



**FACULTAD DE INGENIERÍA,
ARQUITECTURA Y URBANISMO**

ESCUELA PROFESIONAL DE ARQUITECTURA

TESIS

**“CENTRO ONCOLÓGICO ESPECIALIZADO
EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LA
REGIÓN DE LAMBAYEQUE”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
ARQUITECTO**

Autor:

Bach. Pisfil Chafloque Michelle del Pilar

Bach. Villanueva Saavedra Miguel Ángel

Asesor:

Arq. Itabashi Montenegro, Eduardo

Línea de investigación:

**Infraestructura
Equipamiento Comunal Arquitectónico**

Pimentel – Perú 2019

**“CENTRO ONCOLOGICO ESPECIALIZADO EN CANCER DE CUELLO
UTERINO EN LA REGION DE LAMBAYEQUE”**

APROBADA POR:

Arq. Carlos Enrique Ibañez Cubas
PRESIDENTE DEL JURADO

Arq. David Sosa Carrillo
SECRETARIO DEL JURADO

Arq. Eduardo Itabashi Montenegro
VOCAL DEL JURADO

NOVIEMBRE DEL 2019

DEDICATORIA

A mi Padre que ahora está en el cielo y me guía en todo momento. Me demostró la forma para sobresalir adelante, aunque el camino era difícil siempre estuvo brindándome todo el apoyo emocional, por consolar mis tristezas y realizar mis alegrías; me inculco que para ser una persona importante en la vida lo primordial es ser humilde en esta sociedad

ANGEL

A mis padres, por su apoyo en tiempos difíciles, por haber asentado en mí, las bases de superación.

MICHELLE

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por estar en los momentos difíciles que pase en el transcurso de la formación y culminación de mi profesión (Arquitectura). A mis padres que estuvieron en todos los momentos difíciles apoyándome emocionalmente; a mi asesor y guía en la carrera M. Arq. Eduardo Itabashi Montenegro que con su punto de exigencia pude realizar el proyecto.

¡Muchas gracias por todo!

ANGEL

A Dios por la vida y su protección.
A ti madre y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida. A mi asesor, a mis docentes y compañeros. Muchas gracias de nuevo por apoyarme.

MICHELLE

RESUMEN

El objetivo principal de esta tesis es diseñar un centro oncológico especializado, que aporte solución a los problemas del cáncer de cuello uterino, mediante la creación de servicios adecuados en: detección, diagnóstico y tratamiento oncológico en la región de Lambayeque. Basándose en el estudio de la arquitectura como herramienta terapéutica, donde se demuestra que puede actuar como un agente activo en el proceso de recuperación, queda en evidencia la importancia de considerar la espacialidad como un componente que influye en el confort de los pacientes.

La metodología de investigación empleada es de tipo descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 377 mujeres entre 30 y 45 años de la región de Lambayeque en el año 2018. Los instrumentos de recolección utilizados fueron: el cuestionario y la ficha de observación, realizados en el software SPSS versión 22.

Como resultado final se obtuvo, el 68.7% de las personas encuestadas se les diagnosticó dicho cáncer, también se observó que un 74.8% de las personas que se le diagnosticó cáncer de cuello uterino tienen entre 31-40 años y un 45.9% se encontraban en la primera etapa, deduciendo que no están recibiendo un tratamiento adecuado. Frente a esta situación se recomienda a la Dirección Regional de Salud, la creación de un centro oncológico especializado en cáncer de cuello uterino que responda a la necesidad de atender en condiciones de seguridad, calidad y dignidad a la población de este segmento; convirtiéndose en un aporte a la arquitectura hospitalaria.

Palabras clave: Carencia, Cáncer, Tratamiento, Paciente

ABSTRACT

The main objective of this thesis is to design a specialized oncological center, which provides a solution to cervical cancer problems, by creating appropriate services in: detection, diagnosis and cancer treatment in the Lambayeque region. Based on the study of architecture as a therapeutic tool, where it is shown that it is shown that it can act as an active agent in the recovery process, the importance of considering spatiality as a component that influences the patients confort is evident.

The research methodology used is descriptive, with a non-experimental cross-sectional design. The sample consisted of 377 women between 30 and 45 years old from the Lambayeque region in 2018. The collection instruments used were: the questionnaire and the observation form, made in the software SPSS version 22.

As a final result was obtained, 68.7% of the people surveyed were diagnosed with said cancer, it was also observed that 74.8% of the people who were diagnosed with cervical cancer are between 31-40 years old and 45.9% were in the first stage, inferring that they are not receiving adequate treatment. Faced with this situation, the Regional Health Directorate is recommended to create a cancer center specialized in cervical cancer that responds to the need to provide care in safety, quality and dignity to the population of this segment; becoming a contribution to hospital architecture.

Keywords: Deficiency, Cancer, Treat, Patient

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iiiiv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE TABLAS	xviii
I. INTRODUCCIÓN	23
1.1. Situación Problemática	25
1.1.1. Situación Problemática	25
a) A nivel mundial.....	25
b) A nivel internacional	25
c) A nivel nacional	26
d) A nivel local.....	26
1.1.2. Formulación del problema	28
1.2. Objetivos de la investigación	28
1.2.1. Objetivo General	28
1.2.2. Objetivos Específicos	28
1.3. Justificación	28
1.3.1. Limitaciones del Estudio	29
1.4. Marco Teórico	30
1.4.1. Conceptos y definiciones	30
Definición de la terminología	30
Bases Teóricas.....	34

Bases Históricas	36
1.4.2. Marco Referencial	44
Tesis Referencias	44
1.4.3. Referencias Proyectuales	45
a) Tecnológico	45
b) Programa	47
c) Constructivo.....	50
d) Conexión	52
1.4.4. Cuadro Resumen de Aportes	54
1.4.5. Marco Normativo	55
1.4.5.1. Conclusiones y Recomendaciones	57
II. MATERIAL Y METODOS.....	58
2.1. Tipo de diseño de investigación	58
2.2. Método de Investigación	58
2.3. Población y muestra	59
2.4. Operacionalización de las variables	60
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información	65
2.6. Validación y Confiabilidad de los Instrumentos	67
III. RESULTADOS.....	68
3.1. Desarrollo de contenidos	68
3.2. Programa Arquitectónico	141
3.2.1. Organigrama Funcional	141
3.2.2. Tramas de Interacción	143
3.2.3. Flujograma de diseño	150

3.2.4.	Organigrama	167
3.2.5.	Diagrama de organización (Cuadro de matrices).....	168
3.2.6.	Cuadro de necesidades según tipo de usuario	181
3.1.	Programa de Áreas	192
3.2.	Propuesta Arquitectónica	199
3.2.1.	Introducción.....	199
3.2.2.	Estrategias Proyectuales	203
3.2.3.	Proyecto (Imágenes del Proyecto).....	221
IV.	DISCUSIÓN.....	224
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	227
VI.	REFERENCIAS	230
	ANEXOS	234
	Manuales, Reglamentos, Directivas, Planes Urbanos y Municipales	235

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Línea de tiempo Mundo – Perú	43
Figura 2:	Volumetría de almacenes, oficinas y naturaleza en el proyecto.....	45
Figura 3:	Corte Seccional de Oficinas	46
Figura 4:	Estrategias aplicadas en hangar- oficinas	46
Figura 5:	Ingreso Principal al edificio al Centro de Salud	47
Figura 6:	Ingreso Principal al edificio al Centro de Salud.	48
Figura 7:	Corte Longitudinal del conjunto	48
Figura 8:	Análisis en planta, Clínica O’Reilly /1erNivel.....	49
Figura 9:	Análisis en planta, Clínica O’Reilly / 2doNivel.	49
Figura 10:	Análisis en planta, Clínica O’Reilly / 2doNivel	49
Figura 11:	Vista estructural interior de la caja operativa superior en la fase final	50

Figura 12: Viga de arriostres como estructura de acero del conjunto	51
Figura 13: Vista general de la estructura metálica en la fase final de su ejecución.....	51
Figura 14: Señalización de la nueva entrada del Hospital Careggi	52
Figura 15: Espacio Integrador de la ciudad con el hospital.....	53
Figura 16: Vista frontal del nuevo espacio integrador	53
Figura 17: Cuadro resumen de aportes	54
Figura 18: Estructura sistemática de la realidad problemática	60
Figura 19: Salud integral	61
Figura 20: Cadena causal	63
Figura 21: Operalización.....	64
Figura 22: Encuesta A - Estudio de la población	65
Figura 23: Encuesta B - Diseño.....	66
Figura 24: Tabla porcentual de las contribuciones de los Estados pertenecientes a la OMS.....	70
Figura 25: Gastos de la OMS en enfermedades no transmisibles (ENT)	71
Figura 26: Sistematización del Sector Salud	73
Figura 27: Conceptualización del Centralismo	73
Figura 28: Conceptualización del Centralismo	74
Figura 29: Crecimiento de estadios de cáncer de cuello uterino	75
Figura 30: Fundación del Plan Esperanza	76
Figura 31: Protesta de los pacientes del INEN ante el nuevo decreto.....	76
Figura 32: Estructura del Sistema de Salud en el Perú.....	77
Figura 33: Tendencia de Aseguramiento según tipo de seguro	78
Figura 34: Cobertura de entes prestadores en el Sistema Sanitario Peruano...	79
Figura 35: Porcentajes de atendidos financiados por el SIS.....	80
Figura 36: Urbano - Pirámide poblacional de asegurados al I semestre 2017.	82
Figura 37: Rural - Pirámide poblacional de asegurados al I semestre 2017 ...	82
Figura 38: Crecimiento Poblacional de Pacientes Cervicouterinos del 2013- al 2017	84

Figura 39: Tendencia del Gasto General de los Servicios de Salud	85
Figura 40: Crecimiento Poblacional Peruana por edades y género	86
Figura 41: Mapa de Distribución de Cáncer en el Perú.....	88
Figura 42: Pacientes pernoctando en las afueras de EMERGENCIAS del INEN	89
Figura 43: Largas colas siguen siendo rutinas de quienes acuden al INEN....	89
Figura 44: Pabellón de Medicina Física y Rehabilitación en pésimas condiciones	90
Figura 45: Falta de almacenes para equipamiento médico deteriorado.....	90
Figura 46: Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino por país, 2016.....	95
Figura 47: Nuevos casos de cáncer cervical en el mundo, estimaciones del año 2016	96
Figura 48: Prevalencia por 100,000 mujeres en Suramérica	96
Figura 49: Casos de cáncer de cuello uterino 2015-2017	97
Figura 50: Edad de pacientes con cáncer de cuello uterino.....	97
Figura 51: Promedio Anual de casos notificados de cáncer según departamento. Periodo 2010-2015	98
Figura 52: Promedio Anual de casos notificados de cáncer según departamento. Periodo 2010-2015	99
Figura 53: Promedio de casos notificados de cáncer. Periodo 2016-I semestre 2017	99
Figura 54: Promedio de casos notificados de cáncer uterino en la región costa del Perú.....	110
Figura 55: Cáncer más frecuente según departamento VS el mapa de pobreza extrema.....	110
Figura 56: Incidencia de cáncer de cérvix por distritos en la región de Lambayeque	113
Figura 57: Incidencia de cáncer de mama por distritos en la región de Lambayeque	113

Figura 58: Incidencia de cáncer de próstata por distritos en la región de Lambayeque	114
Figura 59: Incidencia de cáncer de próstata por distritos en la región de Lambayeque	114
Figura 60: Incidencia de cáncer de piel por distritos en la región de Lambayeque	115
Figura 61: Incidencia de cáncer de colón por distritos en la región de Lambayeque	115
Figura 62: Tasa de Mortalidad de los diferentes tipos de cáncer en HDLM.	116
Figura 63: Evidencia de la distribución del Personal Capacitado por departamentos.....	119
Figura 64: Principales Infraestructuras de Salud.....	120
Figura 65: Hospital Regional de Lambayeque 2018.....	121
Figura 66: Hospital Docente Las Mercedes 2017.....	121
Figura 67: Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo 2017	122
Figura 68: Hospital Luis Heysen Inchaustegui 2017	122
Figura 69: Hospital Naylamp 2016	123
Figura 70: Clínica Privada Oncorad 2017.....	123
Figura 71: Ficha - Regional de Lambayeque.....	124
Figura 72: Ficha - Regional Docente las Mercedes	125
Figura 73: Ficha - Almanzor Aguinaga Asenjo	126
Figura 74: Ficha - Hospital Naylamp	127
Figura 75: Ficha - Hospital Heysen Inchaustegui.....	128
Figura 76: Ficha - Oncorad (Privado).....	129
Figura 77: Situación del paciente en el Hospital Almanzor Aguinaga	133
Figura 78: Situación de los familiares en relación a la Atención	133
Figura 79: Porcentajes de la valoración	137
Figura 80: Porcentajes de la valoración	138
Figura 81: Porcentajes de la valoración	139
Figura 82: Organigrama Funcional del proyecto arquitectónico.....	141

Figura 83: Programa Organizativo para lograr el programa de áreas	142
Figura 84: Trama de Interacción, bloque de Administración	143
Figura 85: Trama de Interacción, Bloque de Consulta Externa	144
Figura 86: Trama de Interacción, Ayuda al Diagnostico	144
Figura 87: Trama de Interacción, Oncología	145
Figura 88: Trama de Interacción, Hospitalización.....	146
Figura 89: Trama de Interacción, Servicios Complementarios.....	146
Figura 90: Trama de Interacción, Centro Quirúrgico.....	147
Figura 91: Trama de Interacción, Emergencia.....	148
Figura 92: Trama de Interacción, Anatomía Patológica	148
Figura 93: Trama de Interacción, Servicios Generales.....	149
Figura 94: Flujograma de Diseño de la zona	150
Figura 95: Flujograma de Diseño de la Zona.....	151
Figura 96: Flujograma de Diseño de la Zona.....	151
Figura 97: Flujograma de Diseño de la Zona.....	152
Figura 98: Flujograma de Diseño de la Zona.....	153
Figura 99: Flujograma de Diseño de la Zona de Hospitalización	154
Figura 100: Flujograma de Diseño de la Zona de Oncología	155
Figura 101: Flujograma de Diseño de la Zona de Emergencia.....	156
Figura 102: Flujograma de Diseño de la Zona de Anatomía Patológica	157
Figura 103: Flujograma de Diseño de la Zona de Servicios Generales.....	158
Figura 104: Diagrama de circulación	159
Figura 105: Diagrama General de Flujos, bloque de Farmacia	160
Figura 106: Diagrama General de Flujos, bloque de Consulta Externa	160
Figura 107: Diagrama General de Flujos, bloque de Patología - Laboratorio.....	161
Figura 108: Diagrama General de Flujos, bloque de Imagen	161
Figura 109: Diagrama General de Flujos, bloque de Oncología.....	162
Figura 110: Diagrama General de Flujos, bloque de Hospitalización.	163
Figura 111: Diagrama General de Flujos, bloque de Anatomía. Patológica .	163
Figura 112: Diagrama General de Flujos, bloque de Emergencia.....	164

