.

La relación entre el médico tratante y el paciente ha sido también ampliamente explorada. La evidencia indica que cuando ésta se caracteriza por satisfacción con la relación, confianza para expresar dudas, una percepción positiva del paciente sobre la competencia del

profesional, sentimientos positivos, amabilidad en el trato, empatía, retroalimentación al paciente y confidencialidad, entre otros, favorece la adherencia al tratamiento.

Y que por el contrario, cuando existe una percepción negativa de la relación con el médico, ésta interferiría con la adherencia del paciente. Otros factores sociales/interpersonales estudiados como obstáculos para la adherencia al tratamiento son el ocultar el diagnóstico y el estigma, sin mayores conclusiones al respecto.

**Factores del sistema de salud**, son características relacionados con el acceso a los servicios de salud y las características de las instituciones en las que el paciente es atendido. Estos factores han sido poco explorados, en la mayoría de los casos se trata de la percepción que el paciente tiene sobre ellos y existe poca evidencia respecto al tema, por lo cual resulta inadecuado concluir al respecto.<sup>24</sup>

#### 1.5. Psicología y Arquitectura

- Mañana, P. en la revista universitaria de Santiago de Compostela, en ese texto muestra los tipos de análisis básicos en una investigación sobre la percepción.

En el análisis de una pequeña construcción, los aspectos relativos a la percepción nos dan paso a acceder a una información de cómo una construcción funciona. Información en directa relación con los aspectos más humanos y vivenciales de la arquitectura. Son unos complementos a los análisis formales, ya que mientras estos nos permiten describir en el espacio y en el tiempo una construcción, los análisis de percepción tratan de incidir en la relación existente entre el ser humano y la construcción.

Dando a la edificación el don de elemento físico para experimentar, pues al parecer una peque edificación antigua (Túmulos de piedras) ha sido construido para propiciar ciertas percepciones.

---

<sup>24</sup> Isabel Cristina Salazar Torres. (2008, Noviembre 25). *ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS PARA SU ABORDAJE*. Cali, Colombia: Universidad Pontificia Javeriana.

La autora en primer lugar nos expone, las claves más básicas de los análisis de percepción y se alinean dentro de una metodología que trata de comprender una construcción en todos sus aspectos (formales, sociales y simbólicos).

De estos, parece imponerse un control de la percepción en relación con los túmulos neolíticos gallegos: se crean espacios circulares, eminentemente cerrados y centralizados por el propio túmulo como estructura monumental y opuesta al entorno natural. Un entorno que parece disimétrico en sus características formales y perceptivas.

Así, el modo de percepción en torno a esta construcción confirma el modelo advertido a escala de organización formal-espacial del fenómeno.<sup>25</sup>

Básicamente, se llevan a cabo dos tipos de análisis de condiciones de visualización, aunque ambos son complementarios:

- a. El que se realiza en base a la situación del individuo que percibe, a la *visibilidad* (es *la percepción desde*) desde un punto de vista determinado, definido normalmente por un umbral y en espacios cerrados, o por la ruta de acceso al mismo; trata de identificar el dominio visual de los distintos espacios construidos y el grado de exposición que sufren en relación con el recorrido que se hace a través de ellos, definiendo espacios privados y públicos según el grado de su “exposición a la vista”.<sup>26</sup>
- b. El basado en el impacto visual de los volúmenes y espacios, en la visibilización de los elementos (es *la percepción de*) y de cómo estos influyen en la percepción; pretende identificar el orden y organización perceptiva de un espacio construido, valorándolo de manera estática en relación tanto a su entorno como en relación a la construcción en sí misma. Es fundamental tratar de identificar la voluntad de visibilización de ciertos elementos o espacios dentro de la construcción, hecho que puede ser tanto consciente y explícita como implícita e incluso

---

25 Mañana, P. (2003). *Arquitectura como percepción*. *Arqueología de la Arquitectura*, 2, 177-183.

26 SÁNCHEZ J., 1998, *La Arqueología de la Arquitectura. Aplicación de nuevos modelos de análisis a estructuras de la Alta Andalucía en época ibérica*, *Trabajos de Prehistoria*, nº 55(2), pp. 89-109.

inconsciente, pero que es fundamental para identificar las cuestiones relacionadas con la parte más simbólica de las construcciones.<sup>27</sup>

Así, con los análisis de percepción visual es posible valorar las estrategias que configuran y ordenan los volúmenes exteriores de una arquitectura: que una zona esté expresamente resaltada puede implicar una cierta estrategia espacial y de percepción que debe ser tomada en cuenta a la hora de describir y valorar una construcción, y hacer explícitos estos aspectos nos pueden permitir determinar qué estrategias de configuración de los espacios se dan en una sociedad, y por lo tanto, acceder a una parte de su patrón de racionalidad.

Lotito, F. menciona un artículo para la revista universitaria de UACH, que quiso destacar aquí, es la relación entre la arquitectura, la psicología, la distribución de los espacios, el uso de los colores, la comunicación, el uso del lenguaje, el respeto por el medio ambiente y la calidad de vida que queremos tener para nosotros y para nuestros descendientes. En otras palabras la relación de la arquitectura – psicología y espacio – individuo.

El objetivo de este artículo destaca la necesidad de conciliar las visiones que se tienen de las personas cuando las sometemos a un escrutinio artístico (arquitectónico, anestésico, estético), psicológico (emociones, sentimientos, personalidad), sociológico (cultura, normas, valores), lingüístico (comunicación, lenguaje, discurso). No se puede caer en el error de pensar en la existencia de verdades y miradas absolutas ni tampoco en las explicaciones provenientes de feudos científicos con barreras y límites infranqueables. Una visión transdisciplinaria se hace necesaria, por cuanto, ello permite ver al mismo objeto de estudio desde distintas perspectivas, aportando todas ellas una parte significativa de la verdad.

Fue Lewin (1964), uno de los primeros psicólogos en asignarle la verdadera importancia a la relación que se produce entre los seres humanos y el medio ambiente. Su objeto de estudio se centró en determinar el tipo de influencia que el medio ambiente ejercía sobre las personas, la clase de relaciones que éstas establecían, a su vez, con el medio ambiente.

---

27 AMADO REINO X., MAÑANA BORRAZÁS P., SANTOS ESTÉVEZ M., 2010, *La Arqueología de la Gasificación en Galicia: Corrección de Impacto de las Redes de Pontevedra, TAPA (Traballos en Arqueoloxía da Paisaxe)*, nº 18, Santiago de Compostela: Laboratorio de Arqueoloxía e Formas Culturais, ITT, USC.

- El ser humano es capaz de modificar el ambiente que lo rodea, estando en grado de convertir un desierto en un vergel y paraíso natural.
- Es necesario considerar al individuo y el medio ambiente como una entidad única e inseparable.
- Así como el sujeto actúa sobre el medio ambiente, el medio ambiente también está en grado de afectar a la persona de manera profunda. Una investigación que incluya al hombre y al medio ambiente debe, necesariamente, considerar la ayuda y apoyo que otras ciencias puedan aportar al conocimiento y comprensión del fenómeno hombre-naturaleza-ambiente.

La Psicología Ambiental, se aboca a los estudios de la conciencia ambiental del hombre, es decir, de todos aquellos procesos a nivel psicológico que intervienen entre el ambiente físico y su conducta. Esto constituye un instrumental imprescindible en nuestra intención de querer fomentar el respeto por el medio ambiente, asegurar su preservación, o por lo menos, llevar a cabo su transformación de una manera que sea racional, evitando comprometer el futuro que le espera a las generaciones venideras... si mantenemos el actual proceder - un tanto depredatorio - de nuestra especie.<sup>28</sup>

La idea de fondo resulta sencilla de comprender: diseño, color, arquitectura, distribución del espacio y psicología constituyen las notas de una misma partitura, las que dan luz a una misma y única sinfonía: la música de la armonía y del bienestar de las personas.

Así como es cierto que toda obra arquitectónica permite inferir las emociones que embargaban al autor en el momento de su creación, del mismo modo se hace necesario que el proyecto definitivo de una obra permita reflejar la personalidad de los futuros ocupantes de la misma, es decir, que ellos sientan que ese espacio es parte de ellos mismos, de que es su espacio. ¿Por qué razón? Porque son ellos - y no el arquitecto - los que pasarán una parte importante de sus vidas al interior de estas edificaciones.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Lewin, Kurt. 1964. *Field theory in social science: selected theoretical papers*. New York: Harper and Row.

<sup>29</sup> Franco Lotito Catino. (2009). *Arquitectura, psicología espacio e individuo*. AUS, 6, 12-17.

En el libro, *Atmosfera*, el arquitecto Zumthor, P. expresa la influencia de los ruidos, colores, formas y luz en un ambiente ante el comportamiento y emociones del usuario que habita. Trabaja con todas estas cosas, mirando al mismo tiempo para el lugar y el uso (entorno y usuario).

El título *Atmósfera* proviene del interés desde hace mucho, naturalmente: ¿Que es la calidad arquitectónica? Es relativamente fácil de responder. La calidad arquitectónica, el responde, no son las guías de arquitectura que aparecen en libros o la historia de la arquitectura. Pero ¿por qué diablos toque estas obras? ¿Y cómo puedo diseñar una cosa así? ¿Cómo diseño un espacio de esta fotografía -icono personal? “Al diseñar pensamos, nunca vi este edificio, creo que no existe todavía, y, sin embargo, el amor lo ve”. ¿Cómo se puede diseñar cosas de manera natural y con una presencia de tal manera que sensibilice?

*“He dicho adiós a la manida idea de que la arquitectura tiene que salvar el mundo...Pues encuentro hermoso construir un edificio e imaginarlo en su silencio”*

*Atmósfera* dirige a nuestra percepción emocional. Como esta trabaja por instinto y cómo influye al ser humano. Hay situaciones en las que no podemos perder el tiempo pensando acerca de si o no nos gusta algo, ya sea, o no saltar o correr. Hay algo en nosotros que se comunica inmediatamente con nosotros mismo. El entendimiento inmediato, la conexión emocional inmediata, la negativa inmediata.

Es diferente del pensamiento lineal, pues se dirige hacia los sentimientos y no únicamente con la razón. Ir de A a B racionalmente, nos obliga a pensar en todo.

La percepción emocional reconoce, por ejemplo, la música. El primer movimiento de la sonata de Brahms para cello, en la entrada del cello; y dos segundos aparece esa “sensación” (Sonata No. 2 en Fa Mayor para cello y piano). No se sabe por qué, pero la arquitectura es también un poco así. No es tan fuerte como en la mayoría de las artes, pero está ahí.

El documento presenta 43 proyectos a través de fotografías, planos, croquis y acuarelas. Algunas obras muy conocidos, otros jamás vieron la luz

Algo muy fuerte y una de las pasiones que le ayuda mucho en sus trabajos, es que no trabaja en la forma. Trabaja con todas las cosas poco comunes, en el sonido, ruidos, en los materiales; no hay construcción, no hay anatomía, etc. El cuerpo de la arquitectura, al principio, es la construcción, la anatomía, la lógica en el acto de construir.<sup>30</sup>

Según Eva Heller, en su libro *Psicología del Color*, Como actúan los colores sobre los sentimientos y la razón. La relación con nuestros sentimientos demuestra cómo es influido por los colores y no de manera accidental, pues sus asociaciones no son de mero gustos, sino experiencias universales.

Ningún color carece de significado, el efecto de cada color esta determinado por su contexto, es decir, por la conexión de significados en la cual percibimos el color. El color de una vestimenta se valora de manera diferente que el de una habitación, un alimento o un objetivo artístico.

El contexto es el criterio para determinar si un color resulta agradable y correcto o falso y carente de gusto. Un color puede aparecer en todos los contextos posibles (en el arte, el vestido, los artículos de consumos, la decoración de estancia, la arquitectura) y despierta sentimientos positivos y negativos.

El color es más que un fenómeno óptico y que un medio técnico. Los teóricos de los colores distinguen entre colores primarios, colores secundarios y mezclas subordinadas, como rosa, gris o marrón. También discuten sobre si el blanco y el negro son verdaderos colores, y generalmente ignoran el dorado y el plateado, aunque en un sentido psicológico, cada uno de estos trece colores es un color independiente que no puede sustituirse por ningún otro, y todos presentan la misma importancia.

Ésta es la razón de que en este libro se estudien treces colores psicológicos, que de hecho son más que los que suelen tomarse en consideración en otros libros sobre los colores.

---

<sup>30</sup> Peter Zumthor. (2006, Junio 1). *Atmosferas*. Basilea, Suiza: Birkhauser Verlag

Eva Heller proporciona una gran variedad y cantidad de los colores, así como también informaciones, dichos y saberes populares. El uso en los productos y sus diseños, los diferentes ‘test’ que se basan en colores, terapias y tratamientos por medio de ellos, la manipulación de las personas, los nombres y apellidos relacionados con colores ,etc.

No hay ningún efectos secundarios en las terapias y tratamientos basados en los colores, pero su supuestos efectos más probable es su ineficacia es el efecto de no producir ningún resultado, ningún efecto y cuanto más “Mágicos”.

Subjetivamente el color ha de permitir no solo a través de su simbolismo hacer comprender, entender o comunicar mejor dentro del marco artificial o reducir temor tanto de lo no artificial como del artificial.<sup>31</sup>

#### 1.4.2. Marco Referencial

##### ❖ A nivel Internacional

“RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SERVICIO Y LA MORBILIDAD GRAVE POR VIH/SIDA EN PERSONAS VIVIENDO CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PVVS DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA”

-La mg. Isaura I. Briones, en 2014, de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador, analizó en su investigación “Relación entre la calidad del servicio y la morbilidad grave por VIH/SIDA en personas viviendo con el virus de la Inmunodeficiencia humana que acuden a la Unidad de Atención Especializada de PVVS del Hospital Delfina Torres de Concha”, la relación entre la mortalidad y morbilidad por VIH/SIDA con calidad de atención y servicio en la Unidad de Atención especializada de Personas Viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (UAPVVS) en la provincia de Esmeraldas.

Con respecto al análisis de prevención y detección temprana de VIH/SIDA, incluido en este estudio, se pudo determinar que las estrategias empleadas por la red pública de servicios de salud, en el primer nivel de atención, no cubren de manera universal a la población; puesto

---

<sup>31</sup> Eva Heller. (2004). *Psicología del color*. Barcelona: Gustavo Gili, SL



que el diagnóstico de los pacientes con infección por VIH está concentrada en el segundo nivel, donde el PVVS no reciben el cuidado integral necesario y el cumplimiento de los protocolos establecidos dentro del programa es limitado.

En cuanto al número de consultas y el riesgo de morir, se determinó que aquellos pacientes que asistieron a menos de tres consultas al año tienen 5.04 veces mayor riesgo de morir, que aquellos que son atendidos con mayor frecuencia en la UAPVVS ( $p= 0.002$ ), lo que indica una clara correlación entre el incumplimiento de consultas y el fallecimiento por VIH/SIDA. Y sobre la hospitalización y el riesgo de morir, existe asociación estadísticamente significativa ( $p=0.000068$ ), y 6.4 veces (OR) más riesgo de morir en los pacientes hospitalizados, frente a los no hospitalizados.

#### “HOSPITAL ESPECIALIZADO EN VIH/SIDA AL SUR- OCCIDENTE DE LA REGIÓN METROPOLITANA”

Deivin R. Panjoj Chip, en el 2009, realizó en la Universidad de San Carlos, Guatemala, una investigación sobre un “Hospital especializado en VIH/SIDA al sur-occidente de la región metropolitana”. La propuesta está basada en las necesidades específicas de las personas que viven con el VIH-SIDA, como la falta de recursos económicos para autofinanciarse el tratamiento ARV, etc. Necesidades psicológicas como el abandono a pacientes infectados, la falta de comprensión, el rechazo de la sociedad, las dificultades de salud en general.

En su estudio toma en cuenta a la población más vulnerable, la población masculina y femenina que oscila entre 25-29 años seguidos por 30-35 años de edad, rectificando con estadísticas la vulnerabilidad de la población específica en los Municipios de Amatitlán, Palín, Petapa, Villa Nueva, Villa Canales, San Vicente Pacaya, los cuales forman el área de influencia del Hospital Especializado en VIH-SIDA.

Dichos casos notificados en la región de estudio se deben a 2 categorías en particular las cuales son: HSH Hombres que tienen sexo con otros hombres, y TCS Trabajadoras comerciales del Sexo.

## “CENTRO DE ATENCIÓN, INFORMACIÓN Y RESIDENCIA TEMPORAL”

-Roberto O.R. Grajeda, en 2015, de la Universidad de san carlos de Guatemala. La investigación “Centro de Atención, información y residencia temporal”, se basa en la atención a las PVVS, información y educación. Desarrollo una propuesta arquitectónica al nivel anteproyecto que satisfaga las necesidades funcionales y formales de las personas que viven con VIH/SIDA promedio de un Centro de Información, Atención Temporal para Personas con VIH/SIDA (CIARP) en el Municipio de Chimaltenango del Departamento de Chimaltenango

## “CENTRO DE ATENCIÓN, INFORMACIÓN Y RESIDENCIA TEMPORAL PARA PERSONAS CON VIH/SIDA, CHIMALTENANGO”

En la investigación de la tesis: “**Centro de Atención, Información y Residencia Temporal para personas con VIH/SIDA, Chimaltenango**”, proyecto Arquitectónico realizado por: Grajeda Gonzales R., en el año 2015; a través de la Universidad de San Carlos Guatemala.

Se basa en la atención a las PVVS, información y educación. Desarrollo una propuesta arquitectónica al nivel anteproyecto que satisfaga las necesidades funcionales y formales de las personas que viven con VIH/SIDA promedio de un Centro de Información, Atención temporal para Personas con VIH/SIDA.

Las personas que tienen el virus VIH/SIDA necesitan de cuidado y atención especializada, principalmente por su gravedad y los cuidados que se requieren. Por otra parte, la población en general necesita ser informado sobre el tema, para evitarlo y poder ayudar a alguien que lo padezca.

## “HOSPITAL EN VILLENEUVE D'ASCQ / JEAN-PHILIPPE PARGADE”

En la investigación de la tesis: “**Hospital en Villeneuve D'Ascq / Jean-Philippe Pargade**”, proyecto Arquitectónico realizado por: Jean-Philippe Pargade, en el año 2007; a través de la Universidad Villeneuve-d'Ascq, Nord-Pas-de-Calais, Francia.

Este hospital, de acceso separado convenientemente para evitar un cruce de circulaciones.

Circulaciones, según funciones del usuario, aislados.

Variación en la composición del envolvente, según funciones espaciales, resaltando las partes del edificio.

Iluminación y ventilación, a través de patios centrales y vacíos a los ambientes e iluminación y ventilación a través de las fachadas para las circulaciones.

❖ A nivel Regional

“HOSPITAL EN LA ZONA NORTE DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE”

En la investigación de la tesis: **“Hospital en la Zona Norte de la Región Lambayeque”**, proyecto Arquitectónico realizado por: Deivin R. Panjoj Chip., en el año 2009; a través de la Universidad de San Carlos, Guatemala.

La propuesta está basada en las necesidades específicas de las personas que viven con el VIH-SIDA, como la falta de recursos económicos para autofinanciarse el tratamiento ARV, etc. Necesidades psicológicas como el abandono a pacientes infectados, la falta de comprensión, el rechazo de la sociedad, las dificultades de salud en general.

En su estudio toma en cuenta a la población más vulnerable, la población masculina y femenina que oscila entre 25-29 años seguidos por 30-35 años de edad, rectificando con estadísticas la vulnerabilidad de la población específica en los Municipios de Amatitlán

### 1.4.3. Referencias Proyectuales

Ver láminas físicas de formato A3 en Anexos y a modo virtual, anexadas en Digital (Unidad DVD/Tesis/Láminas formato A3)

Programa arquitectónico Referencial:

Tabla 3: Referencia Programa Arquitectónico

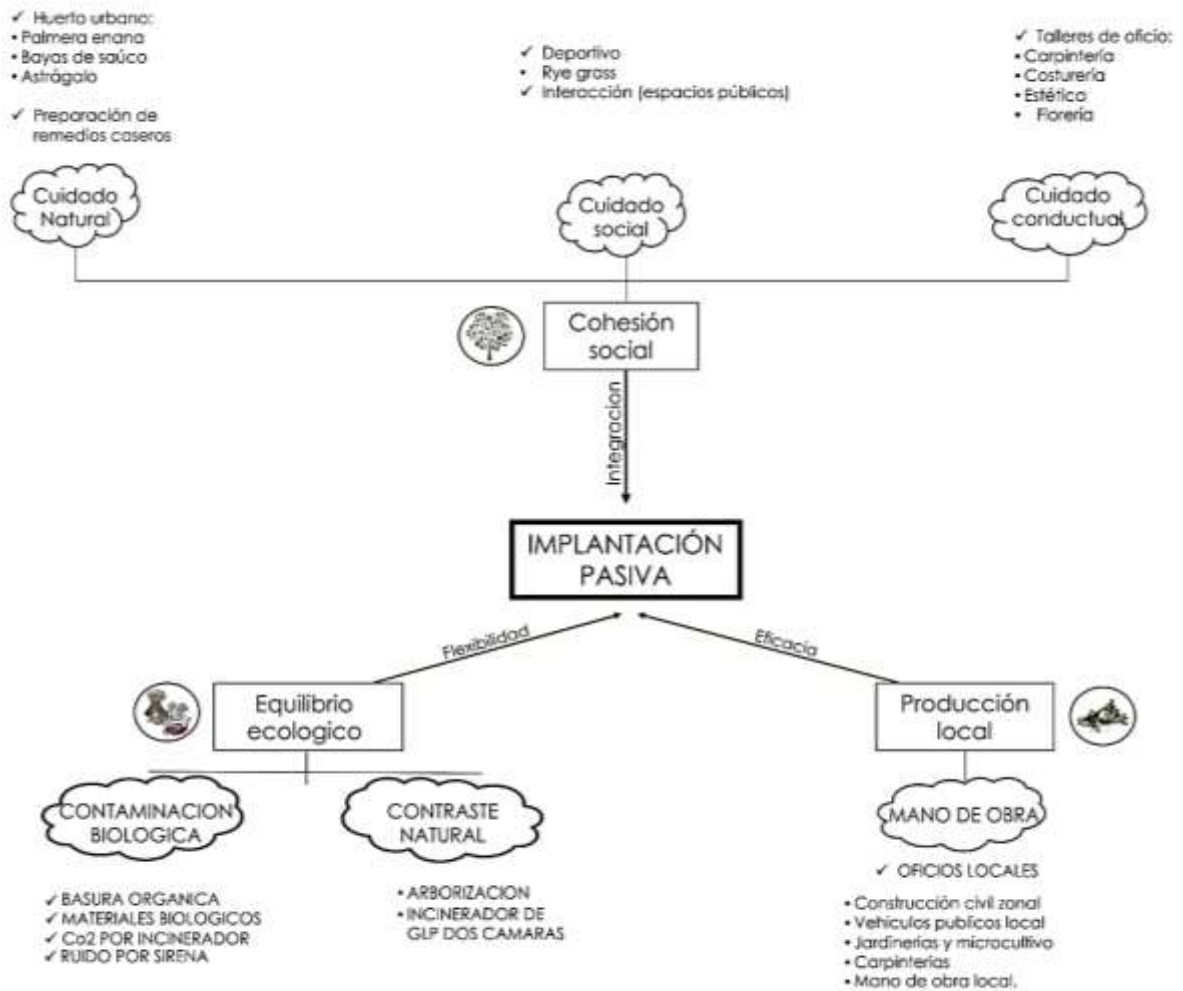
Ambiente	Área	Ambiente	Área	Ambiente	Área	Ambiente	Área
<b>Cirugía parto y esterilización</b>				<b>Servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento</b>			
<b>Sector quirúrgico</b>				<b>Laboratorios</b>			
Área de estar de cirujanos	12	Record operatorio	12	Sala de espera	8	Jefatura de laboratorio	9
Vestidores para médicos + S.H	18	Vestidores para enfermería + S.H	18	S.H. hombres y mujeres	16	Servicio sanitarios personal	8
Quirófano 1,2 +lavado de cirujanos	20	Observación postoperatoria	12	Banco de Sangre	12	Arsenal de utilería para laboratorios	6
Servicio sanitarios médicos	9	Vestíbulo	12	Toma / muestras adultos	6	Área de esterilización	9
Arsenal despacho de material estéril	12	Cuarto de anestesista	12	Toma / muestras pediátrico	6	Laboratorio de hematología	15
Locker para médicos hombres y mujeres	6	Locker para enfermeras hombres y mujeres	6	Laboratorio química	15	Laboratorio de microbiología	15
Estac. Servicios	20 m2	<b>Gerencia</b>		Control/recepción de muestras	12	Laboratorio de bioquímica	15
Garita de control con s.h	4 m2	<b>Contabilidad</b>		9	<b>Telefonía</b>		3
		<b>Sala de espera</b>		36	<b>Limpieza y bodega</b>		6

Ambiente	Área	Ambiente	Área	Ambiente	Área	Ambiente	Área
<b>consulta externa</b>				<b>Emergencia</b>			
Sala de Espera	36	Área de Juegos (niños)	25	Acceso ambulancias	-	S.H hombre y mujer	24
Arsenal de consulta	9	Clínica Tuberculosis	12	Acceso cubierto para camillas	-	Área de camilla y silla de ruedas	6
Clínica médica	12	Clínica Oftalmológica	12	Información y admisión	6	Control de policía	9
Clínica gineco-obstetricia	12	Farmacia		Sala de espera	25	Bodega y limpieza	9
Clínica de cirugía	12	Atención y despacho	8	Arsenal de equipo médico	12	Guarda ropa de pacientes	6
Neurológico	12	Preparación medicamentos	9	Sala de urgenc. pediátrica	40	Sala de urgnc. adultas	40
Estación central de enfermeras	15	Almacén	9	S.U. gineco-obstetricia	40	Sala de urgencias de cirugía	40
Ropería y Bodega	9	Oficina	12	Sala de yeso	20	Estación central de enfermeras	25
Curación e hipodermis	12	Refrigeración	9	Sala obsrv, adultos mujeres	20	Sala observación, adultos hombres	20
Clínica Pediátrica	12	Bodega	6	Depósito de ropa sucia	9	Ropería	10

Ambiente	Área	Ambiente	Área	Ambiente	Área	Ambiente	Área
<b>Emergencia</b>				<b>Hospitalización</b>			
<b>Partos</b>				<b>Cuidados intensivos</b>			
Cama de labor de partos	15	Sala para atención de partos	15	Estación de enfermeras	9	Cubículo (3 camas) Mujeres+ S.H	12
Sala de recuperación posparto	18	Estación central de enfermeras	12	Cubículos (2 camas) Hombres+ S.H	12	Cubículos (2 camas) Pediátrica	12
Arsenal de material estéril	9	Arsenal de ropa limpia	9	<b>Medicina Hombres</b>			
<b>Central de equipo y centro de esterilización</b>				Salas de 3 camas + S.H	18	Sala de aislados + S.H	15
Área de recepción de ropa sucia	6	Área de lavado de carretillas	12	Central de enfermeras	9	Servicio sanitario personal	4
Área de lavado y desinfectado de instrumentos	16	Bodega de productos químicos	6	<b>Medicina Mujer</b>			
Empaque de ropa limpia	9	desempaque de ropa desechable		Salas de 3 camas + S.H	18	Sala de 6 camas + S.H	24
Bodega de ropa limpia e instrumentos	9	Área de equipo estéril	18	Central de enfermeras	9	Sala de aislados + S.H	12

Ambiente	Área	Ambiente	Área	Ambiente	Área	Ambiente	Área
<b>Servicios Generales</b>				<b>Servicios Generales</b>			
<b>Cocina y comedor del personal</b>				<b>Lavandería</b>			
Vestíbulo	9	Estacionamiento de carros de transporte	45	Vestíbulo y clasificación		Oficina de lavandería	
Lavatorio de fórmulas lácteas	8	Atención y despacho	6	Costuraria		Almacén y proveeduría	
Oficina de nutricionista	9	Ducha de lavado de carros	20	Bodega de detergentes y suministros		S.H personal (uso general)	
Dispensa de día	6	Bodega de granos	2	Área de recepción y pesaje		Enjuague e inmersión	
Refrigeración	2	S.H personal (uso general)	4	Área de lavado		Área de secado	
Área de trabajo	6	Depósito de basura y desperdicios	2	Área de planchado		Área de trabajo	
Preparación de carnes	2	Comedor con sus lavamanos	12				
Cocción	2	Área de locker (uso general)	2				
Área de lavado	2	Arsenal comestible	2				

#### 1.4.4. Cuadro Resumen de Aportes



#### 1.4.5. Marco Normativo

##### ➤ Estimación General de Áreas para Hospitales

Como estimación general de necesidades de áreas de construcción para Hospitales puede considerarse un promedio de 45 a 60 m<sup>2</sup> de construcción por cama de internamiento (no se incluyen camas de observación de urgencias e hidratación, cunas de recién nacidos, ni camillas de recuperación pos-operatoria). Los porcentajes de superficie ocupada de los seis servicios básicos señalados, se pueden distribuir en la siguiente proporción:



UNIDADES DE SERVICIO	%
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	8%
SERVICIOS AMBULATORIOS	20%
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	10%
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	30%
SERVICIOS DE CIRUGÍA, PARTOS Y ESTERILIZACIÓN CENTRAL	10%
SERVICIOS GENERALES	22%

*Tabla 4: Estimación de Áreas por RNE*

➤ Condiciones de Habitabilidad y Funcionalidad

**Artículo 4.-** Toda obra de carácter hospitalario o establecimiento para la salud, se ubicará en los lugares que expresamente lo señalen los Planes de Acondicionamiento Territorial y Desarrollo Urbano.

Los terrenos para las edificaciones de salud se construirán sobre terrenos con las siguientes características: En cuanto a su ubicación:

- a) Ser predominantemente planos.
- b) Estar alejados de zonas sujetas a erosión de cualquier tipo (aludes, huaycos, otros similares).

- c) Estar libres de fallas geológicas.
- d) Evitar hondonadas y terrenos susceptibles de inundaciones.
- e) Evitar terrenos arenosos, pantanosos, arcillosos, limosos, antiguos lechos de ríos y/o con presencia de residuos orgánicos o rellenos sanitarios.
- f) Evitar terrenos con aguas subterráneas (se debe excavar mínimo 2.00 m. detectando que no aflore agua).

**Artículo 5.-** Las edificaciones de salud deberán mantener área libre suficiente para permitir futuras ampliaciones y para el uso de funciones al aire libre. Los terrenos deberán ser preferentemente rectangulares con lados regulares y delimitados por dos vías.

**Artículo 6.-** El número de ocupantes de una edificación de salud para efectos del cálculo de las salidas de emergencia, pasajes de circulación de personas, ascensores y ancho y número de escaleras, se determinará según lo siguiente:

- Áreas de servicios ambulatorios y diagnóstico  
6.0 mt<sup>2</sup> por persona
- Sector de habitaciones (superficie total)  
8.0 mt<sup>2</sup> por persona
- Oficinas administrativas  
10.0 mt<sup>2</sup> por persona
- Áreas de tratamiento a pacientes internos  
20.0 mt<sup>2</sup> por persona
- Salas de espera 0.8 mt<sup>2</sup> por persona Servicios auxiliares  
8.0 mt<sup>2</sup> por persona
- Depósitos y almacenes

30.0 mt<sup>2</sup> por persona

➤ Sub-capítulo: Hospitales

**Artículo 7.-** Los Hospitales se clasifican según el grado de complejidad, el número de camas y el ámbito geográfico de acción.

Por el grado de complejidad:

- Hospital Tipo I.- Brinda atención general en las áreas de medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y odontoestomatología.
- Hospital Tipo II.- Además de lo señalado para el Hospital Tipo I, da atención básica en los servicios independientes de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría.
- Hospital Tipo III.- A lo anterior se suma atención en determinadas sub-especialidades.
- Hospital Tipo IV.- Brinda atención de alta especialización a casos seleccionados.

Por el número de camas:

- Hospital Pequeño, hasta 49 camas.
- Hospital Mediano, de 50 hasta 149 camas
- Hospital Grande, de 150 hasta 399 camas
- Hospital Extra Grande, 400 camas a más.

Por el ámbito geográfico de acción:

- Hospital: Nacional
- Hospital de Apoyo Departamental
- Hospital de Apoyo Local

**Artículo 8. -** El hospital está dividido en 8 núcleos, como siguen:

- a) El Núcleo de Pacientes hospitalizados, es donde residen los pacientes internados durante los períodos de tratamientos.
- b) El Núcleo de Pacientes ambulatorios, es donde acuden los pacientes para consulta y examen.

- c) El Núcleo de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, es donde acuden los pacientes hospitalizados y ambulatorios, para el diagnóstico y tratamiento.
- d) El Núcleo de Servicios Generales, es donde se brinda apoyo a las diferentes áreas Del hospital para su funcionamiento integral.
- e) El Núcleo de Administración, es la zona destinada a la dirección y administración general del hospital.
- f) El Núcleo de Emergencia, es donde acuden los pacientes en situación de emergencia que puede poner en riesgo su vida.
- g) El Núcleo de Atención y Tratamiento, es donde se ubican las Unidades de Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico.
- h) El Núcleo de Confort Médico y Personal, es donde se ubica la residencia para el personal médico, Como vestidores, comedores entre otros.

**Artículo 9.-** En un Hospital existen siete tipos de flujos de circulación, en función del volumen, horario, confiabilidad y compatibilidad:

- a) Circulación de pacientes ambulatorios
- b) Circulación de pacientes internados
- c) Circulación de personal
- d) Circulación de visitantes
- e) Circulación de suministros
- f) Circulación de ropa sucia
- g) Circulación de desechos

La finalidad primordial de los estudios de los flujos de circulaciones es la obtención de una vía óptima de relación de las Unidades de Atención del Hospital. La zonificación adecuada de cada Unidad debe permitir reducir al mínimo el flujo de circulación. El mayor volumen de circulación, lo constituyen: los pacientes ambulatorios y los visitantes.

Las circulaciones de los pacientes hospitalizados, y ambulatorios debe planearse con la finalidad que en lo posible se mantenga la separación del tráfico de estos pacientes y que permitan el movimiento eficaz de suministros y servicios en todo el hospital. Es preciso que el tráfico de pacientes ambulatorios no ingrese al Hospital y que los enfermos hospitalizados no se mezclen con el tráfico hospitalario. Dado al denso tráfico de visitantes que acuden al

Hospital, en el diseño se debe tener presente la necesidad de apartar en lo posible el tráfico de visitantes de las funciones cotidianas del Hospital.

**Artículo 10.-** Según los Flujos de Circulación Externa es necesario considerar los ingresos y salidas independientes para visitantes en las Unidades, pacientes, personal, materiales y servicios; hacia las Unidades de Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Servicios Generales y también la salida de Cadáveres.

**Artículo 11.-** Las áreas de estacionamiento de vehículos deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Estar separadas para personal del Hospital, visitantes y pacientes ambulatorios.
- b) Considerar un vehículo por cada cama hospitalaria.
- c) Establecer espacios reservados exclusivamente para los vehículos de las personas con discapacidad. Estas zonas deben construirse en forma tal que permitan adosar una silla de ruedas a cualquiera de los lados del vehículo, con el objeto de facilitar la salida y entrada de estas personas.
- d) La superficie destinada a este tipo de estacionamiento no debe ser menor del 5% del total, y estar situado lo más cerca posible del ingreso principal y de preferencia al mismo nivel que esta.

**Artículo 12.-** Los flujos de circulación Interna deben considerar:

- a) Protección del tráfico en las Unidades como Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Unidad de Terapia Intensiva, Neonatología y Emergencia.
- b) Evitar el entrecruzamiento de zona limpia y sucia.
- c) Evitar el cruce con pacientes hospitalizados, externos y visitantes.

**Artículo 13.-** Los pasajes de circulación deberán tener las siguientes características:

- a) Para pacientes ambulatorios un ancho mínimo de 2.20 metros.
- b) Los corredores externos y auxiliares destinados al uso exclusivo del personal de servicio y/o de cargas deben tener un ancho de 1.20 metros
- c) Los corredores dentro de una Unidad deben tener un ancho de 1.80 metros.

- d) La circulación hacia los espacios libres deberá contar con protecciones laterales en forma de baranda y deberán estar protegidos del sol y las lluvias.

**Artículo 14.-** La circulación vertical de pacientes a las Unidades de Hospitalización se hará mediante escaleras, rampas y ascensores.

**a) Escaleras:**

- Las escaleras de uso general tendrán un ancho mínimo de 1.80 metros entre paramentos y pasamanos a ambos lados.
- En las Unidades de Hospitalización la distancia entre la última puerta del cuarto de pacientes y la escalera no debe ser mayor de 25.00 metros.
- Las escaleras de Servicio y de Emergencia tendrán un ancho mínimo de 1.50 metros entre paramentos y tendrá pasamanos a ambos lados.
- El paso de la escalera debe tener una profundidad entre 0.28 y 0.30 m. y el contrapaso entre 0.16 y 0.17 m.

**b) Rampas:**

- La pendiente de las rampas será la indicada en la norma A.120 Accesibilidad para personas con discapacidad.
- El ancho mínimo entre paramentos será de 1.80 metros para pacientes y de 1.50 metros para servicio.
- El acabado del piso debe ser antideslizante, y deberá tener barandas a ambos lados.

**c) Ascensores** - Deberán proveerse en todas la edificaciones de más de un piso.

**Artículo 15.-** El traslado de ropa sucia se hará mediante bolsas acondicionadas con indicación de su contenido. La disposición de basura y material de desecho se hará en bolsas plásticas, debiendo tener un montacargas específico, e identificando el tipo de desecho No está permitido el uso de ductos para basura o para ropa sucia.

**Artículo 16.-** Los espacios constituyentes de un hospital deberán estar organizados de manera de reducir al mínimo las interferencias entre las diferentes unidades que lo

conforman. Se reconocen 12 unidades cuyas características principales se describen a continuación:

- a. Unidad de Administración: Estará situada cerca a la entrada principal, no debiendo ser un pasaje hacia otras Unidades.
- b. Unidad de Consulta Externa: Deberá contar con un acceso directo e independiente. Estará ubicado en el primer nivel y separada de la unidad de Hospitalización.
- c. Los consultorios deben ubicarse agrupados en consultorios Generales y consultorios Especializados.
- d. Unidad de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento: Estará integrado por los Departamentos siguientes:
  - Medicina Física y Rehabilitación
  - Banco de Sangre (Hemoterapia)
  - Farmacia - Patología Clínica
  - Diagnóstico por Imágenes
  - Anatomía Patológica y Velatorio
- e. Unidad de Emergencia
- f. Unidad de Centro Obstétrico y Neonatología
- g. Unidad de Centro Quirúrgico
- h. Unidad de Cuidados Intensivos
- i. Unidad de Hospitalización
- j. Unidad de Confort Personal
- k. Unidad de Vivienda
- l. Unidad de Enseñanza e Investigación
- m. Unidad de Servicios Generales

## **II. Material y Métodos**

### **1.1. Método de Investigación**

Realizar un estudio utilizando técnicas de investigación adecuadas en el desarrollo de proyectos en salud, basándose en la realidad institucional, y la problemática del VIH-SIDA en el norte del Perú, teniendo como consecuencia la mala atención que sufren las personas portadoras del virus.

Se estudió un sector con problemas de deterioros en la infraestructura urbana o improvisada por el mismo crecimiento orgánico. Problemas en relación con el tema estudiado y evidente al equipamiento arquitectónico propuesto. Haciendo énfasis en los espacios públicos.

El objeto de proyecto se abordó como un Hospital Tipo IV de apoyo local-150 camas; a través de un proceso metodológico deductivo. Permitiendo conceptualizar y definir los problemas del objeto de estudio de una forma integrada para la planificación y organización de espacios hospitalarios respecto a una base real fundamentada en los aspectos biofísicos, económicos, sociales y culturales de una población determinada.

Se estableció la necesidad de proponer un terreno en propiedad del MINSA (Ministerio de Salud). Ubicando el proyecto en el casco urbano de la Provincia de Chiclayo, será de referencia a nivel regional, en la atención del VIH-SIDA para los habitantes que cubre el radio de influencia de este Hospital Especializado.

Se estudió y analizo la elección de un eje urbano Chiclayo-La Victoria, debido al problema acumulado en la periferia de la ciudad y como fuente de las inadecuadas conductas sexuales que se viene propagando en dirección a ese eje.

Se estudió la problemática respecto a la falta de equipamiento de salud especializada, debido a la fuerte demanda que sufre de VIH/SIDA. De esta manera consolidamos la concienciación del problema y la educación sexual en los pobladores locales, rompiendo el tabú a través de la interacción poblador-paciente, mediante la creación de talleres, oficios y ayuda mutua con la población local. Supliendo así las necesidades de la demanda que distintos distritos de Chiclayo presentan.



## **2.1. Tipo y Diseño de Investigación**

**Tipo de investigación** tiene una orientación descriptiva y cuantitativa, la presente investigación fue descriptiva porque conocimos las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Así como también fue de tipo cuantitativo, porque tuvimos un procedimiento de decisión que pretendió señalar la causa y efecto de las cosas.

**Diseño de investigación:** La investigación tuvo un diseño no experimental de corte transversal, porque fue una investigación en la que se observó y analizó la realidad de una situación. Haciendo una síntesis cuantitativa mediante la aplicación de una encuesta con la finalidad de entender la magnitud del problema, mediante datos exactos.

## **2.3. Población y Muestra**

La investigación mostró un estudio de crecimiento de población que padecen enfermedades causadas por el virus del SIDA y de la carencia de infraestructura que alberguen y atiendan a este porcentaje de personas respectivamente, consultando paralelamente las fuentes estadísticas del INEI.

A la provincia de Chiclayo, en el año 2017, le pertenece un 82% de casos de VIH aproximadamente de la cantidad acumulada del departamento de Lambayeque, es decir 1742 caso de VIH y 726 casos de SIDA. Esta prevalencia aguda en Chiclayo corresponde por la conurbación de la ciudad de Chiclayo, José Leonardo Ortiz y La Victoria, que son los 3 distritos con más registros de casos. Datos obtenidos por el Centro Nacional de Epidemiología, prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud.

### **Población de estudio**

La población de estudio está formada por 1982 personas que poseen el virus del SIDA en los establecimientos de salud del MINSA. El cuál es el principal encargado de brindar el servicio y tratamiento a estos pacientes. En este caso por la ausencia de entidades especializadas se tomó muestra a los que atiende el hospital La Mercedes y postas médicas con casos locales registrados. Posteriormente se recaudara la información de los datos arrojados por el MINSA y el INEI.

## Tamaño de muestra

### a) Definición del universo

La presente investigación tuvo como población finita, porque N es menor a 100.000 habitantes. Para establecer la muestra y continuar con el análisis de nuestro proyecto buscamos información acerca de la población con el virus del SIDA en la provincia de Chiclayo, comprendidas mayores de 25 años. Además hay que tener en cuenta que se puede encuestar un miembro de familia por encuesta por lo que la población dividimos para la media de miembros de una familia.

Usamos por lo tanto, la fórmula de muestreo aleatorio simple, porque se tiene una muestra probabilística y se conoce el tamaño de la población. La muestra es calculada tomando en cuenta la fórmula de muestreo aleatorio simple dada por el autor Pérez (2005).

- **Muestreo aleatorio simple**

(Cuando se conoce tamaño de la población)

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

n= Es el tamaño de muestra

N= El tamaño de la población, que es de 1982 sujetos de investigación.

S= La desviación estándar, o sea la probabilidad de que ocurra el evento que en éste estudio es = 50%, porque no hay estudios Ni información previos.

E= Es el margen de error que se esté dispuesto a aceptar en el estudio, que será = 5%.