Figura 113: Diagrama General de Flujos, bloque de Serv. Complementarios	164
Figura 114: Diagrama General de Flujos, bloque de Administración.....	165
Figura 115: Diagrama General de Flujos, bloque de Centro Quirúrgico.....	165
Figura 116: Diagrama General de Flujos, bloque de Servicios Generales ...	166
Figura 117: Organigrama del programa arquitectónico.....	167
Figura 118. Matriz – Z. Ayuda al Diagnóstico- Ecografía.....	168
Figura 119: Matriz – Z. Ayuda al Diagnóstico- Banco de Sangre	169
Figura 120: Matriz – Z. Ayuda al Diagnóstico- Rayos X	170
Figura 121: Matriz – Z. Ayuda al Diagnóstico- Tomografía /Laboratorio ...	171
Figura 122: Matriz – Z. Hospitalización	172
Figura 123: Matriz – Z. Hospitalización – Habitación Individual / Cuarto Drogas	173
Figura 124: Matriz – Z. Hospitalización - Estación Enfermería / Tópico	174
Figura 125: Matriz – Z. Oncología - Radioterapia/ Recuperación	175
Figura 126: Matriz – Z. Oncología - Estación Enfermería/ Esterilización ...	176
Figura 127: Matriz – Z. Oncología - Quimioterapia	177
Figura 128: Matriz Z. Centro Quirúrgico - Quirófano /Enfermería.....	178
Figura 129: Matriz Z. Centro Quirúrgico - U.C.I.....	179
Figura 130: Matriz Z. Centro Quirúrgico - Material Estéril.....	180
Figura 131: Vista aérea de la propuesta arquitectónica resultante	199
Figura 132: Estudio del problema de carencia de centros oncológicos y solución consolidar haciendo uso de conexión de redes hospitalarios, estrategia n1.....	200
Figura 133: Estudio del problema de inadecuado estado actual de las infraestructuras de salud y solución mejorar – implementar – y reactivar, estrategia n2.	201
Figura 134: Estudio del problema de insuficiencia de servicios del seguro y solución fortalecer la gestión hospitalaria, estrategia n3	202
Figura 135: Vista 3d del entorno del terreno, análisis macro	203

Figura 136: Vista aérea del terreno a proyectar, estudio micro.	204
Figura 137: Estudio de la malla modular proyectada en el terreno para definir modulo base.	205
Figura 138: Estudio antropométrico del módulo base general.	206
Figura 139: Unidad Modular	207
Figura 140: Célula Modular.....	207
Figura 141: Esquema general volumétrico de circulaciones horizontales y verticales en el proyecto.....	208
Figura 142: Vista aérea 3d de estudio del emplazamiento proyectual.	209
Figura 143: Vista aérea 3d de estudio de la Volumetría propuesta.	210
Figura 144: Vista aérea 3d de estudio de relación con el entorno-morfología.	211
Figura 145: Vista aérea 3d de estudio de relación edificio y espacio público propuesto.	212
Figura 146: Vista 3d en Planta de Estancia Modular Propuesta	213
Figura 147: Vista 3d en isométrico de estancia modular propuesta.	213
Figura 148: Vista 3d en isométrico de estancia modular propuesta	214
Figura 149: Plano de losa aligerada.	215
Figura 150: Corte Estructural.....	216
Figura 151: Propuesta de pavimentos modulados de concreto y gras.....	217
Figura 152: Vista aérea 3d de estudio en plaza de ingreso, pavimento tipo 1 – lineal.	¡Error! Marcador no definido.
Figura 153: Vista aérea 3d de estudio en plaza de habitaciones, pavimento tipo 2 – cuadrado.....	218
Figura 154: Vista aérea 3d de alameda, estudio de pavimento tipo 3 – lineal.	218
Figura 155: Banca en concreto expuesto	219
Figura 156: Luminaria tipo farola.....	219
Figura 157: Basurero metálico	219
Figura 158: Estudio de puntos de tipos de vegetación propuesta.....	220

Figura 159: Propuesta PROYECTO	221
Figura 160: Propuesta PROYECTO	221
Figura 161: Propuesta PROYECTO	222
Figura 162: Propuesta PROYECTO	222
Figura 163: Propuesta PROYECTO	¡Error! Marcador no definido.
Figura 164: Propuesta PROYECTO	223
Figura 165: Indicadores de Consulta Externa – Atendidos y Atenciones.....	241
Figura 166: Elección del terreno- Zona de Estudio	247
Figura 167: Elección del terreno – Distrito de la Victoria	247
Figura 168: Elección del terreno - Servicios	247
Figura 169: Elección del terreno - Tipos de Suelos	247
Figura 170: Elección del terreno - Análisis de terrenos tentativos	247
Figura 171: Elección del terreno - Accesibilidad	247
Figura 172: Elección del terreno - Contexto Urbano	247
Figura 173: Elección del terreno - Servicios Básicos.....	247
Figura 174: Elección del terreno - Conclusiones.....	247
Figura 175: Elección del terreno / Aporte-Funcionalidad - Consecuencia ...	247
Figura 176: Conclusiones y Recomendaciones L1	247
Figura 177: Conclusiones y Recomendaciones L2	247
Figura 178: Conclusiones y Recomendaciones L3	247
Figura 179: Conclusiones y Recomendaciones L4	247
Figura 180: Conclusiones y Recomendaciones L5	247

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estadísticas de fiabilidad	67
Tabla 2: Criterios de interpretación del Coeficiente de Alfa de Cronbach	67
Tabla 3: Resumen de Población con Cáncer Cervicouterino en la región de Lambayeque	74
Tabla 4: Estadios de cáncer de cuello uterino 2014 – Lambayeque VS Departamentos de mayor incidencia	75
Tabla 5: Afiliados según aseguradoras. Periodo 2008-2014	79
Tabla 6: Evolución de Asegurados por SIS 2013-2017	80
Tabla 7: Porcentajes de atendidos financiados por el SIS	81
Tabla 8: Cobertura de los Seguros de Salud, según tipo de Seguro	81
Tabla 9: Rural - Pirámide poblacional de asegurados al I semestre 2017	83
Tabla 10: Población con Cáncer que buscó atención SIS 2013-2017 a Nivel Nacional y en la Región de Lambayeque	84
Tabla 11: Distribución Porcentual de los casos atendidos en el INEN	85
Tabla 12: Estimaciones de Incidencia de cáncer en el Perú, 2002-2025-Número de casos nuevos por año	87
Tabla 13: Incidencia del Cáncer en el Perú en ambos sexos en el I periodo 2017	87
Tabla 14: Distribución de casos de cáncer según localización topográfica y sexo. Perú 2010-2015	93
Tabla 15: Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino en el Perú desde el año 1990	94
Tabla 16: Proyecciones de Números de Casos de Cáncer de cuello Uterino en Perú 2000-2020	98
Tabla 17: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo	100
Tabla 18: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo. Callao 2014-2016	100

Tabla 19: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo. Ica 2014-2016	101
Tabla 20: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo. Piura 2014-2016	101
Tabla 21: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	101
Tabla 22: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo. Lima 2014-2016	102
Tabla 23: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	102
Tabla 24: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	102
Tabla 25: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	103
Tabla 26: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo. Tacna 2014-2016	103
Tabla 27: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	104
Tabla 28: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	104
Tabla 29: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	105
Tabla 30: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	105
Tabla 31: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	105
Tabla 32: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo.....	106
Tabla 33: Distribución de casos de cáncer según loc. topográfica y sexo. Huánuco 2014-2016	106

Tabla 34: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo. Junín 2014-2016	106
Tabla 35: Distribución de casos de cáncer según localización, topográfica y sexo. Pasco 2014-2016.....	107
Tabla 36: Distribución de casos de cáncer según localización topográfica y sexo. Puno 2014-2016.....	107
Tabla 37: Distribución de casos de cáncer según localización topográfica y sexo.....	108
Tabla 38: Distribución de casos de cáncer según localización topográfica y sexo. Loreto 2014-2016	108
Tabla 39: Distribución de casos de cáncer según localización topográfica y sexo.....	109
Tabla 40: Distribución de casos de cáncer según loc. topográfica y sexo. ..	109
Tabla 41: Distribución de casos de cáncer según localización topográfica y sexo.....	109
Tabla 42: Número de Pacientes con casos de cérvix en el Hospital Docente Las Mercedes	111
Tabla 43: Número de Pacientes con casos de cáncer en el Hospital Docente Las Mercedes- 2013	111
Tabla 44: Número de Pacientes con casos de cáncer en los diferentes nosocomios de la Región- 2014	111
Tabla 45: Número de Pacientes con casos de cáncer en los diferentes nosocomios de la Región-2015	112
Tabla 46: Número de Pacientes con casos de cáncer en los diferentes nosocomios de la Región-2016.....	112
Tabla 47: Número de Pacientes con casos de cáncer en los diferentes nosocomios de la Región-2016	116
Tabla 48: Distribución por regiones de los equipos especializados en oncología, 2016-2017	119

Tabla 49: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de hospitalización.....	181
Tabla 50: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de servicios complementarios.	182
Tabla 51: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de servicios generales.....	183
Tabla 52: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de oncología	184
Tabla 53: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de anatomía patológica.....	185
Tabla 54: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de farmacia.	186
Tabla 55: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de ayuda al diagnóstico.....	187
Tabla 56: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de emergencia	188
Tabla 57: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de consulta externa.....	189
Tabla 58: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de administración	190
Tabla 59: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona centro quirúrgico	191
Tabla 60: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona ayuda al diagnóstico	192
Tabla 61: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de servicios complementarios.	193
Tabla 62: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de servicios generales.....	194
Tabla 63: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de administración.....	195
Tabla 64: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de anatomía patológica	195

Tabla 65: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de centro quirúrgico	195
Tabla 66: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de consulta externa.	196
Tabla 67: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de emergencia.	197
Tabla 68: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de farmacia.....	197
Tabla 69: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de hospitalización.	198
Tabla 70: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de oncología ...	198
Tabla 71: Muestra el Pronóstico de casos de cáncer de cuello uterino y la proyección de esta, para la región de Lambayeque al 2030	239
Tabla 72: Tener más áreas de quimioterapias de las comunes	242
Tabla 73: Tener zonas de descanso.....	242
Tabla 74: Contar con una capilla	242
Tabla 75: Tener un alojamiento solo para los pacientes.	243
Tabla 76: Contar con estacionamiento interno.....	243
Tabla 77: Tener áreas de teléfonos públicos.....	243
Tabla 78: Contar con zona de cajeros automáticos.....	244
Tabla 79: Tener una o varias salas de investigación	244
Tabla 80: Contar con auditorio.....	244
Tabla 81: Área para hijos de los pacientes.	245
Tabla 82: Cafetines.....	245
Tabla 83: Contar con jardines terapéuticos	245
Tabla 84: Contar con áreas de cirugías	246

I. INTRODUCCIÓN

Hasta finales del S.XX, tener cáncer cervicouterino, es como embarcarse en un viaje, no se sabe dónde va a terminar. Todas las mujeres son vulnerables, no segrega; clases sociales, edades, etc., Pero ¿acaso ser víctima de cáncer es sinónimo de muerte? Paradójicamente la sociedad limita y excluye a este tipo de personas y es en esta etapa donde se ve a mayor escala el proceso de ansiedad y depresión.

La Organización Mundial de la Salud a través de su Reporte Mundial de Cáncer menciona lo siguiente: más de 18 millones de individuos (hombres, mujeres y niños) han sido diagnosticadas con esta patología en el 2015, y para el 2030 se prevé que más de 27 millones de personas fallecerán a causa de esta enfermedad. Para el presente año, se encuentra entre la principal causa de defunciones en el mundo, encabezando la lista el cáncer de cuello uterino y la inclinación será de mayor incidencia en los países sub-desarrollados, es decir nos encontramos en lista. En el mundo según la Sociedad Americana Contra el Cáncer en Estados Unidos tienen más probabilidad de padecer esta enfermedad las mujeres hispanas, luego las mujeres de raza negra, seguidas de las asiáticas y las isleñas del Pacífico. En Chile, este tipo de cáncer es la segunda neoplasia más frecuente con 75 casos por cada 10000, ubicándose como uno de los primeros casos de mortalidad. Si bien Perú cuenta con un moderno centro hospitalario en materia oncológica como es el INEN, éste no es del todo aceptable, cada año se presentan 35 550 casos nuevos de la patología mencionada, de los cuales solo 12,500 son a tiempo preventivos, los demás casos no tienen la oportunidad de ser atendidos adecuadamente, la situación empeora, cuando el mayor porcentaje de estos casos son diagnosticados en fases críticas, la enfermedad se encuentra en estado tardío, el tratamiento es costoso, según el informe realizado por el profesor de la Universidad Cayetano Heredia, Luis Pinillos Ashton en el año 2015 .

En la región Lambayeque, el Hospital Regional es el único que cuenta con una tecnología implantada para poder tratar esta enfermedad, de manera reciente se ha implementado la Unidad Oncológica, única en el departamento, debido a la constante necesidad de la población que padece dicha enfermedad. En el distrito de la Victoria entre los años 2010-2015 el grado de incidencia de cáncer de cervicouterino es mucho mayor en comparación a los demás distritos de la región, se estima que para los demás años la cifra de casos aumente, debido a que esta enfermedad muchas veces no es detectada a tiempo, a la poca información que existe sobre esta y la falta de tratamiento adecuado. Es por eso que se generó la

problemática ¿De qué manera un Centro Oncológico Especializado reduciría el problema de cáncer de cervicouterino en la Región de Lambayeque?, esta investigación está pensada porque es evidente la urgencia de una infraestructura, que brinde los adecuados servicios en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

El objetivo general de este trabajo de tesis es diseñar un Centro Oncológico que aporte solución a los problemas del cáncer de cuello uterino con la prevención y el tratamiento adecuado en la región de Lambayeque. Teniendo en consideración también los siguientes objetivos específicos.(1)Analizar los factores que inciden en el mal funcionamiento de los Sistemas de Salud en el Perú;(2) Analizar la prevalencia de factores de riesgo por cáncer de cuello uterino que inciden en las mujeres, con la finalidad de comprometerse con la integridad y la vida del paciente;(3)Analizar el estado actual de las infraestructuras de salud en la Región;(4)Conocer el perfil del usuario que acude a una infraestructura de salud con el fin de analizar la interacción y las características del mismo. Dando como hipótesis: La prevención y tratamiento adecuado, dirigido a un sector socioeconómico bajo, se requiere el equipamiento necesario planteado en una infraestructura de salud para poder solucionar los problemas de cáncer de cuello uterino de la región Lambayeque.

La metodología aplicada es Descriptiva ya que se realizará a través de observaciones; esta investigación busca validar la teoría obtenida, por lo expuesto, se relaciona con recientes conocimientos. Como justificación se plantean 3 aspectos importantes: Social, Económico y Ambiental con el fin de reducir las altas tasas de mortalidad de la mujer, víctima del cáncer de cuello uterino; que cuente con espacios funcionales para que las pacientes desarrollen actividades sociales; con el fin de lograr una pronta sanación y que el proyecto no altere el medio ambiente.

El siguiente proyecto de investigación está conformado de cuatro capítulos, los cuales son: Capítulo I: factores que inciden en el mal funcionamiento de los sistemas de salud; Capítulo II: Generalidades y análisis de la prevalencia de factores de riesgos para cáncer de cuello uterino; Capítulo III: Funcionamientos de edificios existentes; Capítulo IV: Analizar el perfil del paciente oncológico; Capítulo V: La discusión a través de la reflexión y autocrítica de referentes analizados; Capítulo VI: Las conclusiones generales de la tesis; Capítulo VII: La referencias bibliográficas utilizadas en esta investigación.

1.1. Situación Problemática

1.1.1. Situación Problemática

La selección del tema de estudio parte de una necesidad que urge desde tiempos atrás, donde el número de víctimas con cáncer de cervicouterino se convierte en la principal causas de muerte a nivel global, los sistemas de salud no se han preocupado por brindar el servicio adecuado, la incidencia de cáncer de cervicouterino va en aumento y estar preparados para afrontarla, es una realidad. Las posibilidades de sobrevivir de un paciente de cáncer de cuello uterino son mayores a diferencia de cualquier otro tipo de cáncer, si la prevención y el tratamiento se realizan de manera oportuna.

a) A nivel mundial

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), se prevé que para que el 2030, la patología traerá consigo un mayor número de víctimas, aproximadamente 474.000 mujeres por año y más del 95% estas defunciones tengan lugar en países sub-desarrollados.

b) A nivel internacional

Así podemos decir que, entre todos los cánceres, el cervicouterino es uno de los más letales, es así que en Chile uno de los países de América Latina, es la segunda patología con un número de víctimas, 75 casos por cada 10.000; ubicándolos en primer lugar en importancia en mortalidad, su acelerado crecimiento lo convierte en uno de los países con mayor nivel de incidencia.

Sin embargo, el sistema público en relación a esta enfermedad desde 1993 se ha preocupado de otorgar una atención médica oportuna a nivel nacional, concientizando a la población, recurrir a la prevención.

En la actualidad existen en el país diversas instituciones de beneficencia, en coordinación con las unidades oncológicas de los hospitales acreditados, han llevado adelante una serie de proyectos aislados y dispersos que apuntan en esta dirección, y que son considerados como complemento al tratamiento y a la infraestructura hospitalaria, datos obtenidos del Ministerio de Salud (Octubre 2016).

La carencia de infraestructuras hospitalarias exigidas por el MINSA, disminuye el porcentaje, de que las víctimas que evidentemente aumentan más en Chile, tengan la posibilidad de sobrellevar la enfermedad de una manera digna.

c) A nivel nacional

En el Perú, se consideró al Instituto Nacional de Neoplásicas (INEN), recibe pacientes de todo el país, es el primer y el único instituto con especialización en tratar la enfermedad oncológicas en nuestro territorio; en el sexto piso se encuentra la única Unidad Oncológica Especializada en Cáncer Cervicouterino, la cual recibe pacientes de todas partes del país, sólo cuenta con 60 camas de hospitalización.

El Estado junto con ESSALUD, brindan diversos servicios y programas entre ellos se encuentra: EL PLAN ESPERANZA, cuya finalidad es mejorar la atención integral del cáncer y el acceso a los servicios oncológicos acuerdo al desarrollo tecnológico y a la disponibilidad de los recursos.

Sin embargo, existe la necesidad de infraestructuras, equipamiento médico, personal especializado, lo que conlleva a dejar en enormes listas de espera a muchas de las víctimas.

d) A nivel local

Así mismo en el departamento de Lambayeque, cuenta actualmente con la tecnología implantada en el Hospital Regional, sin embargo, de manera reciente se ha recomendado la implementación de la Primera Unidad Oncológica, debido a los constantes y desatendidos reclamos de apoyo, por parte de la población que se encuentra deficitaria de este servicio y donde lamentablemente las cifras de incidencia siguen en aumento.

La demanda de pacientes hace imposible un control de incidencia, donde las instituciones de salud puedan visualizar el problema y encuentren una solución en lo inmediato posible.

En el distrito de la Victoria, en los años 2010-2017 el grado de incidencia de cáncer cervicouterino era mayor en comparación a los demás distritos de la Región de Lambayeque. Se proyecta que el 80% de la ciudadanía femenina se contagia de este virus en su vida, para los años 2012-2017 la cifra ha ido en aumento, llegando a ser detectada la enfermedad solo en estadios avanzados, cuando hablar de sanación es una vil fantasía.

Por otro lado, en el aspecto normas de diseño hospitalarias, el Plan de Desarrollo Urbano (PDU), restringe que no se permitirá acondicionar las viviendas para estos

usos, en el distrito de la Victoria el 30% de los puestos de salud han sido acondicionados en viviendas debido a los recientes fenómenos naturales.

Aun así, muchos de los establecimientos de salud proyectados en el distrito se encuentran en mal estado, con mobiliarios inadecuados, déficit de equipamientos, ausencia de médicos especializados, entre otros.

En la actualidad existen infraestructuras hospitalarias especializadas, apropiadas, orientadas a las personas víctimas de cáncer.

En Edimburgo existe el Maggies Caring Centres, en él un secreto arquitectónico no existe, solamente son opuestos a los centros hospitalarios tradicionales. Los puntos importantes que se toman en cuenta son: la filtración de luz, que convierte el espacio más propicio, las vistas, que particularmente los hospitales convencionales, no tienen en cuenta; buscan espacios donde el paciente perciba: comodidad e intimidad.

Es por la alta demanda y carencia de infraestructuras sanitarias, por el que se tiene la preocupación de no contar con un centro oncológico especializado para el servicio de las víctimas de cáncer de cuello uterino, permitiendo devolver a los pacientes su calidad humana. Así mismo es importante prever de centros especializados que se adecuen y sean accesibles a las víctimas de cáncer de cuello uterino.

1.1.2. Formulación del problema

“¿DE QUE MANERA UN CENTRO ONCOLOGICO ESPECIALIZADO REDUCIRIA EL PROBLEMA DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN LA REGION DE LAMBAYEQUE?”

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo General

Diseñar un centro oncológico especializado, que aporte solución a los problemas de cáncer de cuello uterino, mediante la creación de servicios adecuados en detección, diagnóstico y tratamiento oncológico en la región de Lambayeque.

1.2.2. Objetivos Específicos

- a) Analizar los factores que inciden en el mal funcionamiento de los Sistemas de Salud en el Perú.
- b) Analizar la prevalencia de factores de riesgo por cáncer de cuello uterino que inciden en las mujeres, con la finalidad de comprometerse con la integridad y la vida del paciente.
- c) Analizar el estado actual de las infraestructuras de salud en la Región.
- d) Conocer el perfil del usuario que acude a una infraestructura de salud con el fin de analizar la interacción y las características del mismo.

1.3. Justificación

Reducir la incidencia de mortalidad de la mujer, víctima del cáncer cervicouterino, es una necesidad. El impacto de esta epidemia va en aumento en la región, debido a que no existe una infraestructura especializada, la cual pueda salvaguardar la vida del paciente.

Se beneficiará al Centro Especializado como también a los usuarios, desarrollando servicios gratuitos de prevención, generando ayuda integral a las pacientes que padecen esta enfermedad. Este proyecto no alterará el medio ambiente, se cuenta con

el 35% de área verde según el Reglamento para Edificaciones en Arquitectura Hospitalaria.

1.3.1. Limitaciones del Estudio

El proyecto contará con recursos brindados por ONG y entidades vinculadas a este tipo de ayuda social; las opciones de accesibilidad a los datos son limitadas.

1.4. Marco Teórico

1.4.1. Conceptos y definiciones

Definición de la terminología

a) **Cáncer:**

El cáncer es una enfermedad que sucede cuando algunas células de nuestro cuerpo se dañan y comienzan a crecer de forma descontrolada. Existen distintos tipos de cáncer en función del lugar donde se origina. Así pues, la palabra cáncer engloban distintas enfermedades (cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de colon, etc.)
(Asociación la Revista de España –Lucha contra el Cancer– Glosario de Términos, 2012).

b) **Cáncer de Cuello Uterino:**

El cáncer de cuello uterino se origina cuando las células normales de la superficie del cuello uterino cambian y se proliferan sin control, y forman una masa llamada tumor. Un tumor puede ser benigno o maligno; la infección por el virus del papiloma humano (VPH), puede ser detectado a tiempo con exámenes regulares.
(Gaspaniel, 1990)

c) **Oncología:**

Se conoce como oncología a la especialidad médica que se encarga de los análisis y el tratamiento de tumores tanto benignos como malignos (Introducción a la terminología Medica, 1990).

d) **Quimioterapia:**

La quimioterapia es el uso de medicamentos antineoplásicos para darle tratamiento a las células cancerosas. Se utiliza no solo para tratar algunas clases de cáncer sino en unión con otros tipos de terapias, como la radiación o la cirugía y la quimioterapia.
(Heidegger, 2018)

e) **Centro Oncológico Especializado:**

Son instituciones dedicadas al diseño de métodos más eficaces para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Contiene programas que ofrecen a los pacientes métodos de tratamiento para todo tipo de cáncer. (Gaspaniel, 1990).

f) Centro Detector de Cáncer:

Son instituciones dedicadas al diseño de métodos más eficaces para la prevención, el diagnóstico sin tratamiento del cáncer. Contiene programas clínicos que ofrecen a los pacientes los últimos métodos de tratamiento para una amplia variedad de cánceres, capacitación para médicos, cirujanos. (*Introducción a la terminología Médica, 1990*).

g) Cuidados Paliativos:

Los cuidados paliativos son parte principal para darle lucha al cáncer y benefician a los pacientes con escasos recursos. Mejoran la calidad de vida de los pacientes y ayudan a las familias afrontar estas enfermedades amenazantes, mitigando el dolor y otros síntomas. (*Heidegger, 2018*)

h) Impacto Emocional:

Estado emotivo de alto rango y de breve desarrollo (emoción). Este complejo proceso es iniciado por diversas características, incluidas en una situación significativa para el paciente y su entorno. (*Heidegger, 2018*)

i) Radioterapia:

La Radioterapia es uno de los diversos tratamientos oncológico que utiliza las radiaciones para eliminar las células cancerígenas, en la parte del organismo donde se encuentren alojadas (tratamiento local). La radioterapia actúa sobre el tumor, destruye las células cancerígenas y de esta manera impide que crezcan y se reproduzcan. (*Heidegger, 2018*)

j) Rehabilitación Psicológica:

La rehabilitación ayuda a los pacientes con cáncer a obtener el mejor funcionamiento social, físico, psicológico y laboral, durante y después del tratamiento; puede ser valiosa para aquellos pacientes que recientemente han sido detectados o están en recuperación. (*Diccionario del Instituto Nacional de Cáncer de EEUU, 2010*)

Falta de financiamiento:

Es la acción y efecto de financiar (aportar dinero para una empresa o proyecto, sufragar los gastos de una obra o actividad). El financiamiento del cuidado de salud por parte del estado es un problema grave; la necesidad de apoyo del estado es consecuencia de que existe un gran número de personas que no tienen ingresos suficientes para protegerse de los riesgos de salud. *(Manual para la Economía y Financiamiento de la Salud, 2010)*

k) **Dimensiones mínimas:**

Según la normativa establecida en su lugar de proyección son aquellas medidas exigidas para determinados espacios, donde el usuario desarrolla sus actividades de manera adecuada, se exige circulaciones para minusválidos establecidas según un determinado mobiliario (silla de ruedas), estas medidas se adoptarán al tipo de usuario para lograr una condición de vida agradable. *(Certicalia, 2005)*

l) **Espacio:**

Elemento principal en la arquitectura, delimitado por el volumen que ocupa, ya sea virtual o consolidado, entre los espacios se encuentran; espacio contiguo, espacio continuo, espacio mixto. *(Morales, 2002)*

m) **Habitabilidad:**

Una disciplina dedicada en asegurar aquellas condiciones mínimas de la salud, generando un confort y una vida sana en los edificios y lugares para vivir. *(Salgado, 2009)*

n) **Mobiliario Urbano:**

Elementos que cumplen la función de servir a la ciudad según una función específica para las personas, ya sean bancas, luminarias, basureros, pérgolas, etc. Estas se establecen mayormente en los espacios públicos beneficiando y sirviendo al público. *(RNE, 2005)*

o) **Modificación del proyecto:**

Aquellos cambios que necesiten realizar en un proyecto, principalmente se debe realizar para mejorar aquel, se debe revisar la licencia de construcción y verificar la fecha de la obra, dependiendo si se ha modificado el área techada o se piensa en demoler parcialmente. *(RNE, 2005)*

p) **Equipamiento:**

Aquellas edificaciones para albergar una función específica para habitar, se establecen según uso o escala *(RNE, 2005)*

q) **Planeamiento Integral:**

Planeamiento que establece la organización de las vías de una zona determinada para la inserción de una habilitación urbana. *(RNE, 2005)*

r) **Salubridad:**

Dentro de ella se encuentra los puntos importantes como son la ventilación y la iluminación. Según su uso, establecidas en sus dimensiones, largo y ancho. Estos exigen niveles de asoleamiento e iluminación natural según una normativa para distintos proyectos, se deberán solucionar sin hacer uso de elementos artificiales. *(Heidegger, 1994)*

Bases Teóricas

HOSPITAL COMO HECHO ARQUITECTÓNICO

Uno de los campos de instrucción en el ejercicio de la arquitectura, hace hincapié en la necesidad de valorar los pasos del proceso inventivo y el rol que desempeña el profesional en arquitectura en cada uno de ellos, es la proyección de los establecimientos de salud.

Actualmente ubicar un consultorio o una infraestructura de salud, fuera sólo un asunto de comodidad, espacialidad o economía. La consecuencia es realmente crítica, debido a que la mayoría de hospitales no tienen cabida en ellos mismos, debido a que no son acogidos por una forma.