Z= nivel de confiabilidad que se requerirá tenga la información obtenido, en Este caso será del 95%, por lo tanto el valor será de Z = 1.9

### b) Calculo de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra de personas mayores de 14 años, se utilizará la ecuación estadística para proporciones poblacionales:

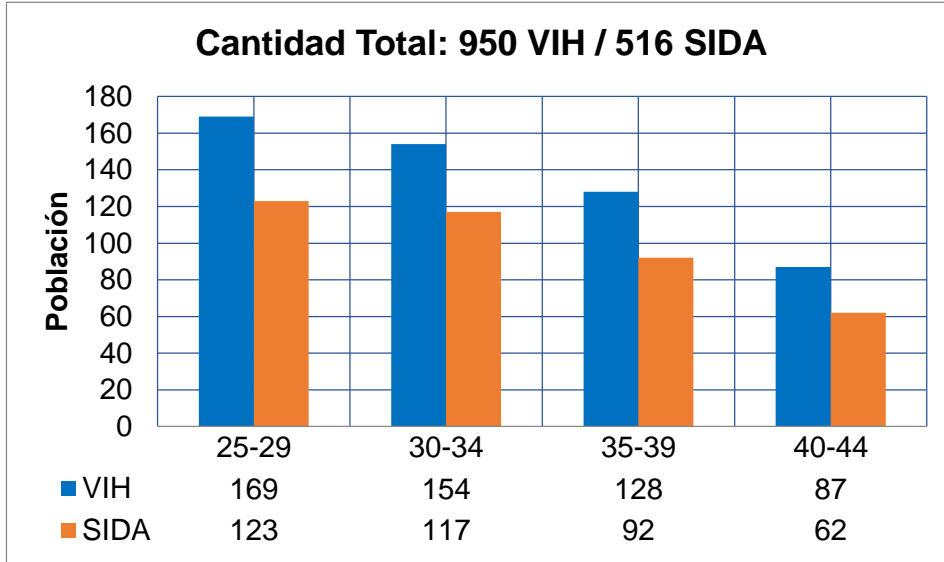
$$n = \frac{0.5^2}{\frac{0.05^2}{1.9^2} + \frac{0.5^2}{1982}}$$

**n = 305.37**

Luego de aplicar la fórmula, nos da una muestra de 305 personas a las mismas que se les aplicará la encuesta.

c) Calculo de la población Cama-Hospital

**CANTIDAD DE USUARIOS HOMBRES**



**CANTIDAD DE CAMAS Y EGRESOS ANUALES**

Frecuentación de 100 egresos cada 1000 habitantes

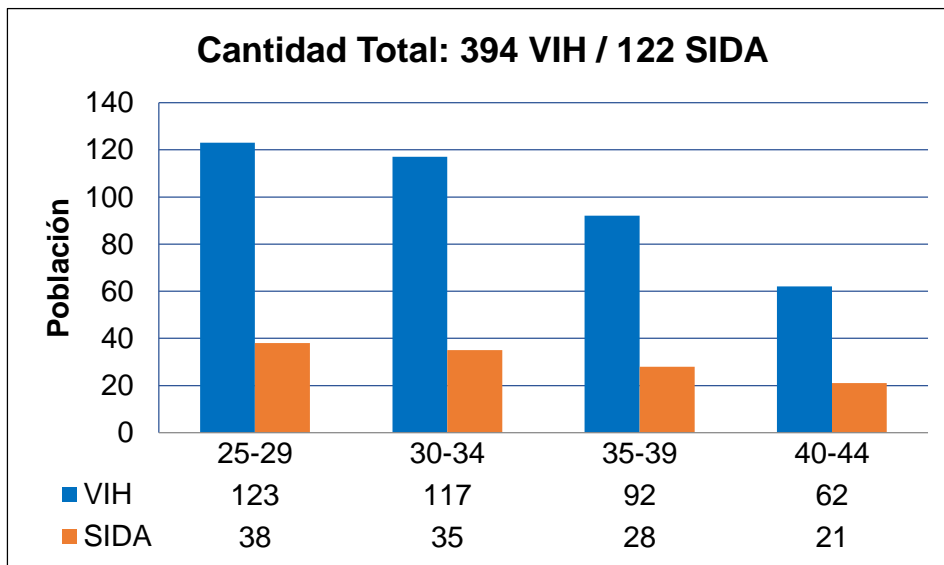
Egresos = Población x Frecuentación / 1000

**POBLACION TOTAL: 1982 Habitantes**

$E = 1982 \times 100 / 1000$

**E = 198 egresos**

**CANTIDAD DE USUARIOS MUJERES**



Camas necesarias=Egresos x Estancia media / 365 x Índice de ocupación óptimo

Estancia media: 20 días

C.N=  $198 \times 20 / 365 \times 85\%$

C.N=  $11 \times 9.35$

C.N= 102.85

**C.N= 103 CAMAS**

## 2.4. Operacionalización de las Variables

Tabla 5: Operacionalización de la Variable dependiente

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL SIDA.  (causa - problemática)	SOCIAL	POBREZA
		MIEDO
	EDUCACIÓN	FALTA DE CULTURA
		PREVENCION INADECUADA
	SALUD	FALTA DE SEGUROS
		INFRAESTRUCTURA INADECUADA
		SERVICIOS INADECUADOS

Tabla 6: Operacionalización de la Variable independiente

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>INFRAESTRUCTURA ESPECIALIZADA</b> (Efecto - Solución)	<b>URBANO</b>	<b>CONCIENCIA</b>
		<b>SOCIAL</b>
		<b>TOLERANCIA</b>
		<b>EDUCACIÓN SEXUAL</b>
		<b>CAMPAÑAS PREVENCIÓN</b>
		<b>SEGUROS DE VIDA</b>
	<b>INFRAESTRUCTURA URBANA</b>	<b>HOSPITALES ESPECIALIZADOS</b>
		<b>HOSPITALES CAPACITADOS</b>

## **2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información**

### **Técnicas de recolección**

En la presente tesis se usó las siguientes técnicas e instrumentos de recolección de datos: encuesta y análisis documental. El Método de investigación que utilizamos para el presente trabajo de investigación es el deductivo e inductivo.

- a) Encuesta: Los datos se obtuvo realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa. En el campo de la salud institucional y de los servicios sociales.
- b) Análisis Documental: Fue la transformación de los documentos originales en otros secundarios, instrumentos de trabajo, identificativos de los primeros y gracias a los cuales se hace posible tanto la recuperación de éstos como su difusión.

### **Instrumentos de medición**

El instrumento principal que usamos para recopilar la información fue una encuesta que se diseñó necesariamente para ésta investigación.

- a) Cuestionario Estructurado: Fue un soporte para encontrar información mediante preguntas y posibles respuestas formalizadas y estandarizadas.
- b) Fichas Bibliográficas: Tuvo datos de identificación sobre el VIH/SIDA a través de libros, documentos escritos sobre el objeto de estudio. Estas fichas se hicieron para todos los libros, artículos o textos, que son útiles a la investigación.

### **Recolección de datos**

La recolección de datos se realizara mediante preguntas realizadas a personas que viven con el virus del VIH, sus familiares y al personal médico que atienden a estas personas.

Para lo cual se ha tomado en cuenta preguntas relacionadas a los siguientes aspectos:

- De espacio, ubicación y localización.
- De Social y complementarios.
- De Medio ambiente.
- De Servicios.
- De Tecnología.

Una vez que se ha recopilado la información recogida de las encuestas se procederá a vaciarlos a una matriz, preparar un archivo y descender a su procesamiento por medios de programas informáticos de ser necesarios.

Se muestra de manera objetiva los datos encontrados, utilizando esquemas, tablas, cuadros y síntesis, que se interpretaran como análisis de los resultados.

Análisis cualitativo de datos de los volúmenes de entrevistas realizadas, todos estos datos estuvieron organizados, clasificados por temas subtemas y categorías.

### **El Proceso**

Es importante señalar que la información obtenida deberá de reunir aspectos relacionados con el trabajo de la obtención, análisis y presentación de la información. Por lo tanto serán utilizadas las diferentes técnicas en la recolección de datos, también el tratamiento y el análisis de la información, así como las formas en que es presentada toda la información obtenida y con motivo de la investigación.

Teniendo los siguientes pasos como procedimiento en la recolección de datos:

1. Fotocopiar las encuestas.
2. Pedir entrevista de manera espontánea a las personas con el virus del VIH.
3. De preferencia se contestó la encuesta sin presencia del encuestador.

### **Análisis de datos**

Por consecuencia se procederá a revisar los resultados de las encuestas y se agruparan los datos de acuerdo a los porcentajes de población flotante, la población no adherente al tratamiento y la población atendida.



## **2.6. Validación y confiabilidad de los instrumentos.**

### **Fiabilidad**

En el análisis de la fiabilidad hemos empleado el método de TES-RETEST, que consiste en la repetición del test a un mismo grupo de sujetos bajo las mismas condiciones. Este método corresponde a un concepto más intuitivo de fiabilidad: un instrumento es fiable si en veces sucesivas aporta los mismos resultados.

### **Validez**

La validez de los instrumentos fue dada por un experto (Ver Anexos). El modelo propuesto, junto con las nuevas aportaciones, fueron analizadas y debatidas por un experto, que planteó algunas modificaciones. Este proceso dio lugar a un modelo final, que fue presentado en esta investigación y aprobado finalmente.

Teniendo ya concluido la elaboración de los instrumentos de recolección de datos, para poder validarlo, se procedió a una prueba piloto tanto a pacientes como a personal médico. El mismo que se desarrolló el proceso siguiente.

- Aplicar una muestra piloto en un número de sujetos mayores que el número de ítems de un instrumento de medición, para evitar así la introducción del error aleatorio. Es así que se eligió aleatoriamente a 100 personas, entre las que figuran pacientes y personal médico. Número mayor al de los ítems del instrumento de medición (encuesta) a quienes se procedió a encuestarlos hasta completar el número necesario.
- De las personas encuestadas se eliminaron a aquellas en las que los sujetos no respondieron o fueron evasivos. Quedando finalmente el número reducido a 50 pacientes y 30 personales médico.

### **III. Resultados**

#### **3.1. Desarrollo de Contenidos**

##### **1. CONTROL NACIONAL E INCIDENCIA AGUDA REGIONAL DEL VIH/SIDA**

Análisis de la población en estudio

- Número de casos de vih/sida nacional.
- Número de casos de vih/sida autóctonos a lambayeque.
- Número de casos de VIH/SIDA inmigrantes.

Diagnósticos y clasificación de los casos.

- Casos según vía de transmisión del VIH.
- Clasificación de infecciones al VIH (por categoría médica).
- Lista de infecciones según categoría médica.

Selección de las personas con VIH – SIDA para al TARGA

- Esquema de supervisión médica a la adherencia al TARGA.
- Procedimiento de Selección al TARGA
- Numero de porcentaje de atención para los casos de VIH.
- Cifras actualizadas de la población registrada y no registrada.

### 1.1. Análisis de población en estudio

El Perú, en el panorama mundial posee 34990 casos de VIH y 6955 casos de SIDA, de los 1.5 millones infectados en toda América Latina, 15000 de mujeres seropositivas reciben tratamiento antirretrovirales y de estos, 40 000 casos son niños. En otras palabras el Perú representa el 2,5 % en la población total con VIH/SIDA en toda América latina.

En el análisis de situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, 2018, podremos reconocer una clara baja en el número de casos de VIH, llegando a disminuir en 5 años la cifra de mil personas. Así como también la incidencia anual a comparación de los años anteriores, por ejemplo, En los años 2012-2015 tienen un promedio anual de 4500 casos nuevos de VIH y 1000 casos nuevos con SIDA. A comparación en el año actual, donde la incidencia es de 2783 nuevas personas contrayentes con VIH y 538 casos de VIH que han pasado a la fase final, SIDA. (Ilustración 2: Casos acumulados de VIH y SIDA notificados según año de diagnóstico)

Como ya se ha dicho en este proyecto, las estadísticas no es fiel reflejo de la realidad ni los resultados exitosos de un competente programa nacional de control de epidemias concentradas. Ya que como veremos con detalle en el proceso de la investigación, aun tener una gran cantidad de personas empoderadas, registradas o reconocidas como poseyentes de este infame virus en las instituciones nacionales. Hay una cantidad aproximadamente igual de personas “flotantes”.<sup>32</sup>

Lo que si podemos afirmar sin alguna duda, es que gracias a los tratamientos antirretrovirales de gran actividad otorgada por el gobierno nacional de manera gratuita y masiva desde el 2004. La cantidad en los números de SIDA han ido disminuyendo de manera notoria, quiere decir que ahora las personas que viven con el VIH pueden alargar sus vidas y tener una ligera calidad de vida que permita desarrollarse y contralar sus síntomas con eficiencia.

A nivel Nacional, el departamento de Lambayeque ocupa el 5° lugar respecto al número de casos con VIH/SIDA, acumulados desde 1983.

---

<sup>32</sup> *Análisis de situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú 2016*

Esto quiere decir que existen 2119 personas que poseen el virus del SIDA y que 828 casos ya se encuentran ubicados en la fase terminal, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

El distrito de Chiclayo, por ser el de mayor densidad en el departamento, posee el 82.2% de los casos totales en Lambayeque de VIH y el 87.7% de casos con SIDA, esto quiere decir que el distrito de Chiclayo posee 1742 casos de VIH y 726 ya con el síndrome. Claro hay que agregar que aún no se confirma las cifras oficiales del 2018 y que se ha registrado hasta el mes de agosto del presente año.

Si observamos la tabla n° 5, sobre los Números de casos de VIH / SIDA autóctonos a Lambayeque podemos alinear en orden decreciente los distritos con más prevalencia de casos de VIH, Chiclayo, Ferreñafe, José L. Ortiz, La Victoria y Pueblo Nuevo, teniendo estos un promedio de 18 nuevos casos por año, exceptuando a Chiclayo que son 50 nuevas personas anuales, contrayentes al virus.

Quizás la razón más importante es que aquí se ubican la mayor parte de la población total de Lambayeque, sumando también la educación y orientación sexual. Por ejemplo, en José L. Ortiz hemos observado, a través de una encuesta dada una población muestra adolescente, que hay conocimiento básico sobre el VIH, la protección y los síntomas. Pero la incidencia delata que la orientación sexual y la promiscuidad son los problemas que permiten el crecimiento de esta epidemia.

Otro ejemplo en la deficiencia del control epidemiológico, es el distrito de Pueblo Nuevo. Ya que por su población menor (12 449 habitantes) y la lejanía a Ferreñafe, demuestra una ignorancia leve, mala cultura preventiva, conducta social machista y cultura libertina / promiscua. En otras palabras la orientación y educación sexual aquí es débil.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiólogo mensual

Tabla 7: Número de casos de VIH/SIDA autóctonos a Lambayeque.

DISTRITOS	AÑOS			
	2012	2013	2014	2015
CAYALTI	3	2	0	1
CHICLAYO	61	45	45	50
CHONGOYAPE	0	0	1	1
ETEN	2	1	2	1
ETEN PUERTO	0	1	2	3
ILLIMO	2	1	2	1
INCAHUASI	0	1	2	3
JAYANCA	1	5	2	3
LA VICTORIA	17	6	10	12
LAMBAYEQUE	8	5	1	3

MOCHUMI	0	3	0	3
MONSEFÚ	3	3	1	3
MOTUPE	2	3	1	3
OLMOS	1	2	2	3
OYOTUN	1	0	0	2
PACORA	2	0	0	1
PATAPO	1	0	0	1
PICSI	3	0	0	1
PIMENTEL	7	0	6	4
PITIPO	3	7	3	5
POMALCA	6	4	1	3
PUCALA	3	3	2	1

PUEBLO NUEVO	8	13	9	11
REQUE	1	2	1	0
SALAS	1	0	0	0
SAN JOSÉ	3	7	0	0
TUCUME	1	1	0	0
TUMAN	8	9	1	0
JOSE L.ORTIZ	32	13	18	15
ZAÑA	1	1	2	1
FERREÑAFE	9	18	18	18
MESONES MURO	3	2	2	3
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>193</b>	<b>158</b>	<b>134</b>	<b>156</b>

*Fuente: Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú.*

*Boletín Epidemiológico mensual*

Al igual que en las cifras autóctonas del VIH en Lambayeque, la cantidad de casos del SIDA originales de los mismo distritos del departamento, podemos observar que existe más incidencia en Chiclayo y Ferreñafe. De estos podemos observar que las personas que viven con SIDA van disminuyendo, a excepción del aumento en Chiclayo. (Ver tabla n°6)

Esta disminución en las estadísticas se da porque por dos factores importantes:

La primera, que los programas estatales que otorgan de manera gratuita los antirretrovirales, han sido los protagonistas de la lucha por alargar la vida y retrasar la fase final. Y en verdad aquí afirmamos, el plan estratégico multisectorial a pesar de carecer de infraestructura adecuada han trabajado de manera eficiente, pero el defecto es que dependen de la voluntad propia de la persona que vive con el virus del SIDA.

El segundo factor es que muchas de estas personas descubren el síndrome de manera tardía, cuando ya el sistema inmunológico ya está muy dañado y pesar de su tratamiento intensivo no llegan retrasar más el virus. Existen casos en el que muchas personas se enteran poseer el VIH cuando ya el síndrome ya se presentó y no tienen tiempo suficiente para contrarrestar el avance del VIH. Dándose incluso que su tiempo de vida llega a ser a semanas.

En definitiva, la razón de la disminución en las cifras es la muerte de estas personas.

Esta primera medida nos ayuda para reconocer la realidad y comenzar a observar los resultados del control en el sector salud sobre este fenómeno. La cantidad nos indica que vamos por buen camino, que las medidas de las instituciones estatales, las ayudas altruistas de las organizaciones y el apoyo de los familiares son determinables para hacer de esta epidemia una despreocupación.

Pero ya veremos más adelante en este capítulo, como a pesar de poseer un sinfín de centros de salud la sobrepoblación perjudica y que no se trabaja de manera coordinada e integra en estos sectores múltiples. A demás del descontrol producido por el aumento de establecimientos clandestinos que ofrecen trabajos sexuales y el descuido en los negocios de entretenimiento y bares “gays”.



Tabla 8: Número de casos de VIH/SIDA autóctonos a Lambayeque.

DISTRITO	AÑOS			
	2012	2013	2014	2015
CAYALTI	0	1	0	1
CHICLAYO	14	21	24	22
CHONGOYAPE	0	0	0	0
INCAHUASI	1	1	0	1
JAYANCA	0	1	0	1
LA VICTORIA	1	1	2	1
LAMBAYEQUE	2	2	2	2
MONSEFÚ	2	0	1	0
MORROPE	0	0	1	0
MOTUPE	0	1	3	2

PATAPO	1	2	0	2
PICSI	0	1	0	1
PITIPO	4	1	2	1
POMALCA	1	0	1	0
PUEBLO NUEVO	4	0	1	0
REQUE	0	1	1	1
SALAS	0	0	1	0
TUMAN	1	5	0	2
JOSE L.ORTIZ	7	3	2	1
FERREÑAFE	21	8	10	9
MESONES MURO	6	1	0	1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>65</b>	<b>50</b>	<b>51</b>	<b>48</b>

En los casos de inmigraciones hacia Lambayeque es de menor grado, ya que no presenta alguna jerarquía como factor influyente en el incremento de la epidemia, aunque podemos decir eso. Que gracias a que no hay cantidad considerable de personas con el virus del SIDA llegando a Lambayeque, con motivo a tratarse, mudarse o trabajar. No incrementa la sobrepoblación que ya posee todos los hospitales de la región que ofrecen TARGA, y no incrementa los casos como por ejemplo en Lima. Que por búsqueda del tratamiento adecuado los hospitales se sobre pueblan de manera exorbitante y llegan a propagar más el VIH.

Podemos observar en los registros municipales que hay un promedio de 11 personas que viven con el virus del SIDA inmigrantes a Lambayeque, de origen mayormente selvático. Personas de Chachapoyas, Chepen, Guadalupe, Corrales, Jaén, Piura, Rupa-Rupa, Saluque y Yamón; con una persona por cada una.

En el año 2015 pudieron registrarse solo 9 personas inmigrantes y esto se debe a que la región no posee algún establecimiento médico o social que ayude de manera marcada a estas personas, aunque también cabe reconocer que existe un sentimiento de apego familiar, de necesidad de apoyo emocional muy cercana. (Ver tabla n°7).

Cabe agregar, que no se les prohíbe el viaje de manera legal pero si les menciona a modo de consejo médico abstenerse la actividad migrante, salvo hagan la respectiva referencia de su Hospital local al Centro de Salud que se desee.

Tabla 9. Número de casos de VIH/SIDA inmigrantes

DISTRITOS	AÑOS			
	2012	2013	2014	2015
BAGUA	3	0	0	0
BAGUA GRANDE	1	1	0	0
BAMBAMARCA	1	0	0	0
CAJAMARCA	1	0	0	0
CHACHAPOYAS	0	0	1	1
CHEPEN	0	0	1	1
CHIRINOS	1	0	0	0
CORRALES	0	0	1	1
GUADALUPE	0	0	2	1
JAEN	6	1	1	1

LAMUO	1	0	0	0
LIMA	0	1	0	0
MORALES	2	0	0	0
PAIJAN	0	1	0	0
PARIÑAS	0	0	0	0
PIURA	0	0	1	1
PUEBLO NUEVO	2	0	0	0
RUPA-RUPA	0	0	1	1
SALUQUE	1	0	0	1
SAN JACINTO	1	0	0	0
TARAPOTO	0	0	1	0
TUMBES	0	0	0	0

YAMON	0	0	1	1
LA ESPERANZA	0	0	0	0
CHIRIMOTO	0	0	1	0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>9</b>

*Fuente: Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú.*

*Boletín Epidemiólogo mensual*

## 1.2. Diagnósticos y Clasificación de los casos

Existen cuatro tipos de vías para transmitir y obtener el virus del SIDA, todas ellas producto del descuido y muchas de ellas de una conducta social libertina e irresponsable. Y aquí el punto a quien dirigir la prevención, y aunque como arquitectos no intervenimos fuera de nuestra disciplina, lo que podemos es reconocer las necesidades que indicaran la demanda de un espacio.

Para que el VIH pueda tener éxito en la infección a una persona, ésta debe recibir la cantidad de virus suficiente, de modo de que las partículas virales tenga mayor posibilidades y finalmente superen las barreras naturales del cuerpo y lleguen a su objetivo sean elevadas. Esto ocurre por el intercambio de determinados fluidos corporales, como son la sangre, la leche materna, el flujo vaginal y el semen, ya que sólo en ellos es posible para el virus estar en las cantidades y las circunstancias adecuadas para poder transmitirse. Agreguemos también, que si estos flujos tienen un contacto prolongado con el aire disminuye la posibilidad de transmisión.

Reconoce pues, la vía de transmisión sexual como la “mejor manera” de obtener el VIH, y menciono la palabra “mejor manera” pues aquí decidimos nuestro estilo de vida. Decidimos no abstenernos y vivir una actividad sexual prematura, decidimos una juventud libertina e irresponsable, decidimos una adultez promiscua y extramatrimonial y decidimos, a veces, propagar el virus de manera consiente y dañina.

Por ejemplo, si observamos el gráfico (ilustración 11), observamos que 1 de cada 10 personas con VIH han contraído el virus a través de la vía sexual, tanto cuanto por relación heterosexual, tanto cuanto por relación homosexual. Y hay que agregar que los hombres somos lo que más propagamos el virus por esta vía.

La segunda vía de transmisión de importancia, pues tan solo es el 2.5% de la población con VIH total, aunque actualmente ya dejó de ser de gran relevancia, son las transfusiones sanguíneas. Las personas que son más vulnerables al contagio por esta vía es el personal médico que tratan con pacientes de código blanco (VIH) y ahí el temor que se tiene y la poca voluntad de los profesionales a tratar con estas personas.

El descuido aquí es el motivo, y no precisamente por irresponsabilidad, la atención médica de 12 personas en una hora por cada personal médico es la razón del descuido y del contagio accidental. Cabe recalcar que el virus no se presenta en el momento del contagio y al no estar seguro se hace un tratamiento anticipado, la llamada profilaxis.

La tercera vía de transmisión es la perinatal o transmisión vertical, es decir la mujer con el virus del SIDA gestante transmite a su bebé en su vientre o ya nacido, por medio de la lactancia. Aquí otra vez podemos observar la eficiencia del cuidado de la mujer y del recién nacido en el sector salud pues hoy en día se puede decir que no necesariamente por ser gestante poseedora del VIH tu bebé llegara a tener este virus.

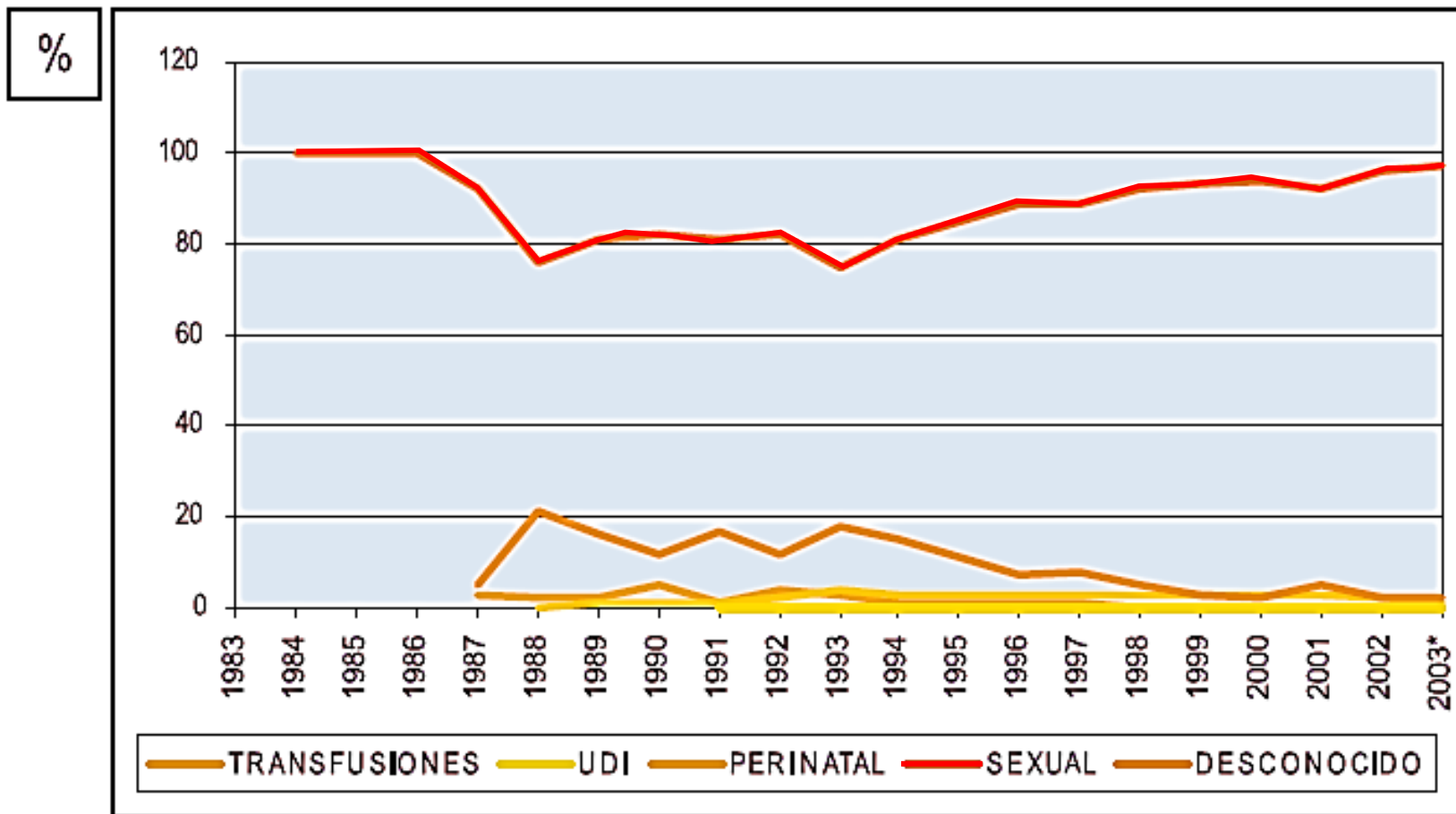
Transmisión perinatal es la vía de contagio por VIH más frecuente en la población menor de 18 años en Perú y el mundo.

Y por último, la transmisión en usuarios de drogas inyectables (UDI) es el otro grupo de personas vulnerables a contraer el VIH, pues el uso poco higiénico, compartido y descuidado de instrumentos punzantes.

Por ultimo tenemos que recordar, que sea como sea la transmisión, por accidente o por irresponsabilidad, la estigmatización de la sociedad a estas personas es real y como reacción estas personas que viven con el virus del SIDA se cohiben y faltan al cuidado al tener contacto con la sociedad.



Ilustración 7: Casos según vía de transmisión del VIH



Fuente: Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico mensual

Muchos creen que el VIH y el SIDA son de personas homosexuales, “maricones”, lesbianas, prostitutas, de población indígenas, negros y gente de clase baja. Y pareciera que lo es, pero la realidad es otra e ignoramos que absolutamente todos somos vulnerables. Y por esto la población que es más vulnerable a este virus somos aquellos de preferencia heterosexual.

Las razones son obvias, la irresponsabilidad, la vida libertina, el desconocimiento de la nueva pareja, el desconocimiento de la vida sexual de aquella pareja con que convivimos por años,

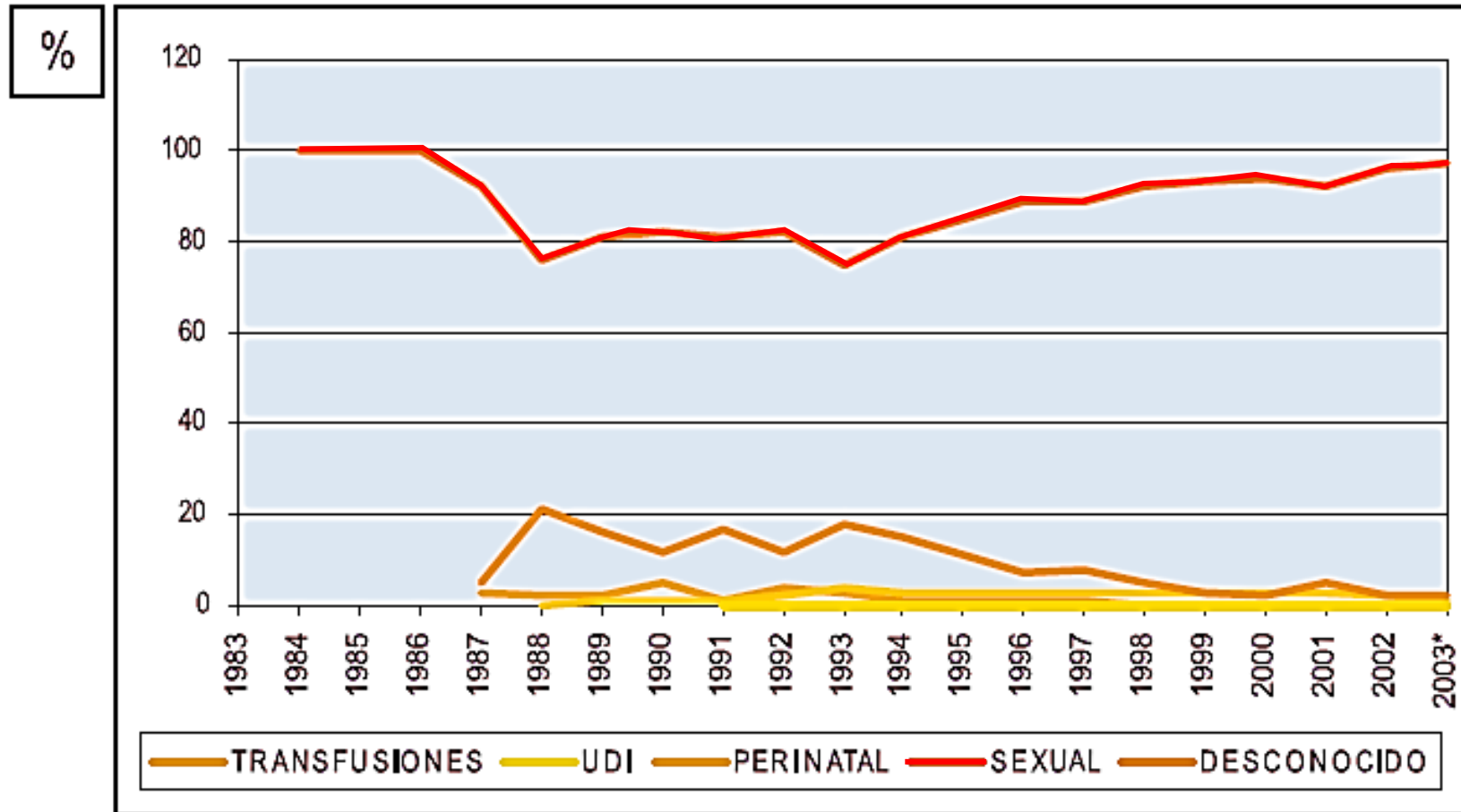
Si es cierto que la epidemia del VIH comenzó por los hombres que guardaban relación con otros hombres, y aquí el origen del tabú y de la discriminación. Pero en la actualidad un 70% de toda esta población que vive con el VIH son heterosexuales pero la gran mayoría son a través de la promiscuidad de uno mismo o de la pareja. Y es aquí donde el sector salud es deficiente, pues no puede empadronar a todas las trabajadoras sexuales ya que muchas de estas personas se ubican en la clandestinidad, sin hablar claro que las medidas de control no se entrometen en la vida privada de uno. Solo pueden llegar al consejo, la sugerencia y la educación, somos nosotros mismo quienes decidimos jugar a la ruleta rusa.

Como menciona Mauricio Rubio, en su artículo, el VIH no tiene que ver tanto con la orientación sexual. Como cualquier enfermedad de transmisión sexual (ETS), depende ante todo de la promiscuidad. Por eso, las prostitutas, las trans y los gays han sido tan afectados. En los años setenta, uno de cada tres gays norteamericanos reportaba haber tenido mil o más compañeros sexuales. Tony proclama que los suyos “podrían llenar el Radio City Music Hall”. La prevención del Sida se ha complicado por esos núcleos hiperactivos, que incluyen seropositivos callados, diluidos entre homosexuales engañados por el dogma militante que el preservativo basta. Cualquier riesgo, por ínfimo que sea, aumenta con el número de exposiciones al peligro. Aún con condón, una sola pareja implica menos chance de contagio que diez, cien o mil.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Rubio, M. (2015, Septiembre 9). Sida, promiscuidad y activismo. *El Espectador*, p.34.

Ilustración 8: Casos de SIDA por tipo de transmisión sexual y año de diagnóstico



Fuente: Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico mensual

Las enfermedades más comúnmente diagnosticadas como indicadores de SIDA son el Síndrome de consumo y la Tuberculosis, representando más del 70% de las enfermedades indicadoras reportadas. Varias otras condiciones menos frecuentes fueron observadas, pero ninguna de ellas representa más del 10% de las enfermedades indicadoras reportadas.<sup>35</sup>

Las enfermedades indicadoras de VIH pueden dividirse en 3 categorías:

- Enfermedades que definen el SIDA entre PVVIH (Personas que Viven con el Virus del SIDA)
- Enfermedades asociadas a un prevalencia de VIH no diagnosticado superior al 0,1%
- Enfermedades en las que no identificar la presencia de infección por VIH puede tener importantes implicaciones adversas para el tratamiento clínico de la persona.

La tuberculosis es la primera causa de mortalidad en pacientes infectados por VIE representando aproximadamente el 30% de las muertes en pacientes seropositivos. La explicación de estas cifras viene dada por dos condiciones, en primer término, la infección por VIH predispone a desarrollar enfermedad tuberculosa y en segundo lugar, la tuberculosis aumenta la rapidez de progresión de la Infección por VIH.

La prioridad es excluir la infección tuberculosa activa (cuarentena). Una vez hecho esto, se recomienda tratamiento para la infección latente en los siguientes grupos de pacientes:

- De aquellos que no hayan recibido “profilaxis” anteriormente
- De aquellos que recientemente tuvieron contacto con pacientes tuberculosos, independientemente del resultado de la tuberculina.

---

<sup>35</sup> Sebastián, J., Andrade, L., Chávez, V. & Gonzales, Sofía.. (2016, Mayo 11). *Epidemiología del SIDA en el Perú. En Guía nacional de atención integral de la persona viviendo con el VIH/SIDA (PVVS)(p.22)*. Lima, Perú: Ediciones Atenea EIRL.

Ilustración 9: Enfermedad indicadora de sida según año de diagnóstico

ENFERMEDAD INDICADORA DE SIDA	AÑO DE DIAGNÓSTICO					TOTAL	%
	93	94	95	96	97		
SINDROME DE DESGASTES	127	1255	493	586	205	1666	44.65
TUBERCULOSIS	92	167	277	358	205	1099	29.46
CANDIDIASIS	19	39	66	94	58	276	7.40
NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINI	22	28	42	44	27	163	4.37
ISOSPORIASIS	14	12	19	20	5	70	1.88
CRIPTOCOCOSIS EXTRAPULMONAR	8	13	21	28	16	86	2.31
SARCOMA DE KAPOSI	14	10	19	16	7	66	1.77
CRIPTOSPORIDIASIS	3	6	21	14	14	58	1.55
DIARREA CRÓNICA		2	1	11	37	51	1.37
TOXOPLASMOSIS CEREBRAL	3	3	22	25	7	60	1.61
INFECCIÓN POR HERPES SIMPLEX	6	4	8	14	5	37	0.99

COMPLEJO DEMENCIAL O ENCEFALOPATÍA POR VIH		5	9	7	2	23	0.62
ENFERMEDAD BACTERIANA RECURRENTE	5	2	11	2		20	0.54
LINFOMA DE HODGKIN	2	1	3	3	5	14	0.38
NEUMONIA RECURRENTE		1	8	5		14	0.27
INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS		2	3	3	2	10	0.16
LINFOMA PRIMARIO CEREBRAL			3	2	1	6	0.08
HISTOPLASMOSIS	1			2		3	0.05
LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA	1		1			2	0.03
SALMONELOSIS NO TÍPICA RECURRENTE	1			1		2	0.03
CÁNCER DE CUELLO UTERINO				1		1	0.03
ESTRONGILOIDIASIS EXTRAINTESTINAL			1			1	0.03
HIPERPLASIA PULMONAR LINFOIDE				1		1	0.03

NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOCÍTICA			1			1	0.03
COCCIDIODOMICOSIS				1		1	0.03
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>550</b>	<b>1029</b>	<b>1238</b>	<b>596</b>	<b>3731</b>	<b>100.00</b>

*Fuentes: Dirección General de epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú 2018*

Reconociendo la cantidad de personas con VIH y SIDA, el motivo de contagio de la mayoría de estas y las enfermedades oportunistas por la cual sufren éstas personas, en el mayor de los casos. Podemos clasificar la población por categorías clínicas que tendrán necesidades distintas según la fase del virus.

Por ejemplo, sabiendo la primera fase del VIH es asintomática y de infección aguda, los diagnósticos y tratamientos serán peculiares de mínima intensidad a comparación de aquellas personas que presentan ya la fase final (categoría C). (Ver Tabla 8)

### **Clasificación la Infección al VIH/SIDA según categoría médica**

Existen múltiples clasificaciones médicas en el VIH/SIDA que permiten estratificar a los pacientes para su manejo clínico y pronóstico. Las definiciones por categoría clínica son:

- **Categoría A**

Una o más condiciones con infección por VIH documentada excluidas las condiciones de las categorías B y C:

- Infección asintomática
- Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)
- Infección (primaria) aguda por VIH

- **Categoría B**

Síntomas de infección documentada por VIH y síntomas no incluidos en la categoría C, que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

Las condiciones son atribuibles a la infección por VIH o son indicativas de un defecto de inmunidad celular; las condiciones que tienen un curso clínico o requieren una atención que se complica por la infección por VIH.

Entre las condiciones de la categoría clínica B se incluyen (aunque no se limitan a ella) las siguientes:

- Angiomatosis bacilar
- Candidiasis orofaríngea
- Candidiasis, vulvovaginitis persistente, frecuente o de pobre respuesta a terapia
- Displasia cervical (moderada o severa)/carcinoma cervical in situ
- Síntomas constitucionales tales como fiebre (> 38.5°C) o diarrea de duración >1 mes
- Leucoplasia vellosa oral
- Herpes zoster implicando al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma
- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Listeriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica particularmente si está complicada con abscesos de los tubos ováricos
- Neuropatía periférica

#### Categoría C

Si se incluye alguna de las siguientes:

- Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones
- Candidiasis esofágica
- Cáncer invasivo de cérvix uterino
- Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiasis intestinal crónica > de 1 mes
- Citomegalovirus, enfermedad (aparte de hígado, bazo o ganglios)
- Citomegalovirus, retinitis.
- Encefalopatía relacionada al VIH
- Herpes simplex, úlcera crónica (>de 1 mes), o bronquitis, neumonitis oesofagitis.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
- Isosporiasis intestinal crónica > de 1 mes



- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Burkitt
- Linfoma inmunoblástico
- Linfoma primario del cerebro
- M. avium complex o M. Kansasii, diseminado o extrapulmonar
- Mycobacterium tuberculosis, cualquier localización
- Mycobacterium otras especies diseminada o extrapulmonar
- Neumonía por Pneumocistis carinii (P.jirovecci)
- Neumonía recurrente
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Sepsis por salmonella
- Toxoplasmosis cerebral
- Síndrome de consumo por VIH

Tabla 10: Clasificación de infecciones al VIH (por categoría médica)

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA CDC* PARA INFECCIÓN DE VIH EN ADULTOS Y ADOLESCENTES MAYORES DE 13 AÑOS DE EDAD			
CATEGORÍA DE LABORATORIO	CATEGORÍAS CLÍNICAS		
	(A)	(B)	(C)
LINFOCITOS CD4	ASINTOMÁTICOS INFECCIÓN AGUDA (PRIMARIA) POR VIH O LGP**	SINTOMÁTICOS SIN CONDICIONES AOC	CONDICIONES INDICADORAS DE SIDA
(1) 500 Cel/ml	A1	B1	C1

(2) 200- 499 cel/ml	A2	B2	C2
(3)<200cel/ml	A3	B3	C3

*Fuentes: GUÍA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA VIVIENDO CON EL VIH/SIDA (PVVIH/S)*

### 1.3. Selección de Personas con VIH/SIDA para el TARGA

#### **Supervisión médica a la adherencia al TARGA**

La enfermera, o el enfermero, son responsables de garantizar la toma correcta del medicamento.

En la primera fase del TARGA, que es la fase de formación de conducta, es cuando se decide el esquema de supervisión que se seguirá con cada PVVS.

Estos esquemas, según el Ministerio de Salud (MINSa) pueden ser:

#### 1. Semi-domiciliario:

##### a. Toma diurna:

En centro de salud

Supervisada por personal de salud (todos los días)

##### b. Toma nocturna:

En casa

Supervisada por el Agente de Soporte Personal (todos los días)

Monitoriza: Voluntario (1 visita diaria por 2 meses)

#### 2. Domiciliario:

##### 1. Toma diurna y nocturna:

Ambas en casa

Supervisada por Agente de Soporte Personal (todos los días)

Monitoriza: Voluntario (2 visitas por semana por 2 meses y luego 1 visita por semana por 1 mes más)

La elección de un esquema para cada PVVS dependerá de la evaluación conjunta de las especialidades que se debe hacer en cada PVVS al iniciar el TARGA. De hecho aquellas PVVS que muestren tener una actitud favorable, un entorno familiar adecuado, que ya registren un Agente de Soporte Personal y que no tengan factores que atenten contra la adherencia, probablemente serán incluidos en el esquema Domiciliario, pues en ellos se puede confiar para lograr la adherencia que tanto queremos alcanzar. Los otros serán inscritos, en su mayoría, en el esquema Semi-domiciliario y a ellos debemos supervisarlos más de cerca. (Ver Ilustración 14)

Finalmente, el personal de Enfermería, también es responsable de la administración del tratamiento que se da para prevenir las infecciones que suelen darse en el VIH/SIDA (Infecciones oportunistas), conocido como quimioprofilaxis. Este tratamiento se da para prevenir la Tuberculosis, y tratamiento para varias enfermedades (sobre todo la neumonía conocida como PCP y otras enfermedades digestivas).<sup>36</sup>

Para recordar:

1. Una enfermera o familiar capacitado deben supervisar la cantidad de pastillas y su hora de consumo. Es de vital importancia la cercanía a las PVVS.
2. El seguimiento (consultas), registro (diagnostico) y las visitas domiciliarias tienen por objetivo establecer una adherencia adecuada.

### **Procedimiento de Selección al TARGA**

Un comité de selección dentro de cada clínica, compuesto por personas preparadas previamente para ello, se reunirá una vez al mes. Para poder efectuar eficaz y objetivamente

---

<sup>36</sup> Ministerio de Salud. (2006, Abril). *Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de infecciones de transmisión sexual y vih/SIDA*. Lima, Perú: Ediciones Atenea EIRL.

esta selección es fundamental que el médico y enfermera graduada responsables de la clínica garanticen la actualización y el adecuado manejo de los expedientes de cada usuario. Este comité seleccionará a las PVVS con el siguiente método:

- Revisión de historias clínicas y clasificación de las PVVS que hayan vuelto al menos una vez después de la primera visita, según la indicación terapéutica (estado clínico y CD4) y criterios de exclusión.
- Evaluación de la regularidad durante los 2 primeros meses de seguimiento de cada persona que acuda a la clínica.<sup>37</sup>

Ante una persona con diagnóstico confirmado de VIH+, se evalúa la indicación clínica y biológica de inclusión en el tratamiento antirretroviral. Debido al riesgo de abandono en una persona no motivada y a la posible aparición de resistencias medicamentosas que supone un cumplimiento no estricto del tratamiento, se considera necesario incluir garantías de cumplimiento por parte de los candidatos a la terapia. En general los criterios siguientes se consideran como criterios relativos y será responsabilidad del equipo de salud preparar al paciente para que asuma la necesidad de un tratamiento continuado. Cada caso se debe tratar de forma individualizada.

La regularidad en la asistencia a las visitas programadas puede ser un criterio importante para seleccionar a las PVVS. Por ello se propone que se seleccionen los candidatos entre aquellos que volvieron al menos una vez después de su primera visita. Para aquellos de quienes no haya una historia previa de regularidad en las visitas programadas se establecerá un periodo de preparación de alrededor de 2 meses durante los cuales el paciente vendrá cada 15 días para recibir sus medicamentos profilácticos (contra la tuberculosis y la neumonía por *Pneumocystis carinii* y otras) y se podrán valorar durante este tiempo los demás criterios de inclusión. Este criterio solo se puede utilizar si se asegura la accesibilidad de los medicamentos para la profilaxis. Sin embargo en algunas ocasiones, la precariedad del estado de salud del paciente hará necesario un proceso acelerado de inclusión en la terapia, que debe considerar un refuerzo de la inducción al cumplimiento.

---

<sup>37</sup> *Protocolo Nacional para el tratamiento antirretroviral del VIH-SIDA.*

Cuando un paciente presenta Tuberculosis en curso. Se aconseja esperar hasta finalizar los 2 primeros meses de tratamiento. Habrá que valorar las interacciones del tratamiento ARV y antituberculoso.

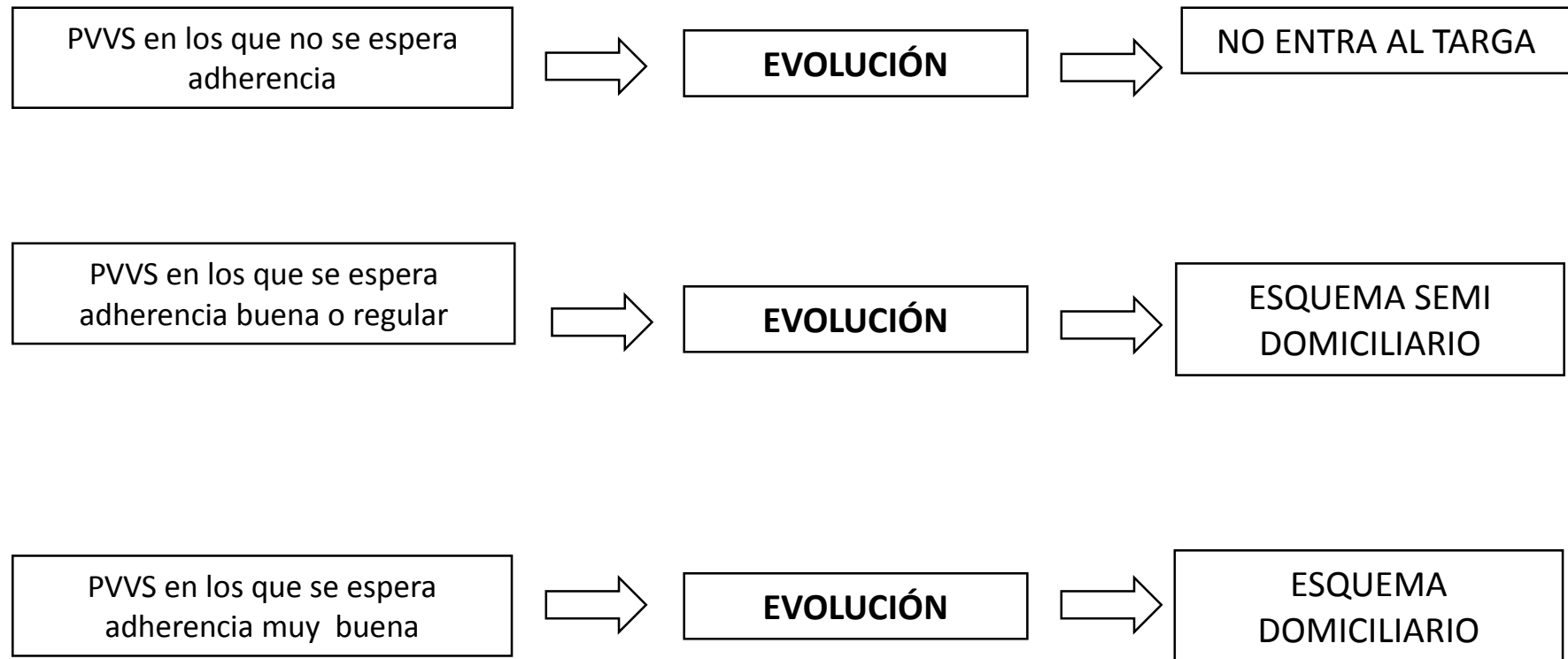
- Alteraciones psiquiátricas y/o drogodependencias severas.
- Problemas sociales graves que impidan el cumplimiento.
- Contraindicación severa de los medicamentos elegidos.
- Rehúsa firmar la carta de acuerdo incluyendo las visitas a domicilio.
- Evitar dar tratamiento ARV en el primer trimestre del embarazo.
- Personas en Estado Terminal.

Estos criterios son muy importantes a la hora de tomar cualquier decisión, las personas elegibles al tratamiento antirretroviral serán dispuestas bajo estos criterios.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Panjoj, D. (2010, Junio). Hospital especializado en VIH/SIDA al sur-occidente de la Región Metropolitana. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

*Ilustración 10: Esquema de supervisión médica a la adherencia al TARGA*



*Fuentes: Directrices unificadas sobre el uso de los antiretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH*

## **Población Flotante**

El porcentaje de atenciones primarias para los casos de VIH es cubierto en gran medida por las pruebas gratuitas, como las pruebas de sangre rápidas y de laboratorio. Pero al trasladar estas personas empadronadas y reconocidas a la atención y tratamiento respectivo, hay una gran cantidad de población que no dispone de esta atención. Bien por dificultad burocrática, económica, social, por temor, por descuido, por tener difícil accesibilidad al centro médico más cercano, etc.

Esto da a la epidemia de VIH el don de la ubicuidad, muy a pesar de ser un problema etéreo. Pues podemos encontrar personas viviendo muy cerca de donde uno vive incluso, si nos dedicamos a conocer a estas personas, y es eso. Por el desinterés de conocer, tratar o ayudar a estas personas llegan a ocultarse de la sociedad y enclaustrarse.

Por ejemplo, en el departamento de Lambayeque tenemos 1822 personas que son diagnosticadas, es decir un 86 % de la población con VIH. En este aspecto reconocemos a 297 personas como población no registrada, de la cual se le agregan 1093 personas que después de haber sido detectadas como código blanco no reciben atención alguna. Quiere decir que solo el 40% de la población registrada, 729 personas, reciben atención ya sea por MINSA, a través del SIS, por EsSalud o alguna organización como la policía nacional o las fuerzas armadas, privadas o no gubernamentales.

Ya entrando en tema de TARGA y los tratamientos antirretrovirales, hemos descubierto 674 personas que reciben estas atenciones, dejando al aire a 55 personas que por alguna razón son inherentes al tratamiento. Es decir solo el 37 % de las personas reconocidas tienen adherencia correcta al TARGA y por ende son estas personas que poseen una mínima calidad de vida y llegan a vivir un poco más.

Y por último, ya teniendo el destino marcado, llega la fase final de esta vida con el VIH, el SIDA. De las personas que acuden con responsabilidad a sus antirretrovirales solo 128, de los 674 pacientes adherentes al TARGA, llegan a tener una edad considerable antes de producir el síndrome.

En conclusión, tenemos 1445 personas como población flotante, no registrada o ausente. Población estigmatizada, limitada o impedida de poseer una calidad de vida decente, traduciendo esto a personas potencialmente propagantes del VIH. (Ver Tabla n°9) <sup>39</sup>

*Agregar que estas cifras son porcentajes aproximados.*

Como mencionábamos, la adherencia al tratamiento es la clave para la inhibición del virus. Existen tres maneras de definir dicha adherencia: la perseverancia a los tratamientos, la aceptación del organismo a las drogas y el abastecimiento a las personas que viven con el VIH suficiente.

De la cual, la manera en que definiremos la adherencia al TARGA es el seguimiento del personal médico a los pacientes y la perseverancia de éstas personas a su asistencia periódica. Y el motivo principal en la que podemos ayudar en nuestra disciplina, son las terapias psicológicas, familiares y talleres que ayuden a la aceptación del paciente a su realidad. En definitiva, ambientes influyentes al ánimo y las emociones de las personas profesionales, familiares y pacientes.

Para reconocer esta parte de la realidad total, debemos fijarnos en la investigación sobre Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA, realizado por Villarreal, J., Ojeda, Pedro. & Castro, L.

Que descubre una depresión por niveles en los pacientes con VIH en el Hospital Santa Rosa de Piura, y cuya depresión es intensa al principio de saber que posee este virus. Es decir va decreciendo según avanza los meses, pero influye lo suficiente en la adherencia al tratamiento por la voluntad de estas personas.

Es decir, dejan de asistir, y al no ser obligatorio el tratamiento, el personal médico se ve limitado en el seguimiento a lo que obligan a realizar seguimiento de caso extramural. En

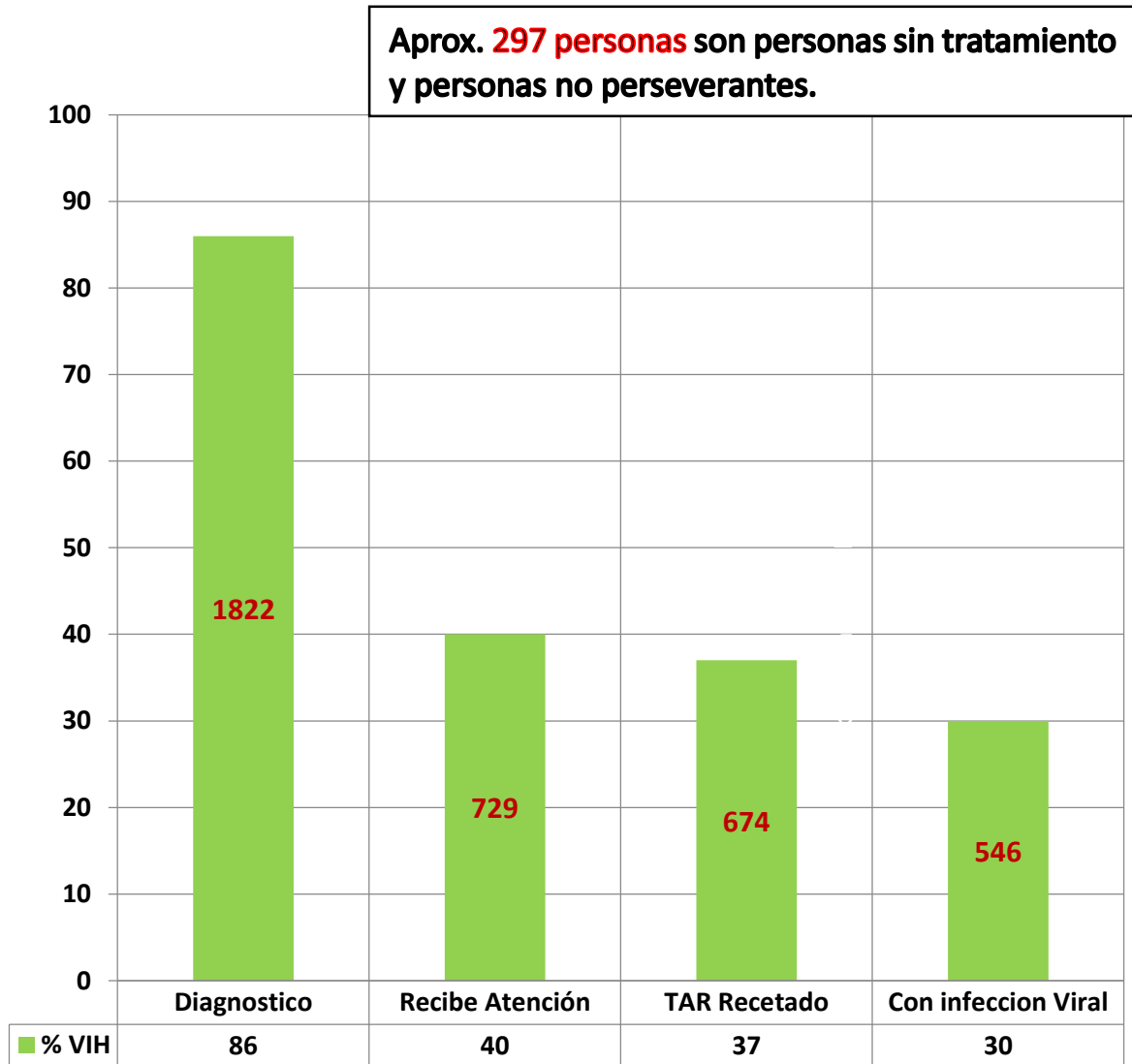
---

<sup>39</sup> *Vital Signs Team. (2014, Noviembre 25). Sistema Nacional de Vigilancia del VIH de los CDC y Proyecto de Monitoreo Médico. En centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (pp.1-4). Atlanta, EE.UU: Washington University.*



otras palabras, que la enfermeras comunitarias busquen al paciente; pero claro, “Del dicho al hecho, hay poco trecho”.<sup>40</sup>

Tabla 11: Número de porcentaje de atención para los casos de VIH



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia del VIH de los CDC y Proyecto de Monitoreo Médico

<sup>40</sup> Villarreal, J., Ojeda, Pedro. & Castro, L.. (2012). Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA. Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura.

Tabla 12: Cifras actualizadas de la población registrada y no registrada

<i>PERSONAS CON VIH</i>	<i>POBLACIÓN REGISTRADA</i>	<i>POBLACIÓN NO REGISTRADA</i>
<i>DIAGNÓSTICO</i>	1822	297
<i>RECIBE ATENCIÓN</i>	729	1093
<i>TARGA RECETADO</i>	674	1148
<i>CON INFECCIÓN VIRAL</i>	546	1276

Tabla 13: Nivel de depresión según mes de tratamiento

<b>MES DE TRATAMIENTOS</b>	<b>INTENSIDAD DE DEPRESIÓN</b>						<b>Total</b>	
	<b>Leve</b>		<b>Moderado</b>		<b>Grave</b>			
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1° mes	5	33.3	6	40.0	4	26.7	<b>15</b>	100
2° mes	3	27.3	7	63.6	1	9.1	<b>11</b>	100
3° mes	4	57.1	1	14.3	2	28.6	<b>7</b>	100
4° mes	7	77.8	2	22.2	0	0	<b>9</b>	100
5° mes	2	50.0	2	50.0	0	0	<b>4</b>	100

6° mes	0	0	0	0	1	100	<b>1</b>	100
7° mes	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0
8° mes	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	0
>8° mes	0	0	1	25.0	3	75.0	<b>4</b>	100
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>41.2</b>	<b>19</b>	<b>37.3</b>	<b>11</b>	<b>21.6</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

*Fuente: Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA, Villarreal, J., Ojeda, Pedro. & Castro, L*

## Conclusiones

## 2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LOS TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES

### Salud Preventiva

- Antecedentes y actividades del Plan preventivo
- Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en una Institución Educativa de J.L.O - Chiclayo. Marzo – Mayo 2011.
- Tipos de Prevención

### Procedimientos médicos a las personas con VIH

- Absorción de la persona
- Exámenes y atención-orientación requeridos
- Tratamiento y seguimiento

### Organizaciones de servicio de Salud

- Organizaciones e Instituciones
- Categorías en la atención del sector salud
- Inversión

## 2.1. Salud Preventiva

### **Antecedentes**

Continúa siendo de gran preocupación el alto índice de embarazos adolescentes, eso quiere decir que empiezan teniendo su actividad sexual a temprana edad y por ende, con la poca educación sexual y la única intención de “saber cómo se siente” no tiene como preocupación las consecuencias no previstas.

Los casos de VIH/SIDA en esta población se asocian más frecuentemente a relaciones sexuales no seguras, falta de educación sexual adecuada, falta de medidas de protección, uso inadecuado de inyectables, situaciones de violación o patrones culturales de género, un contexto que empuja especialmente a los hombres Tanto por su salud sexual como por la de sus parejas.

Perú se mantiene firme en la lucha contra el VIH/SIDA. El primer caso diagnosticado de SIDA en el país fue en 1983. A partir de 2014, 31.893 casos de SIDA han sido reportados. 4,8% de los afectados son menores de 19 años de edad. Este porcentaje representa 1547 niños y adolescentes, de los cuales 926 son hombres y 621 son mujeres.

Según los resultados de la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) 2013, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13.9% ya estuvo alguna vez embarazada. Los mayores porcentajes de maternidad adolescente se presentan entre las mujeres con educación primaria (36.2 %), en las residentes de la Selva (23.7%), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23.9%) y en el área rural (20.3%). Mientras que menores porcentajes se aprecian en Lima Metropolitana (10.6%), entre aquellas con educación superior y en las del quintil superior de riqueza (8.5% y 5.6%, respectivamente).<sup>41</sup>

El presente trabajo, la educación preventiva, tiene como antecedente la intervención del **Proyecto "¡Sí Podemos! - Iniciativas de sensibilización concertada entre jóvenes y**

---

<sup>41</sup> Anónimo. (2013). *Situación del país en la adolescencia. 2016, Noviembre, de UNICEF Sitio web: [https://www.unicef.org/peru/spanish/children\\_13282.html](https://www.unicef.org/peru/spanish/children_13282.html)*

**adultos para la Educación Integral de la Sexualidad"**, que fue el primer plan educativo formado como control del VIH.

Entre sus principales logros se encuentra la creación y fortalecimiento de la "Alianza para la Educación Sexual Integral ¡Sí Podemos!" Que desde 2006 es un área de incidencia y fiscalización ciudadana de la sociedad civil, orientada a promover políticas públicas de Educación Sexual Integral (ESI) en el Perú.

¡Sí Podemos! y la Alianza participó activamente en la elaboración, aprobación y publicación de las Pautas Educativas y Guías Pedagógicas para la Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación del Perú.

El desarrollo social no es posible sin una asignación presupuestal. En ese sentido es importante resaltar que el Poder Ejecutivo ratificó su preocupación por la primera infancia y asignó al gasto social 16,75 mil millones de dólares americanos, este monto significa un incremento del 12% en relación a años anteriores. Las estadísticas oficiales empiezan a reflejar los resultados de la inversión en la infancia, pero también señalan los grandes desafíos y las brechas entre la niñez urbana y rural, especialmente la de comunidades indígenas.

Perú adopta medidas para implementar en su totalidad la **Declaración Ministerial "Prevenir con educación"** firmada en México en 2008, con la contribución de la sociedad civil, garantizado el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y jóvenes, incluyendo la ratificación de la Convención de Iberoamericana de Derechos de los jóvenes, sin reservas en los temas relacionados con Derechos sexuales y reproductivos.

Una educación de calidad es una condición necesaria para superar la pobreza, reducir las desigualdades y lograr mayor inclusión social. Por ello, los Objetivos de Desarrollo Sostenible asumen que la educación no es solo un fin en sí misma, sino también un medio para la consecución de una amplia agenda mundial para el desarrollo. El Perú avanza en ese sentido con la reforma educativa, no obstante un desafío importante es lograr que los aprendizajes contribuyan con la realización personal de los y las estudiantes; es decir, con la

construcción de ciudadanos con autonomía, autogobierno e identidad propia, en concordancia con la Agenda de Desarrollo Post 2015 y los fines propuestos en la Ley General de Educación. Parte de la respuesta a este desafío consiste en incorporar la dimensión del desarrollo personal en el currículo con el fin de preparar a los y las estudiantes para la vida, incluyendo la toma de decisiones con relación a su sexualidad. Precisamente, las situaciones difíciles asociadas a la vivencia de la sexualidad pueden truncar los sueños y el proyecto de vida de miles de adolescentes. Otra parte de la respuesta es desterrar mitos y percepciones erróneas presentes en la sociedad en torno a la sexualidad y la educación sexual integral. Estos se asumen como verdades a pesar de que no reflejan la realidad ni tienen sustento científico.<sup>42</sup>

Por ejemplo, INPPARES, a través del Proyecto "Prevención con Educación - Hacia la implementación de la Educación **Sexual Integral en Perú**" se pretende continuar este trabajo de incidencia, ahora orientado a la implementación de las Directrices y Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Diferenciados para adolescentes / En el marco del cumplimiento de la Declaración Ministerial de México (2008) "Prevenir con la Educación".<sup>43</sup>

### **Actividades principales del plan preventivo integral**

Ya sabiendo, el funcionamiento de los primeros esquemas preventivos que se formaron. Debemos conocer que las ONG actuales siguen esta manera de combatir el VIH, la prevención. A modo de conferencias, visitas a instituciones educativas, realización de panfletos, volantes o publicidad.

Y aquí las primera actividades que descubrimos, ambientes que faciliten la autosuficiencia de estas organizaciones para realizar materiales educativas, publicitarias y reuniones

---

<sup>42</sup> Casapía, J., Murguía, C., Mendoza, W. & Bustamento, M.. (2015, junio). 10 mitos sobre la educación sexual integral. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 28, pp. 1-32.

<sup>43</sup> INPPARES-LIMA. (2011). "Prevenir con educación - hacia la implementación de la educación sexual integral en el Perú". 2016, Noviembre, de INPPARES Sitio web: <http://www.inppares.org/prevenirconeducacion>



conferencista. Los beneficios de la educación integral en sexualidad son el control del VIH, una adolescencia sólida y una calidad de vida estable.

El trabajador social, psicólogo, sacerdote o pastor y el familiar cuidador buscaran aquí fomentar una mejor comunicación familiar, poner en claros los valores relacionados con la rutina moderna, fomentar la equidad de género y el avance de esta cultura tolerante, la incorporación de conductas preventivas al embarazo y los beneficios de la abstinencia. También se alinearan las prácticas sexuales tardías y con el menor número de parejas, así como el uso de condón y la vigilancia de prevalencia del VIH/SIDA.

Los programas que podrían otorgar un establecimiento de partida a una campaña preventiva se podrían dividir en poblaciones específicas para mejor manejo: Comunidad, Escuela, familia y Gestante. Dando información sobre educación sexual, orientación y abstinencia, cuidado y control, y tratamientos a mujeres gestantes para la prevención de transmisión del virus al bebé en el vientre.

Y ante estos programas los métodos de los servicios ofrecidos serán campañas publicitarias y preventivas, campañas formativas, terapias psicológicas y tratamiento antirretrovirales. Y esas actividades estarán albergadas en vallas o muros publicitarios, almacenes, aulas terapéuticas, tópicos y hospitalización.

### **Salud Preventiva**

La Medicina Preventiva y Salud Pública como especialidad médica desarrolla actualmente su práctica en los siguientes campos, sea cual sea su nivel administrativo, su adscripción institucional o sus sectores de dependencia:

1. Servicios de Salud Pública en los distintos niveles del sistema de salud, estando a su cargo las actividades relacionadas con la elaboración de planes de salud, planificación y evaluación de servicios; la realización de programas asistenciales, preventivos, de promoción de la salud, de salud ocupacional, medio ambiental y comunitaria.
2. Servicios de epidemiología, vigilancia, información, evaluación, docencia e investigación, a cualquier nivel del sistema, dentro de las instituciones sanitarias o de

otras relacionadas con la salud como las del medio ambiente.

3. Medicina Preventiva hospitalaria, confeccionar, promover, ejecutar y evaluar todas las actividades epidemiológicas, de programación, prevención y promoción en el hospital. Participar en la formación continuada de los profesionales que desarrollan su función en el hospital, en técnicas de prevención y promoción de la salud. Contribuir en los programas de control de calidad y de adecuación de la actividad sanitaria.

Formación e investigación de la Medicina Preventiva y Salud Pública en aquellas instituciones públicas y privadas con función docente e investigadora. De igual forma la Salud Preventiva en Nuestro país, desarrollan entre otras las siguientes funciones:

- Administración y Gestión de Servicios Sanitarios.
- Vigilancia Epidemiológica.
- Estudios y Análisis Epidemiológicos.
- Planificación, Programación y Evaluación
- Información Sanitaria e Información Tecnológica.

Y nos dedicaremos a complementar la formación Sanitaria y formación tecnológica

#### **Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en una Institución Educativa de J.L.O - Chiclayo. Marzo – Mayo 2011.**

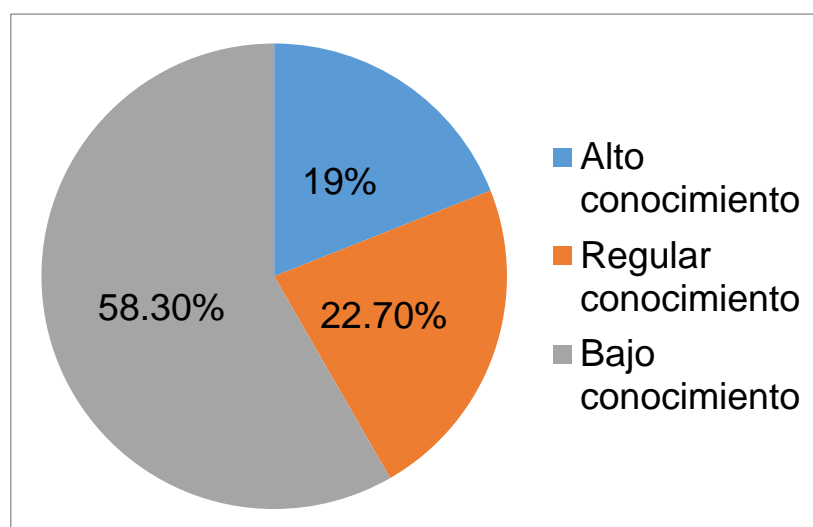


Tabla 14: Programas de Vigilancia

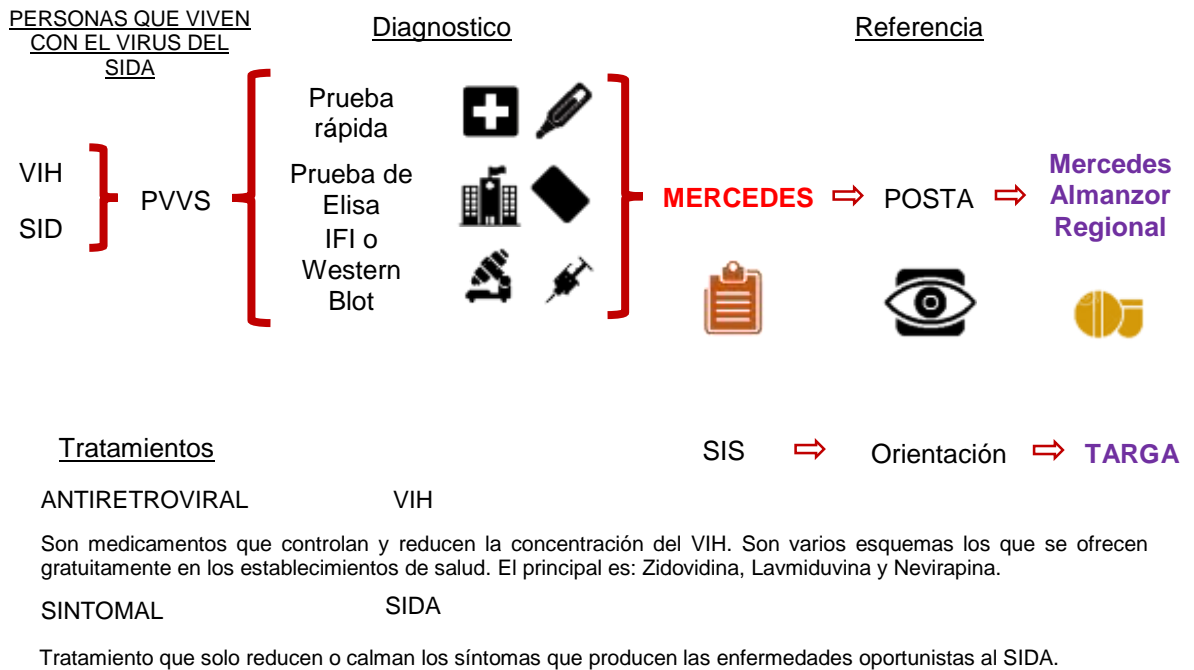
Programas de Vigilancia epidemiológica (Prevención)						
TIPO DE PROGRAMA	AUDIENCIA	INFORMACIÓN	DESARROLLO DE HABILIDADES	MÉTODOS	SERVICIO	AMBIENTE
Comunidad	Jóvenes	Educación sexual	Social	Política de cuidado	Campaña publicitaria y preventiva	Vallas publicitarias, Almacenes
Escuela	Secundaria	Orientación y Abstinencia	Intrapersonal	Política de Formación	Campaña formativa	Medios publicitarios
Familia	Hogar	Cuidado y control	Tolerancia y apoyo	Terapia familiar	Terapia Psico-emocional	Aulas terapéuticas
Seguimiento de casos	TODOS	Tratamiento	Perseverancia	Seguimiento de caso	TARGA	Tópico y hospitalización

## 2.2. Procedimientos médicos a las personas con VIH

El proceso de atención involucra varios pasos a seguir que pasaremos a detallar:

- a. Cuando un participante llega a la clínica es recibido por el anfitrión, que es una persona de la población HSH. Se le genera la historia clínica con todos sus datos, una vez impresa la historia si el participante pertenece a la población travesti, el personal está obligado a colocar en lapicero el nombre femenino con el que desea ser llamada.
- b. En la zona de recepción se cuenta con un televisor donde se pasa información y sirve como entretenimiento mientras se espera el turno de atención.
- c. Luego el paciente, pasa con la/el consejera/o que le explica los procedimientos y cómo es la atención, evalúa las conductas de riesgo que pueda tener y absuelve todas las preguntas que tenga. Realiza la consejería pre test para la prueba rápida de VIH (Prueba de tamizaje, no confirmatoria), donde le explica qué significa esta prueba. Luego de leerle y explicarle el consentimiento informado para realizarle la prueba de VIH, se le solicita su firma. Obtenida ésta, el participante pasa a laboratorio donde, siguiendo los lineamientos de bioseguridad, se le toma la muestra de sangre para la prueba rápida de VIH y la de RPR para sífilis.
- d. Posteriormente, pasa con el médico quien le explica el procedimiento del examen clínico y le hace referencia de las posibles ITS que puede contraer el paciente de acuerdo a su conducta de riesgo. Se recibe el resultado de RPR para sífilis, se le explica y entrega una copia y si sale positivo se le da tratamiento por tres semanas. Si se encuentra alguna otra ITS también se le dará tratamiento. Dicho tratamiento es gratuito si la clínica cuenta con la medicación, y si no, se le hará la receta para que la pueda comprar en cualquier farmacia.
- e. El paciente regresa con el consejero quien le dará el resultado de la prueba rápida para VIH. Si es negativa se da consejería de reducción de riesgo, y se le entrega condones. Si la prueba es reactiva se le da consejería de soporte y se pasa nuevamente con el médico para que pueda darle mayor información sobre los cuidados de su salud requeridos hasta que reciba la prueba confirmatoria de Western Blot (WB); y posteriormente pasa al programa Pre TARGA (antes del tratamiento para SIDA) donde se le da cita cada 3-6 meses para control médico, CV y CD4. Si su CD4 está muy bajo se le da información sobre el Programa TARGA donde se le brinda medicamentos antiretrovirales para evitar que entre al estadio SIDA.

- f. Finalmente, se evalúa el estado anímico del paciente para hacer una cita de psicoterapia de soporte, pasa con el anfitrión quien después de generar la próxima cita para dentro de tres meses lo despide agradeciendo su visita a la clínica y entregándole folletos con información.<sup>44</sup>



<sup>44</sup> Valdez, B. & Tataje, A. (2012). *Análisis de gestión social y capacidad organizacional de la ONG IMPACTA para atender a la población más vulnerable de adquirir VIH mediante el programa de Atención Médica periódica*. Lima, Perú: Universidad Católica del Perú.

### 2.3. Organizaciones de Servicio de Salud

#### **Respuesta de la sociedad civil**

Existen **ONGs** que vienen proporcionando atención y tratamientos hace varios años. Estrategias de apoyo y soporte a afectados en etapas terminales y apoyo a niños afectados y huérfanos, superando necesidades no cubiertas por el gobierno. Las organizaciones de la sociedad civil (**ONGs y PVVSs**) han desarrollado conocimientos sobre estrategias innovadoras de intervención en promoción y prevención a distintas poblaciones focalizadas.

En estos últimos años la sociedad civil, integrada por ONGs, por las organizaciones de personas viviendo con VIH y SIDA, las organizaciones de las poblaciones clave expuestas a un mayor riesgo de infección, y las universidades, entre otros, han continuado participando de los esfuerzos colectivos en la lucha contra la epidemia del VIH, a través de diversos programas y proyectos implementados en el país, tanto para la prevención y control de las infecciones por VIH, como para la atención y tratamiento de los afectados. Su involucramiento también es una fortaleza en la respuesta a la epidemia en el país.

La participación de las organizaciones de las poblaciones consideradas como vulnerables aún es limitada, consecuencia de un proceso de organización aún progresivo. El Movimiento Homosexual de Lima (MHOL) aparece intermitentemente; así como la Red de Trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Dignidad y la Red de Trabajadoras Sexuales viviendo con VIH Santa Micaela. Mientras que la Red que agrupa a mujeres por el movimiento de reconocimiento lésbico está ausente, al igual que la Red LGTB que asocia a Lesbianas, Gays, Transgéneros y Bisexuales.

La implementación de una respuesta nacional multisectorial a la epidemia de VIH también ha incluido la participación de diversas entidades de cooperación internacional, las cuales han impulsado una serie de intervenciones y logros en la lucha contra la epidemia. Se tiene a los programas del FM que han impulsado un amplio espectro de intervenciones de prevención y control del VIH, tanto en grupos poblacionales clave de mayor riesgo de exposición, como en la población general, incluyendo gestantes, escolares y adolescentes.

En general se aprecia poco interés de Grupos vulnerables HSH de organizarse e involucrarse en la problemática, lo cual se presenta como una debilidad.

ONGs:

- El Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO)
- Acción en SIDA
- **El Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES).**
- **LGBT , “ALMA”**
- **Viviendo en Positivo**
- **Vía Libre**

### **Organizaciones Religiosas**

Y en África, es muy significativa la creación en 2002 de AJAN (African Jesuit AIDS Network: [www.jesuitaids.net](http://www.jesuitaids.net)), la red jesuita de apoyo al Sida en África. Entre otras cosas se dedica a: prevenir la difusión del VIH aumentando el conocimiento sobre el virus en parroquias y escuelas; luchar contra el estigma y la discriminación que sufren los enfermos; el cuidado pastoral y físico de estos así como de los huérfanos.

Desde el sector de las Iglesias o Comunidades Ínter confesionales, la Conferencia Episcopal Peruana (Iglesia Católica Romana), a través de la Pastoral de Salud (DEPAS) ha generado corrientes de sensibilización hacia las PVVS y sus familias.

A través de las actividades del Proyecto del Fondo Mundial, liderado por el Centro Parroquial Ecueménico Rosa Blanca de la Iglesia Anglicana, se ha fortalecido a las organizaciones de las PVVS para que participen activamente en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA que lleva adelante el país.

### **Categorías en la atención del sector salud**

Conjunto de Establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.

Constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutoria cualitativa y cuantitativa de la oferta.

Este tipo de organización, se sustenta en la comprobación empírica de que los problemas de salud de menor severidad tienen mayor frecuencia relativa que los más severos, y viceversa. Es así que de acuerdo al comportamiento de la demanda, se reconocen tres niveles de atención:

Primer Nivel: Donde se atiende el 70-80% de la demanda del sistema. Aquí la severidad de los problemas de salud plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos. En este nivel, se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

Segundo Nivel: Donde se atiende el 12 al 22 % de la demanda, portadora de necesidades de salud que requieren atención de complejidad intermedia.

Tercer Nivel: Donde se atiende el 5 al 10% de la demanda, la cual requiere de una atención de salud de alta complejidad con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación.

### Categorización

Es el proceso conduce a homogenizar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

En este proceso no se debe considerar los elementos que indiquen tamaño, ya que éstos dependen del volumen de las necesidades de salud de la población, lo que es variable según la realidad sanitaria local.



Es importante distinguir este proceso de otros, como el de acreditación, ya que en este momento se hace una valoración de la capacidad resolutive cualitativa de los establecimientos frente a las necesidades de salud y no una evaluación de la estructura, procesos ni de los resultados obtenidos y menos aún de la calidad de los mismos. (Ver tabla n°17) <sup>45</sup>

### **Respuesta del sector salud**

Al Ministerio de Salud (MINSA) le corresponde el ejercicio de la rectoría en salud del país, siendo el responsable de establecer las líneas de acción y las normas que guían la respuesta nacional para el control de la epidemia de VIH en el país.

Desde el año 2004, la “Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA” (ESNPyC ITS-VIH/SIDA) es la responsable de diseñar, normar y gestionar las acciones de lucha contra el VIH y SIDA a nivel nacional y regional. Su organización fue producto de una secuencia de cambios en la organización ministerial, desde un programa vertical (PROCETSS) con ejercicio de poder hacia una estrategia nacional operante pero disminuida en la toma de decisiones, lo que produjo en su momento que algunas estrategias de prevención y control de la epidemia de VIH fueran interrumpidas, y que algunos procesos tomaran más tiempo en adecuarse al cambio; por ejemplo a nivel del sistema de información.

Las acciones de la ESNPyC ITS-VIH/SIDA fueron fortalecidas a partir del 2004, con el ingreso al país del Programa de II Ronda del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, que brindo financiamiento para actividades de prevención y control de la epidemia, así como para la implementación del TARGA a nivel nacional, y gracias al trabajo conjunto intersectorial, se han logrado significativos avances en la lucha contra la epidemia del VIH en el país.

A nivel normativo y de planificación, en el 2010 se estableció el Plan Estratégico Multisectorial 2011-2018 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú

---

<sup>45</sup> Dirección General de Salud. (2015). *Categorías de Establecimientos de Sector Salud*. Lima, Perú: MINSA.

(PEM), el documento señala los objetivos estratégicos y las intervenciones más eficaces para la prevención y control de las ITS-VIH/SIDA dada las características de la epidemia en el país, y que ha guiado las acciones de lucha contra la epidemia del VIH los últimos años.

A fines del año 2011, el MINSA con participación de diversos actores, realizó un primer balance del PEM. Se consideró que el PEM ha permitido la continuidad de algunas acciones de control y prevención en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, como las mujeres trans-genero, los gays, bisexuales (TGB)/HSH y TS. Entre estas, se señalaron las siguientes:

- Continuidad de la estrategia de Promotores Educadores de Pares (PEPs) de TGB/HSH y TS, Atención Médica Periódica (AMP), Centros de Referencia de ITS/VIH y SIDA (CERITS) y Unidades de atención médica periódica (UAMP).
- Certificación y apertura de nuevos CERITS y UAMP a iniciativa de gobiernos regionales y municipales.
- Implementación de pruebas de monitoreo a personas viviendo con el VIH.
- Mejora en el acceso al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

Sin embargo, también se observaron deficiencias en la implementación, la mayoría relacionadas con la calidad de atención en los servicios de salud:

- Problemas entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y usuarios para acceder a medicamentos VIH y SIDA.
- La compra de TARGA no funciona adecuadamente, generándose desabastecimientos periódicos, así como falta de medicamentos TARGA en presentación adecuada para niños.
- Desabastecimiento de condones, lubricantes e insumos para prevención en TGB/HSH y TS.
- Poco acceso a medicamentos para infecciones oportunistas.
- Exigua cobertura en prevención y atención a TGB/HSH y TS.
- Estigma y discriminación en los centros de salud por parte personal de salud.
- Falta atención a mujeres con VIH en Salud Sexual y Reproductiva (SSR).<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Situación Epidemiológica del VIH. En *Conocimiento, actitudes y autopercepción de los varones de 15 a 59 años sobre el VIH e ITS (69-81)*. INEI, ONUSIDA y UNFPA. (2010). Lima: Editorial, INEI.

Tabla 15: Atenciones preventivas contra el VIH recibidas por las poblaciones clave

<b>Acciones Preventivas</b>	<b>H.S.H</b>	<b>T.S Varones</b>	<b>T.S Mujeres</b>
Número de atendidos en el establecimiento	16155	2053	24138
Número de tamizados para VIH mediante prueba rápida	17448	2077	25108
Número de tamizados para VIH mediante prueba de ELISA	1370	247	2570
Número de consejerías PRE –Test	19342	2491	32979
Número de consejerías POST – Test	18841	2276	26535
Número de condones entregados en AMP, pre y post Test	1987527	515043	4915917
Número de condones entregados en intervenciones de PEPs, campañas y otros	2321369	109696	1357192

Fuente: Hoja de Monitoreo de la ESNPyC ITS-VIH/SIDA – Ministerio de Salud.

Tabla 16: Centros de Referencia (CERITSS/CERITS) y Unidades de Atención Médica Periódica (UAMP)

DISA/DIRESA	UAMP	CERITSS/CERITS
Lambayeque	La victoria II	Centro de salud José Olaya
	Belén	
	Ferreñafe	

Fuente: ESNPyC ITS-VIH/SIDA – Ministerio de Salud

### Inversión en VIH

El año 2011 se realizó en el país la Medición del Gasto Nacional en SIDA (MEGAS), el cual fue evaluado según las fuentes de financiamiento y según las categorías de gasto relativo al SIDA para el periodo 2005 a 2010.

Se observó que los fondos provenientes del sector público e internacional han tenido una tendencia creciente hasta 2009, pero para 2010 se redujeron en un 38% para el sector público y en 58% para el sector internacional. En cuanto al sector privado, en el 2010 hay 8% más gasto que en 2009, sin embargo el mayor aporte proviene de los fondos domésticos (gastos de bolsillo).

Respecto a las categorías de gasto, la categoría en la que se ha priorizado el gasto es prevención, que tuvo un incremento hasta 2009, pero para 2010 se ha reducido en 19%. Otra categoría importante en el gasto es la atención y tratamiento, que se ha ido incrementando hasta 2009, pero en 2010 se ha reducido en 49%. (Ver tablas n° 15 y 16)

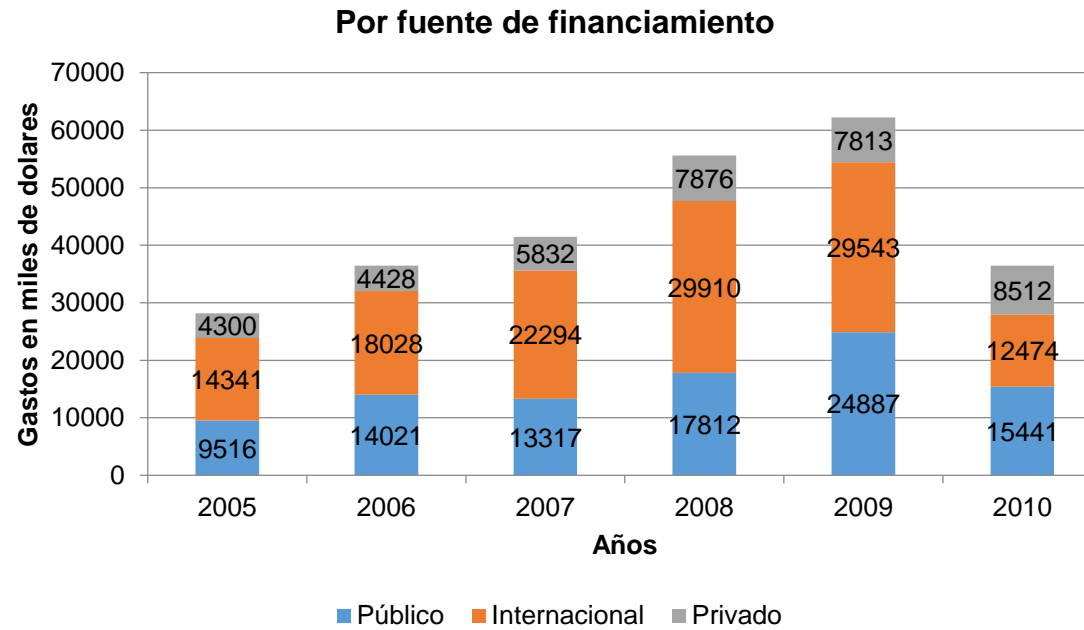
Si se analiza la distribución del gasto en SIDA por categoría de gasto, de acuerdo a la fuente de financiamiento y por año, se observa que el mayor gasto en atención y tratamiento ha sido

realizado con fondos del sector público, los cuales han tenido un incremento hasta 2009, pero en 2010 se ha reducido en 57% respecto al año anterior. La mayor proporción de gastos en prevención se ha realizado con el financiamiento de la cooperación internacional, siguiendo con el sector privado y luego el público. Los fondos del sector privado han sido gastados casi en proporciones semejantes tanto en prevención como en atención y tratamiento.<sup>47</sup>

---

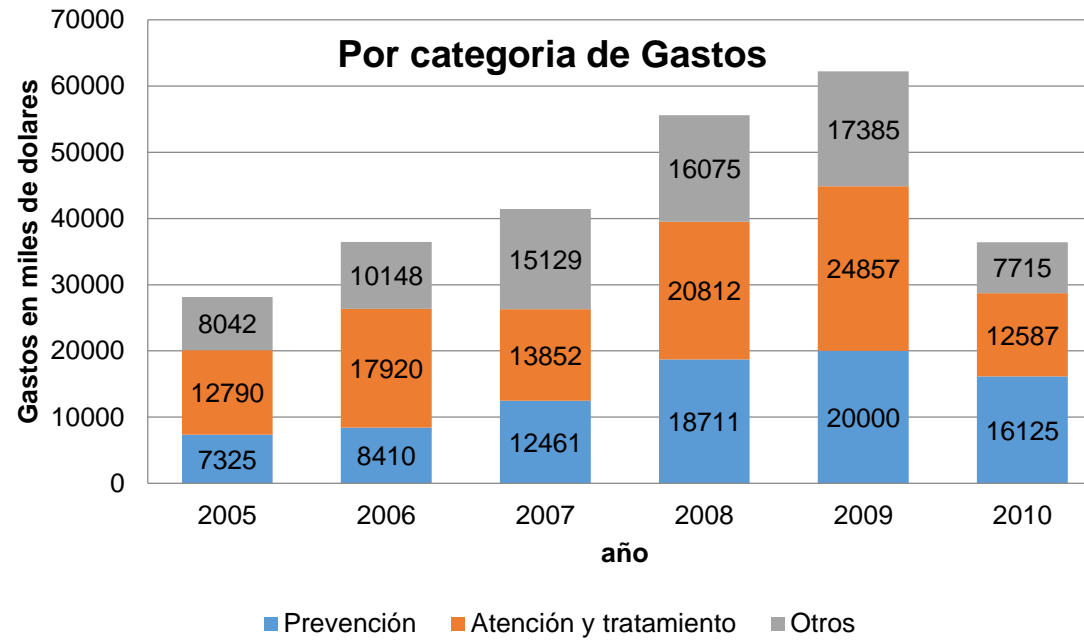
<sup>47</sup> Reyes, M. & Pun, M.. (2015, Noviembre). *Respuesta nacional a la epidemia de VIH. En Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, 2015*(pp. 104-125). Lima, Perú: JB GRAFIC EIRL.