Si se observan las infraestructuras de salud que actualmente existen en el país encontraremos una diversidad de construcciones que carecen de identidad propia.

No se entiende en qué se diferencian unos de otros, dando como ejemplo, una posta de una clínica o un hospital de un consultorio, de esta manera repercuten nuevos cuestionamientos: ¿Cómo deberían ser? y ¿Cuáles son los patrones que conforman el sistema?, para al final debatir, ¿Cómo debe ser cada uno? (*Gaspaniel, 1990*).

LAS MORFOLOGÍAS

A través de la historia; los centros hospitalarios, son entendidos como espacios destinados a mantener o mejorar a los pacientes, ha sido uno de las infraestructuras, más notables de la sociedad. Un punto importante a tratar es la incidencia de la luz, del sistema constructivo de las cubiertas, de las vigas y el no conocimiento de las vertientes quebradas. Resultando así instituciones: estrechas, opuestas o acoladas, cuyos puntos débiles coinciden con las circulaciones verticales. La influencia italiana recomienda establecer una mejor funcionalidad, alrededor de patios. Lo que admite una mejor ventilación y a la vez que ofrece un lugar de confort. (*Summa: Revista de Arquitectura, Tecnología y Diseño, 2010*).

CONFORT TÉRMICO EN LAS EDIFICACIONES DE SALUD

La influencia de la luz solar como agente terapéutico, resulta como un plan de sanación de primer orden que libera rápidamente a los pacientes de su estado crítico. Estudios demuestran que la luz del día, incluso en neblina, se halla compuesta por todos los

colores. Por lo tanto todo ser vivo, para mantenerse en buen estado, necesita luz
(*Nemours, 2010*).

LA PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE, INFLUENCIA DE AMBIENTE FÍSICO EN LA CONDUCTA DEL PACIENTE

Schwartz (2010): reafirma que la relación entre el ambiente y las personas se basan en el principio de causa y efecto, quedando expuesto lo siguiente: el ambiente físico es un punto importante en el comportamiento humano. Para diseñar espacios en un centro hospitalario en relación con el tratamiento terapéutico, se recomienda contribuir a humanizar el ambiente físico, promover la salvaguarda y elevar la dignidad de cada paciente, presenciando una calidad espacial como respuesta funcional a los requerimientos de los usuarios. (*Montalván, 2010*)

Bases Históricas

a. Historia Natural del Cáncer

-Origen de la palabra Cáncer. - La enfermedad fue llamada cáncer por el médico Griego Hipócrates (460-370 A.C.). Lo consideran el “Padre del Remedio.” Hipócrates utilizó los carcinos y el carcinoma de los términos para describir tumores de formación y de úlcera-formación de la no-úlcera. En Griego esto significa” un ángulo de deriva”. La descripción era nombres después del ángulo de deriva - como proyecciones que se extendían de un cáncer para poder saber la dimensión del tumor maligno.

El médico Romano Posterior, Celsus (28-50 A.C.) tradujo el término Griego a cáncer, la palabra Latina para el ángulo de deriva. Era Galen de origen romano, que utilizó los oncos del término (Griegos para hincharse) para describir tumores. Oncos es la palabra de raíz para la oncología o el estudio de cánceres.

-Entre décimo quinto y los siglos XVIII.- A inicios del siglo XV se desarrolló la mayor comprensión de los funcionamientos del grosor humano y de sus procesos de la dolencia.

Las Autopsias, hechas por Harvey (1628), llevaron a una apertura de la circulación de la cepa a través del interior y del cuerpo humano.

Juan Morgagni de Padua realizo 1761 autopsias para encontrar el meollo de las enfermedades. Desencadenando así, su pasión por esta enfermedad extraña llamada cancer. *(Moyano Jato 2010)*

Era el escocés Juan: apodado “el cirujano” (1728–1793) recomendó que algunos tipos de cáncer pueden encontrar cura a través de la cirugía. Luego, después de un siglo más adelante, quedo descubierto que la anestesia permite a la cirugía regular algunos tipos de cáncer, que aún no se hayan esparcido.

- Rudolf Virchow en el Siglo XIX, apodado “el fundador de la patología celular”, descubrió el estudio de los diferentes tipos de cancer desde el microscopio. Desarrollo el estudio de los estudio de los tejidos, luego de ser operados por la cirugía.

b. Historia de las causas del cáncer. -

Existen cantidad de teorías relacionadas con las causas del cáncer en edades. Por ejemplo, los antiguos egipcios antiguos pensaban que los dioses los castigaban con ese tipo de enfermedades.

- Hipócrates en su raciocinio pensó que el ser humano tenía 4 fluidos corporales: la sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra. Él en sus estudios sugiere que un desequilibrio de cualquiera de estos fluidos corporales podría ser el causante del cáncer.
- Después de la Hipócrates, surgieron otros estudiosos tales como: Stahl y Hoffman que en su teoría encontraron que las neoplasias cancerígenas están compuestas de la fermentación y de la degeneración, diferenciándose en acidez, densidad, y alcalinidad. (*Moyano Jato 2010*)
- Zacutus Lusitani (1575–1642) y Nicholas Tulp (1593–1674), doctores en Holanda, dieron por asentado que el cáncer podría contagiarse, y por lo expuesto la humanidad estaba en peligro. El punto crítico de la enfermedad se volvía mortal y el caos reinaba en cada uno de los ciudadanos que optaban por el suicidio.
- Moleta planteo la siguiente teoría: las células neoplásicas se convierten en componentes de florecimiento, entre los tejidos sanos o normales.
- Rudolph Virchow (1821–1902). Sugirió que la neoplasia cancerígena podría extenderse como un líquido. Hasta que, en 1860 fue el científico alemán Karl Thiersh que demostró que las células cancerígenas se extienden por metástasis y no a través de un líquido.

c. El Tratamiento Oncológico

Una de las principales ramas de la medicina es la “Oncología” cuyo fin es el estudio de las neoplasias benignas o malignas, no obstante presenta una mayor inclinación en los tumores malignos, en otras palabras, el cáncer. La Oncología es la ciencia encargada del diagnóstico y tratamiento del cáncer, mediante ella se le puede hacer seguimiento a los pacientes, intensificar en los cuidados paliativos, y otros aspectos relacionados con el cáncer. *(Asociación Española contra el Cáncer – Glosario de Términos)*

- Evolución en el Mundo

El cáncer es una dolencia, y su presencia se encuentra reportada desde tiempos antiguos. Hipócrates en los años 400 a.C. fue una de las primeras personas que utilizó los términos carkinos que significa cangrejo cuya derivación es la palabra cáncer. Se utilizó ese vocablo por razones que en cada uno de los casos de tumores estudiados se observó que las ramificaciones de estos presentan la forma de patas de cangrejo. En aquellos tiempos los individuos que presentaban los primeros síntomas, a los que los científicos luego llamarían cancer, no recibían ningún tipo de tratamiento. Para el siglo XVIII el cáncer era considerado una dolencia localizada, es decir que tenía un lugar en alguna parte del cuerpo.

Entonces se llega a la conclusión que el tratamiento que la mejor opción era la cirugía y eso conlleva a la extirpación del tumor. A finales del año 1792, se inaugura el primer Instituto Oncológico en el Hospital Middlesex en Londres. Este Centro hospitalario solamente tenía 12 camas que le correspondían a cirugía, y mediante estudios se llega a la conclusión de que el cancer puede ser tratado con algún tipo de medicamento, y surge así la denominada “primera quimioterapia”, pero lamentablemente presenta altos índices de toxicidad en los pacientes- prueba.

Para inicios del Siglo XVIII, se descubrió los rayos X y se llega a comprobar que puede llegar a ser útil en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Las radiaciones que emiten los rayos X produce la eliminación total o parcial del tejido cancerígeno. *(Moyano Jato 2010)*

Con este nuevo método nos vemos en la necesidad de ir por un nuevo descubrimiento “la radioterapia”. En los inicios del siglo XX se empieza a aplicar la “braquiterapia”

que consiste en un tratamiento a base de radiaciones, pero esta se aplica de forma directa sobre la zona localizada “el tumor” y actúa con mayor efectividad.

A intersecciones del siglo XX, se empieza a tener un concepto precedente sobre la receta del cáncer, debe contener una composición multidisciplinaria, requiere de mejores tiempos de recuperación; los pacientes se obtienen recuperación, solamente si reciben de manera conjunta, los siguientes tratamientos: quimioterapia, cirugía y radioterapia.

En la actualidad, seguimos aplicando los mismos tratamientos, no obstante, se han descubierto nuevos conceptos renovadores, para sanar la calidad de recuperación de los pacientes con cancer, esto incluye adultos y niños.

Se han acrecentado los conceptos innovadores, cuyo único fin es mejorar la calidad de recuperación de los pacientes con cancer, incluyendo adultos y niños. Las infraestructuras hospitalarias Oncológicas han optados por crear espacios habitables, que cuenten con tecnología de primera calidad, de esta manera se busca disminuir los altos índices de incidencia.

- Evolución en el Perú

El Dr. Eduardo Cáceres Graziani empezó a enseñar la presente especialidad, y en el año 1939 con el apoyo de diversas instituciones se llega a fundar el “Instituto Nacional de Cáncer”, se incentiva a la población a la prevención a través de consultorios externos especializados, y también se contaba con hospitalización. Actuaba como centro de enseñanza en casos particulares de cancer. Anteriormente estaba localizado en el Cercado de Lima, donde hoy en día es el Hospital San Bartolomé. Con ello se inaugura el inicio de una era oncológica en el Perú.

La OEA (Organización de los Estados Americanos) en 1960 reconoce la labor de enseñanza de los oncólogos peruanos e incluye al INEN, como centro de capacitación y enseñanza a los futuros doctores especialista en cancer. *(INEN 2010)*

El INEN tuvo siempre la razón de iniciar de preservar los niveles de persona en cuanto a avances tanto: tecnológicos y científicos, así, se convierte en la primera entidad en realizar la compra de una Bomba de Cobalto para aplicar la radioterapia en pacientes oncológicos, ingresando a la era de la terapia con menor voltaje. *(INEN 2010)*

El INEN da un nuevo paso en la franquicia peruana, con la incorporación del primer acelerador derecho en Sudamérica. Las consultas diarias en el INEN incrementaron en un 70% entre los años 1980-1987, con este paso se tuvieron que representar muchas reformas en la institución en cuanto a la de aprovisionamiento. Es por ello que se adaptó un espacio, que en un primero era el Comedor, cuyo destino era el Pabellón de Pediatría. A finales del año 1980, se siente el gran incremento de entrada en la sociedad, surgió la necesidad de acercarse a un área altamente mayor, por lo que hicieron una reciente instalación en la Av. Angamos en el distrito de Surquillo, que es adonde se ubica actualmente.

El nuevo INEN se inaugura en el año 1988, un centro hospitalario con 350 camas se convierte en el centro detector de cancer a nivel nacional, que brinda cuidados médicos y también brinda hospitalización.

En el siglo XXI, la prevención del cancer, ya tenía una definición médica más concisa y se concientizo a la población a los exámenes respectivos de prevención, diagnóstico a tiempo y el tratamiento oportuno, para darle lucha a esta enfermedad que cada día cobraba un mayor número de víctimas

En esta época empieza la descentralización del INEN, lo que significó llevar atención especializada a cada departamento, provincia o distrito del Perú.

Se comienza implementar diversas Unidades o Departamentos en Oncología. En el 2006, se inaugura el primer Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en la ciudad de Trujillo. (*INEN 2010*)

d. Crecimiento Morfológico Poblacional

- ❖ **1541** Chiclayo surgió de la fundación de un convento franciscano para las poblaciones de los Caciques Cinto y Collique, logrando evangelizar entre 70 y 90 personas.
- ❖ **1826** Chiclayo, fue considerado como pueblo y el 12 de noviembre de 1827, por decreto del Mariscal José de la Mar, fue declarada como Villa, no poseía plaza central y estuvo dividida en 4 distritos.
- ❖ **1835** El 14 de abril el presidente Felipe Santiago Salaverry otorga la categoría de ciudad, Chiclayo recibe el título de “Ciudad Heroica”, el día 15 de abril de 1835, se crea la provincia de Chiclayo y finalmente en 1874, se le declaró capital del nuevo departamento de Lambayeque, debido a la importancia que tuvo por las migraciones de los pobladores de Lambayeque y Zaña.
- ❖ **1851** Por ley el 18 de diciembre de 1851 se creó el hospital “Las Mercedes” en la ciudad de Chiclayo, el presidente de la Republica se llamaba Rufino Echenique, con iniciativa de Carlos Ferreiro se inició la construcción del parque principal el cual contaba con una plaza y un jardín octogonal.

- ❖ **1911** Chiclayo crecía de manera armoniosa alrededor de la plaza central. Los alrededores estaban formados por pequeñas haciendas, terrenos baldíos y basurales.
- ❖ **1942** El aumento de la población, iba reflejándose cada vez más en la expansión física de la ciudad. Su expansión se dio hacia el este, apareciendo los primeros barrios: San Antonio. Suazo y Campodónico.
- ❖ **1963** Inicio funcionamiento del Hospital Obrero el hoy; Hospital Almanzor Aguinaga, se desarrolló el hipódromo Jockey Club, creándose a los alrededores del barrio de la Victoria Vieja, al mismo tiempo empezó a funcionar el mercado modelo de fuerte crecimiento comercial.
- ❖ **1974** Chiclayo se convirtió en una ciudad comercial, actividad que se concentró en el Mercado Modelo. El crecimiento de la ciudad y lo limitado del local del mercado hicieron colapsar, por ello los mercaderes se vieron obligados a emigrar a otras zonas.
- ❖ **1981** En los años 80 un sector de la urbanización camino a Pimentel, colindante al Parque Industrial, incremento la población al oeste y por el este el crecimiento del aeropuerto.
- ❖ **1993** Un crecimiento ligero hacia el Norte y Sur, pero existió un aumento de población hacia el eje Chiclayo- Pimentel. Se inaugura oficialmente como Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo, atendiendo a más de 40 000 asegurados y con ello aparecen 8 000 casos de diagnóstico de diferentes tipos de cáncer.
- ❖ **1995** Continúa creciendo en dirección a los ejes consolidados.

e. Línea de tiempo

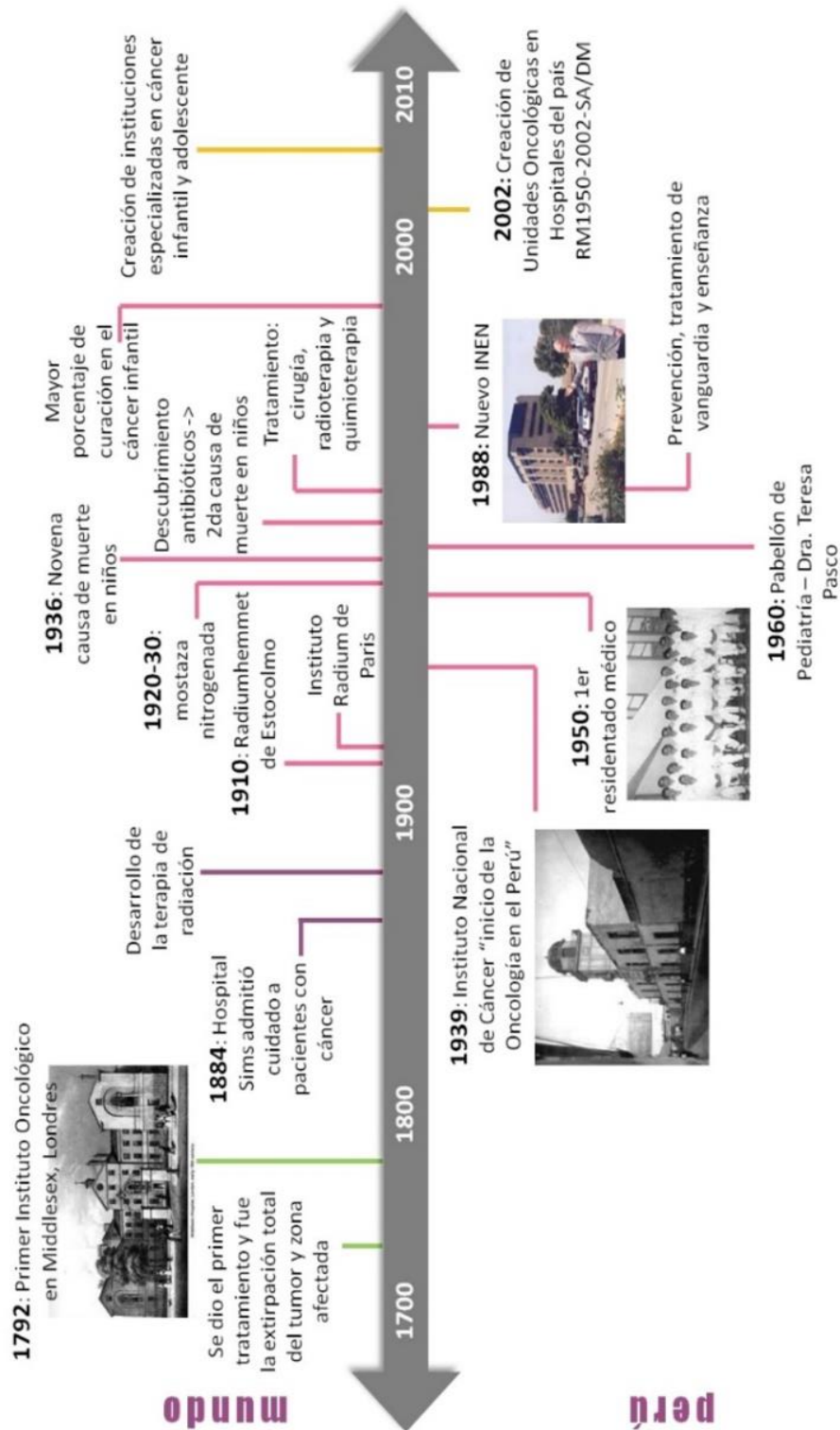


Figura 1: Línea de tiempo Mundo – Perú

Fuente: tomada de la página web de INEN, Sociedad peruana de pediatría

1.4.2. Marco Referencial

Tesis Referencias

- 1. REGISTRO Y CATALOGACIÓN DEL EDIFICIO DEL HOSPITAL E INSTITUTO CONTRA EL CÁNCER DR. BERNARDO DEL VALLE “INCAN”**

Dunia Mariela Navarro Mérida

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE ARQUITECTURA

- 2. CENTRO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO**

Guillermo Antonio Urra

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

- 3. PLATAFORMA INTEGRAL ONCOLOGICO**

Pablo Diego Moraga Sariego

UNIVERSIDAD DE CHILE

- 4. CENTRO ESTATAL DE ONCOLOGÍA**

Arq. Enrique Duarte Aznar

CONSTRUIDO EN CAMPECHE, MEXICO

- 5. EDIFICIO PARA EL ALOJAMIENTO DEL NIÑO CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO**

C.C.F.G.M. Arquitectos Pablo Diego Moraga Sariego

SALTA, ARGENTINA

- 6. HOSPITAL DE CÁNCER**

Arq. Rafael de la Hoz

EL CAIRO, EGIPTO

Las láminas de formato A3 se encuentran anexadas en Digital (Unidad DVD / Tesis / Láminas formato A3)

1.4.3. Referencias Projectuales

a) Tecnológico

C.D. BACKUS PIURA / POGGIONE + BIONDI ARQUITECTOS

El edificio busca ser sensible a la experiencia humana, satisfaciendo a los usuarios, personal y visitantes. Este proyecto arquitectónico impacta con el entorno, en su perímetro se ha dado un especial tratamiento, esto incluye volumetría y áreas verdes.

(ArchDaily, 2012)



Figura 2: Volumetría de almacenes, oficinas y naturaleza en el proyecto
Fuente: Tomado de www.archdaily.pe/ C.D.Backus.

Dentro de las estrategias bioclimáticas aplicadas se desarrolló doble techo ventilado en oficinas para evitar la ganancia de calor por radiación solar, así también se tuvo en cuenta en diversos aspectos tales como:

- **EN ORIENTACIÓN:** Protección Solar + Iluminación Eficiente
- **EN ALMACENES:** Teatinas para Iluminar/Ventilar
- **EN OFICINAS:** Doble Techo Ventilado

La franja de área verde ante la fachada Sur del edificio de oficinas es vital para su desempeño térmico, ya que constituye un oasis en el que el aire se refresca, mediante nebulizadores y a la sombra de sus árboles, antes de entrar a ventilar los ambientes interiores. Los hangares de depósitos se ventilan e iluminan de manera natural, con teatinas corridas en la parte alta de las bóvedas.

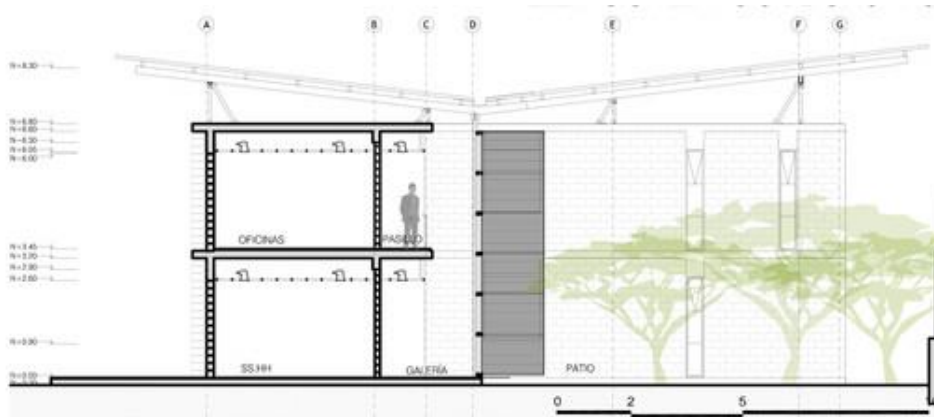


Figura 3: Corte Seccional de Oficinas
Fuente: Tomado de www.archdaily.pe/ C.D. Backus.



Figura 4: Estrategias aplicadas en hangar- oficinas
Fuente: Tomado de www.archdaily.pe/ C.D. Backus.

b) Programa

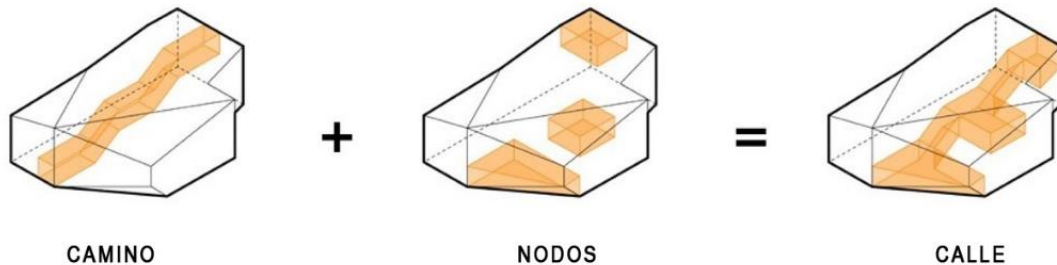
CENTRO DE SALUD DE LA CLÍNICA O'REILLY / CANNON DESIGN

A través de su cuidadosa ubicación y presencia física única, el nuevo edificio crea un micro campus para la universidad dentro del contexto del campus más amplio de la universidad. Su forma en negrita y angular se balancea sobre la entrada de la esquina achaflanada del edificio, reconociendo sus edificios acompañantes e invitando a los estudiantes que circulan entre ellos. (*ArchDaily*, 2015)



Figura 5: Ingreso Principal al edificio al Centro de Salud
Fuente: Tomado de [www.archdaily.pe/infraestructuras hospitalarias](http://www.archdaily.pe/infraestructuras-hospitalarias).

Programáticamente, el centro está compuesto por currículos de pregrado y posgrado en terapia ocupacional, enfermería, anestesia de enfermería y estudios de asistente médico, cada uno de los cuales requiere aulas adaptadas, laboratorios de habilidades especializadas y laboratorios de simulación, oficinas de facultad y espacios de apoyo.



CAMINO

NODOS

CALLE

Figura 6: Ingreso Principal al edificio al Centro de Salud.

Fuente: Tomado de www.archdaily.pe/ infraestructuras hospitalarias.

Los espacios de colaboración para los estudiantes fluyen por todo el edificio, creando una "calle" interior en el sentido social y conectando continuamente todos los niveles mediante un techo de madera ondulado y facetado.

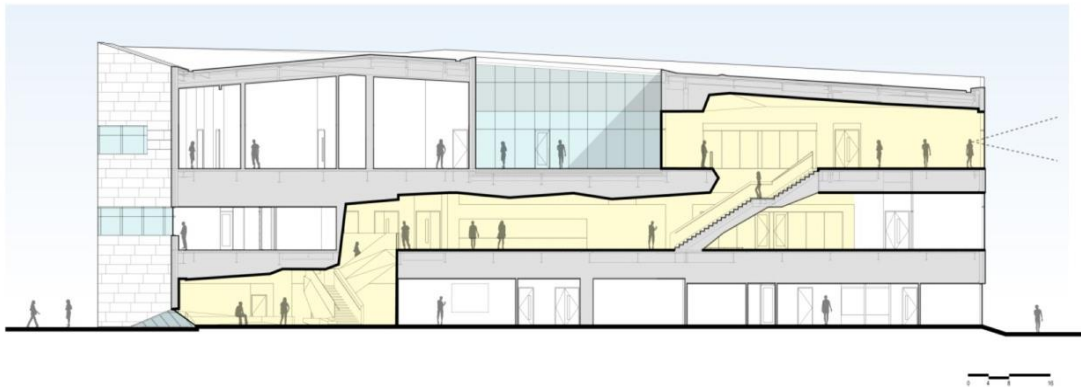


Figura 7: Corte Longitudinal del conjunto

Fuente: Tomado de www.archdaily.pe/ infraestructuras hospitalarias.

La calle culmina en el tercer nivel en un salón para estudiantes con vistas espectaculares hacia el campus principal y una terraza al aire libre en el patio que también es espacio de aprendizaje didáctico y de descanso para la instrucción de terapia ocupacional.

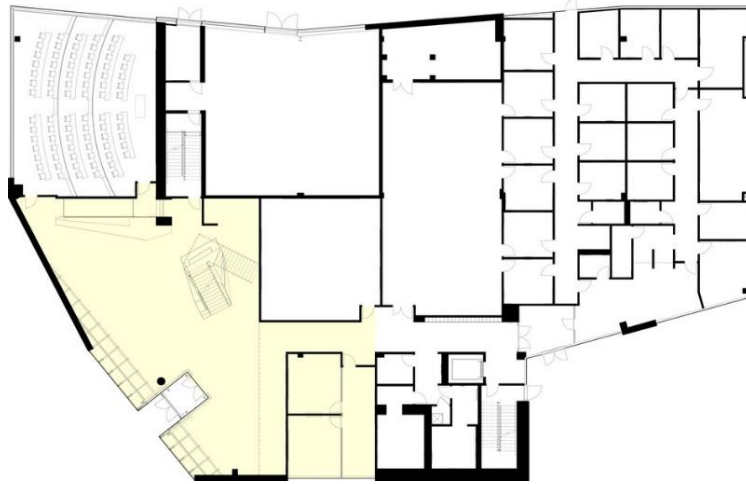


Figura 8: Análisis en planta, Clínica O'Reilly /1er Nivel
Fuente: Adaptado de: <http://portfolio/analisis clínicas O'reilly>.

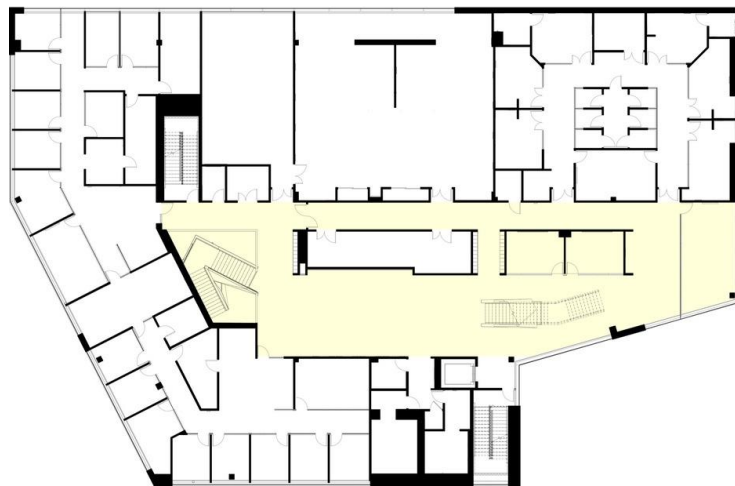


Figura 9: Análisis en planta, Clínica O'Reilly / 2do Nivel.
Fuente: Adaptado de: <http://portfolio/analisis clínicas o'reilly>.