Tabla 17: Gasto en SIDA según fuentes de financiamiento. Perú 2005 - 2010



Fuente: Informe Final de la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), 2011

Tabla 18: Gasto en SIDA según categoría de gasto. Perú 2005 - 2010



Fuente: Informe Final de la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), 2011

Tabla 19: Cuadro comparativo de las diferentes categorías

UNIDADES PRODUCTORAS	Puesta de Salud	P.S con Médico	Centro de Salud	C.S con Internamiento	HOSPITAL I	HOSPITAL II	HOSPITAL III	Institutos Especializados
Salud COM. Y Ambiental	SI	SI	SI	SI	SI			
Consulta externa médica	Itinerante	6 a 12 Hrs	12 Hrs	12 Hrs	12 Hrs	12 Hrs	12 Hrs	12 Hrs
Patología Clínica			SI	SI	SI	SI	SI	SI
Especialidad				Medicina General, ginecología y pediatría	Medicina General, interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía anestesiológica	TODAS LAS ESPECIALIDADES	Además  TODAS LAS SUBESPECIALIDADES	Solo especialidades correspondiente  Al Instituto  Médico



Emergencia					SI	SI		Condicional
Hospitalización					SI	SI		SI
Centro Quirúrgico					SI	SI		Condicional
DX por Imágenes					SI	SI		SI
Hemoterapia						SI		
Anatomía Patológica						SI		SI
Hemodiálisis						General	Especializada	De acuerdo a su especialidad
UCI							SI	
Radioterapia							SI	

<b>Medicina Nuclear</b>							SI	
<b>Trasplante de órganos</b>								SI
<b>Investigación</b>							SI	SI

*Fuente: Documento Técnico Normativo de Categoría*

## Conclusiones

### 3. PREMISAS FAVORABLES Y DESFAVORABLES AL TARGA

Impacto social en el entorno cercano ante los casos de VIH/SIDA y su influencia en el tratamiento.

- Discriminación de las personas que viven con el virus del SIDA.
- Proceso de duelo de las personas que viven con el virus del SIDA.
- Conductas que favorecen a la adherencia.

Aspectos de sensación y percepción en el paciente

- Fases psicológicas
- Ilusión por efecto del visual
- Ilusión por efecto del contexto
- Espacio arquitectónico bajo estos contextos

Análisis de atención médica

- Atención médica por hora
- Número de camas existentes
- Número de personal médico

### 3.1. Impacto social en el entorno cercano ante los casos de VIH / SIDA.

En aras de luchar con éxito la discriminación y la estigmatización causada por el VIH/SIDA, debemos primero comprender cuál es su origen y en qué consisten estos fenómenos. Contrario a la creencia popular, la discriminación y el estigma no son eventos aislados, sino procesos sociales conectados con fuerzas profundamente poderosas y enrasadas dentro de la estructura social. Abordarlas exitosamente, por lo tanto, requiere de esfuerzos para reducir sus diversas formas de expresión y encarar sus causas fundamentales.

¿Pero dónde debemos actuar, y qué debemos hacer?

A nivel comunitario, se precisa de la potenciación del liderazgo y del poder de convocatoria por parte de políticos, líderes informales, personalidades del deporte, estrellas de cine y otros. Esto, junto con el activismo continuado por parte de las personas que viven con, y están afectados por, el VIH/SIDA, hará mucho para desafiar las percepciones, creencias y opiniones discriminantes acerca de la epidemia y de aquellos a quienes afecta.

Las causas que aceleran la depresión son conocidas como estigmatizadores, es decir marcan de manera violenta los derechos de cada persona. El Inadecuado cuidado médico por temor, el aislamiento de la familia, la pérdida de empleo por “contagio” en potencia y afectación en la eficiencia laboral, violencia social y psicológica por la ignorancia e intolerancia y las presiones sociales como comentarios difamadores, “consejos” de cuidado y miedo al contagio.

Nos mencionaba, una persona con VIH, *“Uno no muere tanto por la enfermedad sino por el desamor o el rechazo de la familia o de la sociedad. Por qué lo he visto, yo lo he vivido, que hay personas que mueren por eso. Más que por el desamor que por la enfermedad. Uno (él) realmente se da por vencido, sé que hay personas que luchan que salen de sus casos y hacen aquí, hacen acá; son muy admirables. Pero uno no solo viene aquí hacerse un chequeo, solo quiero esperar; yo recibo tratamiento pero es más que todo para no sufrir tanto (de los síntomas que producen las enfermedades oportunistas).*

*La verdad tengo miedo, tengo miedo a contagiar y eso nadie me lo puede quitar, y todo mundo tiene miedo a contagiarse, hasta los que están contagiados (miedo a contagiar).*

*Realmente aquí te cuidan porque no quieren que tu contagies, no por que busque devolverme la vida.” V.G.T*

Esta pequeña conversación le da la razón a esta gran persona y es aquí cuando ya podemos observar netamente al comportamiento de aquel que vive con el VIH, el temor causado por la sociedad y esto produce mala calidad de vida y somatizaciones que enfermaran más a estas personas. Las terapias psicológicas, emocionales y familiares son tan importantes como los tratamientos TARGA para vencer el “silencio” y permitir tanto adherencia a los tratamientos, devolverle la dignidad a la personas y no solo alargar la vida sino recuperar el color a esa vida.

El bienestar de una persona depende de su salud física y mental. La salud mental puede verse alterada por aspectos externos o internos de la persona. El VIH/SIDA tiene un alto impacto psicológico en las personas, afectando la evolución de la enfermedad y las posibilidades de mejorar ésta.

Cuando una persona se entera que tiene el VIH entra en un proceso de duelo que evoluciona de la siguiente manera:

- Negación, Una persona ha sido informada de su estado seropositivo, sin embargo ella dice estar totalmente sana, dice que el resultado es un error, y no toma ninguna medida al respecto.
- Cólera, Al aceptar su situación, siente mucha rabia, culpa a muchas personas por lo que le está pasando, siente que está sufriendo como nadie más en el mundo, quiere vengarse, no piensa en qué hacer para mejorar la situación.
- Negociación, La persona empieza a aceptar la realidad de su enfermedad, ofrece cambiar su comportamiento (generalmente a Dios), su forma de ser, a cambio de su situación.
- Depresión, Se siente culpable y desdichada. No ve ninguna posibilidad de mejorar la situación, no tiene ganas de hacer nada, no quiere comer, no sale de su casa, no quiere ir al médico, ni buscar ayuda.
- Resolución o Aceptación, es eso, Acepta su situación y decide enfrentarla, busca ayuda y ella misma se ayuda. Hay casos que descubrimos, en el que todo este proceso

emocional se produce en años y a esto se pierde tiempo para inhibir el virus. Así como también llegar a transmitir el VIH a varias personas de manera vengativa y irresponsable.<sup>48</sup>

Una vez que la PVVS acepta su estado y busca ayuda, ésta ha dado un gran paso, ya que ha resuelto su duelo. Sin embargo durante el transcurso de la infección y enfermedad nuevamente pasará por varios estados emocionales desencadenados por motivos internos o externos a la persona. Una PVVS podrá sentir miedo de lo que le pueda pasarle física y psicológicamente y/o de sentirse sola. Sentirá ansiedad como una manifestación de miedo o de impotencia.

Podrá deprimirse y querer dejar atrás el esfuerzo psicológico y económico hecho para frenar su enfermedad, y por lo tanto dejar el TARGA. Esta depresión puede llevarla a tener ideas suicidas. Se sentirá culpable de haber adquirido el VIH, de hacer sufrir a su familia o de la posibilidad de haber contagiado a otras personas. Asimismo puede defenderse con otras herramientas como fantasías sobre su estado (pensar o decir: «en realidad no estoy enfermo, ya me curé») o egocentrismo (piensan que todas las personas que la rodean deben hacer todo por él o ella, exigen atención exagerada de sus familiares o pareja).

Tratándose de una infección que se transmite por la vía sexual, los problemas psicosexuales estarán presentes en la vida de la PVVS desde el primer día que se entera de su estado. Si no nos damos cuenta de éstos y se hace una buena intervención, estos problemas influirán de manera considerable en el estado psicológico de la persona y por lo tanto en la adherencia al tratamiento, así como en la seguridad con la que se va relacionar con otras personas, porque pensará exageradamente en la posibilidad de que les va a transmitir el virus.<sup>49</sup>

Ya conociendo las fases emocionales que presentan estas personas, podemos reconocer el tipo de atención médica que se debe otorgar. El trabajo del terapeuta psicológico, del

---

<sup>48</sup> Villegas, B. & Villanueva, V.. (2015, Noviembre 09). *EXPERIENCIA DEL FAMILIAR CUIDADOR DE LA PERSONA CON CÁNCER TERMINAL- HOSPITAL BASE ALMANZOR AGUINAGA ASENJO - ESSALUD-CHICLAYO -2015*. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán.

<sup>49</sup> Sebastián, J. & Andrade, L. (2014, Mayo 11). *GUÍA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA VIVIENDO CON EL VIH/SIDA*. Lima, Perú: Atenea EIRL.

trabajador social y de las organizaciones no gubernamentales son los encargados de devolver el motivo y la calidad de vida; dándole adherencia a las siguientes conductas:

- Autoreconocer sus emociones; Implica explorar la vida interior de uno mismo lleva a un mayor control y conciencia de cada acto.
- Autoestima; Valorarse a sí mismo conlleva a ser una persona más asertiva y positiva.
- Independencia; La importancia de que la persona que vive con el VIH no se sienta dependiente de otra le permitirá seguir adelante. Es mejor que la misma persona se haga cargo de su propio cuidado personal lo cual llevara a que esta tenga más fuerza para enfrentar los problemas que puedan surgir dentro del tratamiento y su vida cotidiana.<sup>50</sup>
- Relaciones interpersonales; El contacto positivo con el personal de salud, la familia, amigos y otras personas con VIH, hará que uno tome actitudes óptimas para su manejo terapéutico. Por ejemplo, si el médico tratante tiene una buena relación con el paciente, las probabilidades de que cumpla el TARGA son mucho mayores.
- Responsabilidad social y solución de problemas; Participar activamente en la sociedad, sentirse incluido en ella enfatiza la autoestima y hace que la persona se sienta necesaria. Ella debe cumplir su tratamiento por que el bienestar de otras personas y la solución de problemas dependen de ella.<sup>51</sup>
- Flexibilidad; Hablar sobre flexibilidad es hablar sobre tener capacidad de adecuar sus propios emociones, sus pensamientos y comportamientos adaptables con facilidad a situaciones impredecibles.
- Tolerancia a la tensión; Es la capacidad de resistencia ante los eventos adversos y situaciones llenas de tensión, enfrentándolos de manera activa y positivamente.
- Control de impulso: Conocer sus propios impulsos y las causas que lo producen, ayudara a canalizar las reacciones, haciendo estas más prudentes y evitando actitudes negativas a la adherencia al TARGA.
- Optimismo; Se trata de fomentar actitudes positivas que permitan seguir adelante a la persona con VIH y recordar los beneficios de seguir el TARGA; lo cual impulsará

---

<sup>50</sup> *Conociendo sobre VIH, Manual para el personal de salud y médicos de la familia de Cuba. Editorial Pueblo y Educación, Cuba.*

<sup>51</sup> *Norma técnica para la adherencia al TARGA, 2004. MINSA*



a ésta a mantener una adecuada adherencia.<sup>52</sup>

### 3.2. Aspectos de sensación y percepción en el paciente

Pensar la forma arquitectónica dentro de los límites tácticos de lo material, lo físico y lo concreto ha sido el trabajo del arquitecto, tal como se le conoce históricamente desde un saber disciplinar que se instala en lo real, interpretar el lenguaje arquitectónico, entendido como dispositivos culturales, confrontándolos con núcleos de centralidad tales como la razón, la perfectibilidad, la permanencia, la acción de sentidos ha sido igualmente un compromiso de los arquitectos para lograr la adecuación de la forma a sus condiciones funcionales históricas. Antes de poder analizar la sensación y percepción en la arquitectura debemos conocer su concepto y origen conceptual. **La sensación: es la recepción** La sensación se refiere a experiencias inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples. La sensación también se define en términos de la respuesta de los órganos de los sentidos frente a un estímulo. **La percepción: es la interpretación** La percepción incluye la interpretación de esas sensaciones, dándole significado y organización. La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no sólo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro

Dentro de la arquitectura se da a conocer los umbrales sensoriales, ellos se encuentran los absolutos y diferenciales como los umbrales de detección que son: la luz, el sonido, los olores, la textura (tacto). En resumidas cuentas se acepta generalmente que la sensación precede a la percepción y que ésta es una diferencia funcional sencilla; en el proceso sensible se percibe un estímulo "sensación" y se interpreta en una "percepción".<sup>53</sup>

#### Fases de intervención psicológica

Ante el reconocimiento de los problemas, en las personas que viven con el virus del SIDA, causado por el choque emocional podemos marcar objetivos en las que favorezcan su desarrollo en su vida. Por ende, deducimos el tipo de personal médico y de apoyo para ayudar a las PVVS.

---

<sup>52</sup> Alvarez-Gayou Jurgenson, 1998. *Sexualidad en la pareja. El Manual Moderno, México.*

<sup>53</sup> Arieu, P.. (2016, Febrero 15). *Diferencia que Existe Entre la Sensación y la Percepción.* 2016, Diciembre, de Iglesia cristiano Evangelico Sitio web: <https://elteologillo.com/2016/02/15/diferencia-que-existe-entre-la-sensacion-y-la-percepcion/>

A lo que finalizando descubrimos las posibles actividades a desarrollarse y el debido espacio a envolver funciones. Según la guía nacional de atención integral VIH, las fases para el tratamiento psicológico son 3: Inicial, de fortalecimiento en la conducta y de sostenimiento. Que permitirán el desempeño común del paciente y corresponda a la adherencia al TARGA.<sup>54</sup>

Fases Inicial; Se ofrecerá a la persona con VIH una entrevista hasta vencer el silencio, para luego tener una historia psicológica de ésta. Así teniendo en cuenta el estilo de vida y el origen de la transmisión se le ofrecerá una evaluación de conductas y culminando otorgándole la información básica y adecuada para el desarrollo de una rutina adecuada.

Para esta primera fase se necesitara una sala de entrevista privada, una oficina independiente para el trabajo independiente del psicólogo (fuera de las entrevistas y terapias) y un espacio para almacenar las historias y archivos clínicos.

Fase de fortalecimiento de conducta; Se ofrecerá al paciente básicamente orientación y consejo, tanto médico como personal. En definitiva, conversación amical. Enseñándole quizás películas, canciones o imágenes, así como conversaciones exteriores y caminatas. Los espacios requeridos serán dedicados a audiovisuales, de estadías pequeñas, de reposo bajo techo y al exterior, así como paseo en contacto con la naturaleza del entorno.

Fase de sostenimiento; Se formaran grupos de apoyo emocional, tanto con trabajadores sociales, con familiares o amigos, o con las mismas personas con VIH. Teniendo talleres manuales, oficios sencillos, juegos grupales, terapias físicas o ejercicios y días especiales como jueves de películas o el cumpleaños de alguien. Al igual que las 3 primeras fases, los espacios requeridos son simples y sencillos, se necesitara salones para terapias grupales y psicomotrices, así como espacio para actividades audiovisuales.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Master & Johnson, 1996. *Los mundos de la sexualidad*. Grijalbo, Barcelona

<sup>55</sup> Tourette-Turgis, Catherine, 2000. *Infección por HIV y triterapias*.

Para recordar:

1. Las PVVS que no aceptan su condición pueden entrar en periodos depresivos que terminan en intentos suicidas o abandono del TARGA.
2. El sostenimiento de un PVVS depende mucho del apoyo que le brinde la familia y los amigos.

### **Ilusión perceptual por efecto visual**

En la arquitectura se puede implementar las ilusiones ópticas tanto en conjunto como en elementos individuales, esto se logra por medio de las proyecciones, colores, luz, y orientación de la misma, texturas, alturas, engaños no peligrosos para el interpretarte, en el cual se crea una sensación que obliga a la percepción a interpretar de diferente manera.

#### Psicología del color

La psicología del color es un campo de estudio que tiene como objetivo analizar el efecto del color sobre la percepción y el comportamiento humanos. Desde un punto de vista estrictamente médico, sigue siendo una ciencia inmadura en la corriente principal de la psicología contemporánea, considerando que muchas técnicas atribuidas a este dominio pueden clasificarse dentro del campo de la medicina alternativa.

Sin embargo, en un sentido más amplio, el estudio de la percepción de los colores es una consideración común en el diseño arquitectónico, la moda, la señalización y el arte publicitario. Aunque la psicología del color tuvo un impacto en la psicología humana desde la antigüedad, circunstancia simbólicamente expresada y sintetizada.

Entre muchos ejemplos, en la antigua China los puntos cardinales estaban representados por los colores azul, rojo, blanco y negro, reservando el amarillo para el centro.

De igual forma, los mayas de América central relacionaban Este, Sur, Oeste y Norte con los colores rojo, amarillo, negro y blanco respectivamente.

En Europa los alquimistas relacionaban los colores con características de los materiales que utilizaban, por ejemplo rojo para el azufre, blanco para el mercurio y verde para ácidos o disolventes.

Uno de los primeros estudiosos que analizó las propiedades del color fue Aristóteles, que describió los “colores básicos” relacionados con la tierra, el agua, el cielo y el fuego.

Plinio el viejo abordó el tema del color en el libro 35 de *Historia Naturalis*, que constituye un conjunto que puede considerarse el tratado de historia del arte más antiguo que ha llegado hasta nosotros.

En el siglo XIII Sir Roger Bacon registró sus observaciones sobre los colores de un prisma atravesado por la luz, atribuyendo el fenómeno a las propiedades de la materia.

Con posterioridad a éste, entre los siglos XIV y XV, Cennino Cennini escribe el que sería el más famoso tratado de técnicas artísticas en las que hace cuidadosas observaciones acerca de los colores.

Más tarde Leonardo da Vinci clasificó como colores básicos al amarillo, verde, azul y rojo de acuerdo a aquellas categorías de Aristóteles, agregando el blanco como receptor de todos los demás colores y el negro -la oscuridad- como su ausencia.

Recién empezado el siglo XVIII, Isaac Newton plantearía los fundamentos de la teoría lumínica del color, base del desarrollo científico posterior.

De todas formas, el precursor de la psicología del color fue el poeta y científico alemán Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832) que en su tratado “Teoría del color” se opuso a la visión meramente física de Newton, proponiendo que el color en realidad depende también de nuestra percepción, en la que se halla involucrado el cerebro y los mecanismos del sentido de la vista. De acuerdo con la teoría de Goethe, lo que vemos de un objeto no depende solamente de la materia; tampoco de la luz de acuerdo a Newton, sino que involucra también a una tercera condición que es nuestra percepción del objeto. De aquí en más, el problema principal pasó a ser la subjetividad implícita en este concepto novedoso.

Sin embargo, tal subjetividad no radica en los postulados de Goethe, sino en la misma base física del concepto de color, que es nuestra percepción subjetiva de las distintas frecuencias de onda de la luz, dentro del espectro visible, incidiendo sobre la materia.<sup>56</sup>

Hoy en día el estudio más famoso basado en la teoría de los colores de Goethe es Psicología del color, de Eva Heller

### Significado de los colores

- Blanco. El blanco simboliza la pureza, la inocencia, en limpieza. Aunque no se le asocia ningún concepto negativo en la cultura occidental, en las culturas orientales, significa la muerte.
- Azul. El color azul es el que más personas lo definen como su color preferido. Es el color del cielo, del mar, del agua, de la lejanía. Culturalmente, se asocia con el frío. Tiene un efecto relajante. Se dice que el color más frío es el azul verdoso.
- Amarillo. Es el color del sol, del oro y también del azufre. Es un color muy luminoso y, por un lado, nos produce alegría y diversión, pero también se asocia con la traición, con la envidia y con los celos.
- Negro. El negro es el color de la oscuridad, de la noche. En la cultura occidental, se asocia a la muerte, el duelo, el misterio y lo oculto. Por otra parte, es el color que representa la elegancia, el poder. El negro es la ausencia de color.
- Púrpura. El color púrpura era el color más caro de conseguir, se extraía a partir de unos moluscos, y era necesaria una gran cantidad. Era el color casi exclusivo de la realeza y las celebraciones religiosas. El asociamos con el poder, la realeza. Es un color que se encuentra poco en la naturaleza.
- Naranja. Es el color de la diversión y del budismo. Coge propiedades de los colores que lo forman (rojo y amarillo), pero más suavizadas. Se asocia con la fiesta, la seguridad, la excitación y la juventud.
- Verde. El color verde es el color de la naturaleza. Se asocia con el equilibrio, con la naturaleza y con la esperanza. Es un color que nos calma, relaja y hace bajar la tensión arterial.

---

<sup>56</sup> Wendy Dania Diyarza Lima. *La psicología de los colores*. (2012). *Diseño Gráfico BUAP*

## **Ilusión perceptual por efecto del contexto**

Se denomina así al fenómeno en el cual el cerebro se equivoca respecto a una imagen (mayormente en cuanto a tamaño y forma) el error es interpretado ya que la información sensorial que recibe es carreta. Muchas ilusiones surgen cuando el cerebro tiene que hacer interferencias tomando en consideración información que puede resultar contradictoria.

Existen varias teorías respecto a la percepción pero para fines arquitectónicos nos concentrarnos en la Gestalt, es un principio y una escuela, esta escuela promueve la idea de que el todo es más que la suma de sus partes; con ello pretende destacar la importancia de lo que aporta a la percepción el sujeto que percibe, en términos de como organiza la información sensorial.

- Ley Relación-Fondo: Pretende explicar nuestra capacidad de percibir formas y figuras que sobresalen de un fondo.
- Ley de Cierre: Tendencia a unir partes que no están unidas con el objeto de percibir una figura completa.
- Ley de proximidad: Tendencia a agrupar juntos objetos que están próximos, en otras palabras, uno cerca de otro.
- Ley de similaridad: Tendencia a reunir o agrupar objetos que son similares en apariencia
- Ley de continuidad: Tendencia a dar continuidad a figuras discontinuas con el sentido de percibir una totalidad
- Fenómeno PHI: Percepción aparente de movimiento, percepción de que el estímulo se está moviendo
- Ley de Figura-Fondo: Es la mayor fuerza de transcendencia de las expuestas ya que abarca todas las demás
- Ley de experiencia: Esta se basa a través de la experiencia que el individuo obtenga, y como la intérprete.
- Ley de PRAGNANZ: Ley que demuestra la buena forma uy destina común por eso se asocia a la buena forma.

## **Espacio arquitectónico bajo estos contextos**

### Color en la Arquitectura

Basta con abrir cualquier libro o artículo sobre el uso y manejo del color para que aparezcan innumerables recetas más o menos bien logradas. Teniendo a unos que aplican el círculo cromático, otros paleta de color, unos usan modas e ismos; y teniendo otros que usan el color como emoción y liberan una serie de sensaciones para cada tono, calidos, frios, suaves, duras y muchas mas palabras románticas que expresan la sensación que da un color.

El tipo de color que utilicemos en nuestra arquitectura afectará de forma contundente tanto la forma de entender el edificio como de sentirlo. Se ha demostrad que un ambiente decorado con colores fríos como azul, índigo, violeta y verde puede bajar nuestra temperatura y uno con colores cálidos como rojo, naranja o amarillo, características que se acrecientan o reducen con la luz, por lo que la luz y color en la arquitectura deben de ser una combinación perfecta. La iluminación tanto exterior o interior en los edificios determinará de forma contundente a forma de entender el color.

De una persona a otra, la percepción del color es diferente al depender totalmente de la sensibilidad del ojo por lo que volvemos a recalcar que la luz y el color van aparejados, uno sin el otro no pueden vivir.<sup>57</sup>

### Iluminación en arquitectura

El concepto de iluminación arquitectónica como “*espacio modelado por la luz*” debe de ser una de las premisas para el diseño ambiental luminoso más cuidada. La iluminación natural en edificios es uno de los factores ambientales que más condicionan el diseño arquitectónico y constructivo de cualquier edificio. El proyecto de iluminación en arquitectura debe de ser un recurso que hay que gestionar de forma coherente.

---

<sup>57</sup> Bojorque, E. (2011, Semptiembre 23). *Color en Arquitectura*. Cuenca, Ecuador: AZUAY.

Muchos arquitectos a lo largo de la historia han defendido la luz natural como un complemento indispensable en la arquitectura. Aunque existen muchos arquitectos que trabajan con la luz de forma excepcional, como Tadao Ando o desde el afamado Gaudí con su célebre frase... “La arquitectura es la ordenación de la luz; la escultura es el juego de la luz”, Hasta el apodado “maestro de la luz” el arquitecto Henning Larsen.

El mejor ejemplo de luz influyente en la conducta de la personas es la calla Batlló y podemos ver este referente de luminosidad palpable en el vídeo de la Casa Batllo, llamado “Love Casa Batlló” de la productora Nueveojos.

#### Referentes

- El estudio de arquitectura mexicano SPACE realizó un estudio de la iluminación natural sobre la productividad y eficiencia en empresas de cuyos resultados cabe destacar que las personas que trabajan con luz natural son un 20% más rápida y comenten alrededor de un 15% menos de errores.
- El Grupo VELUX con investigadores de diferentes universidad realizaron el estudio “Daylighting, Artificial Lighting and Non-Visual Effects Study for Residential Buildings”, investigaron las secuelas que se produjeron en la vida real de una familia de cuatro miembros tras renovar su casa instalando ocho ventanas de tejado. Evidentemente los datos arrojaron un ahorro energético, en este caso entre un 16-20% pero la novedad la encontraron en los efectos que producía en sus habitantes, un incremento estimado en un 55% los beneficios sobre los efectos no visuales de sus habitantes, afectó de forma directa a la calidad de bienestar y el sueño mejorándolos de forma contundente.<sup>58</sup>

#### Tipos de iluminación arquitectura

En concreto, los tipos de luz en arquitectura que nos podemos encontrar ante un edificio o cualquier construcción son los enumerados a continuación, independientemente de los sistemas de iluminación natural artificiales:

- Luz solar directa (CSH)

---

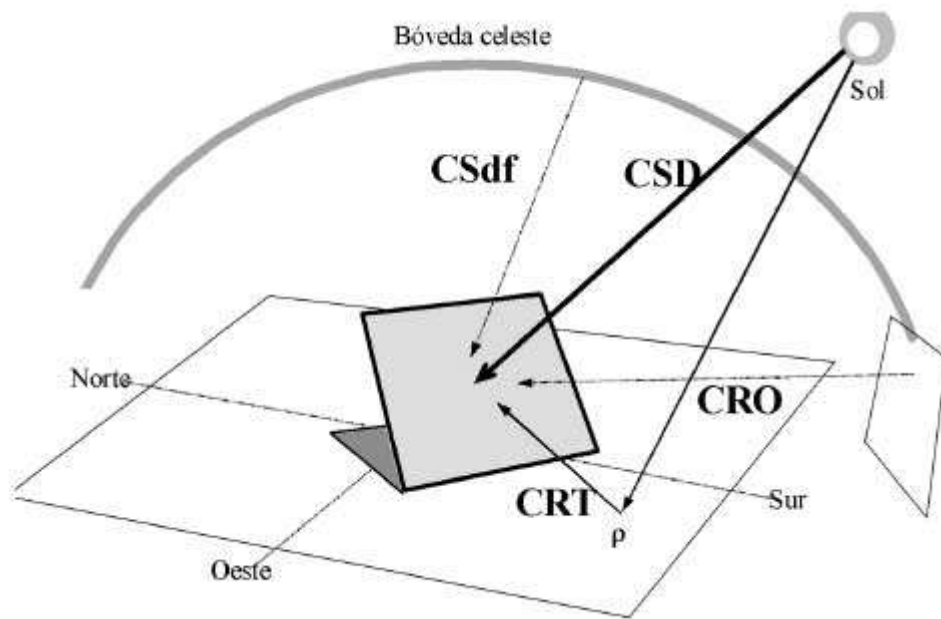
<sup>58</sup> VELUX. (2015, Octubre 21). *Iluminación Natural*. AIA, 143, p.3.



- Luz solar difusa (CSdf)
- Luz reflejada en obstaculos (CRO)
- Luz reflejada del terreno (CRT)

En el gráfico siguiente podemos comprender mejor los tipos de iluminación natural con referencia a los tipos de luz sobre una superficie:

*Ilustración 11: Tipos de Iluminación*



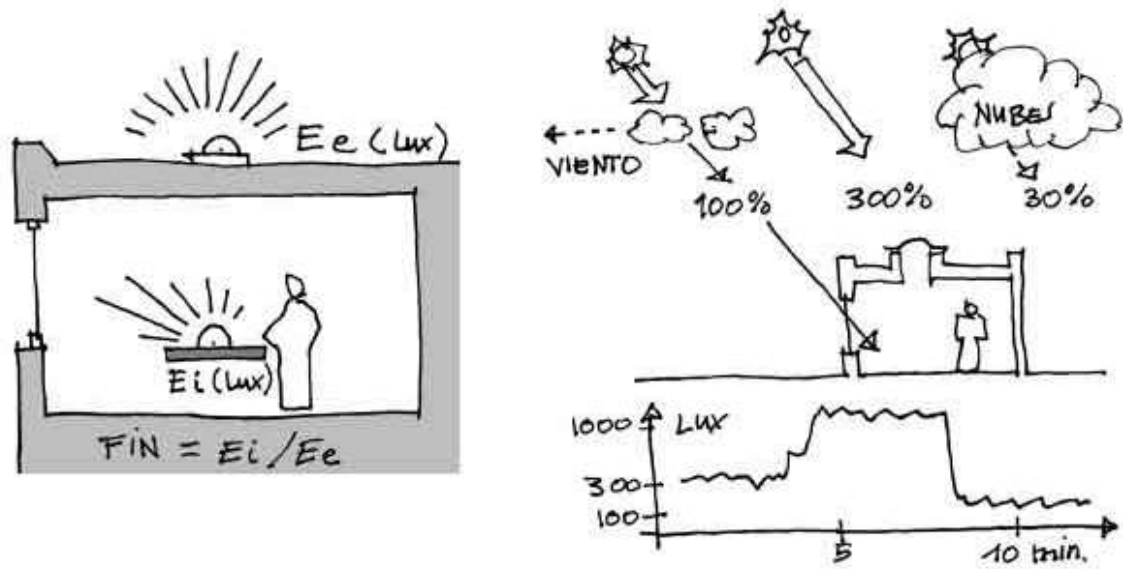
### Rango de niveles de iluminación exterior

Dada la climatología aquí entra la “estabilidad temporal”, el nivel luminoso exterior variará según la hora solar, si bien se pueden dar grandes fluctuaciones con cielos nubosos por el tránsito brusco entre las nubes y claros. Se recomienda limitar la fluctuación del nivel luminoso a un factor de 1/3 respecto al nivel medio (Por ejemplo,  $100 < 300 > 1.000$  lux) en periodos cortos (Segundos). Para mantener estable la luz natural conviene que predomine la

lux difusa captada de la bóveda celeste y evitar la luz solar directa diseñando protecciones solares adecuadas.

Para esclarecer un poco la temática y poder tener una visión global hemos realizado un esquema – infografía de los puntos clave en los rangos y *niveles de iluminación exterior* y la sensación lumínica según los Lux.

Ilustración 12: Intensidad y rango de Iluminación



Fluctuación de la iluminación interior en cielos parcialmente cubiertos.

Exigencia visual	Sensación visual	FIN %	Ei mínimo con Ee = 10.000 lux	Ei máximo con Ee = 100.000 lux
Muy alta	Muy luminoso	>10 %	> 1.000 lux	> 10.000 lux
Alta	Luminoso	6 %	600 lux	6.000 lux
Normal	Normal	3 %	300 lux	3.000 lux
Baja	Oscuro	1 %	100 lux	1.000 lux
Muy baja	Muy oscuro	<0.3 %	<30 lux	<1.000 lux

Valores de FIN recomendados según la exigencia visual.

### RANGO DE NIVELES DE ILUMINACIÓN

Lux	Ambiente	Actividad cómoda
100000	Mediodía pleno sol	Umbral máximo, empieza el dolor por exceso de luz
30000	Día semicubierto	Circulación exterior diurna, paseo
10000	Día cubierto	Actividad excepcional (quirófanos)
3000	Zonas de transición	Actividad muy detallada, iluminación puntual
1000	Interior luminoso	Actividad detallada (cocina, aseo), iluminación zonal
300	Interior medio	Estancia, actividad media, iluminación general diurna
100	Interior bajo	Reposo, actividad baja, iluminación general nocturna
30	Calle iluminación alta	Circulación interior, calle de noche con mucho tráfico
10	Calle media	Calle con tráfico medio, densidad urbana media
3	Calle baja	Calle con tráfico bajo, densidad urbana baja
1	Calle mínima	Aparcamientos o muelles, sólo orientación
0.1	Luz de luna	Necesita periodo de adaptación para orientarse
0.01	Luz de estrellas	Umbral mínimo, oscuridad prácticamente absoluta

Fuente: Manual ICARO

## Iluminación interior

Esta temática implica una serie de conceptos tales como la zonificación de la iluminación, espacios de tránsito ante la luz y el deslumbramiento que la misma provoca ante los ojos. Ante la cantidad de información que representan estos conceptos hemos optado por esquematizar los en la siguiente imagen

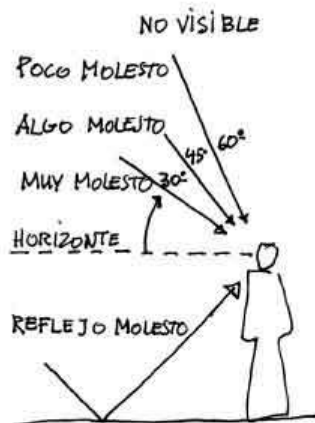
*Ilustración 13: Impacto de la luz natural en un espacio*

### ZONIFICACIÓN Y TRANSICIÓN

Iluminación	Trabajo	Estancia	Circulación
Nivel alto	Tareas detalladas	Tareas activas	Entorno del edificio
Nivel medio	Reunión y relación	Ocio o relación social	Vestíbulo exterior
Nivel moderado	Almacenamiento	Descanso	Distribuidor principal
Nivel bajo	Circulación	Circulación	Circulación interior

Actividad interior	Día	Noche
(Exceso de luz)	3000 lux	1000 lux
Primer plano, actividad detallada	1000 lux	300 lux
Plano medio, actividad media	300 lux	100 lux
Plano general, actividad baja	100 lux	30 lux
(Falta de luz)	30 lux	10 lux

Relación de nivel			Recomendación (lux)
1/1.5	1/2	1/3	Tarea visual
3000			Quirófanos (localizado)
1000	1000	1000	Tareas muy finas
750			Tareas finas
500	500		Dibujo
300		300	Lectura
220	220		Estancia
150			Almacenaje
100	100	100	Circulaciones
75			
50	50		
30		30	Zonas de paso
22	22		
15			
10	10	10	Alumbrado público



*Control del deslumbramiento según el ángulo de incidencia.*

Lux	Actividad interior diurna	Actividad interior nocturna
1000	Primer plano, actividad detallada	(Exceso de luz)
300	Plano medio, actividad media	Primer plano, actividad detallada
100	Plano general, actividad baja	Plano medio, actividad media
30	(Falta de luz)	Plano general, actividad baja

*Fuente: Manual ICARO*

### 3.4. Análisis de atención médica

Según reglamento nacional para los hospitales de nivel II y III, nos dan a conocer los mínimos correspondientes en rendimientos, número y calidad. Por ejemplo el número mínimo de camas, pacientes, personal médico, etc. Para ello debemos de mencionar que un médico en un hospital de nivel II atiende a 4.5 personas por hora y en un hospital de nivel III e institución especializada, 4 personas por hora. Teniendo un promedio de 15 minutos de atención y/o consulta por cada paciente.

Así como tener 2 consultorios médicos funcionales por cada consultorio físico que se tiene, y en ellos cada paciente debe tener un promedio de 4 atenciones por cada 6 meses en un Hospital II y siendo 10 atenciones anuales en los Hospitales III. Ya sea seguimiento, diagnóstico, consulta y tratamientos.

También, el servicio de laboratorio se parametra, teniendo 7 atenciones en exámenes por cada 10 visitas al centro médico; y un promedio de permanencia de 6 días de estadía por cada persona que egresa a hospitalización. Y 9 días de estancia por cada egreso que hubiese en un Hospital III.

En lo cual, diariamente se cambiaría las camas, en cualquier de todos los niveles de atención en los centros médicos.

En la ocupación de las camas, el reglamento nos menciona que el 80% de camas en una institución deben ser ocupadas por “equis” días en la que el paciente se estabilizara. Y por cada 3 egresos, aproximadamente, debería existir una cama realmente desocupado

Recordar, que el temor es la principal razón del descuido médico y en la que se estandarizado un 7 % de pacientes con infecciones intrahospitalarias por cada un egreso independiente.

Por ejemplo, El hospital Las Mercedes sufre de una sobrepoblación que se traduce en 240 camas que no abastecen a todos los servicios y también 140 camas que posee el hospital Regional de Lambayeque.

800 pacientes atendidos a diario, 104 personas médicas especializada y consultorios paupérrimos.

El hospital tiene operativas 30 especialidades clínicas y además de los 104 especialistas, 70 enfermeras y 300 técnicos de salud, que se encargan de asistir a los pacientes durante los procedimientos de atención. En el Cuerpo Médico del hospital se encuentran agremiados 92 galenos, de los cuales 14 son ginecólogos, 10 pediatras, nueve médicos generales, seis cirujanos generales, cinco traumatólogos, cuatro anesthesiólogos, tres cirujanos pediátricos,

tres dermatólogos, tres internistas, dos oftalmólogos, dos otorrinolaringólogos, dos urólogos, dos psiquiatras y dos radiólogos. A ellos se suman un cardiólogo, un cirujano oncólogo, un neumólogo, un especialista en medicina física, un oncólogo clínico, un intensivista, un cirujano plástico, un nefrólogo, un reumatólogo, un neurocirujano, un gastroenterólogo, un patólogo, un cirujano cardiovascular y un neurólogo. Justamente la mayoría de estos profesionales forman parte de los médicos que se han plegado a la huelga indefinida que hace más de 107 días mantienen los galenos en el país, situación que desde luego agudiza aún más la falta de profesionales especialistas en el centro asistencial de mayor afluencia en la región, pero que además tiene carácter de referencial, pues a este llegan pacientes de toda la región nororiente. La carencia de recursos humanos es a nivel nacional y este problema se origina por la falta de médicos especialistas. Todos los hospitales, también en Lambayeque, se ven en la necesidad de prestar especialistas.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Anónimo. (2014, Agosto 28). EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES: SOLO HAY 104 ESPECIALISTAS PARA 24 MIL PACIENTES AL MES. *Semanario Expresión*, p. 18.

N° casos diarios atendidos	N° casos atendidos al mes	N° camas en el Hospital las Mercedes	N° camas en el Hospital Regional de Lambayeque
800 pacientes	24000 pacientes	240	140

**104 especialistas para 24,000 pacientes al mes**

### CÁLCULO DE CAMAS POR SERVICIO

Fórmulas para calcular las unidades expuestas en la Unidad Especializada.

#### Fórmulas por utilizar:

- **Días cama disponible (DCD)** Indica el tiempo en días, que un hospital especializado en VIH-SIDA tiene disponible para encamamientos, durante los 365 días del año, en función al número de camas del mismo.
- **D.C.D.**= Número de Camas x 365 Días      **D.C.D.**= 87,600 cama/año
- **Días cama ocupado (D.C.O)** Indica el tiempo en días, que un hospital mantuvo ocupada el área de encamamientos. Se calcula en función del número de egresos anuales y del promedio de días estancia observado o recomendado.

\*El tiempo de estancia recomendado en VIH-SIDA es 15 días.

- **D.C.O.** = Egresos x Promedio de Días-Estancia

## Conclusiones



#### 4. TRATAMIENTO Y CONTROL CONTRA EL VIH Y EL SIDA

##### Atención VIH/SIDA por niveles de servicio

- Atención del VIH/SIDA según niveles de atención médica.
- Esquema de las fases del VIH
- Servicios en un centro médico de categoría III

##### Tratamientos antirretrovirales

- Profilaxis.
- TARGA.
- TARSA, TARMA y tratamiento sintomático.

##### Instituciones que prestan servicio de atención médica a personas con VIH/SIDA

- Hospitales
- Centros médicos
- Instituciones privadas y ONGs

##### Critica comparativa

- Número de casos según centros médicos
- Ambientes existentes dedicados al trato del VIH/SIDA

#### 4.1. Atención VIH/SIDA por niveles de servicio

### **FASES / ETAPAS DEL VIH**

El VIH causa cambios sutiles en el sistema inmunológico mucho antes de que la persona se sienta enferma, los doctores nombran a estos cambios “enfermedad por VIH” para abarcar desde la infección inicial hasta el desarrollo del SIDA (que también se llama “enfermedad avanzada por VIH”). (Ver Ilustración n° 16)

Hay tres fases de infección por el VIH:

- **Infección aguda por el VIH**

La infección aguda por el VIH es la etapa más temprana de infección por ese virus y, por lo general, se manifiesta en un lapso de 2 a 4 semanas después de que la persona ha contraído esa infección. Durante esta fase, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos (células CD4 o linfocitos CD4) del sistema inmunitario que luchan contra la infección. El VIH se puede transmitir durante cualquier fase de infección, pero el riesgo es mayor durante la fase aguda.

- **Infección crónica por el VIH**

La segunda fase es la infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica.) Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo pero en concentraciones muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras. Sin tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en 10 años o más, aunque ese período puede ser menor en algunas personas.

- **SIDA**

El SIDA es la fase final de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con

infecciones que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano.) A las personas con el VIH se les diagnostica SIDA cuando tienen un recuento de linfocitos (células) CD4 de menos de 200/mm<sup>3</sup>, presentan una o más infecciones oportunistas, o ambas cosas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años.<sup>60</sup>

## **ATENCIÓN EN VIH-SIDA POR NIVELES DE ATENCION**

- a. **La atención domiciliaria (AD)**, para promover la calidad de vida y reducir la atención hospitalaria, se utiliza en muchos países, especialmente donde los servicios de salud pública están sobrecargados. Los objetivos de esta revisión fueron evaluar los efectos de la AD en la morbilidad y mortalidad en pacientes con VIH/SIDA. Se realizó una búsqueda exhaustiva de ensayos clínicos de AD incluidas todas las modalidades de tratamiento, atención y apoyo ofrecido en el domicilio. (Ver Tabla n° 18)

La enfermería domiciliaria intensiva mejoró significativamente el conocimiento auto-informado del VIH y de las medicaciones, y el cumplimiento farmacológico auto-informado.

El tratamiento integral de casos por equipos trans-profesionales en comparación con la atención habitual de las enfermeras de atención primaria no exhibió diferencias significativas en la calidad de vida después de seis meses de seguimiento ni en el período de tiempo promedio del servicio. La nutrición parenteral total domiciliaria no tuvo repercusiones significativas en la supervivencia global ni en la tasa de rehospitalización.<sup>61</sup>

- b. **La categoría del primer nivel de atención**, es responsable de satisfacer las

---

<sup>60</sup> InfoSIDA. (2016, Abril 10). *Visión general de la infección por el VIH. 2016, Septiembre*, de Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Sitio web: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/print/19/1/1>

<sup>61</sup> Young, T. & Busgeeth, K.. (2012, Enero 20). *Atención domiciliaria para disminuir la morbilidad y mortalidad en pacientes con infección por VIH/SIDA. 2016, Noviembre*, de Cochrane Sitio web: <http://www.cochrane.org/es/CD005417/atencion-domiciliaria-para-disminuir-la-morbimortalidad-en-pacientes-con-infeccion-por-vihsida>

necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana.

#### Característica

- Pertenece al primer nivel de atención.
  - Para el Caso del Ministerio de Salud, corresponde a un PUESTO DE SALUD. Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado
  - Es parte de la Microrred de Salud, articulándose con los otros establecimientos de salud, para resolver los problemas sanitarios de su ámbito.
  - El Puesto de Salud contará como mínimo, con un Técnico de Enfermería (debidamente capacitado) y puede adicionalmente contar con una Enfermera y/o Obstetriz.
  - En los casos en los cuales no exista disponibilidad del Recurso Humano calificado, la Microrred asumirá la responsabilidad de proveer los servicios mediante atenciones itinerantes.
- c. **El segundo nivel de atención**, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas que puede ser medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

#### Característica

- Pertenece al segundo nivel de atención de salud.
- Para el Ministerio de Salud esta categoría corresponde al Hospital II
- En el Sector Público, no tiene población asignada directa, sino población referencial regional de las redes y establecimientos de categoría II -1 de su jurisdicción.
- La cantidad de recursos humanos será establecida con precisión en función a la demanda.

- Esta categoría de establecimiento de salud, contará como mínimo con los siguientes recursos humanos del nivel profesional, técnico y auxiliar.
- d. **Tercer nivel de atención**, de ámbito nacional que propone normas, estrategias e innovación científico tecnológica en un área de la salud o etapa de vida a través de la investigación, docencia y prestación de servicios de salud altamente especializados que contribuye a resolver los problemas prioritarios de salud.<sup>62</sup>

## SERVICIOS EN UN CENTRO MÉDICO DE CATEGORÍA III

### 1. Consulta externa

Área funcional dedicada a satisfacer las demandas de salud de los usuarios mediante actividades de atención ambulatoria de alta especialidad.

- Recursos. Cuenta con médicos de las cuatro especialidades básicas, de especialidades médico quirúrgicas, de sub especialidades y de otros profesionales de la salud especializados.
- Infraestructura. Áreas específicas destinadas a la atención de consulta externa según especialidades y sub especialidades de los profesionales de la salud que la brindan y de acuerdo a criterios establecidos.
- Equipamiento. Se deberá contar con mobiliario, equipo e instrumental necesario de acuerdo a las especialidades y sub especialidades.
- Organización.
- La consulta externa deberá brindarse en turnos programados de acuerdo al volumen y características de la demanda para cada especialidad y sub especialidad.
- Capacidad Resolutiva. Consulta Médica en las especialidades y sub especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia; así como en Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriatria, Hematología, Infectología, Medicina Física y Rehabilitación, Neumología, Neurología, Nefrología, Psiquiatría, Reumatología, Cirugía Oncológica, Cirugía

---

<sup>62</sup> Podesta, L., Huacoto, A., Aguirre, A. & Almeyda, J.. (2016, Julio 27). NORMA TÉCNICA CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SECTOR SALUD . Lima, Perú: Ministerio de Salud.

Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Cirugía de cabeza y cuello, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Urología y otras. Consultas especializadas de otros profesionales de la salud.

## **2. Emergencia**

Área funcional organizada para la atención especializada de urgencias o de emergencias y la referencia a otro establecimiento de salud según corresponda.

- Recursos. Cuenta con emergenciólogo y un equipo profesionales de la salud especializados.
- Infraestructura. Área específica destinada a la atención inmediata de
- Emergencias. Cuenta con una Unidad de Reanimación o Shock Trauma y Sala de Observación diferenciada
- Equipamiento. Se deberá contar con mobiliario, instrumental, medicamentos e insumos necesarios para garantizar la atención inmediata de los pacientes en peligro de muerte inminente.
- Organización. La atención deberá brindarse durante 24 horas, garantizando la disponibilidad de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento permanente.
- Capacidad Resolutiva. Atención altamente especializada de emergencias con el nivel tecnológico necesario para brindar reanimación cardiorrespiratoria avanzada.

## **3. Hospitalización**

Área funcional destinada a brindar servicio de hospitalización en camas diferenciadas por sexo en especialidades de Medicina, Pediatría, Gineco- Obstetricia, Cirugía y otras para recibir manejo médico o quirúrgico.

- Recursos. Cuenta con un equipo integrado por médicos de las diferentes especialidades y sub especialidades, profesionales de enfermería capacitada, así como de otros profesionales de la salud, técnicos y auxiliares de enfermería.
- Infraestructura. Áreas específicas destinadas a la hospitalización de los pacientes, diferenciada por sexo y especialidad.
- Equipamiento. Se deberá contar con camas disponibles y mobiliario para la hospitalización de los pacientes que garantice su estadía y atención. El número de camas dependerá del volumen de la demanda.

- Organización. La hospitalización deberá garantizar el cuidado permanente y adecuado de los pacientes las 24 horas del día garantizando la disponibilidad de los servicios de diagnóstico.
- Capacidad Resolutiva. Atención, cuidados, procedimientos médicos, quirúrgicos y de enfermería altamente especializados requeridos por los pacientes hospitalizados.

#### **4. Epidemiología**

Área funcional, donde se realizan las actividades de epidemiología hospitalaria.

- Recursos. Cuenta con médico especialista o profesionales de la salud con estudios de post grado (maestría o PREC) y con un equipo técnico multidisciplinario capacitado.
- Infraestructura. Áreas específicas destinadas a realizar actividades administrativas, de investigación y control epidemiológico.
- Equipamiento. Se deberá contar equipos informáticos y medios de comunicación para procesamiento de información y comunicación inmediata de notificación epidemiológica.
- Organización. La organización deberá garantizar la oportunidad de la información y la prevención de cualquier daño o riesgo.
- Capacidad Resolutiva. Vigilancia y prevención de infecciones intrahospitalarias, manejo de residuos sólidos y hospitalarios, vigilancia de accidentes laborales y enfermedades profesionales, recomendando las medidas correspondientes para su control.

#### **5. Centro Quirúrgico**

Área funcional organizada para la realización de intervenciones quirúrgicas con las mayores garantías de asepsia quirúrgica y dotación tecnológica.

- Recursos. Cuenta con médico anesestesiólogo, médicos especialistas y sub especialistas, según sea el caso quirúrgico asistido por profesionales de enfermería capacitados y con el apoyo de otros profesionales y técnicos de salud debidamente entrenados.
- Infraestructura. Área específica destinada a la realización de las intervenciones quirúrgicas cumpliendo con los estándares técnicos definidos para tal fin. Cuenta con quirófano general, especializados.

- Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipos, instrumental, necesario para garantizar el adecuado procedimiento quirúrgico correspondiente y sus posibles complicaciones
- Organización. El servicio deberá garantizar la disponibilidad de la sala operaciones mediante turnos diurnos, nocturnos y retenes, así como de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento las 24 horas del día.
- Capacidad Resolutiva. · Intervenciones quirúrgicas que requiere de procedimientos de anestesia local, regional y general. Se realizarán las intervenciones quirúrgicas según la Directiva de Clasificación de Procedimientos Quirúrgicos del MINSA, incluyendo los trasplantes.

## **6. Centro Obstétrico**

Área funcional, donde se monitoriza y atiende el parto de alto riesgo así como del recién nacido de alto riesgo y puérperas complicadas.

- Recursos. Cuenta con médico Gineco-obstetra, neonatólogo y un equipo de profesionales de la salud especializados.
- Infraestructura. Áreas específicas destinadas al monitoreo y la atención del parto, de acuerdo a las normas establecidas:
  - ✓ Área de evaluación
  - ✓ Área de Monitoreo Fetal
  - ✓ Área de dilatación.
  - ✓ Área de atención de partos.
  - ✓ Área de atención del recién nacido.
  - ✓ Sala de puerperio inmediato o alojamiento conjunto
- Equipamiento. Cuenta con mobiliario, equipo e instrumental, necesario para la monitorización y atención segura del parto, recién nacido inmediato y puérpera inmediata.
- Organización. Deberá garantizar la atención durante las 24 horas del día, asegurando la disponibilidad de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
- Capacidad Resolutiva. Atención de partos distócicos y atención inmediata del recién que pueda requerir de Unidad de cuidados intensivos neonatales.

## **7. Esterilización**



Área funcional organizada para la realización de procedimientos de esterilización de los materiales e insumos mediante medios físicos (con calor seco y húmedo) y químicos (líquido, gas y plasma) .

- Recursos. Cuenta con profesional de enfermería y técnicos capacitados.
- Infraestructura. Área específica para los procedimientos de preparación de materiales, esterilización y almacenaje.
- Equipamiento. Cuenta con equipos para la esterilización física y química.
- Organización. Se deberá garantizar la disponibilidad de material estéril para los procedimientos médicos y quirúrgicos pertinentes.
- Capacidad Resolutiva. Esterilización de materiales e insumos mediante medios físicos (con calor seco y húmedo) y químicos (líquido, gas y plasma).

## **8. Farmacia**

Área funcional encargada de la dispensación y almacenamiento de medicamentos e insumos de acuerdo a la complejidad del establecimiento.

- Recursos. Cuenta con químico farmacéutico y técnicos de farmacia.
- Infraestructura. Área específica para la dispensación y almacenamiento de los medicamentos e insumos según las especificaciones de la DIGEMID.
- Equipamiento. Se deberá contar con mobiliario para la dispensación y conservación adecuada de los medicamentos e insumos.
- Organización. La atención deberá garantizarse durante las 24 horas del día.
- Capacidad Resolutiva. Se tendrá la capacidad para atender los requerimientos de medicamentos e insumos de acuerdo al petitorio correspondiente a su complejidad. Se podrán realizar las preparaciones de compuestos farmacológicos seguros de acuerdo a las prescripciones correspondientes.

## **9. Medicina de Rehabilitación**

Área funcional destinada al restablecimiento de los pacientes que presentan alguna alteración física o discapacidad temporal o permanente.

- Recursos. Cuenta con médico especialista en medicina de rehabilitación, tecnólogos médicos del área, terapeuta de lenguajes y otros profesionales afines.
- Infraestructura. Área específica para la rehabilitación de los pacientes según discapacidad y edad (adultos y niños).
- Equipamiento. Se deberá contar con los equipos que faciliten los procedimientos de rehabilitación y terapia respectiva.
- Organización. La atención deberá garantizarse diariamente.
- Capacidad Resolutiva. Procedimientos destinados a recuperar las funciones físicas, mentales y/o sensoriales pérdidas o disminuidas y minimizar las discapacidades consecuentes de algún daño, injuria o privación de estímulos.

#### **10. Diagnóstico por Imágenes**

Área dedicada a la ejecución y procesamiento de los estudios realizados por métodos de radiación y/o ultrasonido organizada de manera apropiada para garantizar la calidad y oportunidad de sus resultados de apoyo al diagnóstico de las especialidades respectivas.

- Recursos. Cuenta con Radiólogo y tecnólogo médico en radiología.
- Infraestructura. Área específica y segura para la toma de placas radiográficas o ecografías, de acuerdo a las normas establecidas por el IPEN.
- Equipamiento. Se deberá contar con los equipos adecuados para realizar los procedimientos de diagnóstico por imágenes que garanticen la seguridad del paciente y del trabajador.
- Organización. La atención deberá realizarse las 24 horas.
- Capacidad Resolutiva. Se realizan exámenes radiológicos altamente especializados, estudios ecográficos, tomografías y procedimientos de radiología intervencionista.

#### **11. Patología Clínica (Laboratorio)**

Área funcional de apoyo al diagnóstico en el que se toma, recibe, procesa, emite y valida resultados de los exámenes o ensayos de sangre y fluidos corporales previamente establecidos según su nivel de complejidad.

- Recursos. Cuenta con patólogo clínico, tecnólogo médico en laboratorio y/o biólogo, así como técnicos de laboratorio.

- Infraestructura. Área específica para la toma y procesamientos de muestras de acuerdo a las normas establecidas de bioseguridad.
- Equipamiento. Se deberá contar con mobiliario, equipos e insumos necesarios para realizar la toma, almacenamiento y procesamientos de muestras.
- Organización. La atención deberá realizarse las 24 horas del día.
- Capacidad Resolutiva. Se realizarán los exámenes o ensayos de laboratorio de mayor complejidad.

## **12. Hemoterapia**

Área funcional destinada a desarrollar las funciones propias de un Centro de Hemoterapia Tipo II de acuerdo a las normas del PRONAHEBAS.

- Recursos. Cuenta con patólogo clínico o en su defecto con médico cirujano especialista o capacitado en hemoterapia.
- Infraestructura. Área específica para las actividades del servicio según las normas del PRONAHEBAS.
- Equipamiento. Se deberá contar con los equipos necesarios de acuerdo a las normas del PRONAHEBAS.
- Organización. La disponibilidad será durante las 24 horas del día de forma ininterrumpida.
- Capacidad Resolutiva. Captación de donantes intra y extrainstitucional, control, conservación, selección, preparación de hemoderivados y otros de acuerdo a las normas del PRONAHEBAS.

## **13. Anatomía Patológica**

Área funcional encargada de realizar exámenes cito e histopatológicos, biopsias de órganos tejidos y especímenes quirúrgicos, necropsias para confirmar, esclarecer o definir diagnósticos garantizando la calidad y oportunidad de los informes.

- Recursos. Cuenta con médico anatómo patólogo, tecnólogo médico del área y técnicos capacitados.
- Infraestructura. Área específica para el procesamiento y estudio de las muestras correspondientes (biopsias, citologías, necropsias).

- Cuenta con área de mortuorio.
- Equipamiento. Se deberá contar con mobiliario, equipo e instrumentos para las actividades del servicio.
- Organización. La atención deberá garantizarse las 24 horas del día.
- Capacidad Resolutiva. Se realizan los exámenes cito e histopatológicos, biopsias de órganos tejidos y especímenes quirúrgicos, histoinmunología, necropsias para confirmar esclarecer o definir diagnósticos.

#### **14. Unidad de Cuidados Intensivos**

Área funcional organizada para brindar atención médica y de enfermería permanente a pacientes críticos con riesgo potencial de muerte y con posibilidades de recuperación parcial y total y/o la necesidad de efectuar procedimientos especializados de diagnóstico y/o tratamiento para preservar la vida.

- Recursos. Cuenta con medico intensivista y profesionales de enfermería especializados en UCI.
- Infraestructura. Área específica para los cuidados y atención correspondientes. Podrá contar con Unidad de Cuidados Intermedios con UCI Neonatal, UCI Pediátrica, Unidad de Soporte Nutricional.
- Equipamiento. Se deberá contar con mobiliario y equipos de alta tecnología para las actividades específicas del servicio.
- Organización. La atención deberá garantizarse durante las 24 horas, del día, asegurando la disponibilidad permanente de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
- Capacidad Resolutiva. Terapia intensiva con soporte tecnológico de alta complejidad brindada por especialistas.

#### **15. Neonatología**

Área funcional dedicada a la atención del recién nacido que requiere cuidados constantes y especializados así como de un soporte vital adecuado.

- Recursos. Cuenta con médico pediatra neonatólogo y de profesionales de enfermería especializados en neonatología.

- **Infraestructura.** Área específica para los cuidados y la atención correspondientes al recién nacido.
- **Equipamiento.** Se deberá contar con mobiliario, equipos, instrumental, para las actividades específicas del servicio.
- **Organización.** La atención deberá garantizarse durante las 24 horas del día.
- **Capacidad Resolutiva.** Atención altamente especializada a los neonatos normales y de alto riesgo

## **16. Nutrición y Dietética**

Área funcional dedicada a la evaluación y control de los regímenes dietéticos, garantizando oportunidad.

- **Recursos.** Cuenta con nutricionista y técnicos en nutrición.
- **Infraestructura.** Área específica para los procedimientos relacionados a la nutrición de los pacientes.
- **Equipamiento.** Se deberá contar con mobiliario, equipo para las actividades del servicio.
- **Organización.** La atención deberá garantizarse diariamente en turnos establecidos.
- **Capacidad Resolutiva.** Se verificará la calidad y conformidad de las dietas de acuerdo a las indicaciones y necesidades para cada paciente, así como se realizará la preparación de fórmulas enterales.

## **17. Trabajo Social**

Área funcional encargada del estudio, diagnóstico e investigación de los factores socio económicos que favorecen o interfieren en la salud de las personas, la familia y la comunidad, así como del apoyo de actividades de

Referencia y Contrarreferencia de los usuarios.

- **Recursos.** Cuenta con profesional en trabajo social.
- **Infraestructura.** Área específica para las entrevistas correspondientes
- **Equipamiento.** Cuenta con mobiliario para las actividades del servicio.
- **Organización.** La atención deberá garantizarse las 24 horas del día.
- **Capacidad Resolutiva.** Realizará actividades de diagnóstico y evaluación socioeconómica de la población de la jurisdicción y de los usuarios de los servicios

del Establecimiento. Se apoyarán las actividades relacionadas al aseguramiento y a la referencia y contrarreferencia de pacientes.

### **18. Hemodiálisis**

Área funcional dedicada a la realización de diálisis y hemodiálisis.

Recursos. Cuenta con nefrólogo, profesionales y técnicos de enfermería capacitados

- Infraestructura. Ambiente exclusivo y seguro para las actividades del servicio.
- Equipamiento. Se deberá contar con mobiliario y equipos para las actividades del servicio.
- Organización. La atención deberá garantizarse diariamente las 24 horas del día.
- Capacidad Resolutiva. Se realizan procedimientos de diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.

### **19. Dirección**

A cargo del profesional médico de acuerdo a lo establecido por el DS N° 011-2002/SA

### **20. Administración y Servicios Generales**

Cuenta con profesional en administración y otros profesionales afines o con capacitación para el desarrollo de las acciones específicas a los sistemas administrativos: economía-tesorería, personal y logística.

### **21. Planificación:**

Cuenta con profesional con experiencia en la elaboración de proyectos, planes, presupuestos y actividades propias de la planificación.

### **22. Registros Médicos e Información:**

Cuenta con profesional de estadística y técnicos capacitados en el área.

Prepara, actualiza y archiva las fichas y registros médicos. Acopia, tabula, analiza e informa los datos estadísticos.

Asimismo tiene a su cargo la admisión de los pacientes a los diferentes servicios, orientando, informando y educando al público sobre el régimen de atención del servicio.

### **23. Servicios Generales y Mantenimiento:**

Cuenta con profesional capacitado en ingeniería biomédica y personal de apoyo. Realiza mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipos del establecimiento.

Así mismo, se desarrollan los siguientes servicios:

- Lavandería y ropería: Cuenta con el servicio o el personal, equipos y materiales específicos para esta actividad.
- Comunicación: Cuenta personal y el equipamiento necesario para esta actividad. (Teléfono, correo electrónico, radio, etc.).
- Transporte: Cuenta personal y vehículos para el transporte de emergencias y otros.
- Limpieza y vigilancia: Cuenta con personal o servicio de limpieza.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Dirección General de Salud. (2015). *Categorías de Establecimientos de Sector Salud*. Lima, Perú: MINSA.

Ilustración 14: Fases del VIH

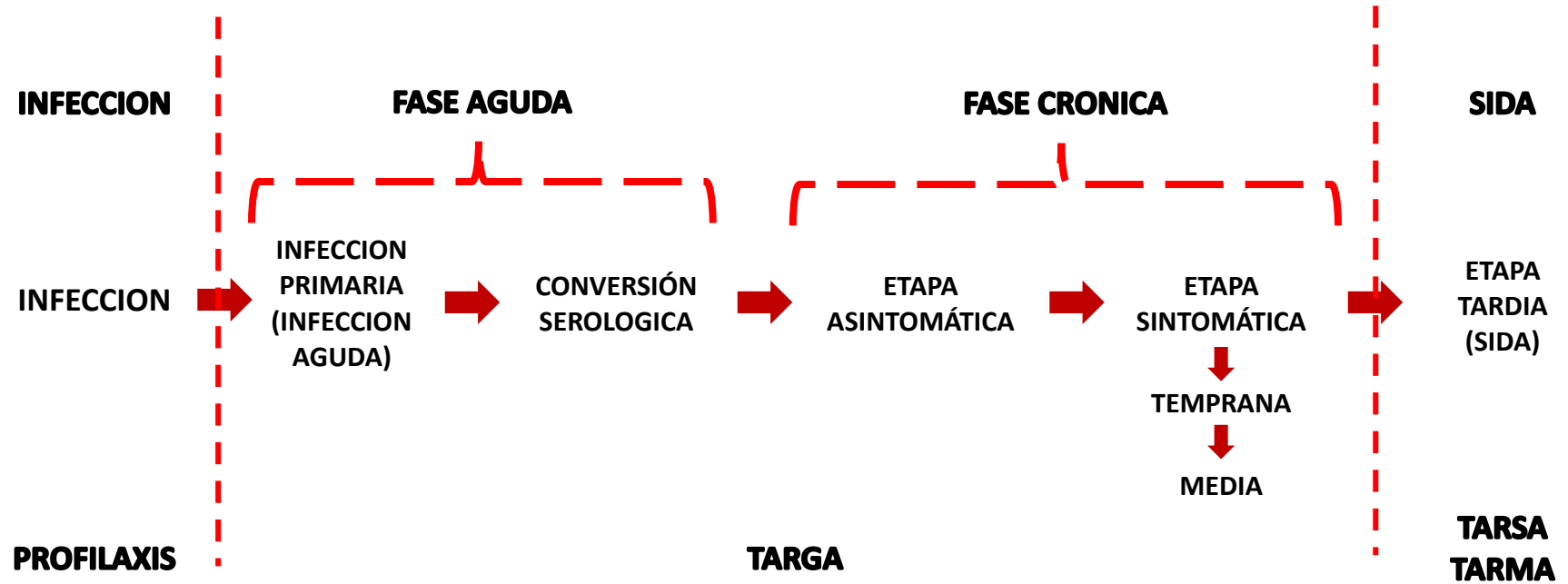




Tabla 20: Niveles de atención médica, actividades, responsables y ambientes

NIVEL	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	AMBIENTES
ATENCIÓN DOMICILIAR	Orientación sexual Planificación familiar Educación nutricional Orientación del VIH/SIDA Adherencia al tratamiento	Promotores de salud Voluntarios Organizaciones humanitarias y religiosas Médico y enfermeras del primer nivel	Vestíbulo Área de espera S.H. Público Área de atención e información Tópico
ATENCIÓN COMUNITARIO	Apoyo emocional Asistencia a huérfanos con VIH	Líderes Municipales Centros de atención primaria	Farmacia Consultorios

	Cuidados Paliativos  Acceso e insumos de atención	ONGs	
ATENCIÓN PRIMARIA	Consejería y pruebas gratuitas  Manejo sintomático sexual  Diagnósticos al SIDA  Acceso a preservativos  Papanicolaou  Seguimiento del TBC pulmonar no complicada  TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)	Médicos de Puestos y Centros de salud  Enfermeras de Puestos y Centros de salud  Proveedor de insumos  ONG  CONRED (para atención de emergencias alimentarias)	Consultorio especializado:  Médico general + tópico  Gineco-obstetricia + tópico  Neurológico + tópico  Pediatría + tópico  Oftalmología + tópico  Nutricionista  Farmacia

	Profilaxis		Laboratorio
	Vacunaciones		Radio diagnostico
	Tamizaje prenatal		
	Substitutos de lactancia materna		
	Referencia a centros de 2° o 3° nivel		

Tabla 21: Niveles de atención médica, actividades, responsables y ambientes

NIVEL	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	AMBIENTES
<p>ATENCIÓN SECUNDARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento de:</li> <li>• TBC, Cardidiasis, Esofagica, Toxoplasmosis cerebral, Herpes zoster, Meningitis bacteriana y por Criptococo</li> <li>• Investigación de causas de fiebre y diarrea crónica</li> <li>• Tratamiento de la neumonía comunitaria no complicada</li> <li>• Estabilización del paciente antes de referir a un 3° nivel</li> <li>• Laboratorio básico</li> <li>• Rayos X de tórax</li> <li>• Ultrasonidos</li> <li>• Diagnóstico y seguimiento de la mujer VIH+ en el embarazo</li> <li>• Terapia para disminuir la transmisión vertical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotores de salud</li> <li>• Voluntarios</li> <li>• Organizaciones humanitarias y religiosas</li> <li>• Médico y enfermeras del primer nivel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio</li> <li>• Servicios sanitarios públicos hombres y mujeres</li> <li>• Control y recepción de muestras</li> <li>• Cubículo de toma de muestras</li> <li>• Jefatura de laboratorio</li> <li>• Servicio sanitarios personal</li> <li>• Arsenal de utilera para laboratorios</li> <li>• Área de esterilización</li> <li>• Laboratorio de química sanguínea y bioquímica</li> <li>• Banco de sangre</li> <li>• Radio Diagnostico</li> </ul>

<p>ATENCIÓN TERCIARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y manejo de todas las infecciones oportunistas</li> <li>• Terapia TARGA y especializados</li> <li>• Terapia antiretroviral de rescate</li> <li>• Terapia TARSA / TARMA</li> <li>• Apoyo nutricional al paciente internado</li> <li>• Cirugía</li> <li>• Oftalmología</li> <li>• Reporte de casos al Programa Nacional del VIH/SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos especialistas y sub-especialistas (a las infecciones oportunistas)</li> <li>• Enfermeras profesionales y auxiliares</li> <li>• Trabajadoras sociales</li> <li>• Químicos-Biólogos</li> <li>• Farmacéuticos</li> <li>• Grupo de autoayuda y ONG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados intensivos</li> <li>• Estación de enfermeras</li> <li>• cubículo de camas Mujeres</li> <li>• cubículo de camas Pediátrica</li> <li>• Salas de camas aislados</li> <li>• Central de enfermeras</li> <li>• Servicio sanitario</li> </ul>
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 4.2. Tratamientos Antirretrovirales

Las decisiones para ofrecer TARGA en hospitales, justo después cuando se confirma la presencia del VIH en la personas, un médico especialista o capacitado debe reconocer la fase en que se encuentra el virus para que luego derive hacia un equipo multidisciplinario. Es decir, la persona con VIH comenzara a asistir hacia su médico correspondiente para diagnosticar, hacia un psicólogo para contrarrestar el choque emocional y con ello se le acercara una enfermera capacitada para curarle y aplicar tratamiento. También un asistente social y un consejero se acercaran para guiar su vida hacia una rutina adecuada; todo esto para tener una correcta adherencia al TARGA.

Luego de este proceso, tenemos que evaluar los criterios de adherencia al tratamiento antirretroviral, para poseer un soporte que solucione las causas a alguna inherencia. Ya aquí, ingresamos al TARGA y como en capítulo anterior, atención domicilia y semi-domiciliaria, que ofrezcan información, educación, consejería y soporte. (Ver ilustración n°15)

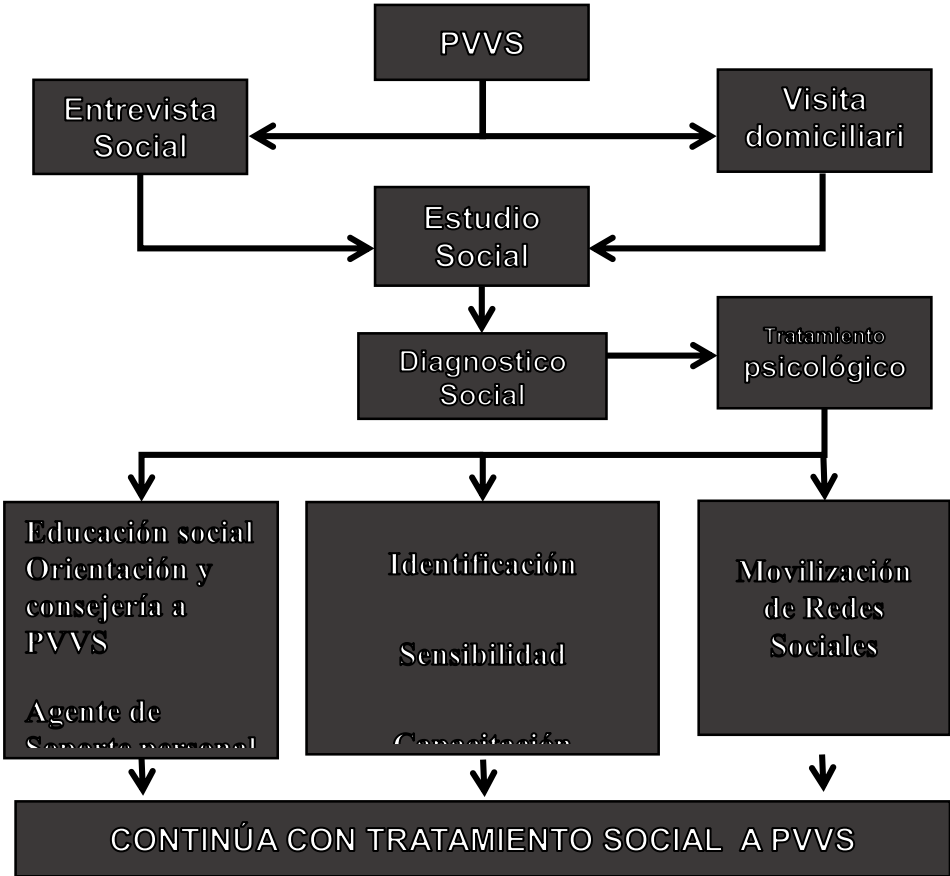
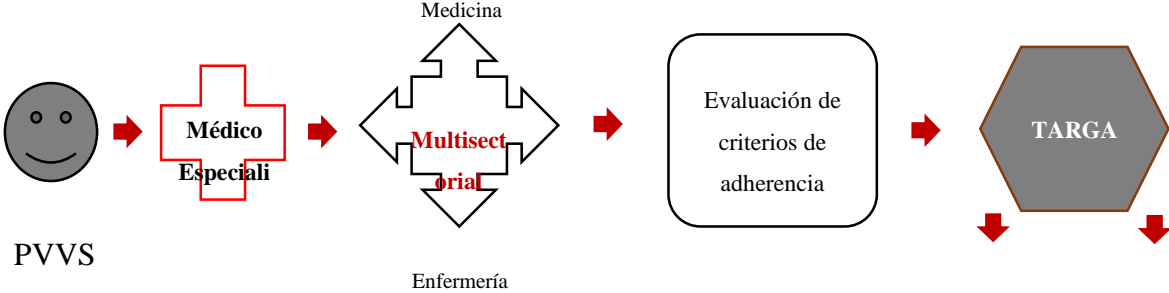
El inicio precoz del tratamiento aporta beneficios clínicos y profilácticos, mejorando la supervivencia y reduciendo la incidencia de la infección por VIH en la comunidad. El Grupo de elaboración de las directrices de 2013 recomienda que los programas nacionales de VIH proporcionen TAR a todas las personas con un diagnóstico confirmado de VIH, dando prioridad a los casos con enfermedad por VIH grave o avanzada. Asimismo, se recomienda instaurar un TAR en pacientes con TB activa o coinfección por VHB y hepatopatía crónica grave, en todas las embarazadas y mujeres lactantes infectadas por VIH, en todos los menores de 5 años infectados por VIH y en todas las personas infectadas por VIH cuya pareja sea serodiscordante.

**Profilaxis post-Exposición:** Es el tratamiento antirretroviral que se administra a personas sin VIH que acaban de tener una exposición de alto riesgo al VIH. Puede ser ocupacional (profesionales de la salud) o no ocupacional (en el contexto de un acto sexual o del uso de drogas).

El tratamiento de profilaxis se tendría que administrar lo antes posible, a las 72 horas como máximo, tras el contacto con los fluidos que permiten la transmisión del VIH, después de

evaluar el posible riesgo. En caso de que el riesgo de transmisión sea sustancial, se ofrecerá el tratamiento antirretroviral durante 28 días.<sup>64</sup>

Ilustración 15: Decisiones para el TARGA



<sup>64</sup> Vitoria M, Vella S, Ford N. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: adapting guidance and meet the challenges. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2013, 8:12–18.

## Tratamiento sintomático

Si en los tratamientos antirretrovirales para pacientes asintomáticos, dividiéndose en 3 fases; las asistencias al hospital serán cada 6 meses, 3 meses y 2 meses para exámenes físicos, revisión de sistemas y exámenes oftalmológicos.

Los tratamientos para pacientes sintomáticos las visitas al médico serán cada 3 meses, 2 meses y 1 mes. Para realizar revisión de sistemas, examen físico y exámenes oftalmológicos.

Los síntomas/enfermedades que se trataran son:

- **Diarrea**

En los países en vías de desarrollo la diarrea se presenta en casi el 90% de los pacientes con SIDA. Sin embargo, dependiendo de las condiciones socioeconómicas de la población puede llegar al 100%, y presentarse muchos episodios durante la evolución clínica del paciente, por lo que constituye la manifestación clínica más frecuente de la persona con SIDA y principal responsable de la pérdida de peso.

La diarrea se define como 3 o más deposiciones por día, asociadas a disminución en la consistencia de las heces. Se considera diarrea crónica cuando el cuadro diarreico dura más de un mes. Además la diarrea bien puede deberse a medicamentos antirretrovirales, ansiedad o dieta.<sup>65</sup>

### Procedimientos

En la actualidad se dispone de numerosos procedimientos diagnósticos para definir la etiología de la diarrea crónica en pacientes infectados por VIH. Muchos de los problemas pueden ser manejados utilizando los exámenes más sencillos y disponibles en los niveles de atención de menor complejidad. Entre ellos tenemos:

- Reacción inflamatoria en heces

---

<sup>65</sup> Frisancho Q., Sangaray C. Y col. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Predominancia de las Manifestaciones Digestivas en su Perfil Clínico de Presentación en Lima. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 1987; 7:23-49.



- Examen parasitológico de heces
- Solución salina
- Solución Iodada
- Coloración tricrómica modificada
- Ziehl Neelsen modificada
- Coprocultivo
- Determinación de toxina de *C. difficile*
- Proctoscopia
- Endoscopia digestiva alta

### Tratamiento

Uno de los aspectos más importantes del manejo del paciente con diarrea es la fluídoterapia a fin de mantener la hidratación del mismo.

Para todo paciente con diarrea persistente (igual o mayor a 7 días) o diarrea aguda asociada a fiebre o deposiciones con sangre, se recomienda el siguiente esquema:

Exámenes de Laboratorio: De ser posible, solicitar dos muestras de heces en recipiente estéril, para proceder a:

- Examen parasitológico
- Coprocultivo
- Determinación de toxina

Tratamientos específicos cuando se conoce o demuestra el agente etiológico:

- Microsporidiosis: Albendazol 400 mg vía oral cada 12 horas por 4 semanas.
- Giardiasis: 250 mg vía oral cada 8 horas por 10 días.
- Isospora belli: Cotrimoxazol forte 1 tableta vía oral cada 8 hrs, por 10 días, luego cada 12 hrs., por tres semanas.
- Criptosporidium: Paramomicina 500 mg vía oral cada 6 horas, por cuatro semanas.
- Cyclospora: Cotrimoxazol forte 1 tableta cada 12 horas, por 7 días.

### Ambientes requeridos

- Laboratorio
- Consultorio
- Almacén de medicamentos

### **Odinofagia y Disfagia**

La Odinofagia es el término médico para describir el síntoma consistente en un dolor de garganta producido al tragar fluidos, frecuentemente como consecuencia de una inflamación de la mucosa esofágica o de los músculos esofágicos. Mientras la disfagia trata en la dificultad o imposibilidad de tragar.

### Procedimientos (Actividades)

No hay forma de identificar la causa específica de odinofagia en pacientes con VIH en base a síntomas y examen físico solamente.

- La endoscopia con biopsia y cultivo es el mejor método para establecer la etiología de odinofagia o disfagia.
- La radiografía de contraste, puede revelar ulceraciones en el esófago; pero en general tiene una baja sensibilidad y especificidad en relación a la endoscopia.

### Tratamiento

- Esofagitis por Cándida: Fluconazol 200 mg/día por 2 a 3 semanas, Ketoconazol 200 mg/día por 2 a 3 semanas requiere un medio ácido para favorecer su absorción.
- Esofagitis por Herpes: Aciclovir 400 mg vía oral, cada 5 veces al día por 10 días. Algunas veces, la infección herpética puede ser resistente al tratamiento, sobre todo en estadios avanzados. Estos pacientes responden favorablemente al tratamiento con Foscarnet 40 mg/kg por vía EV cada 8 horas por 10 a 14 días.
- Esofagitis por CMV: Ganciclovir 5 mg/kg por vía EV cada 12 horas durante 2-3 semanas seguido por dosis de mantenimiento de 5-6 mg/kg/d vía EV

como dosis de mantenimiento de por vida o Ganciclovir 1 gr vía oral cada 8 horas de por vida. Las cepas resistentes a ganciclorir son en general sensibles al Foscanet, al menos inicialmente. Para CMV usar Foscanet vía EV 90 mg/kg cada 12 horas durante 2-3 semanas.

- Úlcera Idiopática: Puede ser tratada con cursos cortos de prednisona 40 mg/día por vía oral o EV, durante 4 semanas disminuyendo 10 mg de prednisona cada semana.

#### Ambientes requeridos

- Sala quirúrgica-endoscópica
- Ultrasonido
- Sala de Rayos X
- Consultorios
- Almacén de medicamentos

#### **Tos y Disnea**

Los síntomas respiratorios se presentan en un 70% de los pacientes infectados por VIH. Muchas veces corresponden a enfermedades indicadoras del estadio SIDA, como en el caso de la TBC y neumonía se asocian con una alta tasa de mortalidad.

Los síntomas respiratorios más importantes son la tos (seca o productiva) y la disnea, que puede ser leve, moderada o severa.

Respecto a los contactos algunos expertos recomiendan evitar la “exposición de alta intensidad” que significa que un paciente con PCP no debería compartir su habitación con un paciente vulnerable.<sup>66</sup>

#### Procedimientos (Actividades)

- Cultivo rutinario en esputo
- Rayos X en torax

---

<sup>66</sup> Directrices para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con VIH-1. Panel sobre Prácticas Clínicas para el Tratamiento de la Infección por VIH convocado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS). Marzo de 2004.

- Muestra de sangre
- Hemocultivo

### Tratamiento

Inicio de Tratamiento Antirretroviral: No debe iniciarse en simultáneo el tratamiento para VIH y TB, debido a la superposición de toxicidad de drogas, interacciones entre las mismas, problemas de adherencia y reacciones paradójicas posibles.

- Tratamiento específico para TBC (derivar a hospital)
- Trimetoprim-sulfametoxazol (160mg de TMP y 800 mg de SMX 800) 2 tabletas cada 8 horas por 21 días.
- Trimetoprim-sulfametoxazol 20 mg/Kg/d VEV dividido cada 6-8 horas por 21 días, luego continuar con dosis profiláctica.
- Neumonía Extrahospitalaria: Penicilina G 20 millones de U/día EV, divididos cada 4 horas por 7-10 días

### Ambientes requeridos

- Laboratorio
- Rayos X
- Banco de sangre
- Consultorio
- Habitación de cuidados
- Almacén de medicamentos

### **Cefalea**

El compromiso neurológico se presenta entre 40 -70% de todos los pacientes infectados con VIH, y hasta el 90% cuando se hacen necropsias.

Las manifestaciones usualmente se presentan cuando hay severo compromiso inmunológico, pero en el 10 - 20% de pacientes puede ser el heraldo del estadio SIDA.

En nuestro medio, en pacientes las causas más frecuentes de cefalea son el compromiso de SNC por toxoplasmosis, tuberculosis y criptococosis.<sup>67</sup>

#### Procedimientos (Actividades)

- Biopsia cerebral
- Citología: conteo porcentual total y diferencial de células
- Bioquímica: medición de la concentración de glucosa, proteínas
- Microbiología: Tinción gram, tinta china, ácido-alcohol.
- Cultivos para bacterias
- Microbacterias y hongos
- Inmunología: VDRL
- Test de látex para antígeno de criptococo,
- ELISA para anticuerpos para Herpes simplex
- Epstein-Barr
- CMV. En casos específicos
- PCR

#### Tratamiento

- Pirimetamina 100-200 mg vía oral como dosis de ataque, luego 25-50 mg vía oral al día más Sulfadiazina\* 1-1.5 gr vía oral al día más Ácido Fólico 10-20 mg vía oral al día
- Trimetopim/Sulfametoxazol (TMP/SMX).
- Dosis TMP: 5 mg/kg + SMX: 25 mg/kg VO o EV c/12 hrs
- Neurosífilis (sintomática o asintomática)
- Penicilina G sódica: 2 a 4 millones unidades EV c/6 horas por 14 días
- Alternativo: Ceftriaxona 2 gr EV o IM c/24 hrs por 10-14 días

#### Ambientes requeridos

- Laboratorio
- Consultorio

---

<sup>67</sup> Simpson DM. et al. *Neurologic Manifestation of HIV Infections. The Medical Clinics of North America* 2006; 80(6).

- Tópico
- Almacén de medicamentos

## **Fiebre**

Fiebre en VIH puede definirse como la temperatura corporal (axilar) mayor de 38 centígrados durante más de 24 horas o, intermitentemente, durante más de 24 horas en un periodo de 72 horas.

El síndrome febril prolongado (o fiebre persistente) se define como fiebre de más de dos semanas de duración como única manifestación clínica en pacientes con serología positiva al VIH y con historia de afección asintomática, o en pacientes con historia previa de infección sintomática.<sup>68</sup>

### Procedimientos (Actividades)

- Cumplimiento de profilaxis para TBC y *P. carinii*
- Revisar medicinas usado
- Prácticas endovenosas
- Restricción de viajes a zonas endémicas (por ejemplo para histoplasmosis).

En el examen físico realizar:

- Examen minucioso de la piel
- Ganglios
- Verificar lugares de venopunción
- Pulmones
- Senos paranasales
- Corazón
- Retina
- Abdomen
- Cuello
- Sistema nervioso central
- Recuento sanguíneo

---

<sup>68</sup> *Lesho EP et al Gestión de problemas relacionados con la terapia antirretroviral. Am Fam Physician 2003; 68: 675 - 86.*

- Radiografía de tórax
- Microscopia de esputo (BK seriado, Giemsa modificado o azul de toluidina)
- Cultivo bacteriano en sangre, heces, orina.
- Examen de LCR (tinta china, gram, BK)

#### Ambientes requeridos

- Consultoría
- Consultorio
- Laboratorio
- Tópicos especializados
- Rayos X
- Banco de sangre

#### **Linfadenopatía**

Desde el momento de la infección por el VIH hasta el desarrollo de SIDA, la enfermedad es silente excepto por la linfadenopatía que se presenta en un 21% de los casos.

En los pacientes en estadio avanzado (SIDA) la prevalencia de linfadenopatía se reporta hasta en un 70%.<sup>69</sup>

#### Procedimientos (Actividades)

- Radiografía de tórax
- Serología para sífilis
- Aspirado de ganglio
- Cultivos para bacterias, BK y hongos
- Biopsia
- Tratamiento
- Derivar a Cuidados de TBC

#### Ambientes requeridos

---

<sup>69</sup> Von Roenn JH. Gestión de la pérdida de peso corporal relacionada con el VIH. *Drugs* 1994; 47 (5): 774 - 783.

- Rayos X
- Laboratorio
- Hemocultivo
- Banco de sangre
- Ultrasonido

### **Complicaciones Oftalmológicas**

El compromiso oftalmológico es muy frecuente en pacientes con SIDA, alcanzando cifras de 70%. El riesgo es mayor a menor a nivel de CD4. Se estima que de 1 a 3% de pacientes con infección VIH, presenta microangiopatía retinal por VIH caracterizado por presencia de manchas algodonosas en la retina.