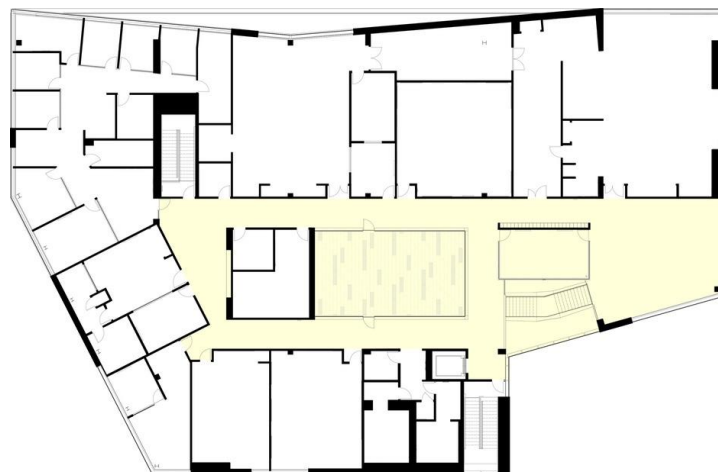


Figura 10: Análisis en planta, Clínica O'Reilly / 2do Nivel
Fuente: Adaptado de: <http://portfolio/analisis clínicas o'reilly>.

c) Constructivo

CENTRO DE ATENCION Y URGENCIAS 112 / MARCO SUAREZ

Un proyecto de gran escala, Urra busca darle originalidad a su propuesta, el edificio no incurre en el desfuerzo ni en ese narcisismo proyectual tan recurrente en la edificación en los últimos años. Es, eso sí, una ejemplar demostración de tino y de destreza tecnológica, cualidades que harta falta hacen en el actual ejercicio del oficio.

Las necesidades funcionales de la construcción dieron representación a una tipología fantástica e innovadora sin columnas en la parte central de la construcción. Por ello, se proyectó una estructura metálica (vigas de celosía) de grandes dimensiones colgadas únicamente de cuatro núcleos de concreto.

Resulta interesante el planteamiento de la caja operativa superior, construida de 6200 metros cuadrados, la estructura proyectada responde a las cuestiones formales y funcionales de la construcción. (Suarez, 2014).



Figura 11: Vista estructural interior de la caja operativa superior en la fase final
Fuente: Tomado de <http://laformamodernaenlatinoamerica.blogspot.com>

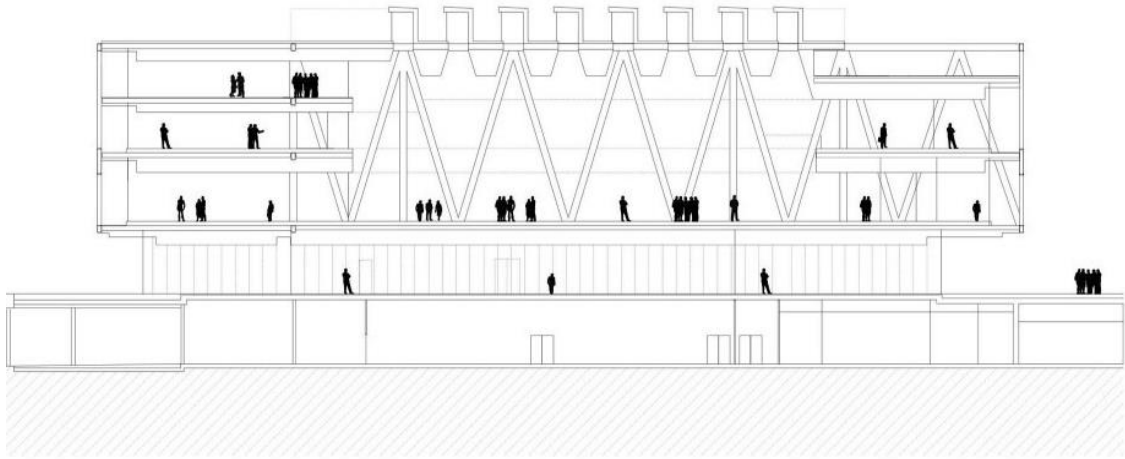


Figura 12: Viga de arriostres como estructura de acero del conjunto
Fuente: Tomado de <http://laformamodernaenlatinoamerica.blogspot.com>



Figura 13: Vista general de la estructura metálica en la fase final de su ejecución
Fuente: Tomado de <http://laformamodernaenlatinoamerica.blogspot.com>

d) Conexión

NUEVA ENTRADA AL HOSPITAL CAREGGI / IPOSTUDIO ARCHITECS

El edificio de oficinas administrativas de salud tiene una entrada principal por el Hospital Careggi, tienen un rol estratégico como cruce urbano. Situado el área norte del hospital, el proyecto se convierte en la entrada a todo el campus del hospital.

(ArchDaily, 2012)

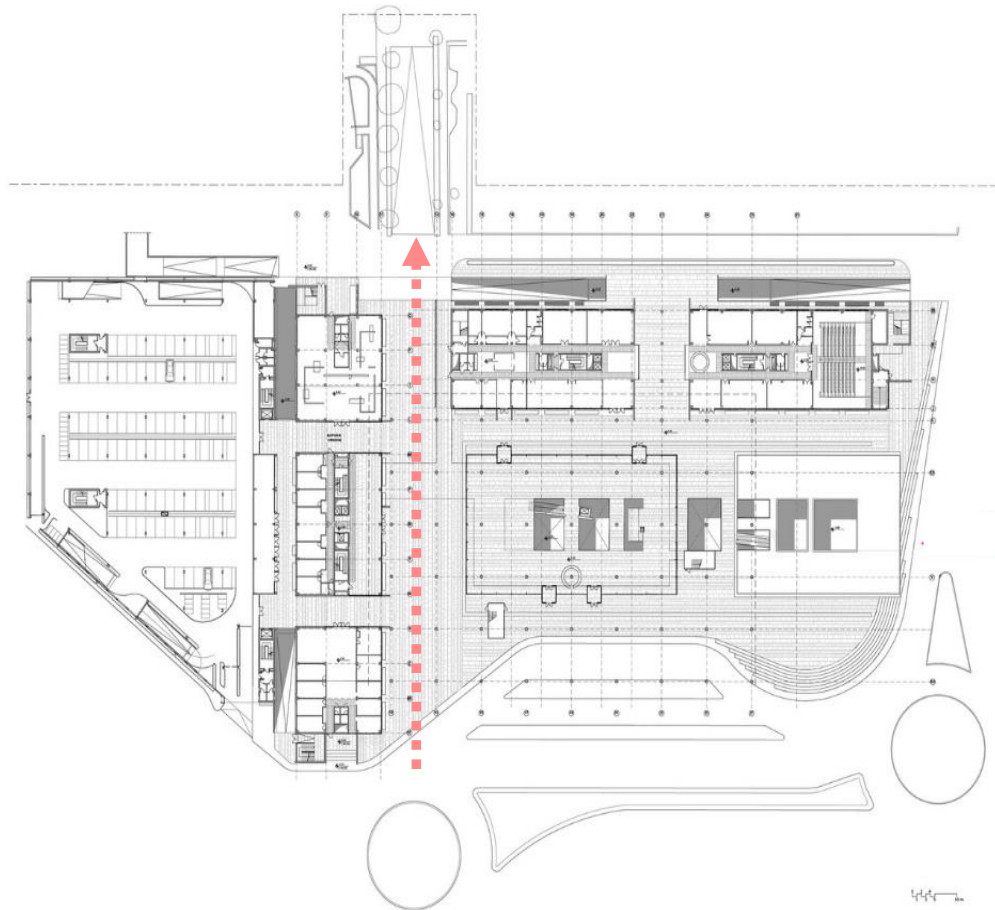


Figura 14: Señalización de la nueva entrada del Hospital Careggi
Fuente: Tomado de [www.archdaily.pe/hospital Careggi/Florenca](http://www.archdaily.pe/hospital-Careggi/Florenca).

La gran cubierta se encuentra sobre todos los bloques, de manera que se crea una sensación de una sola unidad. Ahora dentro de los factores significativos esta la intención del proyecto, cambiar la relación entre el hospital y los usuarios, es la demolición del muro que separaba el hospital de la ciudad, cerrando el área de acceso al hospital del mundo exterior.



Figura 15: Espacio Integrador de la ciudad con el hospital
Fuente: Tomado de [www.archdaily.pe/hospital Careggi/Florenca](http://www.archdaily.pe/hospital-Careggi/Florenca)



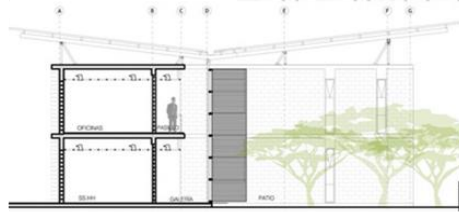
Figura 16: Vista frontal del nuevo espacio integrador
Fuente: Tomado de [www.archdaily.pe/hospital Careggi/Florenca](http://www.archdaily.pe/hospital-Careggi/Florenca).

1.4.4. Cuadro Resumen de Aportes

CUADRO RESUMEN GENERAL DE APORTES

APORTE TECNOLÓGICO

Dentro de las estrategias aplicadas encontramos la de doble techo ventilado en oficinas para evitar la ganancia de calor por radiación solar; en almacenes teatinas de ventilación, se rescata la naturaleza y mantener una relación edificio naturaleza.



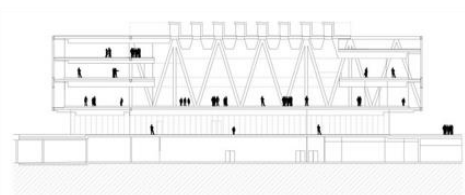
APORTE PROGRAMATIVO

La idea de crear espacios de colaboración para que los estudiantes fluyan por todo el edificio, siguiendo un orden esquemático, creando una "calle" interior en el sentido social y conectando continuamente todos los niveles mediante un techo de madera ondulado y facetado.



APORTE CONSTRUCTIVO

Se rescata la idea de crear una tipología edificatoria singular e innovadora sin pilares en la caja operativa del edificio. Para ello, se proyectó una estructura metálica (vigas de celosía) de grandes dimensiones colgadas únicamente de cuatro núcleos de hormigón.



APORTE CONEXION

Dentro de los factores significativos esta la intención del proyecto sobre cambiar la relación entre el hospital y los ciudadanos, es la demolición del muro que separaba el hospital de la ciudad.

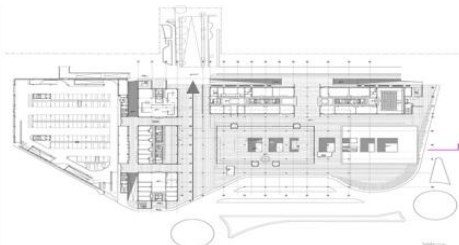


Figura 17: Cuadro resumen de aportes

Fuente: Elaboración Propia

1.4.5. Marco Normativo

- **Norma A.010: Condiciones Generales de Diseño**

Se estudian los criterios y requisitos mínimos establecidos en el diseño arquitectónico, todas las edificaciones deberán cumplir con el reglamento.

- **Norma A.50: Salud**

Esta norma establece las condiciones especiales mínimas de circulación para personas con discapacidad de Edificaciones de Salud.

CAPITULO III: Condiciones Especiales para Personas con Discapacidad.

- **Norma A.120: Accesibilidad para personas con discapacidad**

Esta norma establece medidas básicas para la accesibilidad de personas con discapacidad en diferentes ambientes, así como también el mobiliario en las zonas de atención.

CAPITULO I: Generalidades.

CAPITULO II: Condiciones Generales.

CAPITULO III: Condiciones Especiales según cada tipo de Edificaciones de Acceso Público.

CAPITULO V: Señalización.

- **Norma A.130: Requisitos de Seguridad**

Esta norma establece medidas de evacuación y señalización en edificaciones de Salud.

GENERALIDADES

CAPITULO II: Medios de Evacuación.

CAPITULO II: Señalización de Seguridad.

CAPITULO III: Salud.

- **Categoría III-2**

Establecimientos de Salud del III nivel de atención nacional, que propone normas, estrategias e innovación científico tecnológica en un área de la salud o etapa de vida a través de la investigación.

- **Normativa para Centros Hospitalarios Arquitectónicos**

Esta norma fue elaborada por el (MINSA) en el año 1996.

Fuente importante para la elaboración de programas arquitectónicos ya que establece las unidades necesarias para los usuarios.

Sin embargo, carece de ilustraciones, lo que hace difícil su comprensión, existen ambientes que solo son nombrados, pero no explicados en totalidad.

Programa Arquitectónico Médico para Diseños de Hospitales Seguros

En el año 2012 fue publicado el presente best seller por dos especialistas peruanos, Bambarén Alatrística y Alatrística Gutierrez, donde se da mayor atención a los metros cuadrados con lo que deben contar cada uno de los centros hospitalarios, cuales son las funciones, las áreas mínimas con las que se debe contar cada unidad.

- **Guía de Planificación y Diseño del Servicio de Oncología en Alta Complejidad**

Pertenece al MINSA (Ministerio de Salud), año de publicación 2010. Se da un especial énfasis en las unidades funcionales con la que debe contar cada Servicio Oncológico.

1.4.5.1. Conclusiones y Recomendaciones

Se concluye diciendo que se tienen varios condicionantes para la ejecución de un Centro Oncológico Especializado, que busca beneficiar a la paciente víctima del cáncer cervicouterino, darle calidad de vida y que retome su vida social, económica, política y cultural.

Según el reglamento de edificaciones se rige a los parámetros de diseño, ello ayudara en el desarrollo del proyecto a la hora de afrontar la funcionalidad y espacial de la edificación.

Se tomarán en cuenta tanto las circulaciones verticales como horizontales, según lo establece la norma y plantear accesos a través de las escaleras. En el tema de seguridad se tomaron en cuenta el uso de escaleras vestibuladas y sistemas de flujos de evacuación para mantener seguro a nuestros usuarios se establece los requisitos según lo establece INDECI.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1. Tipo y diseño de investigación

- **Según la naturaleza de la investigación:**

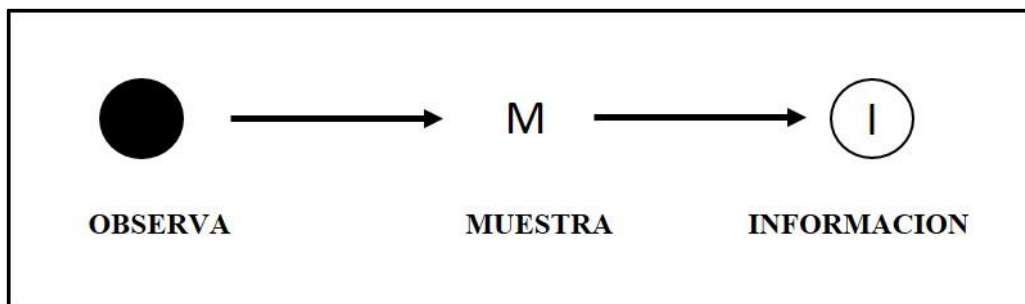
Investigación Básica: Esta investigación busca aumentar la teoría obtenida, por lo tanto, se relaciona con nuevos conocimientos, de este modo no se ocupa de las aplicaciones prácticas que puedan hacer referencias a los análisis teóricos.