Las lesiones oftalmológicas pueden presentar características que permiten orientar la etiología. El laboratorio puede contribuir en el diagnóstico diferencial entre CMV, varicela zoster y herpes simple. La angiografía con fluoresceína en los casos de coriorretinitis puede ser de ayuda. La toma de biopsia y estudio histopatológico de lesiones de conjuntiva, párpados y órbita contribuyen al diagnóstico de tumores.<sup>70</sup>

### Ambientes requeridos

- Consultorio
- Pre-quirófano
- Quirófano
- Ecografía
- Radiología
- Farmacia
- Laboratorio
- Internados
- Rayos laser

---

<sup>70</sup> Kurgis BS. Manifestaciones cutáneas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Parte II. Manifestaciones no infecciosas. JAMA 2013; 93 (2).



## **Complicaciones Mucocutáneas**

Los desórdenes mucocutáneos son comunes, afectan aproximadamente al 90% de individuos infectados por VIH y puede ser la primera manifestación de la infección.

Algunas lesiones que se ven también en pacientes no infectados (ej: dermatitis seborreica) son más severas en pacientes con VIH. Otras son propias de los infectados con VIH, como el Sarcoma de Kaposi.

Las manifestaciones clínicas en pacientes con VIH pueden ser extremadamente variables y requieren un alto índice de sospecha. Las infecciones oportunistas pueden ser aún más difíciles de reconocer porque muchos de los microorganismos no son comúnmente reconocidos como patógenos.<sup>71</sup>

### Procedimientos (Actividades)

- Biopsia
- VDRL
- RPR
- Test de Tzank
- Serología

### Tratamiento

- Astemizol
- Loratadina
- Luz ultravioleta
- Cremas de permetrina
- Lindano
- Ivermectina
- Pen G benzatínica
- Gema de Ketoconazol
- Antiretrovirales

---

<sup>71</sup> Cockerell CJ. et al. Bacillary Angiomatosis: Un Pseudo Neoplásico Recientemente Caracterizado Trastorno cutáneo vascular infeccioso. *Mermelada. Acad. Dermatol.* 2010; 22: 501 - 12.

- Aciclovir
- Foscamet
- Aciclovir
- Tramcilonona
- Fluconazol
- Doxiciclina

#### Ambientes requeridos

- Laboratorio
- Consultorio especialista
- Quirófano
- Rayos laser
- Consultorios
- Tratamientos corporales
- Tópico de depilación

#### 4.3. Instituciones que prestan servicio de Atención médica a personas con VIH/SIDA

El año 2015 se reportaron 156 casos de VIH y 48 casos de SIDA. La Gerencia Regional de Salud Lambayeque; a través de la responsable de la Estrategia Sanitaria Regional de ITS-VIH/SIDA; dio a conocer que los hospitales que brindan tratamiento TARGA a las personas que viven con el virus del SIDA; cuentan con el stock de medicamentos programados y suficientes para atender a los pacientes y se ha previsto la continuidad para el este año 2018.

Estos medicamentos, son administrados gratuitamente en los siguientes nosocomios: Regional Docente Las Mercedes se atienden a 929 pacientes; en el Hospital Regional Lambayeque se atienden a 365 pacientes y a 226 en el Hospital Ferreñafe con tratamiento TARGA, que suman 1517 pacientes a quienes se les brinda dicho tratamiento.

En la región Lambayeque en este año se han reportado un aproximado de 127 casos de VIH y 30 de SIDA, de acuerdo a los datos estadísticos registrados en la oficina de epidemiología de la GERESA Lambayeque.

Cabe mencionar, que en todas las actividades programadas con motivo de la mencionada celebración, están tomando parte la Asociación LGTB “Alma Chiclayo”, la Asociación de TRANS “Rosas y Violetas”, Asociación “Viviendo en Positivo”, AHF Perú e INPPARES (Ver tabla n° 19).<sup>72</sup>

Aunque el hospital Belén de Lambayeque recién este año se incluye en los lineamientos del gobierno regional, aun no se sabe las cifras exactas que atienden. Además se reportan 601 personas con VIH atendidas con el servicio antirretroviral.

Tabla 22: TARGA ofrecidos

# PVVS	TARGA	HOSPITAL
929	MINSA	Las Mercedes
365		Regional
224		De Ferreñafe
601	EsSALUD	Almanzor

#### 4.4. Crítica comparativa

##### a. Atención especializada para las personas con VIH y SIDA, Hospital regional Las Mercedes

<sup>72</sup> Mejía, C.. (2016, Noviembre 30). HOSPITALES SI CUENTAN CON MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR VIH-SIDA. 2016, Diciembre, de Gobierno Regional de Lambayeque Sitio web: <http://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/19111?pass=NA==>

## DATOS TÉCNICOS

### Tipo de Persona Médico:

- Médico especialista según infección
- Enfermera de estrategia
- Enfermera técnica

### Población:

- 5 pacientes Internos

### Tipo de Infraestructura

- Ambiente de hospitalización exclusiva
- Sin diferencia especial
- Material noble

### Ubicación:

- Calle Luis Gonzales 635

### Descripción:

- Área de hospitalización varones, dedicado a la estabilización y tratamiento semi-pasajero.
- En el caso del área de VIH brinda tratamiento sintomático.

### Tipo de Tratamiento

- Vigilancia y estabilización de signos vitales y diagnóstico
- Tratamiento de infecciones oportunistas.

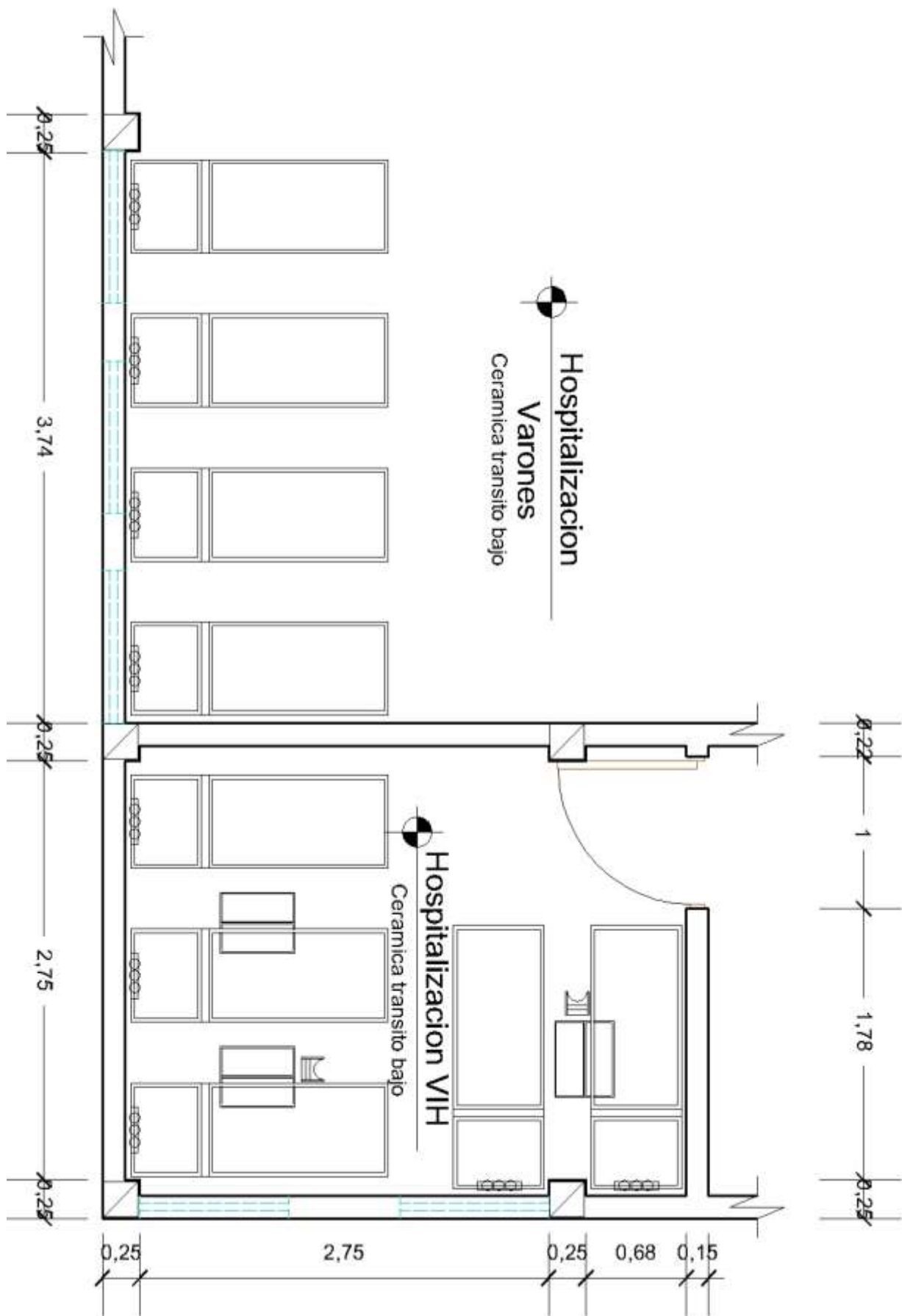
### Tiempo de Internamiento:

- 3 a 6 semanas

### Observaciones:

- Dirección de ventilación errada.
- Área confinada y hacinada.
- Poca capacidad y área mínima

Ilustración 16: Hospitalización VIH, Hospt Docente Las Mercedes



**b. Atención especializada para las con VIH y SIDA, Hospital Regional de Lambayeque**

**DATOS TÉCNICOS**

**Tipo de Personal Médico:**

- Médico especialista según infección
- Enfermera de estrategia
- Enfermera técnica

**Población:**

- 5 - 7 pacientes Internos

**Tipo de Infraestructura**

- Ambiente de hospitalización exclusiva / sin diferencia especial / Material noble

**Ubicación:**

- AV. El progreso y vía de evitamiento 51

**Descripción:**

- Área de hospitalización varones, dedicado a la estabilización y tratamiento semi-pasajero y cuidado paliativos.
- En el caso del área de VIH brinda tratamiento sintomático y paliativo.

**Tipo de Tratamiento**

- Vigilancia y estabilización de signos vitales y diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas.

**Tiempo de Internamiento:**

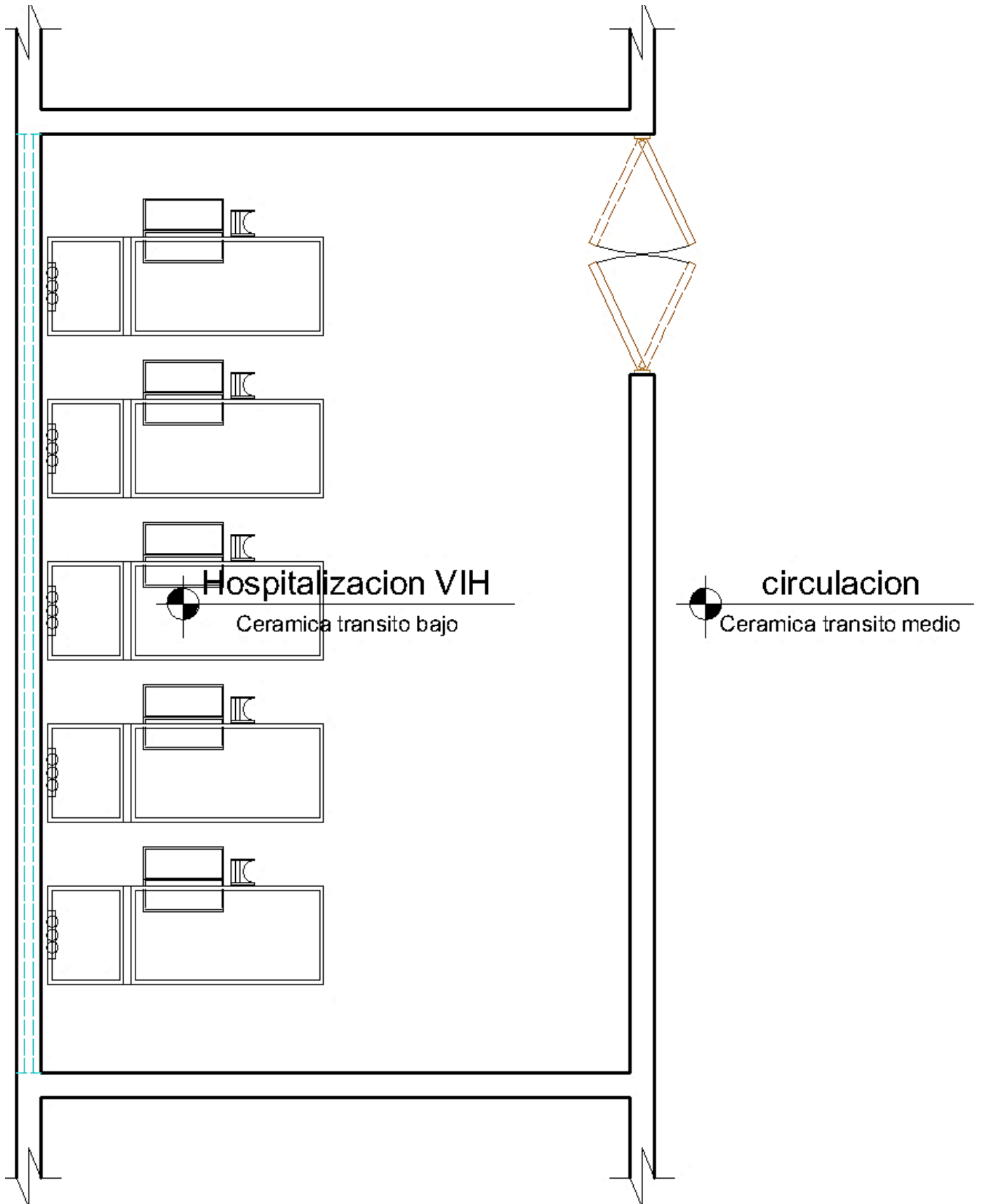
- 3 a 6 semanas

**Observaciones:**

- Internamiento costoso.
- Sin Servicios higiénicos.

- Ambiente frio y monotono.

Ilustración 17: Hospitalización VIH, Hospital Regional de Lambayeque



## CONCLUSIONES



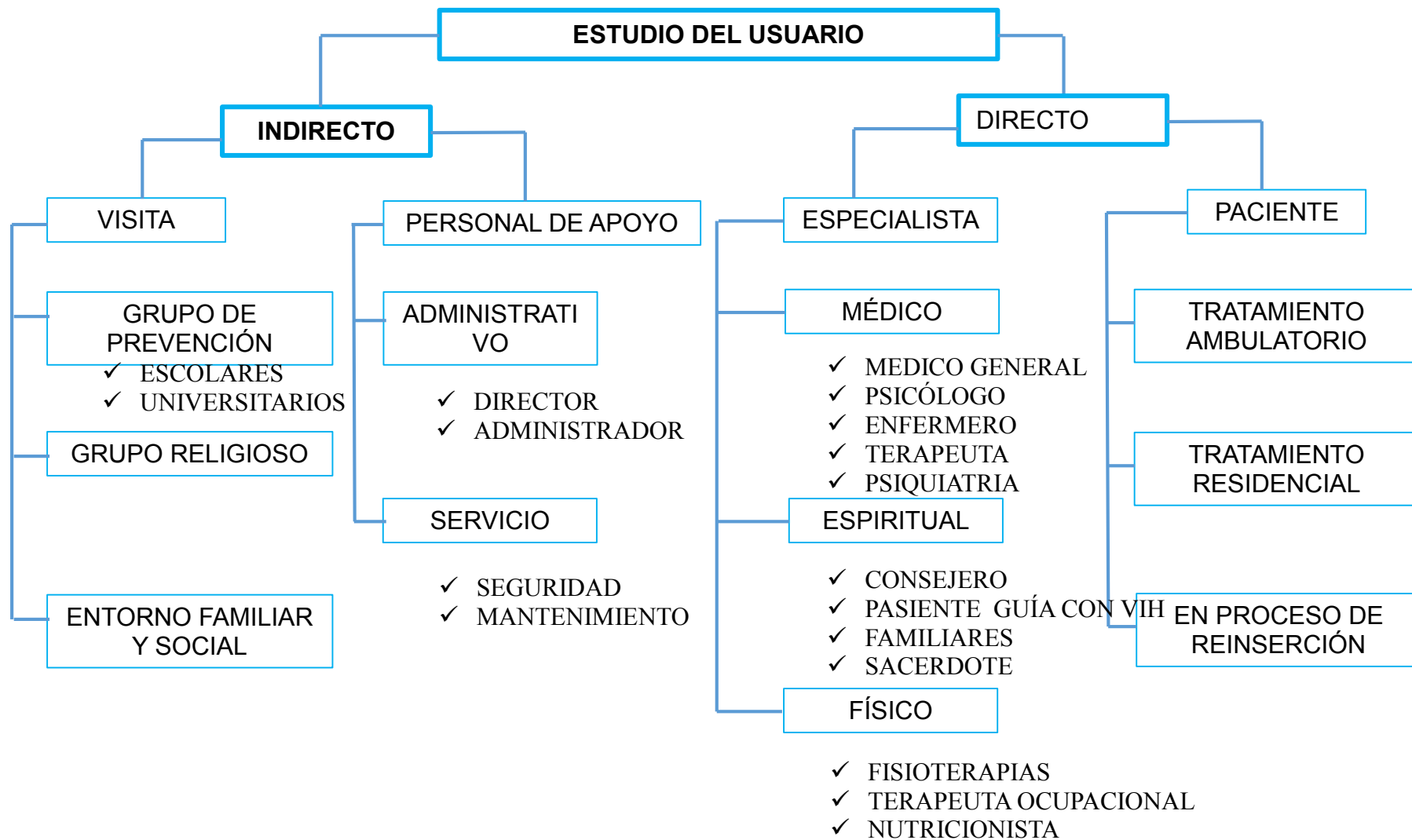
## 5. ESTUDIO DE USUARIOS INVOLUCRADOS

Identificación de usuario.

- Estudio de usuario
- Usuario directo involucrado en el proceso de prevención
- Usuario directo involucrado en el proceso tratamiento
- Usuario directo involucrado en el proceso de reinserción social
- Usuario indirecto involucrado en los proceso de prevención, tratamiento Y reinserción social

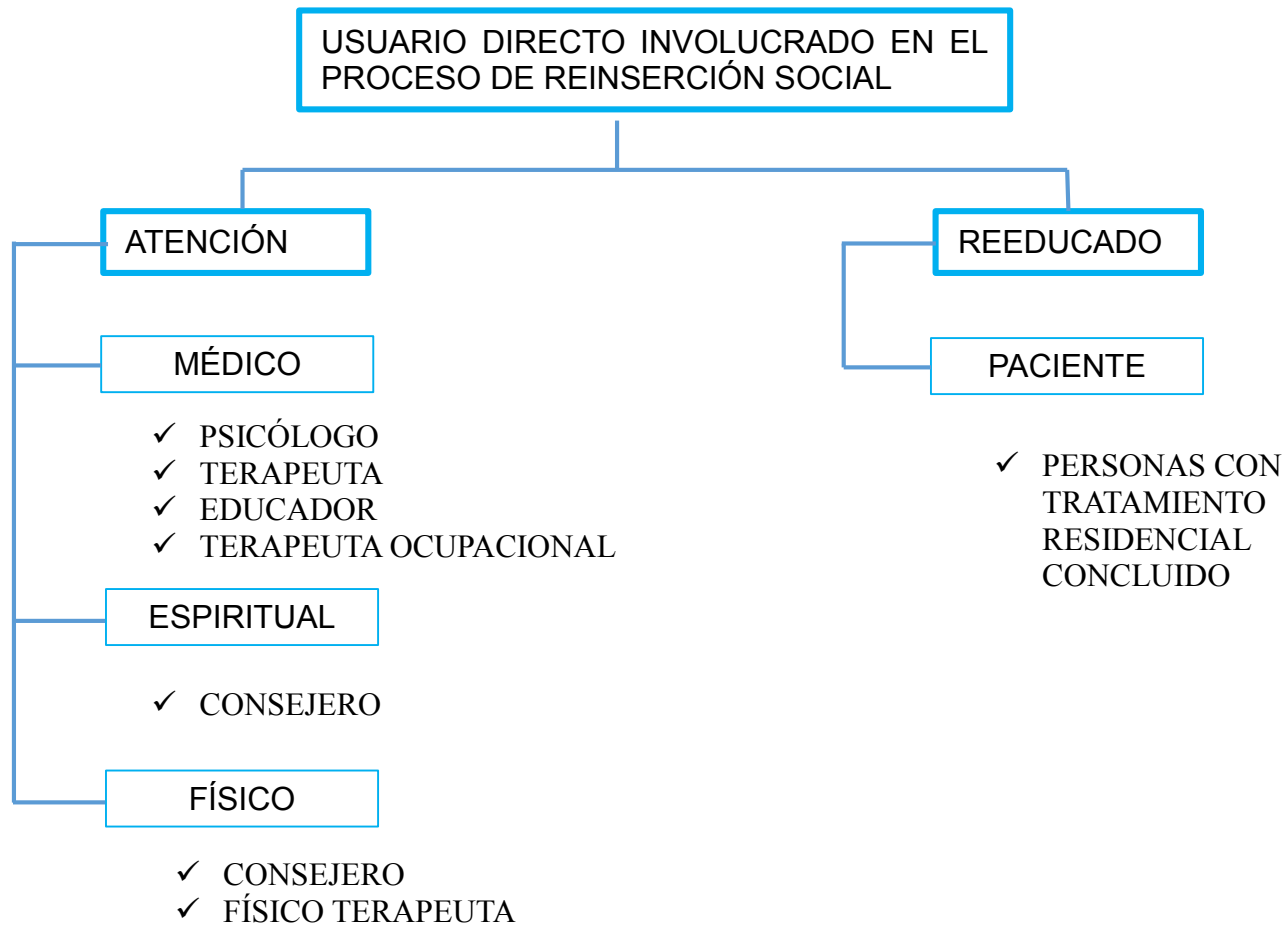
Número de usuarios

- Cantidad de usuarios VIH / sida hombres / mujeres
- Cantidad de camas y número de egresos
- Parámetros de hospital categoría iii-tipo 2
- Número del personal médico
- Cantidad de consultorios y camas

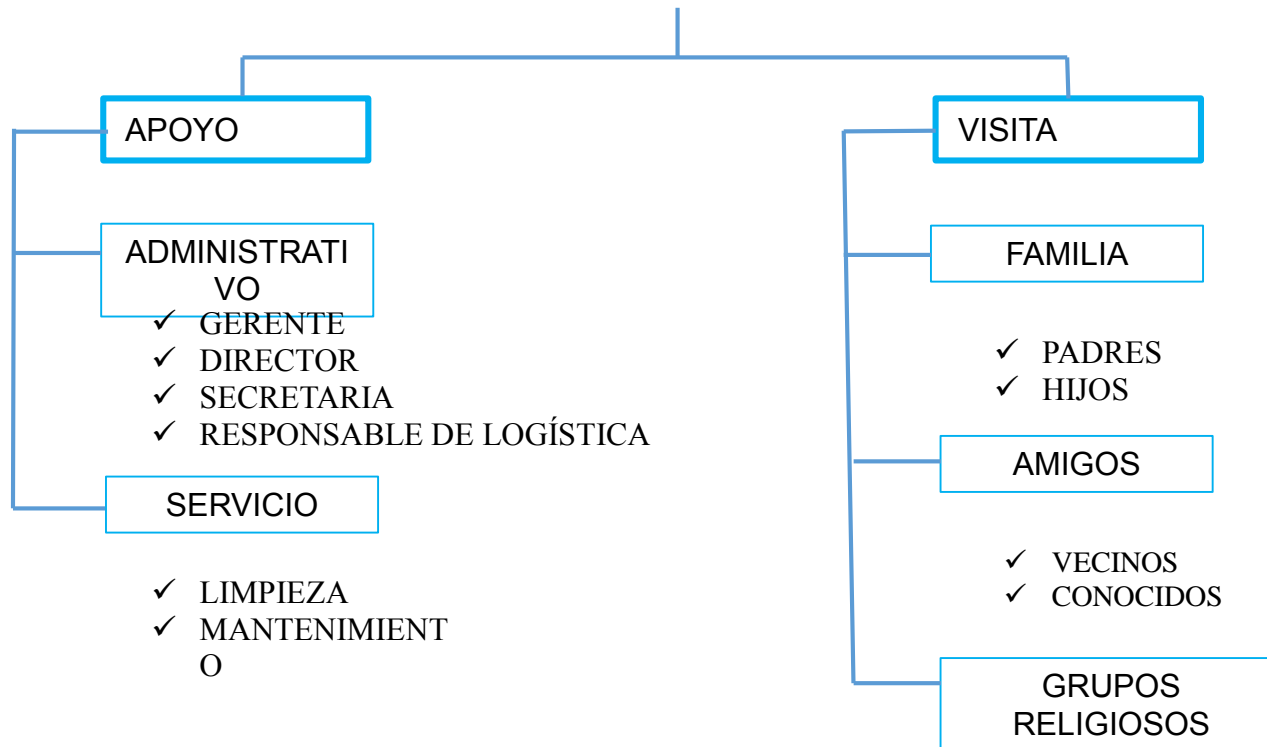




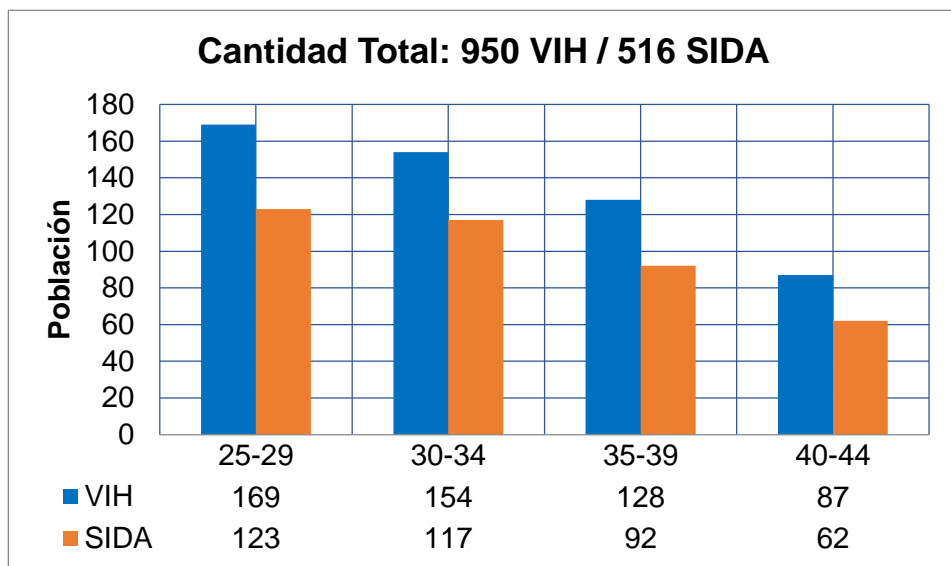




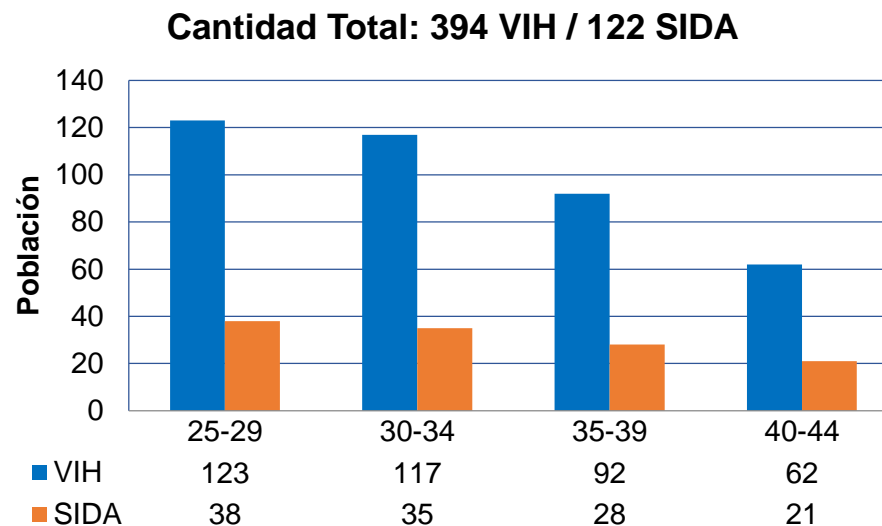
USUARIO INDIRECTO INVOLUCRADO EN LOS PROCESO DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN SOCIAL SOCIAL



### CANTIDAD DE USUARIOS HOMBRES



### CANTIDAD DE USUARIOS MUJERES



### CANTIDAD DE CAMAS Y EGRESOS ANUALES

Frecuentación de 100 egresos cada 1000 habitantes

Egresos = Población x Frecuentación / 1000

**POBLACION TOTAL : 1982 Habitantes**

$E = 1982 \times 100 / 1000$

**E = 198 egresos**

Camas necesarias = Egresos x Estancia media / 365 x Índice de ocupación óptimo

Estancia media: 20 días

$C.N = 198 \times 20 / 365 \times 85\%$

$C.N = 11 \times 9.35$

$C.N = 102.85$

**C.N = 103 CAMAS**

## **EN HOSPITAL CATEGORIA III tipo 2**

- 24 Horas de atención (urgencias)
- 8 Horas médicas de atención (consultas)
- 4 Atenciones por cada 1 hora medica (Médicos Generales)
- 3 Atenciones por cada 1 hora médica (Médicos Especialistas)
- 2 Consultorios funcionales por cada consultorio físico
- 5 Atenciones por cada paciente (mensual)
- 9 Días de estancias por cada egreso

## **EXAMENES RADIOLOGICOS**

- 1 Examen radiológico por cada atención de emergencia atendida.

## **FARMACIA**

- 2 Recetas otorgadas por cada consulta Médica
- 2 Recetas otorgadas por cada atención de emergencia

## **SALAS DE OPERACIONES**

- 3 Intervenciones Quirúrgicas por Sala de Operaciones
- 5 Intervenciones suspendidas por cada intervención programada
- 10 % de las intervenciones ejecutadas serán intervenciones quirúrgicas de emergencia

## **LABORATORIO**

- 1 Análisis clínico por cada consulta médica
- 1 Análisis clínico por cada dos atenciones de emergencias



## 5.2. Numero de Usuarios

### **CANTIDAD DE PERSONAL MÉDICO**

- Población Total: 1982
  - 5 atenciones por cada paciente (mensual)
  - 1 año Laboral: 244 días / En urgencias: 365 días
  - Medicina General: 4 consultas por hora médica -> 32 consultas en un día -> 7808 consultas en un año
  - Medicina Especializada: 3 consultas por H.M -> 24 consultas por día -> 5856 consultas en un año
- 

#### **Número de médicos generales**

- Demanda de consultas anual: 118920
- Demanda consulta anual / Consulta anual médico =  $118920 / 7808 = 15$  **médicos generales**

#### **Número de médicos Especialistas**

- Demanda de consultas anual: 118920
- Demanda consulta anual / Consulta anual médico =  $118920 / 5856 = 20$  **médicos especialistas**

#### **Número de médicos generales hospitalarios (Urgencias)**

- Número de camas: 103
- Estancia diaria: 88 -> estancia anual: 32120
- Estancia anual / consulta anual médico =  $32120 / 7808 = 2.75 = 3$  **médicos generales en urgencias**

#### **Número de médicos especialistas hospitalarios (Urgencias)**

- Número de camas: 103
- Estancia diaria: 88 -> estancia anual: 32120
- Estancia anual / consulta anual médico =  $32120 / 5856 = 5.48 = 6$  **médicos generales en urgencias**

## Numero de Consultorios y camas

### CANTIDAD DE CONSULTORIOS / CAMAS

- Población Total: 1982
- 5 atenciones por cada paciente (mensual)
- 1 año Laboral: 244 días / En urgencias: 365 días
- Medicina General: 4 consultas por hora médica -> 32 consultas en un día -> 7808 consultas en un año
- Medicina Especializada: 3 consultas por H.M -> 24 consultas por día -> 5856 consultas en un año

### Numero de Consultorios

- Demanda de consultas anual: 118920
- Días laborales en el año: 244
- D.C.A \* D.L.A = 487 consultas por días  
*Por lo tanto*
- Consulta diaria / Consulta diaria médico =  $487 / 32 = 15$  consultorios
  - 6 Consultorios Medico General
  - 9 consultorios Especialistas

### División de camas: 103 camas total

Servicios	Consult General	Consult Especialista	Cirugía	Partos	Obstetricia	Ginecología	Cirugía	Medicina	Observación	Laboratorio	Imágenes	Element sutura y curación	Medicamentos
%	4	5	10	10	4	3	8	7	6	9	9	10	15
Camas	3	4	11	11	4	3	8	7	6	9	9	10	15

## Conclusiones

### 3.2. Programa Arquitectónico

#### Programa Arquitectónico

##### Zona Pública:

1. Atención al Publico	42.00m <sup>2</sup>
2. Sala de Espera	50.00m <sup>2</sup>
3. Teléfonos Públicos	3.40m <sup>2</sup>
4. Cajeros Automáticos	4.00m <sup>2</sup>

##### Auditorio

1. Foyer	72.00m <sup>2</sup>
2. S.H Publico Hombres	12.00m <sup>2</sup>
3. S.H. Publico Mujeres	12.00m <sup>2</sup>
4. Cuarto Proyección	7.20m <sup>2</sup>
5. Auditorio	240.00m <sup>2</sup>
6. Escenario	46.50m <sup>2</sup>
7. Camerino Hombres	15.40m <sup>2</sup>
8. Camerino Mujeres	15.40m <sup>2</sup>
9. S.H Hombres	12.00m <sup>2</sup>
10. S.H. Mujeres	12.00m <sup>2</sup>

##### Zona Administrativa:

1. Secretaria	22.60m <sup>2</sup>
2. Jefe de Enfermería	22.00m <sup>2</sup>
3. Director Médico	23.00m <sup>2</sup>
4. Administración	23.00m <sup>2</sup>
5. Contabilidad	23.00m <sup>2</sup>
6. Sala de Juntas	45.00m <sup>2</sup>
7. Gerencia	30.00m <sup>2</sup>
8. Archivo Clínico	44.00m <sup>2</sup>
9. S.H Hombres	3.00m <sup>2</sup>
10. S.H Mujeres	3.00m <sup>2</sup>

##### Zona de Consulta Externa:

1. Informes y Citas	18.00m <sup>2</sup>
2. Procetss	30.00m <sup>2</sup>
3. Almacén ARV	5.00m <sup>2</sup>

4. Consultorio Ginecológico	20.00m <sup>2</sup>
5. S.H. Consultorios	2.40m <sup>2</sup>
6. Consultorio Urología	20.00m <sup>2</sup>
7. S.H. Consultorio	2.40m <sup>2</sup>
8. Consultorio Cirugía	24.00m <sup>2</sup>
9. Cons. Medic. General	24.00m <sup>2</sup>
10. Cons. Medic. Preventivo	24.00m <sup>2</sup>
11. Cons. Oftalmológico	24.00m <sup>2</sup>
12. Cons. Odontológico	24.00m <sup>2</sup>
13. Cons. Tuberculosis	24.00m <sup>2</sup>
14. S.H. Publico Hombres	21.00m <sup>2</sup>
15. S.H Publico Mujeres	21.00m <sup>2</sup>
16. S.H Minusválido	7.20m <sup>2</sup>
17. Deposito:	7.20m <sup>2</sup>

#### Zona de Diagnostico e Imágenes

1. Informes y Recepción de Muestras	12.00m <sup>2</sup>
2. Distribución de Muestras	7.60m <sup>2</sup>
3. Toma de Muestras	7.60m <sup>2</sup>
4. Sala de Transfusión	7.60m <sup>2</sup>
5. Lavado de Instrumental	7.86m <sup>2</sup>
6. Laborat. Bioquim.	23.20m <sup>2</sup>
7. Laborat. Microb.	20.00m <sup>2</sup>
8. Medios de Cultivo	14.00m <sup>2</sup>
9. Laborat. Hemat.	24.00m <sup>2</sup>
10. Banco de sangre	16.00m <sup>2</sup>
11. Laborat. Serolog.	16.00m <sup>2</sup>
12. Almacén Insumo	10.60m <sup>2</sup>
13. Filtro	4.70m <sup>2</sup>
14. Deposito	4.80m <sup>2</sup>
15. Cuarto de Limpieza	4.80m <sup>2</sup>
16. Chap de Basura	2.40m <sup>2</sup>
17. Cuarto Técnico	2.40m <sup>2</sup>
18. Vestidor de RX	1.60m <sup>2</sup>
19. S.H. de R.X	1.80M <sup>2</sup>
20. Sala de Rayos X	26.60m <sup>2</sup>
21. Sala de Disparo	7.70m <sup>2</sup>
22. Cuarto Oscuro	7.60m <sup>2</sup>
23. Vestidor de ECO	1.40m <sup>2</sup>
24. S.H. de ECO	1.90m <sup>2</sup>
25. Ecografía	26.30m <sup>2</sup>
26. Oficina	7.20m <sup>2</sup>

27. Cuarto Oscuro 7.00m<sup>2</sup>

#### Zona de Emergencia

1. Atención y Control	8.50m <sup>2</sup>
2. Sala de Espera	18.00m <sup>2</sup>
3. Triage	18.00m <sup>2</sup>
4. S.H. Público Hombres	4.00m <sup>2</sup>
5. S.H. Publico Mujeres	4.00m <sup>2</sup>
6. S.H. Personal Hombres	13.00m <sup>2</sup>
7. S.H Personal Mujeres	13.00m <sup>2</sup>
8. Observación Mujeres	24.00m <sup>2</sup>
9. Observación Hombres	24.00m <sup>2</sup>
10. Shock Trauma	48.00m <sup>2</sup>
11. Tópico y Nebulizadores	48.00 m <sup>2</sup>

#### Farmacia

12. Farmacia	44.00m <sup>2</sup>
13. Entrega de Medicamentos	10.45m <sup>2</sup>
14. Preparación de Medicam.	8.60m <sup>2</sup>
15. Lavado de Instrumental	4.80m <sup>2</sup>
16. Frigorífico	3.10m <sup>2</sup>

#### Zona de Servicios Complementarios

##### Cafetería

1. Comedor	150.00m <sup>2</sup>
2. Cocina	48.00m <sup>2</sup>
3. Despensa	11.50m <sup>2</sup>
4. Cámara de Conservas	4.00m <sup>2</sup>
5. S.H. Publico Hombres	10.00m <sup>2</sup>
6. S.H. Publico Mujeres	10.00m <sup>2</sup>
7. S.H. Minusválido	7.20m <sup>2</sup>

##### Capilla

1. Nave Central	130.00m <sup>2</sup>
2. Altar	40.00m <sup>2</sup>
3. Sacristía	8.00m <sup>2</sup>
4. S.H	3.80m <sup>2</sup>

5. Deposito 7.60m<sup>2</sup>

#### Talleres

1. Arte-Terapia 130.00m<sup>2</sup>  
2. Nutrición 130.00m<sup>2</sup>  
3. Autoestima 130.00m<sup>2</sup>  
4. Sala de Estar 65.00m<sup>2</sup>  
5. S.H. Publico Hombres 20.00m<sup>2</sup>  
6. S.H. Publico Mujeres 20.00m<sup>2</sup>  
7. Deposito 7.60 m<sup>2</sup>

#### Zona de Servicios Generales

1. Control y Atención 4.80m<sup>2</sup>  
2. Seguridad y Vigilancia 7.20m<sup>2</sup>  
3. Sala de Estar/Espera 23.00m<sup>2</sup>  
4. Vestidor del Personal M. Hombres 30.00m<sup>2</sup>  
5. Vestidor del Personal M. Mujeres 30.00m<sup>2</sup>  
6. Lavandería 54.00m<sup>2</sup>  
7. Ropa Limpia 4.20m<sup>2</sup>  
8. Ropa Sucia 4.20m<sup>2</sup>  
9. Comedor del Personal M 80.00m<sup>2</sup>  
10. Cocina 16.60m<sup>2</sup>  
11. Taller de mantenimiento 50.00m<sup>2</sup>  
12. Almac.de Material de Limpieza 31.00m<sup>2</sup>  
13. Clasificación de Almacenamiento 5.40m<sup>2</sup>  
14. Almacén de Material Medico 30.00m<sup>2</sup>  
15. Almacén de Medicamentos 30.00m<sup>2</sup>  
16. Almacén de Equipos Médicos 30.00m<sup>2</sup>  
17. Tableros Generales 12.00m<sup>2</sup>  
18. Cuarto de Fuerza 24.80m<sup>2</sup>  
19. Sala de Calderos 36.00m<sup>2</sup>  
20. Central de Vacío 12.00m<sup>2</sup>  
21. Central de Oxigeno 24.80m<sup>2</sup>  
22. Cuarto de Incinerador 31.50m<sup>2</sup>  
23. Almacén Final de Residuos Sólidos 15.00m<sup>2</sup>

#### Anatomía Patológica

1. Informe al Publico-Control 7.00m<sup>2</sup>  
2. Sala de Espera 9.00m<sup>2</sup>  
3. S.H. Publico Hombre 10.00m<sup>2</sup>

4. S.H. Publico Mujeres	10.00m <sup>2</sup>
5. Sala de Deudos	32.00m <sup>2</sup>
6. Entrega de Cuerpo	21.00m <sup>2</sup>
7. Sala de Estar del Personal M.	33.60m <sup>2</sup>
8. Control del Personal M.	15.60m <sup>2</sup>
9. Vestidor del Pers. Med. Hombre	15.80m <sup>2</sup>
10. Vestidor del Pers. Med. Mujeres	15.80m <sup>2</sup>
11. Jefatura de Área	15.50m <sup>2</sup>
12. Revisión de Casos	24.00m <sup>2</sup>
13. Lavado de Camilla	20.00m <sup>2</sup>
14. Cuarto de Máquinas	9.90m <sup>2</sup>
15. Conservación de Cadáveres	32.90m <sup>2</sup>
16. Almacén Intermedio de Residuos Orgánico	4.60m <sup>2</sup>
17. Cuarto pre-lavado de Instrumental	4.80m <sup>2</sup>
18. Manipulación de Cadáveres	30.00m <sup>2</sup>
19. Necropsias	95.00m <sup>2</sup>
20. Almacén de Insumos y Materiales	16.20m <sup>2</sup>
21. Almacén de Láminas	16.70m <sup>2</sup>
22. Botadero Clínico	4.70m <sup>2</sup>
23. Ducha de Emergencia	2.70m <sup>2</sup>
24. Patología Quirúrgica	15.00m <sup>2</sup>

#### Zona de Hospitalización

1. Informes al Publico y Control	25.00m <sup>2</sup>
2. S.H. Publico Hombres	12.00m <sup>2</sup>
3. S.H. Publico Mujeres	12.00m <sup>2</sup>
4. Sala de Espera	50.00m <sup>2</sup>
5. Habitación Doble	21.00m <sup>2</sup>
6. S.H. de Habitación	4.00m <sup>2</sup>
7. Habitación Simple	14.00m <sup>2</sup>
8. S.H. de Habitación	4.00m <sup>2</sup>
9. Habitación de Aislados	30.00m <sup>2</sup>
10. S.H. de Habitación	4.00m <sup>2</sup>
11. Estación de Enfermería	15.00m <sup>2</sup>
12. Tópico de Enfermería	26.00m <sup>2</sup>
13. Estancia Medica	20.00m <sup>2</sup>
14. Jefe de Área	20.00m <sup>2</sup>
15. Área de Refugio	30.00m <sup>2</sup>
16. Ropa limpia	4.00m <sup>2</sup>
17. Ropa Sucia	4.00m <sup>2</sup>
18. Cuarto de Limpieza	4.00m <sup>2</sup>
19. Deposito	4.00m <sup>2</sup>



20. Almacén de Camillas y Sillas de R. 10.00m<sup>2</sup>

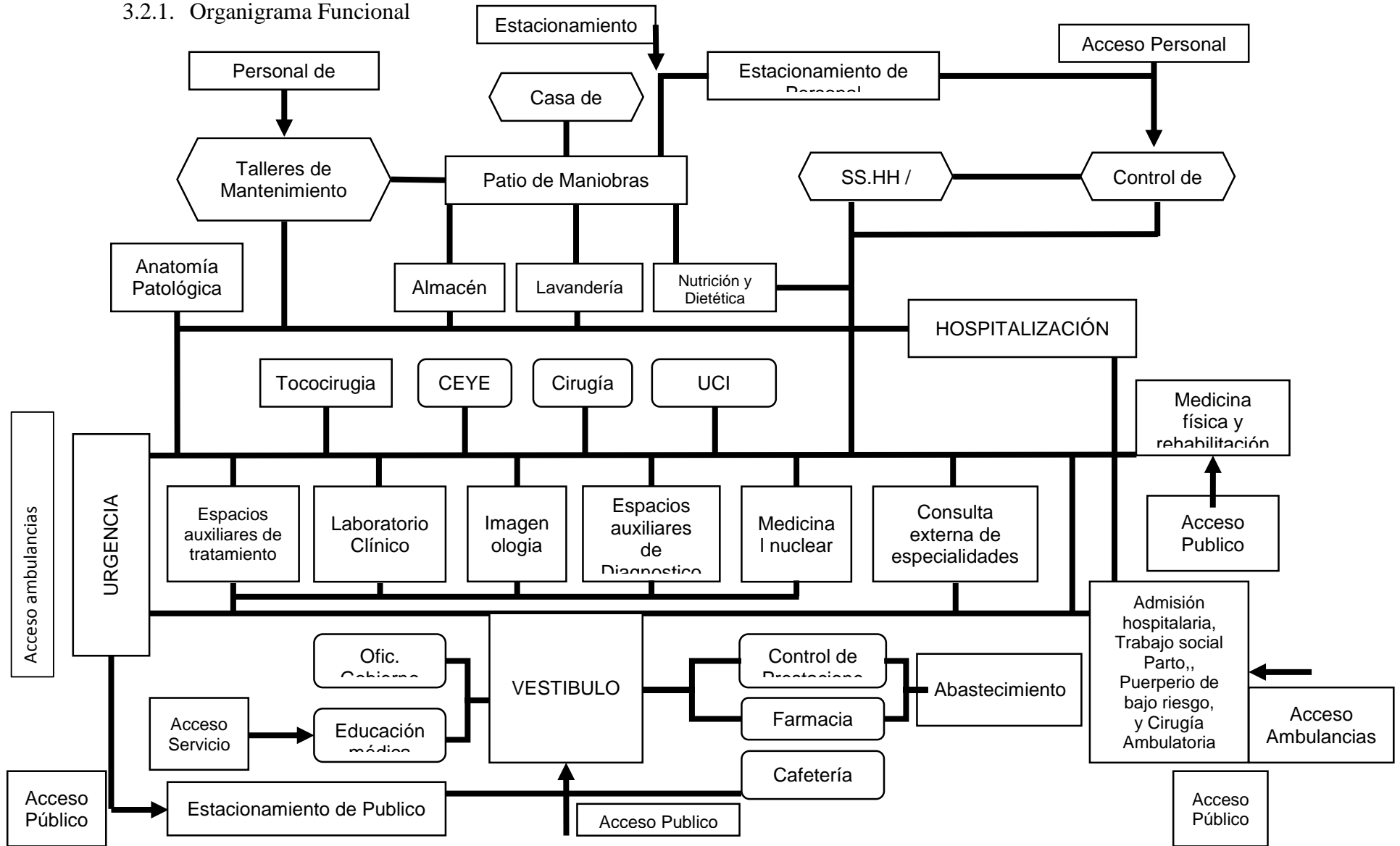
#### Zona de Unidad Neonatal

1. Informes al Público y Control 10.00m<sup>2</sup>  
2. Sala de Espera 21.00m<sup>2</sup>  
3. Atención Neonatal 20.00m<sup>2</sup>  
4. Sala de Cuidados 20.00m<sup>2</sup>  
5. Sala de Incubadoras 12.00m<sup>2</sup>

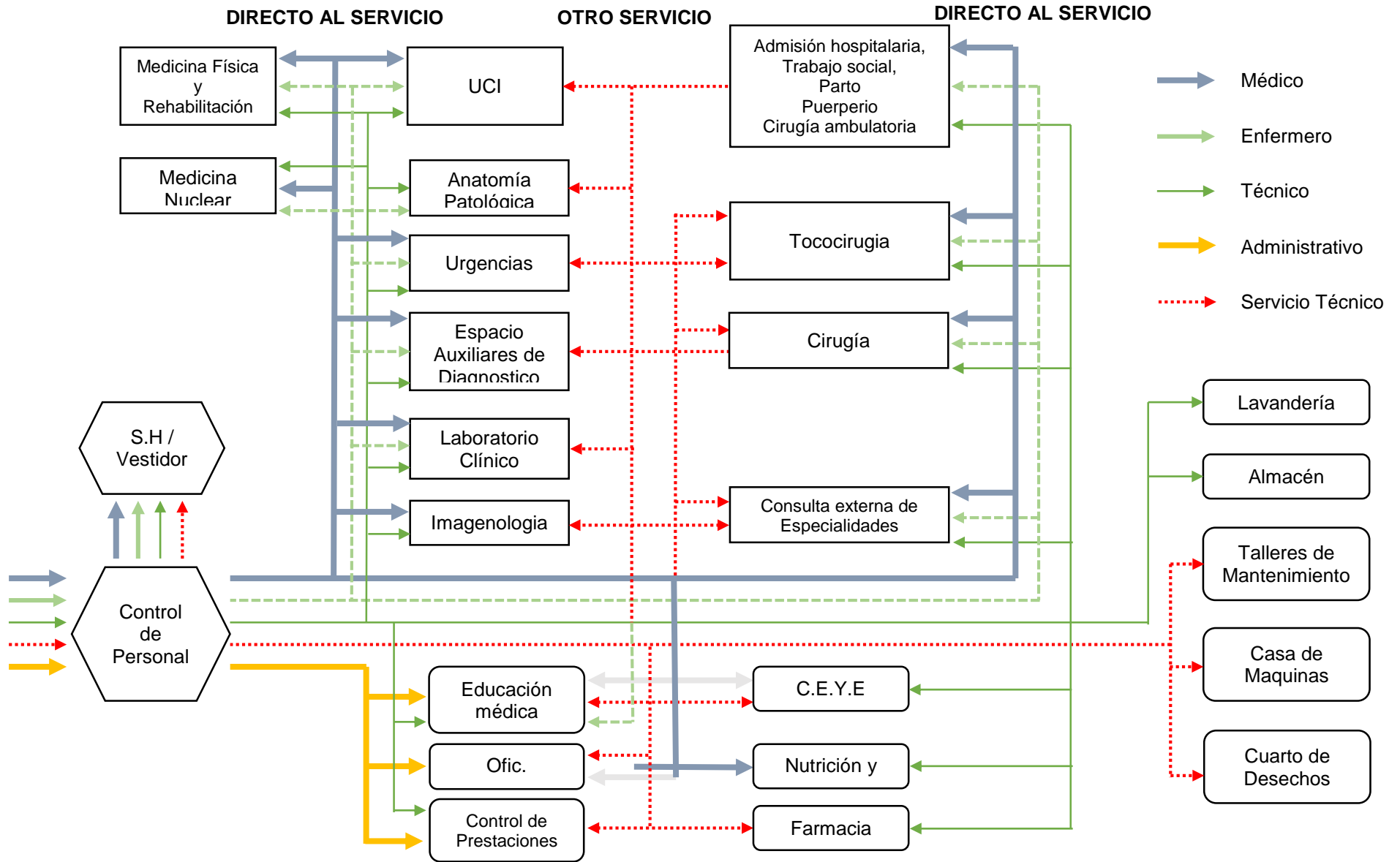
#### Zona Quirúrgica

1. Informe y Control 25.00m<sup>2</sup>  
2. Sala de Espera 50.00m<sup>2</sup>  
3. S.H. Publica Hombres 12.00m<sup>2</sup>  
4. S.H. Publica Mujeres 12.00m<sup>2</sup>  
5. Briefing 50.00m<sup>2</sup>  
6. Estancia Medica 26.00m<sup>2</sup>  
7. Clasificación de Materiales 16.00m<sup>2</sup>  
8. C.E.Y.E 16.00m<sup>2</sup>  
9. Almacén Estéril 4.00m<sup>2</sup>  
10. Almacén No Estéril 4.00m<sup>2</sup>  
11. Filtro 5.00m<sup>2</sup>  
12. Dilatación y Preparación de Parto 11.00m<sup>2</sup>  
13. Sala de Recuperación 22.00m<sup>2</sup>  
14. Vestidor Medico Hombres 17.50m<sup>2</sup>  
15. Vestidor Medico Mujeres 17.50m<sup>2</sup>  
16. Transfer 7.50m<sup>2</sup>  
17. Inducción Anestésico 21.00m<sup>2</sup>  
18. Aseo de Mano 2.50m<sup>2</sup>  
19. Sala de Parto 35.00m<sup>2</sup>  
20. Quirófano 40.00m<sup>2</sup>  
21. Cuarto de Limpieza 4.00m<sup>2</sup>  
22. Cuarto Séptico 4.00m<sup>2</sup>  
23. Deposito 4.00m<sup>2</sup>  
24. Ropa Sucia 5.00m<sup>2</sup>  
25. Ropa Limpia 5.00m<sup>2</sup>  
26. Almacén de Equipos 6.00m<sup>2</sup>  
27. Almacén de Materiales 6.00m<sup>2</sup>  
28. Almacén de Insumos 6.00m<sup>2</sup>  
29. Almacén de Rayos X portátiles 6.00m<sup>2</sup>

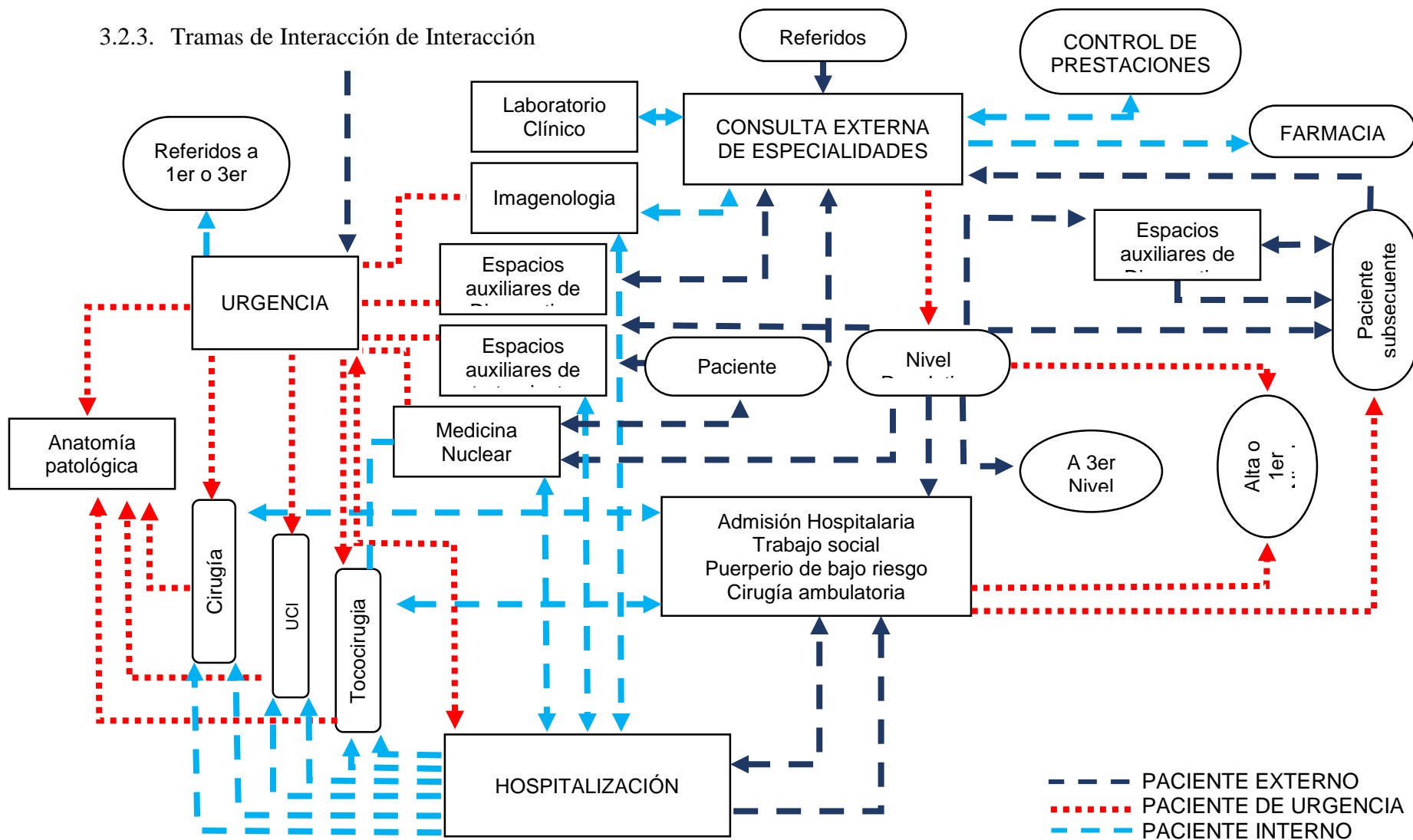
### 3.2.1. Organigrama Funcional



### 3.2.2. Tramas de Interacción de Interacción



### 3.2.3. Tramas de Interacción de Interacción



### 3.2.4. Diagrama de Organización

		Plaza Publica	Vestíbulo Princ.	Consulta Externa	Farmacia	Laboratorio	Imágenes	Cafetería	Auditorio	Emergencia	Quirófanos	C.E.Y.E	Morgue	U.C.I	Hospitalización	Estacionamiento	Patio de Emerg.	Incinerador	Patio de Servicio	Administración	Terapias	Cocina	Lavandería	Cuartos Tecnic.	Vestidores Personal
1	Plaza Publica		1		2			2	1											2	2				
2	Vestíbulo Principal			1	1	2	2	2												1					
3	Consulta Externa				2		2									2				1					2
4	Farmacia									1	2			1	2										2
5	Laboratorio						1			2	2			2	2	1									2
6	Imágenes									2	2		2	2		1									2
7	Cafetería								2										1			1			
8	Auditorio																			2		2			
9	Emergencia										2	2	2	1	2		1	2						2	2
10	Quirófanos											1	2	2	2			2							
11	C.E.Y.E												2	2	2										2
12	Morgue																1	2					2	2	1
13	U.C.I														2		1	2						2	2
14	Hospitalización																	2							
15	Estacionamiento																			2					2
16	Patio de Emerg.																		2						
17	Incinerador																		1					1	
18	Patio de Servicio																				2	1	1	1	1
19	Administración																								
20	Terapias																								
21	Cocina																					2			2
22	Lavandería																							2	2
23	Cuartos Técnicos																								
24	Vestid. Personal M.																								

1= Relación Directa 2=Relación Indirecta

		CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN														
		Vestíbulo 1	Recepción	Vestíbulo 2	S.S Personal	S.S	Jefatura	Lavado de Carretillas	Secado Carretillas	Lavado instrumental	Empaquetado	Esterilización	Depósito Esteril General	Depósito Esteril Interno	Entrega General	Entrega Interna
1	Vestíbulo 1		2		2			1			2			2		
2	Recepción			1	2	2	2									
3	Vestíbulo 2					2	2			2	2	2			2	
4	S.S Personal					1										
5	S.S						1									
6	Jefatura									2						
7	Lavado de Carretillas							1	2							
8	Secado Carretillas											2				
9	Lavado instrumental									2						
10	Empaquetado												2			
11	Esterilización												2	2		
12	Depósito Esteril General													2	2	
13	Depósito Esteril Interno															2
14	Entrega General															2

15	Entrega Interna																		
----	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AUDITORIUM		VESTIBULO P	VESTIBULO 2	SERVICIOS SANITARIOS HOMBRES	SERVICIOS SANITARIOS MUJERES	BODEGA	SALA DE AUDITORIUM	ESTRADO	SANITARIO PERSONAL
1	VESTIBULO P		1						
2	VESTIBULO 2			2	2				
3	SERVICIOS SANITARIOS HOMBRES								
4	SERVICIOS SANITARIOS MUJERES								
5	BODEGA							1	
6	SALA DE AUDITORIUM								
7	ESTRADO								1
8	SANITARIO PERSONAL								



FARMACIA											
		VESTÍBULO P	VESTÍBULO 2	RECEPCIÓN	JEFATURA AREA	DESPACHO HOSPITALARIO	CUARTO FRIO	PREPARACIÓN	ESPERA	SERVICIO SANITARIO	DESPACHO MEDICAMENTOS
1	VESTÍBULO P			2		2				2	
2	VESTÍBULO 2			1	2	2				2	2
3	RECEPCIÓN				2	2				2	2
4	JEFATURA AREA					2	2	2	2	2	2
5	DESPACHO HOSPITALARIO						2	2			
6	CUARTO FRIO										2
7	PREPARACIÓN										2
8	ESPERA										2
9	SERVICIO SANITARIO										
10	DESPACHO MEDICAMENTOS										

CONSULTA EXTERNA																
		VESTIBULO 1	SALA DE ESPERA	SERVICIO SANITARIO PERSONAL	INFORMACIÓN	OFICINA DE TRABAJO SOCIAL	ADMISIÓN Y ARCHIVO	VESTIBULO 2	CLINICA MEDICA GENERAL	CLINICA GINECO- OBSTETRICIA	CLINICA NEUROLOGICA	CLINICA OFTALMOLOGÍA	CLINICA PEDIATRICA	ESTACIÓN CENTRAL DE ENFERMERÍA	CLINICA DE CIRUGIA	SERVICIO SANITARIO PUBLICOS
1	VESTIBULO 1							2							1	2
2	SALA DE ESPERA			2	2	2		2			2	2	2	2		
3	SERVICIO SANITARIO PERSONAL					2	2		2							
4	INFORMACIÓN										2					
5	OFICINA DE TRABAJO SOCIAL												2			
6	ADMISIÓN Y ARCHIVO															
7	VESTIBULO 2														2	
8	CLINICA MEDICA GENERAL															
9	CLINICA GINECO- OBSTETRICIA										2					
10	CLINICA NEUROLOGICA															
11	CLINICA OFTALMOLOGÍA															
12	CLINICA PEDIATRICA															



13	BANCO DE SANGRE														2	2	2	2	2
14	BIOQUIMICA SANGUNINEA															2	2	2	
15	MICROBIOLOGÍA																2	2	
16	HEMATOLOGÍA																2	2	
17	VESTIBULO3																		2
18	LIMPIEZA																		

EMERGENCIA

																				PARQUEO PARA AMBULANCIAS
																				CAMILLAS Y SILLAS
																				VESTIBULO 1
																				SALA DE ESPERA
																				CENTRAL DE INFORMACIÓN
																				SERVICIOS SANITARIOS PUBLICO HOMBRES
																				SERVICIOS SANITARIOS PUBLICO MUJERES
																				VESTIBULO 2
																				SERVICIO SANITARIO PERSONAL HOMBRES
																				SERVICIO SANITARIO PERSONAL MUJERES
																				VESTIBULO 3
																				SALA DE YESOS
																				CONSULTORIA PEDIATRICA
																				CONSULTORIA MEDICINA
																				CONSULTORIA GINECOLOGIA
																				TRANSFER
																				CONTROL
																				SALA DE ESPERA
																				SERVICIO SANITARIO HOMBRES/MUJERES
																				ESTACION DE ENFERMERÍA
OBSERVACIÓN DE MUJERES																				
OBSERVACIÓN DE HOMBRES																				
LAVADO DE CAMILLAS																				
DUCHAS DE PACIENTES HOMBRES																				
DUCHAS DE PACIENTES MUJERES																				

1	PARQUEO PARA AMBULANCIAS																		
2	CAMILLAS Y SILLAS																		
3	VESTIBULO 1																		
4	SALA DE ESPERA																		
5	CENTRAL DE INFORMACIÓN																		



INTERNACIÓN DE HOMBRES									
		VESTÍBULO 1							
		CONTROL							
		SALA DE ESPERA							
		VESTIBULO 2							
		SERVICIO SANITARIO							
		SALAS DE CIRUJÍA DE HOMBRES							
		SALAS DE MEDICINA HUMANA							
		SALAS PARA TUBERCULOSIS							
		CIRCULACIÓN MÉDICA							
1	VESTÍBULO 1		1	1		2			
2	CONTROL			1	1	2	2	2	
3	SALA DE ESPERA				1	2			
4	VESTIBULO 2					2	2	2	
5	SERVICIO SANITARIO							2	2
6	SALAS DE CIRUJÍA DE HOMBRES							2	2
7	SALAS DE MEDICINA HUMANA								2
8	SALAS PARA TUBERCULOSIS								2
9	CIRCULACIÓN MÉDICA								

INTERNACIÓN DE MUJERES										
		VESTÍBILO 1	CONTROL	SALA DE ESPERA	VESTIBULO 2	SERVICIO SANITARIO	SALAS DE CIRUJÍA DE HOMBRES	SALAS DE MEDICINA	SLAS PARA TUBERCULOSIS	CIRCULACION MEDICA
1	VESTÍBILO 1		1	1		2				
2	CONTROL			1	1	2	2	2	2	
3	SALA DE ESPERA				1	2				
4	VESTIBULO 2					2	2	2		
5	SERVICIO SANITARIO								2	2
6	SALAS DE CIRUJÍA DE HOMBRES								2	2
7	SALAS DE MEDICINA									2
8	SLAS PARA TUBERCULOSIS									2
9	CIRCULACION MEDICA									
10	CONTROL									

INTERNACIÓN PEDIATRICA														
		VESTÍBULO 1	SALA DE ESPERA	CONTROL	VESTIBULO 2	SERVICIOS SANITARIOS	VESTIBULO 3	SALA DE MEDICINA DE NIÑOS	SALA DE CIRUJIA DE NIÑOS	SALA DE MEDICINA DE NIÑOS	SALA DE CIRUJIA DE NIÑAS	LACTANCIA	SERVICIO SANITARIO	RECIEN NACIDOS
1	VESTÍBULO 1			1		2	1							
2	SALA DE ESPERA			2										
3	CONTROL				2									
4	VESTIBULO 2						2	2	2		2	2		
5	SERVICIOS SANITARIOS													
6	VESTIBULO 3							2	2		2			
7	SALA DE MEDICINA DE NIÑOS													
8	SALA DE CIRUJIA DE NIÑOS													
9	SALA DE MEDICINA DE NIÑOS													
10	SALA DE CIRUJIA DE NIÑAS													
11	LACTANCIA												2	1
12	SERVICIO SANITARIO													1
13	RECIEN NACIDOS													



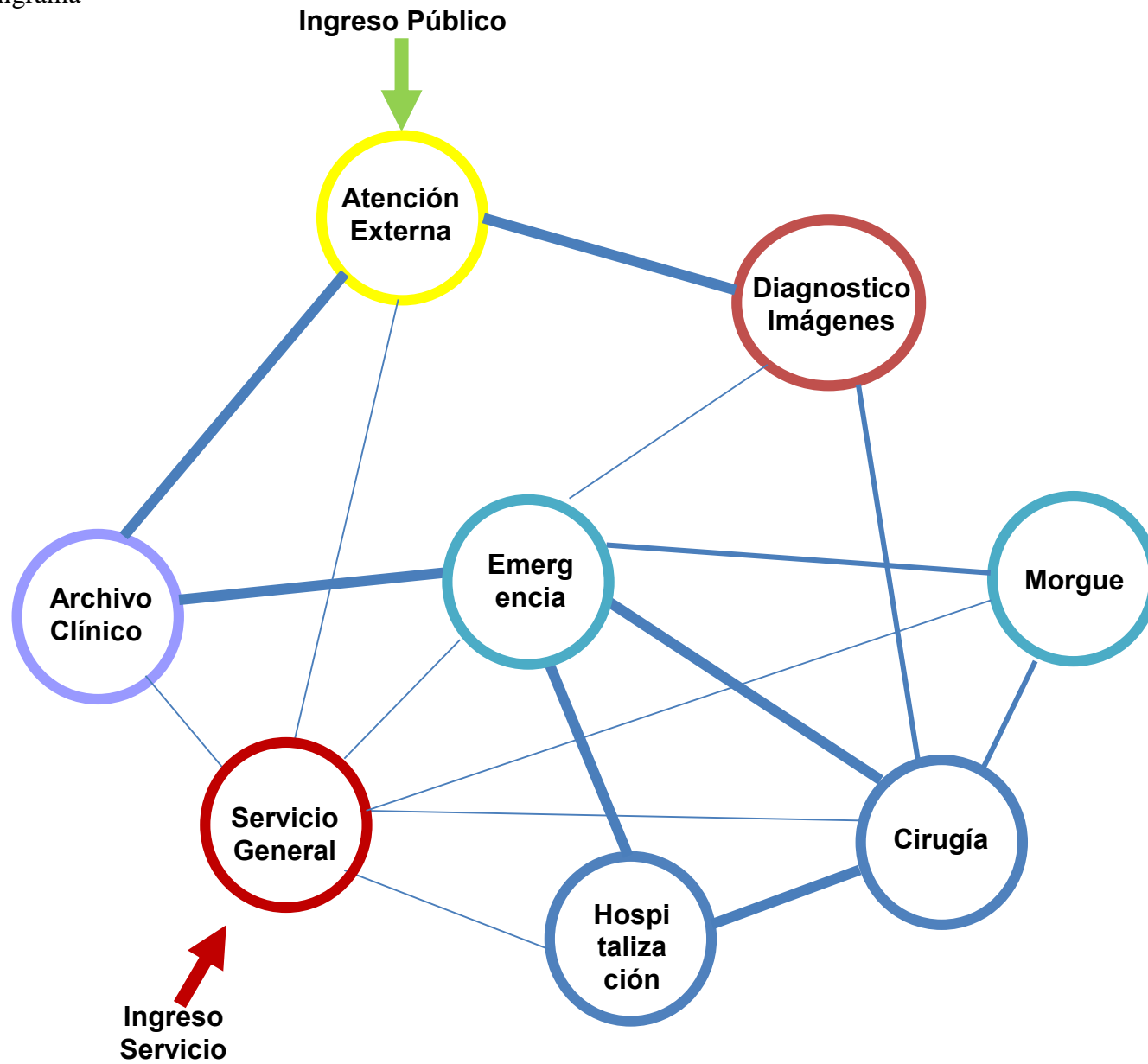
		SECTOR QUIRÚRGICO																									
		VESTIBULO 1	SALA DE ESPERA	CONTROL	VESTIBULO 2	VESTIDOR DE MEDICOS	RECUPERACION POS PARTO	VESTIDOR PARA ENFERMERAS	VESTIBULO 3	AREA DE ESTAR CIRUJANOS	OBSERVACIÓN MUJERES	SERVICIO SANITARIO HOMBRE	OBSERVACIÓN HOMBRE	OBSERVACIÓN PEDIATRIA	ESTACIÓN DE ENFERMERIA	SERV.SANITARIO MUJERES	SERV.SANITARIO PEDIATRIA	INSTRUMENTAL	PASILLO MEDICO	PASILLO MEDICO	QUIRÓFANO 1	QUIRÓFANO 2	SALA DE PARTOS	ANESTIOLOGO	S.S EMPLEADOS	TRANSFER	
1	VESTIBULO 1		2	2	1															2		2	2	2	2	2	2
2	SALA DE ESPERA			2																							
3	CONTROL								1													2	2	2			
4	VESTIBULO 2														2												2
5	VESTIDOR DE MEDICOS								2	2																	
6	RECUPERACION POS PARTO										2				2	2											
7	VESTIDOR PARA ENFERMERAS								2																		
8	VESTIBULO 3									2												2					
9	AREA DE ESTAR CIRUJANOS																										
10	OBSERVACIÓN MUJERES														2	2											
11	SERVICIO SANITARIO HOMBRE												2		2												
12	OBSERVACIÓN HOMBRE														2												
13	OBSERVACIÓN PEDIATRIA														2		2										
14	ESTACIÓN DE ENFERMERIA																										



MANTENIMIENTO													
				VESTÍBULO 1	SALA DE CALDERAS Y BOMBAS	OFICINA DE AREA	TALLERES DE MANTENIMIENTO	BODEGAS GENRAL	CARPINTERIA	PLANTA ELECTRICA DE EMERGENCIA	SERV.SANITARIO PERSONAL	CONTROL	DORMITORIO
1	VESTÍBULO 1					2		2	2	2		2	2
2	SALA DE CALDERAS Y BOMBAS									2			
3	OFICINA DE AREA							2					2
4	TALLERES DE MANTENIMIENTO										2		
5	BODEGAS GENRAL								2				
6	CARPINTERIA									2			
7	PLANTA ELECTRICA DE EMERGENCIA												
8	SERV.SANITARIO PERSONAL												
9	CONTROL										2		
10	DORMITORIO											2	



3.2.5. Organigrama



3.2.6. Cuadro de Necesidades según tipo de usuario.

<b>6.3.1. Introducción PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO</b>				
<b>I.</b>	<b>AREA ADMINISTRATIVA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>EQUIPAMIENTO</b>	<b>ÁREA MINIMA M2</b>
<b>1</b>	informes	ambiente destinado a brindar informes y atención al público	Un escritorio Una silla Un teléfono más Intercomunicador (interno) Mesa más teléfono	2.5 m2
<b>2</b>	admisión y acreditación del derecho	Ambiente destinado a atender la solicitud de los pacientes que necesitan atención médica en la Unidad de Emergencia.	Mueble de atención Sillas giratorias altas Equipo de cómputo con su respectivo mueble Cesto para papeles Mesa para teléfono	5 m2(por persona)
<b>3</b>	caja	Es el ambiente donde se ubicará el personal para realizar la cobranza.	Mueble de atención, Silla giratoria alta., Computadora Caja Registradora	2.5 m2(por persona)

4	oficina del jefe de la unidad con ss.hh	Es el ambiente destinado a realizar las funciones de organización y coordinación de las actividades desarrolladas en la Unidad.	Escritorio Sillón giratorio Sillas fijas (2) Credensa Archivador	15 m2
5	secretaría	Ambiente de trabajo técnico-administrativo.	Escritorio Sillón giratorio Cesto para papeles Archivador de 4 gavetas	9 m2
6	trabajo social	ambiente destinado al trabajo técnico administrativo, de apoyo a los pacientes y familiares en los trámites que requieren efectuar	Escritorio Sillón giratorio Sillas fijas (2) mueble	9 m2
7	oficina de enfermera jefe de unidad	Ambiente destinado a las funciones de: programación, coordinación, supervisión, capacitación y	Escritorio Sillón giratorio Sillas fijas (2) Archivador	9 m2

		docencia de enfermería.		
8	sala de entrevistas familiares	ambiente destinado a entrevistar a los familiares de los pacientes	Escritorio Sillón Giratorio Sillas Fijas	9 m2
<b>total:</b>				<b>61 m2</b>

II.	AREA CLINICA	ACTIVIDAD	EQUIPAMIENTO	ÁREA M2
1	Triaje	ambiente destinado a la evaluación de los pacientes que generalmente vienen por sus propios medios.	Escritorio Sillón giratorio Sillas fijas (2) Camilla de exploración Vitrina de un cuerpo	15 m2
2	shock trauma	ambiente destinado a la atención	Carro de paro cardiorespiratorio	20 m2



		inmediata del paciente crítico con la finalidad de su estabilización de vida y trauma.	Bote sanitario Portasueros Tensiómetro portátil	
3	tópico de procedimientos de cirugía menor	ambiente destinado a la atención a pacientes que necesitan procedimientos de cirugía menor.	Vitrina de dos cuerpos Lámpara cuello de ganso Mesa de Curaciones Lavatorio con su respectivo soporte	26 m2
4	tópico de atención adultos	Atender a los pacientes que requieran atención inmediata para diagnosticar su enfermedad	Balanza de pie Banco giratorio Camilla de Exploración Lámpara cuello de ganso Bote sanitario de pedal	15 m2
5	tópico de evaluación gineco - obstétrica	realiza entrevistas y examen físico de pacientes	Lámpara cuello de ganso Mesa de Curaciones Balanza Balanza de pie con	15 m2 (ss.hh.2.10 m2)

			tallimetro Tensiometro	
6	tópico de yeso	procedimientos de reducción de luxaciones y fracturas, inmovilizaciones con yeso o eventualmente.	Camilla Accesorios para aplicación de yeso Sistema de tracción Cortayesos (sierra eléctrica)	15 m2
7	tópico de inyectables	área destinado a la aplicación de inyectables a pacientes ambulatorios.	Mesa Coche Multipropósito Portasuero Camilla Sillas	5 m2
8	sala de observación adultos	tratar de llegar a un diagnóstico y estabilizar a los pacientes antes de ser hospitalizados	Lavatorio con soporte Silla fija Riel portavenoclisis Repisa Camilla con barandal rodante	8 m2 (por camilla)
	ss.hh. Para pacientes			3.50 m2

	lavachatas			3.50 m2
	ss.hh. Para personal			2.50 m2 (para ducha)
				4.m2(camilla pre escolar)
				5 m2 (camilla escolar)
<b>9</b>	sala de rehidratación	Su finalidad es la rehidratación de los pacientes bajo vigilancia médica.	Mesa Sillas Camillas Portasueros Tensiómetro y Estetoscopio	4 m2 por camilla
<b>10</b>	sala de cirugía	Hospitales que cuenten con capacidad de resolución para las intervenciones quirúrgicas y dependiendo de la demanda	Mesa de Operaciones Intercomunicadores Sistema Integral de Anestesia	30 m2

	area de complementaria			20 m2
<b>11</b>	sala de recuperación	destinada a los pacientes después de la intervención quirúrgica.	Camas Monitor de Funciones Vitales Ventilador Volumétrico Desfibrilador	8 m2 ( por cama)
<b>12</b>	baño para pacientes (descontaminación)	ambiente destinado a efectuar la limpieza integral del paciente.	Camilla para adultos Ducha tipo regadera Mueble fijo con lavadero	18 m2
<b>13</b>	aislados	ambiente para los pacientes altamente infectados.		12 m2
<b>total:</b>				<b>229.5 m2</b>

III.	AREA DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	ACTIVIDAD	EQUIPAMIENTO	ÁREA M2
1	Diagnóstico por imágenes			
	radiodiagnóstico	hospitales en los cuales la Unidad de Diagnóstico por Imágenes está alejada de la Unidad de Emergencia	Revelador automático de películas Banco giratorio Bote sanitario Portasueros	40 m2
	ecusonografía	Se ubicará próxima al ambiente de Radiodiagnóstico o a los ambientes de observación.	Ecógrafo Camilla Sillón giratorio Mueble fijo para guardar equipos e insumos	9 m2
2	laboratorio	Actualmente se considera que en la Unidad de Emergencia sólo se debe contar con un ambiente	Mesa Sillas Coche Multipropósito Intercomunicador y Teléfono Computadora	2.5 m2

		para la toma de muestras.	(terminal en red con laboratorio central) Impresora	
3	farmacia	Es el área destinada al expendio de fármacos de cobertura interna y externa.	Computadora Mueble Mesa y Sillas Anaqueles de metal graduable	20 m2
<b>total:</b>				<b>71.5 m2</b>

IV.	AREA DE APOYO CLINICO	ACTIVIDAD	EQUIPAMIENTO	ÁREA M2
1	Trabajo de enfermería (central de atención)	ambiente destinado a la realizar de actividades clínicas y administrativas tales como control de los procedimientos clínicos indicados	Mesa de atención con fórmica Mueble fijo con lavadero Cesto para papeles Sillón giratorio Lámpara cuello de ganso	12 m2
	trabajo sucio	espacio destinado al depósito transitorio del instrumental y elementos utilizados en las intervenciones y procedimientos.		8 m2
2	cuarto séptico	ambiente donde se clasifica y elimina los desechos, producto de la atención dada a los pacientes	Mueble fijo para guardar insumos Mueble fijo con lavadero	4 m2

3	ambiente para ropa limpia	ambiente destinado a guardar la ropa limpia y estéril necesaria para el funcionamiento de la Unidad.	Mesa de trabajo y clasificación Anaqueles	4 m <sup>2</sup>
4	ambiente para ropa sucia	ambiente destinado a depositar la ropa hospitalaria sucia.	Mesa Anaqueles	2.5 m <sup>2</sup>
5	estación de camillas y sillas de ruedas	espacio destinado para guardar camillas y sillas de ruedas	sillas de ruedas	1.20 m <sup>2</sup> ( por camilla)
				0.36 m <sup>2</sup> (por silla rueda)
6	almacén de equipos	espacio destinado a guardar el equipo médico que se utiliza en las diferentes áreas del servicio.		24 m <sup>2</sup>



7	guardaropería de pacientes	ambiente destinado a guardar transitoriamente la ropa y pertenencia de los pacientes que se encuentran hospitalizados en la sala de observación		0.50 m2 (por casillero)
8	almacén para desastres	ambiente destinado a guardar los insumos, equipos y mobiliario médico a utilizarse en casos de catástrofes.	Area de Medicinas Area de Insumos Area de Ropa	24 m2
9	cuarto de limpieza	ambiente destinado para realizar labores de limpieza y mantenimiento de la planta física		2.5 m2
<b>total:</b>				<b>83.06 m2</b>

V.	AREA DE CONFORT	ACTIVIDAD	EQUIPAMIENTO	ÁREA M2
1	Sala de espera público	ambiente servirá para la espera de los familiares de los pacientes que acuden a la Unidad de Emergencia.	Sillas apilables Bote de pie Máquina dispensadora de alimentos y gaseosas TV - VHS – Cable Sistema de parlantes - comunicaciones	24 m2
2	sala de pacientes ingresados	Unidades se puede considerar este espacio que permita la espera de pacientes no graves ingresados	Sillones Bote de pie Sistemas de Comunicaciones	15 m2
3	sala de estar médico	área destinada al descanso del personal durante turnos del día o de la noche	Sillones de descanso Cesto de papeles Mesa de comedor Refrigeradora Horno microondas Mesa esquinera	20 m2
<b>Total:</b>				<b>59 m2</b>



ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ANTROPOMETRÍA		ERGONOMETRÍA	DIMENSIONES APROXIMADAS			
			USUARIOS	ATRIBUCIÓN	MOBILIARIO Y/O EQUIPO	LARGO	ANCHO	ALTO	ÁREA (m2)
DIAGNOSTICO-IMÁGENES	Rayos X	Vestidor	1	Paciente	1 Banco de Madera	3.6	3.6	2.8	12.96
		S.S.H.H	1	Variable	Inodoro Lavamanos	3.6	3.6	2.8	12.96
		Cuarto Oscuro	1	Técnico	1 mesa de trabajo, 3 sillas, archivero	3.6	3.6	2.8	12.96
		Sala de rayos x	2	Paciente	Varias estanterías sin fila	3.6	3.6	2.8	12.96
		Vestidor	1	Paciente	1 Banco de Madera	3.6	3.6	2.8	12.96
	Ecografía	S.S.H.H	1	Variable	Inodoro Lavamanos	3.6	3.6	2.8	12.96
		Oficina	1	Técnico	1 escritorio, 3 sillas, archivero	3.6	3.6	2.8	12.96
		Cuarto Oscuro	1	Técnico	1 mesa de trabajo, 3 sillas, archivero	3.6	3.6	2.8	12.96
		Toma de Muestras	4	Enfermeras	1 silla reclinable de toma, 1 mesa de instrumentos, 1 estantería para material estéril, flamometro	3.6	3.6	3	7.6
		Sala de Transfusiones	4	Enfermeras	1 silla reclinable de toma, 1 mesa de instrumentos, 1 estantería para material estéril, flamometro	3.6	3.6	3	7.6
	Laboratorio	Jefatura de laboratorio	1	Otro	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 1 mesa de trabajo de laboratorio	3.6	3.6	3	7.6
		Lavado de Instrumental	Variable	Personal laboratorio	Estantería para reactivos, vidriería, equipo y accesorios	4.5	4.5	3	7.86
		Laboratorio de Bioquímica	4	Personal laboratorio	1 doble mesa de laboratorio con estantería, 1 pilade lavado, 1 nevera, instalaciones: centrifugadora, esterilizadora	5	7	3	23.2
		Laboratorio de Microbiología	4	Personal laboratorio	1 doble mesa de laboratorio con estantería, 1 pilade lavado, 1 nevera, instalaciones: centrifugadora, esterilizadora	5	7	3	20

	Laboratorio Hematología	4	Personal laboratorio	1 doble mesa de laboratorio con estantería, 1 pilade lavado, 1 nevera, instalaciones: centrifugadora, esterilizadora	5	7	3	24
	Banco de Sangre	Variable	Personal laboratorio	Estantería para reactivos, vidriería, equipo y accesorios	4.5	4.5	3	16
	Laboratorio Serología	4	Personal laboratorio	1 doble mesa de laboratorio con estantería, 1 pilade lavado, 1 nevera, instalaciones: centrifugadora, esterilizadora	5	7	3	24
	Almacén de Insumos	Variable	Personal laboratorio	Estantería para reactivos, vidriería, equipo y accesorios	4.5	4.5	3	10.6
	Filtro	Variable	Personal laboratorio	Lavamano Empotrado	4.5	4.5	3	4.7

ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ANTROPOMETRÍA		ERGONOMETRÍA	DIMENSIONES APROXIMADAS			
			USUARIOS	ATRIBUCIÓN	MOBILIARIO Y/O EQUIPO	LARGO	ANCHO	ALTO	ÁREA (m2)
ATENCIÓN EXTERNA	Atención al Público	Informes y Citas	2	Paciente	Mostrador de Melamina	3.6	3.6	2.8	18
		Deposito	Variable	Variable	Estanteria Metalica	3.6	3.6	2.8	4.8
		Cuarto de Limpieza	Variable	Técnico	Lavadero Empotrado	3.6	3.6	2.8	4.8

		Cuarto Septico	Variable	Técnico	Botadero Clinico  Lavachata	3.6	3.6	2.8	4.8
	<b>PROCETSS</b>	Consultorio	2	Paciente	1 escritorio, 3 sillas, archivero	3.6	3.6	2.8	5.75
		Revisión	2	Variable	Camilla	3.6	3.6	2.8	13.5
		Atención	2	Medico	1 escritorio, 3 sillas, archivero	3.6	3.6	2.8	13.7
		Almacén ARV	1	Técnico	1 mesa de trabajo, 3 sillas, archivero	3.6	3.6	2.8	4.6
	<b>Consultorios</b>	Ginecologia	2	Medico	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 1 camilla	2.5	2.5	3	20
		S.H	1	Paciente	Inodoro  Lavamanos	2.5	2.5	3	2.4

	Urologia	2	Medico	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 1 camilla	3.6	3.6	3	20
	S.H	1	Paciente	Inodoro Lavamanos	3.6	3.6	3	2.4
	Cirurgia	2	Medico	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 1 camilla	3.6	3.6	3	24
	Medicina General	2	Medico	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 1 camilla	4.5	4.5	3	24
	Medicina Preventiva	2	Medico	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 1 camilla	5	7	3	24
	Oftalmologico	2	Medico	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 1 camilla	5	7	3	24
	Odontologico	2	Medico	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 1 camilla	5	7	3	24
	Tuberculosis	2	Medico	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 1 camilla	5	7	3	24

<b>TOTAL</b>	<b>258.75</b>
--------------	---------------



ZONA	UNIDAD	AMBIENTE	ANTROPOMETRÍA		ERGONOMETRÍA	DIMENSIONES APROXIMADAS				
			USUARIOS	ATRIBUCIÓN	MOBILIARIO Y/O EQUIPO	LARGO	ANCHO	ALTO	ÁREA (m2)	
EMERGENCIA	Atención al Público	Atención y Control	3	Publico	Mostrador de Melamina	3.6	3.6	2.8	8.5	
		Sala de Espera	15	Variable	15 Sillas	3.6	3.6	2.8	18	
		Triaje	6	Enfermeras	Camilla 2 sillas Balanza	3.6	3.6	2.8	18	
		S.H. Publico	1	Publico	Inodoro Lavamanos	3.6	3.6	2.8	4	
		S.H. Publico	1	Publico	Inodoro Lavamanos	3.6	3.6	2.8	4	
	Consultorios	Observacion Hombres	4	Medico Enfermeras	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 2 camilla	2.5	2.5	3	24	
		Observacion Mujeres	4	Medico Enfermeras	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 2 camilla	2.5	2.5	3	24	
		Shock Trauma	4	Medico Enfermeras	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 4 camilla	3.6	3.6	3	48	
		Topico y Nebulizadores	4	Enfermeras	1 escritorio, 3 sillas, archivero, 2 camilla	3.6	3.6	3	48	
		S.H. Hombres	3	Variable	Inodoros Lavamanos	3.6	3.6	3	13	
		S.H. Mujeres	3	Variable	Inodoros Lavamanos	4.5	4.5	3	13	
	Farmacia	Estanterías	1	Farmacéutico	Varias estanterías sin fila	3.6	3.6	2.8	44	
		Entrega de Medicamentos	2	Farmacéutico	1 mostrador suelto, 2 sillas, 1 escritorio, 2 estanterías	3.6	3.6	2.8	10.45	
		Preparación de Medicamentos	1	Farmacéutico	Mostrador y mesas	3.6	3.6	2.8	8.6	
		Lavado de Instrumental	1	Farmacéutico	1 escritorio, 3 sillas, archivero	3.6	3.6	2.8	4.8	
		Frigoríficos	1	Farmacéutico	1 escritorio, 3 sillas, archivero	3.6	3.6	2.8	3.1	
	<b>TOTAL</b>									<b>293.45</b>