- **Tipo de Investigación:**

Descriptivo: consiste en detallar situaciones o indagar acerca de la incidencia de una de las variables en una población, utilizando cifras o valores.

- **Diseño de Investigación:**

Se utilizó el diseño no experimental de corte transversal.



2.2. Método de Investigación

Deductivo: a través de observaciones realizadas de un caso particular se plantea un problema.

Inductivo: Se analizan solo casos particulares, cuyos resultados son tomados para extraer conclusiones de carácter general. A partir de las observaciones sistemáticas de la realidad se descubre la generalización de un hecho y una teoría.

2.3. Población y muestra

- **La población:** El estudio está formado por todas aquellas mujeres que padecen la enfermedad (cáncer de cuello uterino) en edad de 30 a 45 años en la región de Lambayeque, 2018.

20 135 mujeres

- **Muestra**

Debido a que se conoce el número de personas que conforman la población se podrá aplicar una fórmula.

Donde:

N = Total de la población

$Z_{2\alpha}$ = Nivel de confianza (1.96 la seguridad es del 95%)

p = Probabilidad de éxito (en este caso 50% = 0.5)

q = Probabilidad de fracaso $1 - p$ (en este caso $1 - 0.5 = 0.5$)

d = Error máximo admisible (se usa un 5% = 0.05).

$$n = \frac{N * Z^2_{\alpha} p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2_{\alpha} * p * q}$$

Fuente: Web Psyma.com

$$n = \frac{20\ 135 * (1.96)^2 * (0.5)(0.5)}{(0.05)^2 * (20135 - 1) + (1.96)^2 * (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{19337,654}{(0.05)^2 * 20134 + 0.9604}$$

$$n = \frac{19.337,654}{51.2954}$$

$$n = 376.98$$

$$n = 377$$

2.4. Operacionalización de las variables

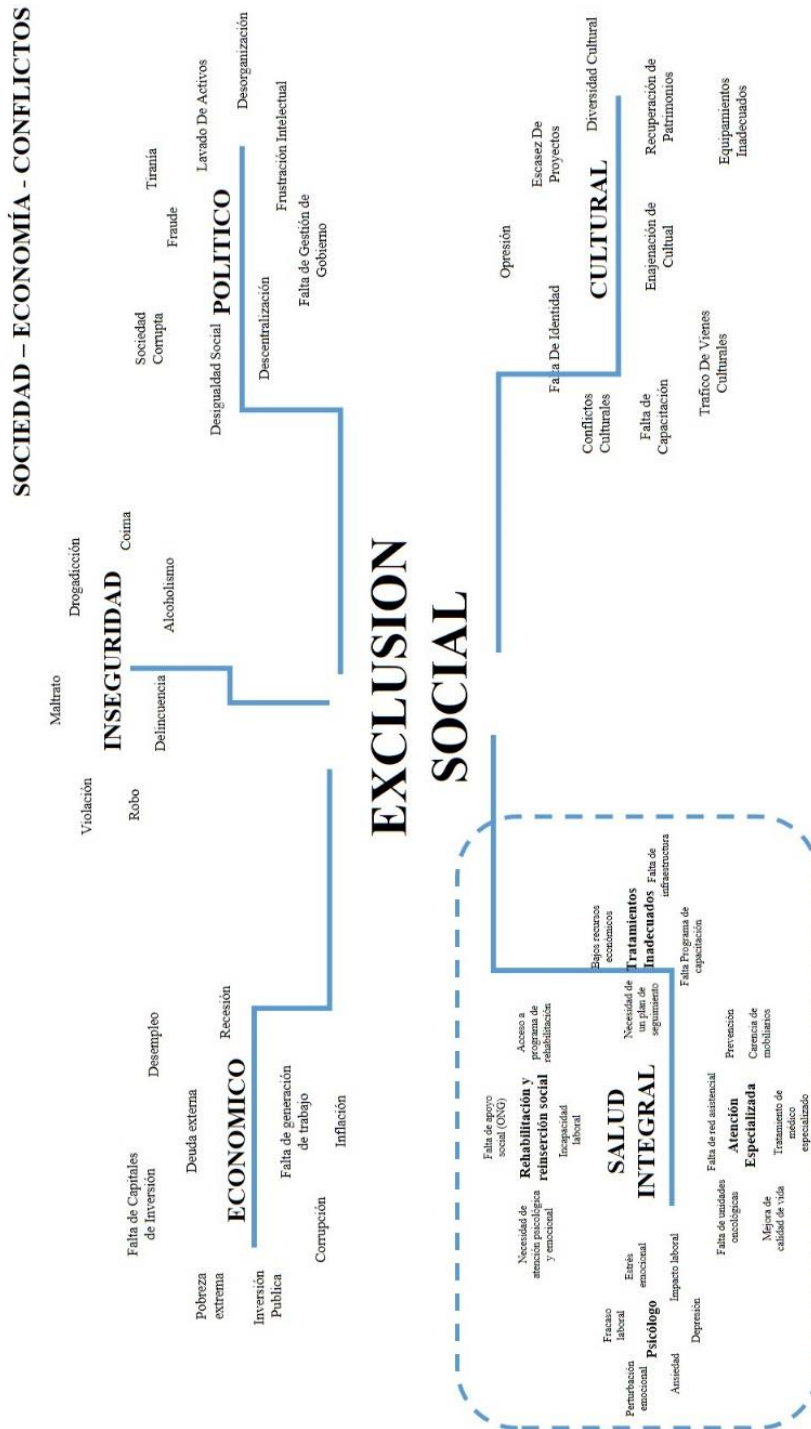


Figura 18: Estructura sistemática de la realidad problemática
Fuente: Elaboración Propia

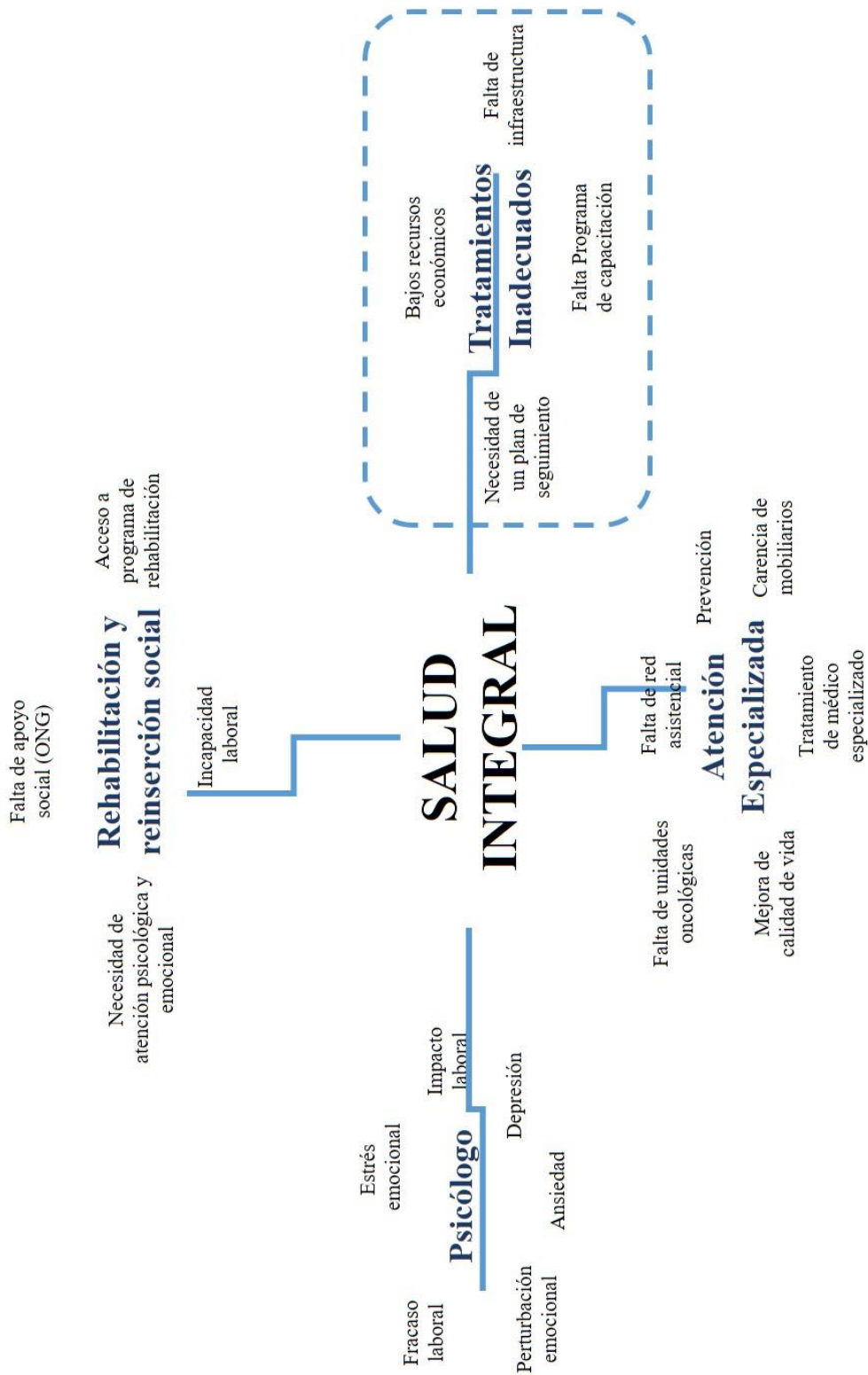


Figura 19: Salud integral
Fuente: Elaboración Propia

A. INDICADORES

1. Falta de recursos económicos
2. Presupuesto insuficiente de parte del gobierno
3. Desinterés de inversión pública
4. Falta de financiamiento
5. Desigualdad
6. Pobreza
7. Falta de cultura de la población
8. Falta de concientización
9. Falta de información
10. Analfabetismo
11. Impacto emocional
12. Mala alimentación
13. Depresión
14. Incapacidad
15. Falta de conocimientos
16. Establecimientos de malas condiciones
17. Falta de infraestructura arquitectónica – funcional
18. Equipamiento urbano ordenado
19. Aporte al plan de desarrollo
20. Falta de integración con el entorno
21. Falta de relación con el entorno

B. CADENA CAUSAL

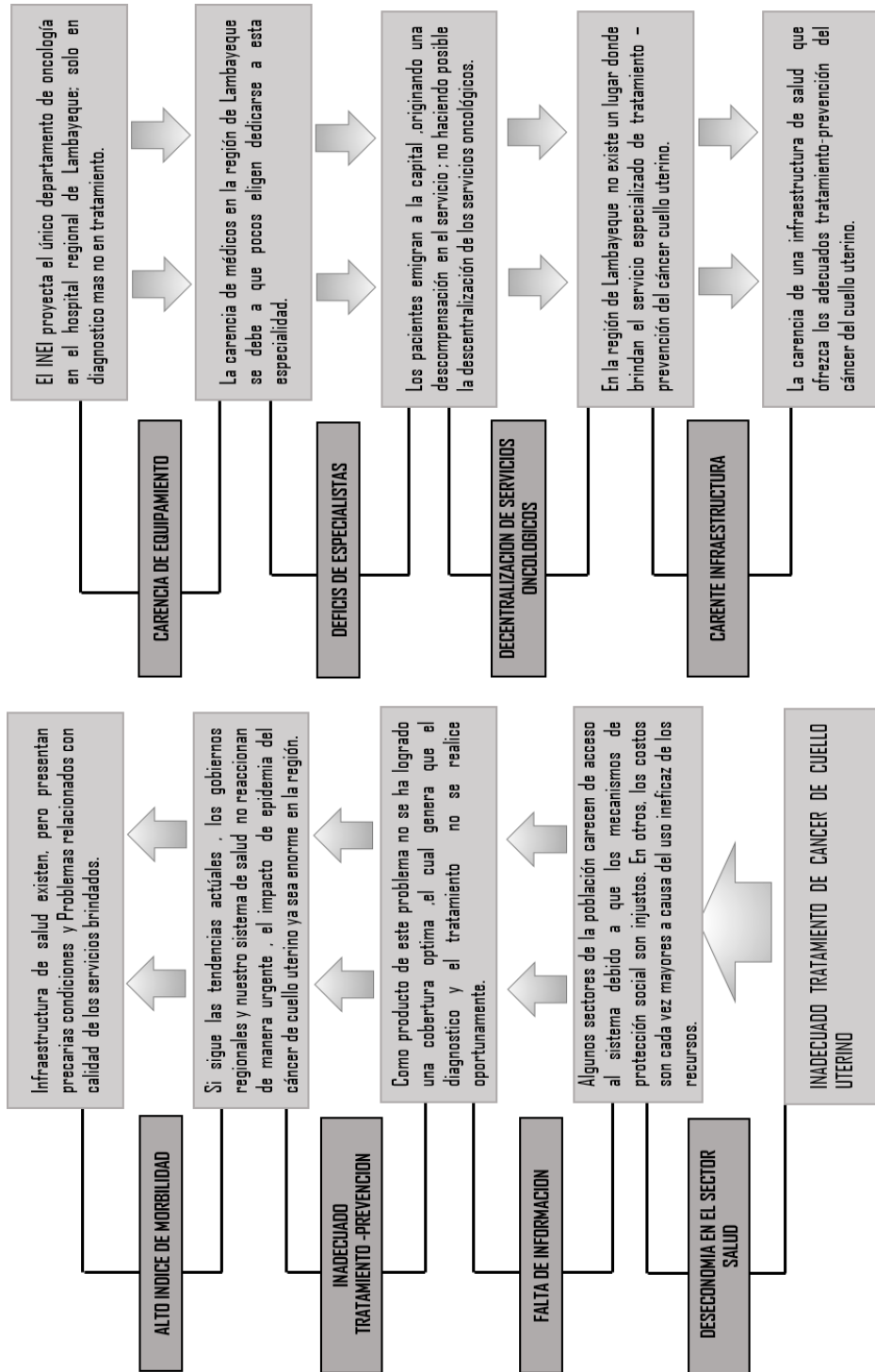


Figura 20: Cadena causal
Fuente: Elaboración Propia

C. OPERACIONALIZACION

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB INDICADORES	ÍNDICES	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
DEPENDIENTE							
CÁNCER DE CUELLO UTERINO	ECONÓMICO	RECURSOS ECONÓMICOS LIMITADOS	PRESUPUESTO INSUFICIENTE DESÍTERES DE INVERSIÓN PÚBLICA FALTA DE FINANCIAMIENTO		ENTREVISTA	GUIA DE OBSERVACIÓN	
	SOCIAL	CARENCIA DE PROTECCIÓN	DESIGUALDAD POBREZA INDIFERENCIA EXCLUSIÓN	% % % %			ENCUESTAS
	CULTURAL	FALTA DE COHESION SOCIAL	FALTA DE EDUCACIÓN POBLACIONAL FALTA DE CULTURA	% %	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS		
	EDUCACIONAL	INADECUADO AMBIENTE DE APRENDIZAJE	FALTA DE CONCIENTIZACION FALTA DE INFORMACIÓN ANALFABETISMO	% % %	OBSERVACIÓN		
	USUARIO	CARENCIA DE ATENCIÓN	IMPACTO EMOCIONAL MALA ALIMENTACIÓN DEPRESIÓN INCAPACIDAD FALTA DE CONOCIMIENTO	% % % % %			CUESTIONARIOS

VARIABLE INDEPENDIENTES	DIMENSIONES	INDICADORES
CENTRO ONCOLOGICO ESPECIALIZADO	INFRAESTRUCTURA	Establecimiento en malas condiciones. Falta de Infraestructura Arquitectónica y Funcional
	URBANO	Equipamiento Urbano Ordenado Aporte al Plan de Desarrollo Relación con el Entorno

Figura 21: Operalización
Fuente: Elaboración propia

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de información

  **UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN**

ENCUESTA DE LA CREACIÓN DE UN CENTRO ONCOLÓGICO ESPECIALIZADO EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE

Orientaciones: El presente instrumento tiene como finalidad conocer la viabilidad para la creación del Centro Oncológico Especializado en el Cáncer de Cuello Uterino en la Región Lambayeque. Por favor sírvase a macar con “X” o “✓”, en el ítem que usted considere el adecuado.