Zona	Unidad	Ambiente	Antropometría		Ergonometría	Dimensiones aproximadas				
			USUARIOS	ATRIBUCIÓN	MOBILIARIO Y/O EQUIPO	LARGO	ANCHO	ALTO	ÁREA (m2)	
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Capilla	Nave	40	Publico	10 Bancas largas de madera	2.7	2.7	3	130	
		Altar	2	Sacerdote Ayudante	1 Mesa de madera (altar) 1 Silla tallada, 1 Ambom de madera	3.6	3.6	9	40	
		Sacristía	2	Sacerdote Ayudante	Armario de Madera Cómoda de Madera	2.7	2.7	2.8	8	
		S.H	1	Variable	Inodoro Lavamanos	2.7	2.7	2.8	3.8	
		Deposito		Variable		2.7	2.7	2.8	7.6	
	Cafetería	Cocina	6	Cocineros y ayudantes	2 estufas industriales, 2 fregaderas, 1 Repostero alto	6.3	3.6	2.8	45	
		Despensa	1	Ayudantes	Repostero empotrado 1 Cuarto frio	6.3	3.6	2.8	15	
		Área de despacho	3	Empleados	2 cajas registradoras, 1 área para filas, 1 mostrador	6.3	2.7	2.8	3	
		Comedor	84	Publico	21 Mesas 84 Sillas	6.3	2.7	2.8	150	
		S.S.H.H	2	Publico	1 inodoro, 1 lavamanos	2.7	2.7	2.8	10	
		S.S.H.H Minusvalido	1	Publico	1 inodoro, 1 lavamanos, 1 urinario	2.7	2.7	2.8	7.2	
	Talleres	Taller arte terapia	64	Pacientes Ambulantes	16 Mesas de Trabajo 64 Silla altas	6.3	3.6	2.8	130	
		Taller Nutrición	64	Pacientes Ambulantes	16 Mesas de Trabajo 64 Silla altas	6.3	3.6	2.8	130	
		Taller Autoestima	64	Pacientes Ambulantes	16 Mesas de Trabajo 64 Silla altas	6.3	3.6	2.8	130	
		Sala de Estar	32	Publico	32 Butacas fijas	6.3	2.7	2.8	65	
		S.S.H.H Mujeres	3	Publico	3 inodoro, 3 lavamanos	2.7	2.7	2.8	20	
		S.S.H.H Hombres	3	Publico	3inodoro, 3 lavamanos, 3 urinario	2.7	2.7	2.8	20	
		S.S.H.H Minusvalido	1	Publico	1 inodoro, 1 lavamanos, 1 urinario	2.7	2.7	2.8	7	
	<b>TOTAL</b>									<b>921.6</b>

Zona	Unidad	Ambiente	Antropometría		Ergonometría	Dimensiones aproximadas			
			Usuarios	Atribución	Mobiliario y/o equipo	Largo	Ancho	Alto	Área (m2)
HOSPITALIZACIÓN	<b>Cuidados intensivos</b>	Estación de enfermeras 2 cubículos ( 2 camas) hombres +ss	8	Enfermeras	2 camas, 2 mesas de noche, 1 inodoro,1 lavamanos	3.75	7.65	3	28.68
		Cubículo 1	6	Pacientes	6 camas, 6 mesas de noche	3.6	2.8	3	10.08
		Cubículo 2	6	Pacientes	6 camas, 6 mesas de noche	3.6	2.8	3	10.08
	<b>Medicina hombre</b>	2 salas de 3 camas	6	Pacientes	6 camas, 6 mesas de noche	7	7	3	49
		Servicios sanitarios completos en cada módulo de camas	2 por servicio	Pacientes	1 módulo por sala, 2 inodoros, 2 lavamos, 2 duchas	5.4	3.6	3	19.44
		2 sala de 3 camas aislados	2	Pacientes	2 camas, 2 mesas de noche	4	5	3	20
		Servicios sanitarios completos en cada módulo de camas	1	Pacientes	1 inodoro,1 lavamanos,1 ducha	5.4	3.6	3	19.44
		Central de enfermeras servicio	2	Enfermeras	2 camas, 2 mesas de noche	3.6	7.65	3	27.54
		Servicio sanitario enfermeras	1	Enfermeras	1 inodoro,1 lavamanos	2.8	2.8	3	7.84
	<b>Medicina mujeres</b>	2 salas de 3 camas	6	Pacientes	6 camas, 6 mesas de noche	7	7	3	49

	Servicios sanitarios completos en cada módulo de camas	2 por servicio	Pacientes	1 módulo por sala, 2 inodoros, 2 lavamos, 2 duchas	5.4	3.6	3	19.44
	2 salas de 3 camas aislados	2	Pacientes	2 camas, 2 mesas de noche	4	5	3	20
	Servicios sanitarios completos en cada módulo de camas	1	Pacientes	1 inodoro, 1 lavamanos, 1 ducha	5.4	3.6	3	19.44
	Central de enfermeras servicio	2	Enfermeras	2 camas, 2 mesas de noche	3.6	7.65	3	27.54
	Servicio sanitario enfermeras	1	Enfermeras	1 inodoro, 1 lavamanos	2.8	2.8	3	7.84
<b>Total</b>								<b>335.36</b>

Zona	Unidad	Ambiente	Antropometría		Ergonometría	Dimensiones aproximadas			
			Usuarios	Atribución	Mobiliario y/o equipo	Largo	Ancho	Alto	Área (m2)
SERVICIO GENERAL	<b>Cocina y comedor personal</b>	Lavatorio de fórmulas lácteas	2	Enfermeras	1 estufa, 1 fregadero, 1 refrigerador pequeño, 1 gabinete	6.3	3.6	2.8	22.66
		Dispensa de día				3.6	3.6	2.8	12.96
		Refrigeración	Variable	Cocineros	Ganchos para carnes	3.6	3.6	2.8	12.96
		Área de trabajo	6	Cocineros	2 mesas de trabajo, 1 estacionamiento de carros de transporte	7.2	6.3	2.8	45.36
		Preparación de carnes	4	Cocineros	4 lavaderos, 2 mesas de trabajo, 1 estacionamiento de carros de transporte	3.6	3.6	2.8	12.96
		Cocción	4	Cocineros	4 marmitas, 4 freidoras, 1 estacionamiento de carros de transporte	3.6	3.6	2.8	12.96
		Área de lavados de vajillas, ollas y utensilios	4	Cocineros	4 lavaderos, 2 mesas de trabajo, 1 estacionamiento de carros de transporte	3.6	3.6	2.8	12.96
		Estacionamiento de carros de transporte	2	Varios	2 carros de transporte	3.6	3.6	2.8	12.96
		Atención y despacho	4	Cocineros	1 ducha de carros de transporte	6.3	3.6	2.8	22.68
		S.s personal ( uso general)	1	Personal	1 inodoro, 1 lavamanos	2.7	2.7	2.8	7.29
		Depósito de basura y desperdicios	Variable	Cocineros	Depósitos aislados de basura y desperdicios	2.7	2.7	2.8	7.29
		Comedor con sus lavamanos	12	Personal	1 mesa, 12 sillas, 2 gabinetes	6.3	3.6	2.8	22.68
		Área de locker	12	Personal	12 lockers individuales tipo casillero	2.7	2.7	2.8	7.29

	Arsenal comestible			Estantería	3.6	3.6	2.8	12.96
	Arsenal utensilios			Estantería	3.6	3.6	2.8	12.96
<b>Lavandería</b>	Vestíbulo y clasificación	Variable	Personal	Módulo de recepción y entrega	3.6	3.6	2.8	12.96
	Oficina de lavandería	1	Encargado	1 escritorio,1 sillas,1 archivo	2.7	3.6	2.8	9.72
	Costurería	2	Personal	2 máquinas de coser, 2 sillas , 2 gabinetes	3.6	3.6	2.8	12.96
	Almacén y proveeduría	1	Encargado	1 escritorio,1 sillas,1 archivo, 2 estantería	2.7	3.6	2.8	9.72
	Bodega de detergentes y suministros	1	Encargado	1 escritorio,1 sillas,1 archivo, 2 estantería	2.7	3.6	2.8	9.72
	S.s personal ( uso general)	8	Personal	1 inodoro, 1 lavamanos	2.7	2.7	2.8	7.29
	Área derecepción y pesaje	1	Encargado	1 báscula, 1 escritorio, 1 silla	2.7	3.6	2.8	9.72
	Enjuague e inmersión				2.7	2.7	2.8	7.29
	Área de lavado				2.7	2.7	2.8	7.29
	Área de secado				2.7	2.7	2.8	7.29
	Área de planchado				2.7	2.7	2.8	7.29
	Área de trabajo	8	Personal	1 área de lavado a máquina,1 área de secado, 1 área de planchado	12.6	6.3	2.8	79.38
<b>Control de ingresos del personal general</b>	Control de ingresos	1	Personal	1 escritorio, 1 silla, 1 archivo	2.7	3.6	2.8	9.72
	Vestidoreshombres y mujeres por especialidad laboral	15	Personal	15 locker tipo casillero, 2 bancas grandes	12.6	6.3	2.8	79.38
<b>Total</b>								<b>508.66</b>

### **3.4. Propuesta Arquitectónica**

#### 3.4.1. Introducción

**TEMA:** Servicios Médicos Especializados

**ÉNFASIS:** Salud

**OBJETO ARQUITECTÓNICO:** Unidad Especializada en VIH-SIDA

Por medio de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Señor De Sipán, se posibilita el planteamiento de una propuesta Medico-Arquitectónica para la creación de un Hospital Especializado en VIH-SIDA en la provincia de Chiclayo, a través de una metodología que se apega a los requerimientos que presenta la unidad de tesis y graduación de la Facultad de Arquitectura.

La propuesta arquitectónica consiste en un Hospital Especializado en VIH-SIDA en la provincia de Chiclayo. Está basada en las necesidades específicas de las personas que viven con el VIH-SIDA, como la falta de recursos económicos para autofinanciarse el tratamiento ARV, etc. Necesidades psicológicas como el abandono a pacientes infectados, la falta de comprensión, el rechazo de la sociedad, las dificultades de salud en general. Para llevar a cabo esta propuesta arquitectónica se utiliza una metodología de diseño referente a la semiótica basada en principios de diseño arquitectónico, fundamentada por una teoría (teoría de la forma), todo esto conlleva a la realización de una propuesta ordenada, organizada y estética.

#### 3.4.2. Estrategias Proyectuales

Las láminas del Proceso Arquitectónico (Urbano-Proyectuales) se encuentran anexadas en Digital (Unidad DVD/Tesis/Láminas estrategias Urbano-Proyectuales)

- a. Análisis Macro
- b. Análisis Micro – Ubicación
- c. Modulación
- d. Circulaciones
- e. Emplazamiento
- f. Relación con el entorno
- g. Edificio y Espacio Público

- h. Relaciones Funcionales
- i. Criterio Estructural
- j. Pavimentos
- k. Mobiliario urbano
- l. Vegetación

#### 3.4.3. Proyecto

Los planos de Anteproyecto y Proyecto de formato A1 se encuentran anexadas en Digital (Unidad DVD/Tesis/Planos)















### **3.5. Discusión**

A través del desarrollo de la investigación se demostró que las encuestas aplicadas rigen para plantear una propuesta de un centro médico especializado en la atención a las personas con VIH/SIDA en la provincia de Chiclayo, mejorando la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad. La investigación nos arroja resultados precisos de ubicación y características de la infraestructura planteada, cada problema analizado y su posible solución son objeto de estudio de las principales causas que encontramos en el sector. La selección de la muestra es una fortaleza para determinar los principales requerimientos de nuestra investigación, se determinó que existe una incidencia aguda en personas que empiezan su vida sexual a temprana edad, alto uso de servicios sexuales informales y el consumo indiscriminado de alcohol.

Los resultados muestran similitud en campos distintos de investigación, tales como la tesis de Panjoj Chio Deivin (2009) que realizó en la Universidad de San Carlos, Guatemala, una investigación sobre un “Hospital especializado en VIH/SIDA al sur-occidente de la región metropolitana”. Se puede concluir que la atención a estos pacientes es bastante complejo, se necesita de ambientes especiales como la sala quirúrgica, laboratorios y bancos de sangres, que tienen ciertos requerimientos para su funcionamiento y no puede ser improvisado como suelen hacerlos en muchos hospitales del país, estos espacios deben ser planificados para su correcto funcionamiento, para que los pacientes puedan tener una mejor calidad de vida.

Considero que nuestro aporte en la tesis sirve a la sociedad en la forma de hacer conocer las verdaderas necesidades espaciales del enfermo, tal como la tesis de Roberto O.R. Grajeda (2015) “Centro de Atención, información y residencia temporal”, nos ha permitido desarrollar una propuesta arquitectónica al nivel de proyecto que satisfaga las necesidades funcionales y formales de las personas que viven con VIH/SIDA promedio de un Centro de Información, Atención Temporal para Personas con VIH/SIDA.

## **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1. Conclusiones**

Gran población con VIH/SIDA desatendida producto por el deficiente control institucional y la lucha débil contra las conductas sexuales riesgosas, dando una incidencia aguda de 80 nuevos casos por año en la provincia de Chiclayo.

Plan preventivo pasivo y muy sectorial provocado por las estrategias regionales desarticuladas y descoordinadas, teniendo solo 4 centros de salud dando servicios a las personas con VIH/SIDA y solo 1 posta medica que da orientación sobre la enfermedad.

Desatención de las conductas sociales riesgosas de las personas con VIH/SIDA e inherencia al tratamiento por estigmatización social, mala imagen hospitalaria y poco personal médico especializado. Teniendo a 297 personas no registradas y 104 especialistas para 24 mil pacientes al mes.

Existen 1518 pacientes que el MINSA tiene registrado para otorgar TARGA pero, son una gran demanda insatisfecha en medicamentos, tratamientos o servicios especializados. Producido por la inadecuada infraestructura hospitalaria o la inexistente infraestructura exclusiva al trato del VIH/SIDA.

### **4.2. Recomendaciones**

Control coordinado entre instituciones policiales, psicológicas y médicas en zonas de incidencia para promover campañas formativas, visuales y deportivas sobre conductas moderadas y prudentes.

Plan preventivo multisectorial e integral en zonas de marginación social. Edificios captadores para un procedimiento sensible y seguimiento zonal más efectivo.

Infraestructura dedica en la atención exclusiva a personas con VIH/SIDA para buscar adherencia al tratamiento, productor de oficios para eliminar estigmatizaciones sociales y apertura para seguimientos de conductas sexuales.

Infraestructura para 800 pacientes diarios, 150 camas y atención medica terciaria.



## V. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. (2015, Noviembre). Campañas mundiales de salud pública de la OMS, Día Mundial del Sida 2015. 2018, Diciembre 1, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/campaigns/aids-day/2015/event/es/>
2. Sanchez J, Lama JR, Kusunoki L, Manrique H, Goicochea P, Lucchetti A, Rouillon M, Pun M, Suarez L, Montano S, Sanchez JL, Tabet S, Hughes JP, Celum C. HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 44(5):578-85.
3. Johnson, K. A.; Alarcon, J. et al (2003) Sexual networks of pregnant women with and without HIV infection. *AIDS* 2003, 17:605–612. Washington: Lippincott Williams &Wilkins
4. ONUSIDA. (2015, Diciembre). Hoja informativa 2018. 2018, Noviembre, de ONUSIDA Sitio web: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
5. Dirección General de Epidemiología. (2015). Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú 2015. Lima, Perú: Biblioteca Nacional.
6. Global Post. (2014, junio 16). ¿Qué enfermedades causan más muertes en cada país según la OMS? *The economist-America*, 6.
7. Dirección General de Epidemiología / RENACE / GT TB-VIH – Ministerio de Salud.
8. Villarreal, S., Ojeda, P., Castro, L. G., (2012). Nivel de depresión en el tratamiento en pacientes que reciben TARGA contra el VIH/SIDA. En *Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA* (p.80). Piura: Universidad Nacional de Piura.
9. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH /SIDA.
10. Categorías de establecimientos del sector salud / MINSa.
11. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH /SIDA.
12. *Vivir con VIH no es lo mismo que tener sida (guía para las personas que viven con el virus del SIDA)*.
13. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH /SIDA.
14. Isabel F. Lantigua. (2010, Noviembre 9). La edad a la que se contrae enfermedades de transmisión sexual baja. *El Mundo*, p.9.
15. Dr. Jokin de Irala. (2011). A qué edad los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales? En *Population Research Institute* (p.5). Navarra: Arch Sex Behav.
16. Gonzalo Pajares. (2012, Septiembre 27). "Los peruanos se inician en el sexo a los 13 años". *Perú21*, p.15. 2018, octubre 1, De Carola La Rosa, Sexóloga Base de datos.

17. Victor F. Barreno. (2018, Noviembre 27). Vencieron el estigma del VIH/SIDA. El Dominical, La industria, pp. 6-7.
18. Washington DC: The world Bank. Dean T. Jamison. (2006)
19. Nicole Weller. (2010). Ellos tienen más relaciones, pero ellas se protegen menos en los primeros encuentros sexuales. Reunión Anual de la Sociedad de Salud Pública Americana, 138. 2018, octubre 15, De la Universidad de Arizona, EE.UU.
20. IPPF/RHO, AECID. (2010-2011). PREVENIR CON EDUCACIÓN - HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN EL PERÚ. 2018, de Inppares Sitio web: <http://www.inppares.org/prevenirconeducacion#>
21. InfoSida. (2018, Abril 10). Hojas informativas. 2018, octubre 13, de U.S. Department of Health & Human Services Sitio web: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets>
22. Proyecto del Centro de Educación y Capacitación AID 8 de Nuevo México. Parcialmente financiado por la Biblioteca Nacional de Medicina, <http://www.aidsinfont.org>
23. InfoSIDA. (2018, Abril 10). Fases de la infección por el VIH. 2018, Octubre 10, de U.S. Department of Health & Human Services Sitio web: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
24. ONUSIDA. (2013). Proporcionar tratamiento antirretroviral que puede salvar vidas a 15 millones de personas que viven con el VIH para el año 2015. En Informe Mundial sobre la epidemia del SIDA (pp.46-58). Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS.
25. ONUSIDA, OMS. (2007). ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS EN DIFERENTES ESCENARIOS EPIDÉMICOS. En Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH (pp.29-40). Ginebra, Suiza: Biblioteca de la OMS.
26. InfoSIDA. (2018, Marzo 16). Tratamiento antirretroviral. 2018, Septiembre, de ONUSIDA Sitio web: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/21/52/cuando-empezar-el-tratamiento-antirretroviral>
27. OMS. (2014). Orientaciones clínicas aplicables a lo largo de todo el proceso asistencial: Vinculación del paciente diagnosticado de infección por VIH a los servicios pertinentes de atención y tratamiento. En Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH (pp.85-90). Londres: ACW.
28. Isabel Cristina Salazar Torres. (2008, Noviembre 25). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS PARA SU ABORDAJE. Cali, Colombia: Universidad Pontificia Javeriana.

29. Mañana, P. (2003). Arquitectura como percepción. *Arqueología de la Arquitectura*, 2, 177-183.
30. SÁNCHEZ J., 1998, La Arqueología de la Arquitectura. Aplicación de nuevos modelos de análisis a estructuras de la Alta Andalucía en época ibérica, *Trabajos de Prehistoria*, nº 55(2), pp. 89-109.
31. AMADO REINO X., MAÑANA BORRAZÁS P., SANTOS ESTÉVEZ M., 2010, La Arqueología de la Gasificación en Galicia: Corrección de Impacto de las Redes de Pontevedra, TAPA (Traballos en Arqueoloxía da Paisaxe), nº 18, Santiago de Compostela: Laboratorio de Arqueoloxía e Formas Culturais, ITT, USC.
32. Lewin, Kurt. 1964. *Field theory in social science: selected theoretical papers*. New York: Harper and Row.
33. Franco Lotito Catino. (2009). *Arquitectura, psicología espacio e individuo*. AUS, 6, 12-17.
34. Peter Zumthor. (2006, Junio 1). *Atmosferas*. Basilea, Suiza: Birkhauser Verlag
35. Eva Heller. (2004). *Psicología del color*. Barcelona: Gustavo Gili, SL
36. Análisis de situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú 2018
37. Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiólogo mensual
38. Dirección General de Epidemiología – Ministerio de Salud. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiólogo mensual
39. Rubio, M. (2015, Septiembre 9). Sida, promiscuidad y activismo. *El Espectador*, p.34.
40. Sebastián, J., Andrade, L., Chávez, V. & Gonzales, Sofía.. (2018, Mayo 11). Epidemiología del SIDA en el Perú. En *Guía nacional de atención integral de la persona viviendo con el VIH/SIDA (PVVS)*(p.22). Lima, Perú: Ediciones Atenea EIRL.
41. Ministerio de Salud. (2006, Abril). *Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de infecciones de transmisión sexual y vih/SIDA*. Lima, Perú: Ediciones Atenea EIRL.
42. Vital Signs Team. (2014, Noviembre 25). *Sistema Nacional de Vigilancia del VIH de los CDC y Proyecto de Monitoreo Médico*. En *centros para el Control y la Prevención de Enfermedades* (pp.1-4). Atlanta, EE.UU: Washington University.
43. Villarreal, J., Ojeda, Pedro. & Castro, L.. (2012). *Incidencia del síndrome depresivo en pacientes con VIH/SIDA*. Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura.

44. Anónimo. (2013). Situación del país en la adolescencia. 2018, Noviembre, de UNICEF Sitio web: [https://www.unicef.org/peru/spanish/children\\_13282.html](https://www.unicef.org/peru/spanish/children_13282.html)
45. Casapía, J., Murguía, C., Mendoza, W. & Bustamento, M.. (2015, junio). 10 mitos sobre la educación sexual integral. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 28, pp. 1-32.
46. INPPARES-LIMA. (2011). "Prevenir con educación - hacia la implementación de la educación sexual integral en el Perú". 2018, Noviembre, de INPPARES Sitio web: <http://www.inppares.org/prevenirconeducacion>
47. Situación Epidemiológica del VIH. En Conocimiento, actitudes y autopercepción de los varones de 15 a 59 años sobre el VIH e ITS (69-81). INEI, ONUSIDA y UNFPA. (2010). Lima: Editorial, INEI.
48. Dirección General de Salud. (2004). Categorías de Establecimientos de Sector Salud. Lima, Perú: MINSa.
49. Hoja de Monitoreo de la ESNPyC ITS-VIH/SIDA – Ministerio de Salud.
50. Reyes, M. & Pun, M.. (2015, Noviembre). Respuesta nacional a la epidemia de VIH. En Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, 2015(pp. 104-125). Lima, Perú: JB GRAFIC EIRL.
51. Villegas, B. & Villanueva, V.. (2015, Noviembre 09). EXPERIENCIA DEL FAMILIAR CUIDADOR DE LA PERSONA CON CÁNCER TERMINAL-HOSPITAL BASE ALMANZOR AGUINAGA ASENJO - ESSALUD-CHICLAYO -2015. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán.
52. Anónimo. (2014, Agosto 28). EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES: SOLO HAY 104 ESPECIALISTAS PARA 24 MIL PACIENTES AL MES. Semanario Expresión, p. 18.
53. Sebastián, J. & Andrade, L. (2014, Mayo 11). GUÍA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA VIVIENDO CON EL VIH/SIDA. Lima, Perú: Atenea EIRL.
54. Conociendo sobre VIH, Manual para el personal de salud y médicos de la familia de Cuba. Editorial Pueblo y Educación, Cuba.
55. Norma técnica para la adherencia al TARGA, 2004. MINSa
56. Alvarez-Gayou Jurgenson, 1998. Sexualidad en la pareja. El Manual Moderno, México.
57. Master & Johnson, 1996. Los mundos de la sexualidad. Grijalbo, Barcelona
58. Tourette-Turgis, Catherine, 2000. Infección por HIV y triterapias.

59. Wendy Dania Diyarza Lima. La psicología de los colores. (2012). Diseño Gráfico BUAP
60. Bojorque, E. (2011, Semptiembre 23). Color en Arquitectura. Cuenca, Ecuador: AZUAY.
61. VELUX. (2015, Octubre 21). Iluminación Natural. AIA, 143, p.3.
62. Vitoria M, Vella S, Ford N. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: adapting guidance and meet the challenges. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2013, 8:12–18.
63. Frisancho Q., Sangaray C. Y col. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Predominancia de las Manifestaciones Digestivas en su Perfil Clínico de Presentación en Lima. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 1987; 7:23-49.
64. Directrices para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con VIH-1. Panel sobre Prácticas Clínicas para el Tratamiento de la Infección por VIH convocado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS). Marzo de 2004.
65. Simpson DM. et al. Neurologic Manifestation of HIV Infections. *The Medical Clinics of North America* 2006; 80(6).
66. Lesho EP et al Gestión de problemas relacionados con la terapia antirretroviral. *Am Fam Physician* 2003; 68: 675 - 86.
67. Von Roenn JH. Gestión de la pérdida de peso corporal relacionada con el VIH. *Drugs* 1994; 47 (5): 774 - 783.
68. Kurgis BS. Manifestaciones cutáneas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Parte II. Manifestaciones no infecciosas. *JAMA* 2013; 93 (2).
69. Cockerell CJ. et al. Bacillary Angiomatosis: Un Pseudo Neoplásico Recientemente Caracterizado Trastorno cutáneo vascular infeccioso. *Mermelada. Acad. Dermatol.* 2010; 22: 501 - 12.
70. Ajose O et al. Resultados del tratamiento de pacientes en terapia antirretroviral de segunda línea en entornos con recursos limitados: una revisión sistemática y un metaanálisis. *SIDA*, 2012, 26:929–938
71. InfoSIDA. (2018, Abril 10). Visión general de la infección por el VIH. 2018, Septiembre, de Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Sitio web: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/print/19/1/1>
72. Young, T. & Busgeeth, K.. (2012, Enero 20). Atención domiciliaria para disminuir la morbimortalidad en pacientes con infección por VIH/SIDA. 2018, Noviembre, de

Cochrane Sitio web:<http://www.cochrane.org/es/CD005417/atencion-domiciliaria-para-disminuir-la-morbimortalidad-en-pacientes-con-infeccion-por-vihsida>

73. Podesta, L., Huacoto, A., Aguirre, A. & Almeyda, J.. (2018, Julio 27). NORMA TÉCNICA CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SECTOR SALUD. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
74. Mejía, C.. (2018, Noviembre 30). HOSPITALES SI CUENTAN CON MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR VIH-SIDA. 2018, Diciembre, de Gobierno Regional de Lambayeque Sitio web: <http://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/19111?pass=NA==>

ANEXOS



*"El SIDA un problema Social que nos involucra a TODOS"*

**GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE**

**Día Mundial de Lucha contra el SIDA**

**1° DE DICIEMBRE**



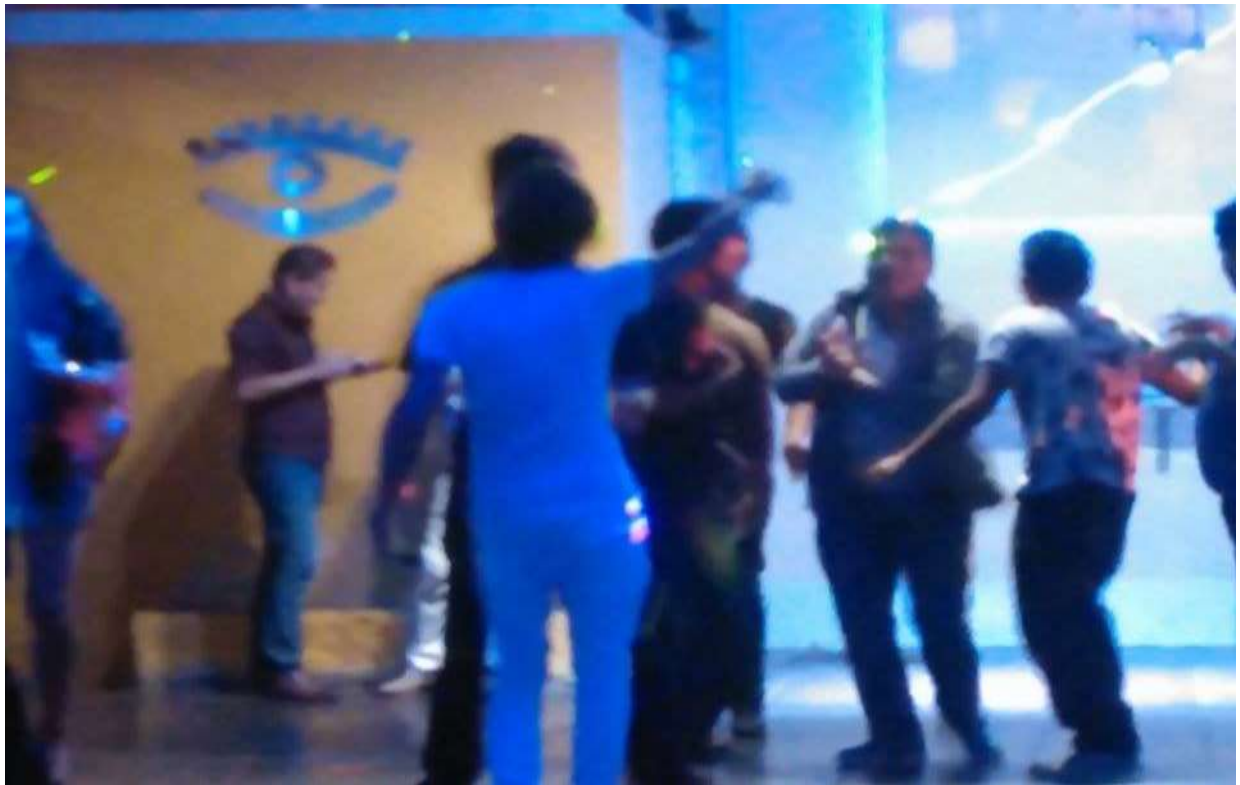
25 Noviembre

20 Diciembre

**GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE**

**"El SIDA un problema Social que nos involucra a TODOS"**

\*\*\*\*\* 2016 \*\*\*\*\*









**1ero de Diciembre: Día Mundial de lucha contra el Sida**

**El SIDA, un problema social que nos involucra a TODOS**



**Si el SIDA quieres evitar a prevenir debes ENSEÑAR**

# Feliz Aniversario



**Diez años al servicio de la comunidad**







## **NOTA DE PRENSA**

### **1° DE DICIEMBRE DÍA MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA “EL SIDA: UN PROBLEMA SOCIAL QUE NOS INVOLUCRA A TODOS”**

La idea de dedicar un día a la lucha contra el SIDA en el mundo surgió en la Cumbre Mundial de Ministerios de Salud de 1988. Desde entonces, la han seguido gobiernos, organizaciones internacionales y sociedad civil de todo el mundo.

En la Región Lambayeque este día permite renovar el compromiso de todos los actores involucrados en la difusión de la información para la prevención, el acceso al diagnóstico oportuno y el inicio temprano del tratamiento; ejes temáticos que corresponden a estrategias internacionales y nacionales que establecen la necesidad de adoptar acciones y decisiones eficaces para controlar la infección del VIH y otras ITS.

Actualmente, la OMS/OPS estima que en nuestro país 1 de cada 2 personas que viven con VIH desconocen su diagnóstico, lo cual resulta en una demora en el acceso al tratamiento, así como una mayor posibilidad de transmisión de la infección. Por ello el Ministerio de Salud viene promocionando la prueba de VIH como oportunidad para que la población acceda de manera informada y voluntaria a un diagnóstico oportuno.

**El lema Regional propuesto para este año es: “El SIDA: Un problema Social que nos involucra a TODOS”.**

En el Perú se busca lograr a mediano y largo plazo la adopción de comportamientos sexuales saludables. En este sentido se ha demostrado que un producto eficaz y tangible es el uso del condón entre la población sexualmente activa, teniendo en consideración sus diferentes espacios y condiciones y priorizando su uso correcto, responsable y consistente.

Actualmente el Ministerio de Salud del Perú, entrega tratamiento gratuito a más de 36 mil personas viviendo con VIH y SIDA en 132 establecimientos de salud (MINSA, ESSALUD, ONG, FFAA Y PNP, INPE) a nivel nacional.

En la región Lambayeque, se ha detectado hasta la **semana epidemiológica 44 (SE-44) 177 casos de VIH y 72 casos de SIDA**, los mismos que están recibiendo tratamiento gratuito Antirretroviral de Gran actividad – TARGA y Atención Integral por los equipos multidisciplinarios de los Hospitales de nuestra Región hasta Octubre del 2016 un total de: **1,451 pacientes:**

-Hospital Regional Docente Las Mercedes	556	desde el año 2005
-Hospital Referencial de Ferreñafe	132	desde el año 2011
-Hospital Regional Lambayeque	321	desde el año 2013
-Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de ESSALUD	442	desde el año 1999

Es necesario que la población Lambayecana, se realice la prueba rápida, que es un servicio brindado a gestantes, población clave y en general.

Una gran parte de la población considera erróneamente, que la única población en riesgo de contagio; son Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (LGTB), pero en la actualidad todos y todas las personas, estarían en riesgo de contraer la infección.

Los púberes y adolescentes son una población propensa a infectarse con VIH, debido a que el principal medio de infección, es mediante relaciones sexuales. “en la actualidad los adolescentes se inician sexualmente a temprana edad, por lo que estarían en riesgo de contagio, esto sería consecuencia de la falta de políticas educativas adecuadas y funcionales, pero no sólo de los colegios, sino de educación familiar.

Con el ruego de su difusión.

Chiclayo, 30 de Noviembre de 2016

## Azules

"El color preferido, el color en la simpatía, la armonía y la fidelidad, pese a ser frío y distante, el color femenino y de las virtudes espirituales."

Nombre	Muestra	HTML	RGB	
Simpatía		#A17E5E	161	126
Armonía		#9FA3A2	159	163
Amistad		#989993	152	152
Confianza		#88A394	136	163
Felicidad		#929DA1	146	157
Fidelidad		#929da1	159	163
Vasta Lejanía		#9098BC	144	152
Eternidad		#C1C0D2	193	192
Grande		#a89899	168	152
Fantasia		#aca8b7	172	168
Frío		#a9accd	169	172
Inteligencia		#d0d1e6	208	209
Ciencia		#C5C6DB	197	198
Concentración		#B1B3C0	177	179
Independencia		#9CA9A0	156	169
Deportividad		#B3C0D1	179	192
Masculino		#7D758A	125	127
Práctico		#AFC0C7	175	192
Técnico y Funcional		#B8B9CE	184	185
Descanso		#B46F72	165	190
Pasividad		#ACBCC9	172	188
Anhelo		#A698B1	166	152
Mérito		#CCA9AF	204	169

## Rojos

"El color favorito de todas las pasiones , el color del amor y del odio. El color de los reyes y del comunismo, de la alegría y del peligro."

Nombre	Muestra	HTML	RGB	
Amor		#F93F42	250	63
Odio		#ED9482	237	149
Fuerza y Vigor		#66848F	182	132
Valor		#A08481	160	132
Atractivo		#CC9C9A	204	156
Calor		#F67C58	251	124
Energía		#e48871	228	136
Pasión		#f25850	242	88
Deseo		#8183C8	238	110
Cercanía		#E3A788	227	167
Grito (alzar la voz)		#E2986A	226	144
Extraversión		#EF9976	239	153
Ira		#805E5A	189	94
Agresividad		#CE7F78	206	127
Excitación		#F88679	240	134
Peligro		#CB7262	203	114
Prohibido		#846F72	180	111
Seductor		#D47F84	212	127
Sexualidad		#E2686F	226	107
Erótico		#D8575E	208	87
Imoral		#8F7D88	191	125
Dinamismo		#C47568	196	117
Actividad		#D6A47F	214	164

## Marrón

"El color favorito de lo acogedor, lo corriente y necio, se considera el color de lo feo y antipático, pereza, necesidad, acogedor, de lo corriente y antiazado, el color de los sabores fuertes e intenso, de la materia robusta, de los pobres. El color del secreto amor, el ideal de la belleza bronceada."

Nombre	Muestra	HTML	RGB			HSV		
Feo		#459C96	165	156	150	24°	9%	65%
Antipático		#85A1A1	181	161	161	0°	11%	71%
Antiesférico		#C4C7B4	196	199	180	69°	10%	78%
Desagradable		#9EA298	158	162	155	64°	4%	64%
Pereza		#4D488F	173	160	149	34°	17%	68%
Necesidad		#C2AC49	194	172	169	7°	13%	76%
Acogedor		#48AEB0	168	174	141	65°	19%	68%
Áspero		#A8B1A2	171	177	162	64°	8%	69%
Amargo		#9AC441	188	202	161	92°	10%	79%
Corriente		#8F6A7F	191	106	127	145°	45%	73%
Anticuado		#9FB945	191	185	165	48°	14%	75%

## Gris

"El color del aburrimiento, de lo anticuado y de la credulidad. Los test psicológicos con colores y la teoría de Gestalt."

Nombre	Muestra	HTML	RGB			HSV		
Aburrido		#D9A445	173	170	165	37°	9%	68%
Soledad y vacío		#8A878D	168	167	173	250°	3%	68%
Desagradable		#A7A498	167	164	155	45°	7%	65%
Feo		#559C97	165	156	151	21°	8%	65%
Reflexivo		#8D9189	178	177	185	247°	4%	70%
Inseguro		#D5C34E	213	197	174	35°	18%	84%
Inseparable e indiferente		#C8B8B7	192	191	191	330°	1%	75%
Viejo		#8B8481	171	168	161	42°	6%	67%
Modestia		#D0C3C3	220	204	205	4°	7%	86%
Honalez, probidad y confesiones		#C8C2B6	198	194	182	45°	8%	78%
Corriente		#C8C4B8	201	188	171	34°	15%	79%
Conservador		#A6A29C	166	163	156	42°	6%	65%
Práctico		#88C3C3	176	195	201	154°	12%	79%



## Amarillos

\*El color favorito de todo lo contradictorio, o del optimismo al igual que de los celos. El color de la diversión, del entendimiento y sin olvidar de la traici

Nombre	Muestra	HTML	RGB	
Divertido		#F8B67D	251	182
Placer		#C7A889	199	168
Amabilidad		#BEBFAD	190	191
Optimismo		#B8C493	176	196
Veraniego		#B7CE77	183	195
Envidia		#B2CE84	178	206
Energía		#E48871	228	136
Celos		#B2BF87	178	191
Avaricia		#B8B889	176	184
Egoísmo		#C49E88	196	158
Ácido		#99D476	153	212
Espontáneo e impulsivo		#B8C897	187	192
Impertinente		#E8A393	232	163
Presuntuoso		#ECC395	236	195
Triangular		#C9D9B4	201	217
Redondo		#FABB92	250	187
Ovulado		#EFD5C6	239	213
Mentira		#ACA89C	172	168
Argüoso		#ABA94C	171	169

## Verdes

"El color favorito de la fertilidad, de la esperanza y de la burguesía. Verde sagrado y Verde reinoso. El verde es la quinta esencia de la naturaleza, es una ideología un estilo de vida, es conciencia de medioambiente, amor a la naturaleza y al mismo tiempo es el color del rechazo de la sociedad dominada por la tecnología."

Nombre	Muestra	HTML	RGB			HSV		
Agradable		#654E9B	103	78	155	20°	11%	68%
Tolerancia		#9198C7	147	161	199	210°	11%	76%
Natural		#9E9F4D	149	165	76	148°	29%	76%
Vivaz		#88C493	132	174	117	32°	23%	68%
Sano		#D9987E	137	154	126	33°	13%	59%
Primavera		#92C294	139	46	71	32°	12%	12%
Refrescante y fresco		#92C294	149	171	133	90°	23%	6%
Juventud		#C0E6E6	200	222	190	16°	14%	8%
Egipcio		#C49E88	196	158	135	20°	23%	7%
Esperanza en la confianza		#78C38F	112	177	142	149°	37%	69%
Neonaco		#87C38F	135	198	142	128°	23%	76%
Tranquilizador		#8E94A4	134	160	170	167°	26%	71%
Reconocimiento		#91A399	150	163	153	100°	7%	64%
Triángulo		#8E94A4	200	217	190	16°	17%	8%
Confianza en lo seguro		#92994D	137	165	172	154°	13%	76%
Primavera		#52B779	80	182	127	109°	46%	72%
Fresco, verano		#87C317	133	195	119	18°	29%	76%
Doble		#C2A853	194	168	81	40°	17%	76%
Invierno		#9599E1	213	212	225	240°	9%	89%

## Blancos

"El color favorito de la inocencia, el color del bien y de los espíritus, el invierno, el norte, el color de la luz y la nada, lo limpio"

Nombre	Muestra	HTML	RGB			HSV		
Comienzo		#C9E4D9	200	234	217	130°	15%	65%
Nuevo/Novedad		#50CE86	176	206	102	122°	15%	61%
Bien		#D3D2D0	211	210	208	40°	1%	83%
Verdad		#C8C5C8	200	197	192	38°	4%	78%
Ideal y perfecto		#D0D2C9	214	210	201	42°	6%	84%
Honesto		#C2C4C3	204	202	200	338°	1%	80%
Unicidad		#B2A2A8	178	161	169	322°	10%	70%
Escritor		#7D7A75	125	122	117	37°	6%	49%
Suave		#9C8088	217	200	219	294°	6%	66%
Pureza		#E1E0F5	227	227	245	240°	3%	96%
Inocencia		#F0E9F2	250	230	240	330°	6%	99%
Objetividad neutral		#7C7A69	199	200	211	225°	6%	83%
Ligero		#E1D0C1	232	216	190	35°	17%	91%

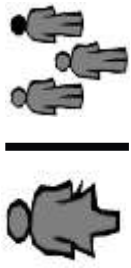
## Negros

"El color favorito del poder, de la muerte y el invierno. El color favorito de algunas profesiones y de la juventud en su edad adulta. El color de la elegancia y de la elegancia, el color de la exposición, así como el negro o 'la nada' absoluta"

Nombre	Muestra	HTML	RGB			HSV		
Finalizado		#888184	139	127	138	330°	1%	53%
Oscuridad		#544F53	84	79	85	212°	6%	33%
Egipcio		#C4A088	196	158	139	30°	26%	71%
Intelectual		#B3A48F	179	164	141	30°	20%	73%
Misteriosa		#92E198	158	130	152	214°	16%	62%
Maga		#847189	138	116	121	338°	6%	54%
Introversión		#9291A0	148	140	172	290°	12%	68%
Maldad		#7D7A75	125	122	117	37°	6%	49%
Conservador		#A6A39C	166	163	159	42°	6%	65%
Elegancia		#9991A0	159	150	171	40°	6%	73%
Violencia y brutalidad		#87768C	140	112	138	7°	23%	53%
Poder		#A08472	169	132	114	30°	20%	66%
Intelecto y agudeza		#777679	127	123	125	30°	6%	50%
Angustia		#A6A39C	171	168	172	338°	2%	67%
Oscuridad		#554A6A	101	70	138	290°	4%	54%
Presión		#7D7A68	125	116	101	40°	10%	47%





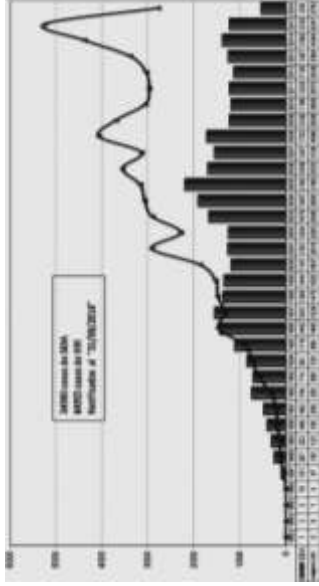


En el Perú, por cada mujer con VIH-SIDA, hay tres con la enfermedad.

**54mil**

Casos diagnosticados de VIH se han presentado en el Perú.

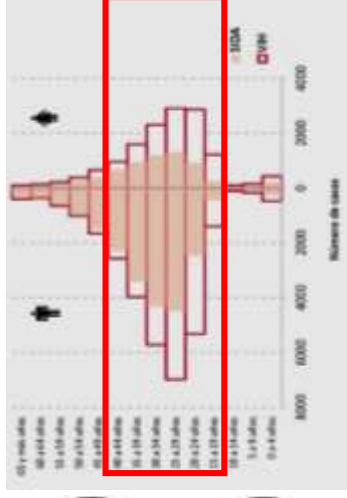
**NÚMEROS DE CASOS DE VIH-SIDA**



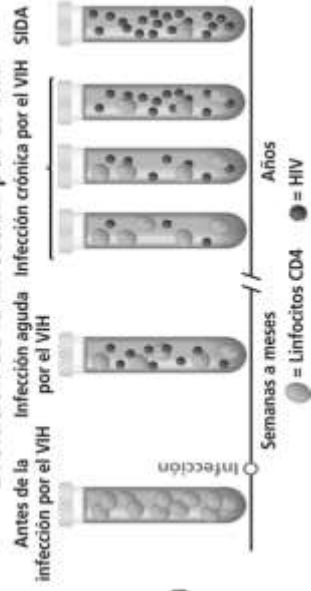
**PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL SIDA**



**VIH/SIDA Según edad y sexo**



**Evolución de la infección por el VIH**



**CÓMO SÍ SE TRANSMITE EL VIH**



**CÓMO NO SE TRANSMITE EL VIH**