1. **¿Conoce usted algún caso de cáncer de cuello uterino?**

SI NO (Fin de la encuesta)

2. **¿En quién fue detectada dicha enfermedad?**

Usted Familiar Amigos

3. **Su grupo de edad al momento de diagnosticársele la enfermedad es:**

20 – 30 años 31 – 40 años
41 -50 años 51 a más

4. **¿En qué grado se diagnosticó la enfermedad?**

I etapa II etapa III etapa

5. **¿Estarías de acuerdo con la idea de la creación de un centro oncológico especializado de cáncer de cuello uterino?**

SI ¿Por qué ?.....
NO (Fin de la encuesta)

Figura 22: Encuesta A - Estudio de la población
Fuente: Elaboración Propia



ENCUESTA DE LA CREACIÓN DE UN CENTRO ONCOLÓGICO ESPECIALIZADO EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE

Instrucciones: Responda según la escala valorativa, cuál es su grado de concordancia con cada una de las afirmaciones siguientes:

Calificación	Valoración
1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Medianamente de acuerdo
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

Afirmaciones	1	2	3	4	5
Tener más áreas de quimioterapias de las comunes					
Tener zonas de descanso					
Contar con una capilla					
Tener un alojamiento solo para los pacientes					
Contar con estacionamiento interno					
Tener áreas de teléfonos públicos					
Contar con zona de cajeros automáticos					
Tener una o varias salas de investigación					
Contar con auditorio					
Área para los hijos de las pacientes					
Cafetines					
Contar con jardines terapéuticos					
Contar con áreas de cirugías					

Figura 23: Encuesta B - Diseño
Fuente: Elaboración Propia

2.6. Validación y Confiabilidad de los Instrumentos

De una muestra piloto de 100 mujeres entre 30-45 años del distrito de la Victoria, se obtuvo mediante el test de confiabilidad – Alfa de Cronbach, un 90% de confiabilidad lo que indica que el test realizado es muy satisfactorio.

Tabla 1: Estadísticas de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,900	,903	13

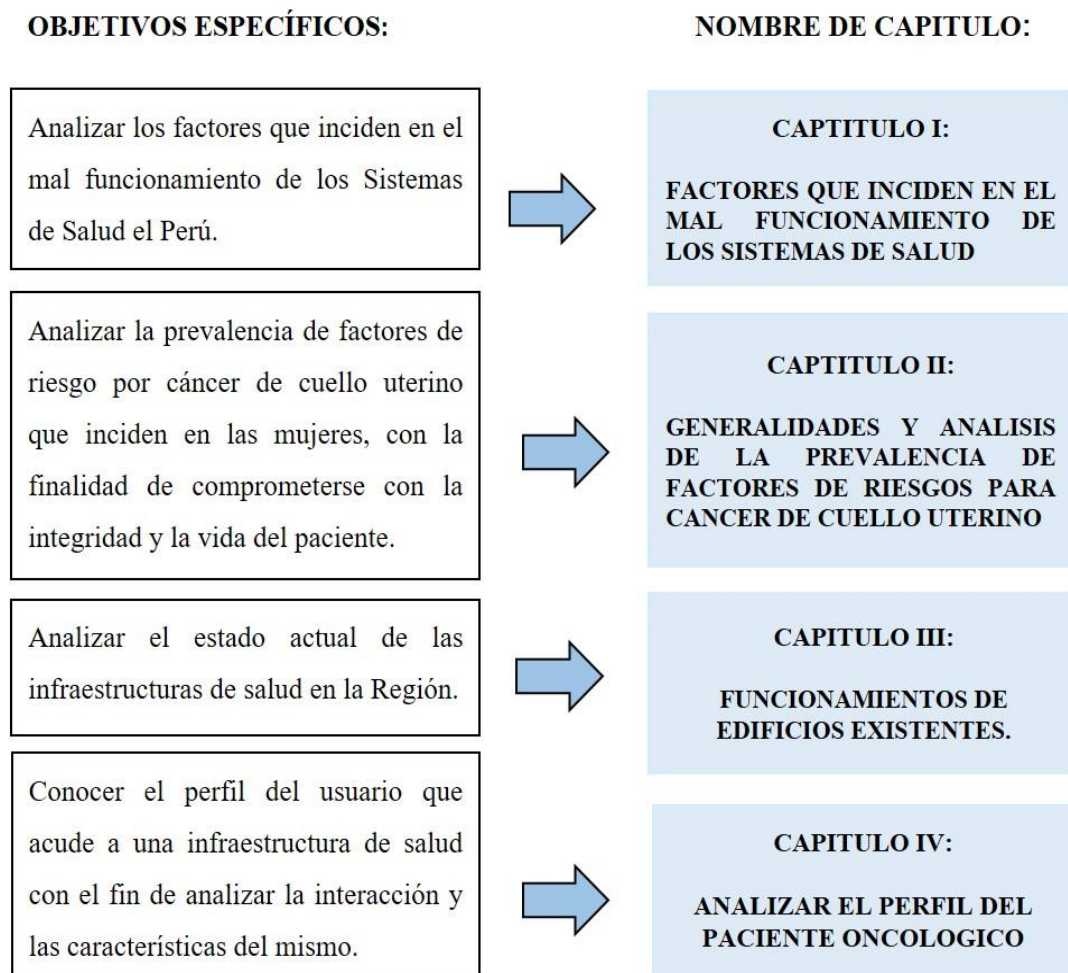
Tabla 2: Criterios de interpretación del Coeficiente de Alfa de Cronbach

Valores alfa	Interpretación
0.90 -1.00	Se califica como muy satisfactoria
0.80 – 0.89	Se califica como adecuada
0.70 – 0.79	Se califica como moderada
0.60 – 0.69	Se califica como baja
0.50 – 0.59	Se califica como muy baja
< 0.50	Se califica como no confiable

Fuente: Interpretado por George &Mallery (2003) pág. 231

III. RESULTADOS

3.1. Desarrollo de contenidos



CAPITULO I

FACTORES QUE INCIDEN EN EL MAL FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

1.1 Factores que inciden en el mal funcionamiento de los Sistemas de Salud

Ningún país puede resolver por sí solo el alto índice de incidencia del cáncer de cuello uterino. Este tipo de patología puede propagarse por todo el mundo, desplazándose a mayor velocidad. Las crisis en el sector salud se producen en distintos países, convirtiéndose en una principal preocupación de la población, fuera de los problemas de la pobreza y el inicio de nuevas guerras. Al mismo tiempo, la globalización está contribuyendo a las enormes brechas entre las personas que tienen acceso a la atención de salud y las que carecen. (OMS, 2010)

La OMS está poniendo un especial énfasis para garantizar que todas las personas tengan acceso a una atención de salud de calidad. En diferentes países no se cuenta con fondos para este tipo de patología. En consecuencia, los centros hospitalarios son inadecuados, los medicamentos son insuficientes y los materiales esenciales son escasos, y la falta de personal médico es crítica. Dentro de las principales falencias de la OMS (Organización Mundial de la Salud)

El presupuesto de la OMS asignado para el periodo 2010-2015 es de alrededor de US\$ 5500 millones. De la presente cantidad, aproximadamente una cuarta parte procede de las contribuciones ordinarias de los Estados Miembros de la OMS de forma voluntaria.



Figura 24: Tabla porcentual de las contribuciones de los Estados pertenecientes a la OMS

Fuente: Tomado de la OMS

Hay más de 20 millones de individuos que tienen cáncer en la actualidad, no obstante, se puede hacer mucho invirtiendo en este tipo de patología, dándole la importancia debida y no ubicándola dentro de otro grupo de enfermedades. No se toma con preocupación las estadísticas proporcionadas por su equipo de monitoreo mundial, el número de víctimas por este tipo de patología será impactante.

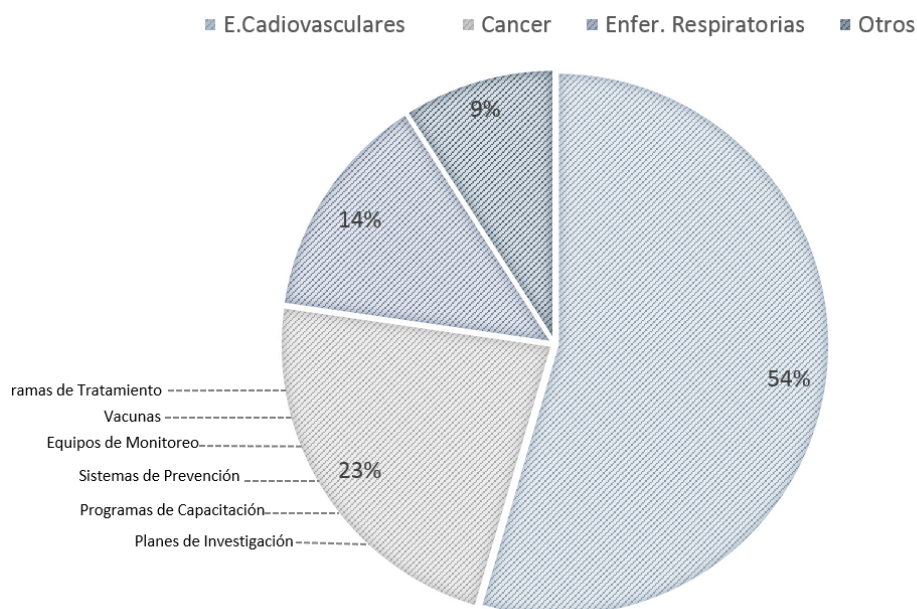


Figura 25: Gastos de la OMS en enfermedades no transmisibles (ENT)
Fuente: Tomado del Ministerio de Salud

Este diagrama muestra una distribución desigual, pues siendo el Cáncer el que trae mayor número de defunciones consigo, sólo se le asigna el 23% de los gastos dentro de las ENT. Dejando a muchos sin acceso a la atención de los servicios de salud pública. (Ediciones Organización Mundial de la Salud, 2011)

Dentro de las padecimientos no transmisibles (ENT) encontramos enfermedades cardiovasculares, la diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer, la enfermedad que trae más número de víctimas a nivel mundial, sin embargo, sólo se le proporciona el 30% de los gastos que administra la OMS, siendo los más perjudicados.

1.1.1 Breve Reseña Histórica

La configuración del Sistema de Salud se debe a gran parte, a las reformas implementadas durante el régimen político al comienzo de los años 80, en donde se modificaron tanto la estructura, funcionamiento y el enfoque que el sector salud tendría en el Perú en adelante.

En el año 1978 se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud, el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales, para lograr una mayor coordinación en todos los servicios de salud del país, desde mediados de los años 1980.

Sin embargo, en 1992, se creó las Zonas de Desarrollo Integral de la Salud ZONADIS, sistemas locales de salud que comenzaron rápidamente a desarrollarse con éxito las diversas ciudades del país, no obstante pronto perdieron el apoyo político.

En el año 1994 se inicia la desactivación de los sistemas locales de salud con el documento que creó el CLAS (Comités Locales de Administración de Salud), dependientes del gobierno y con administración compartida desconcertada, lo que perjudicó a la población peruana enormemente, pues los sistemas integrales comenzaron actuar independientemente, buscando su propia población de atención, dejando a muchos sin la oportunidad de recibir el servicio asistencial de salud. *(OIT, 2012)*

El cual por motivo a estos problemas en la población peruana en el 2001 se creó por Ley N°27657 el SIS (Seguro Integral de Salud), el cual brinda proteger la salud de los peruanos que carecen de un seguro social, de igual forma busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos

Ya que presenta varios planes de beneficios, pero tiene un plan importante en la enfermedad que ocupa unos de los primeros lugar de las causas mortalidad a nivel nacional (cáncer). Desde el año 2012 viene evolucionado en sus planes de beneficios para asegurados del SIS, existe el Plan Esperanza, este programa financia el tratamiento de diversos tipos de cancer. *(MINSA, 2010)*

1.1.2 Situación actual del Sistema de Salud en el Perú

Los sistemas de salud en el Perú están fragmentado y en total desorganización, lo que dificulta la armonía, impide articular eficazmente las acciones de los prestadores de servicios de salud y es causa de duplicaciones e ineficiencia; los cuales son:



Figura 26: Sistematización del Sector Salud
Fuente: Tomado del Ministerio de Salud (MINSA)

Estos sistemas actúan sin organización y aisladamente, lo que no permite al sector salud funcione acorde a sus principios. Por lo tanto, por falta de organización en los sistemas, la fragmentación de las empresas de salud es aislada



Figura 27: Conceptualización del Centralismo
Fuente: Elaboración Propia

Este problema estructural de cobertura y demanda incide de forma directa en la atención del paciente, ocasionando retraso (largas listas de esperas), el deterioro de la infraestructura existente, la alta tasa de prevalencia ocasionando impacto en la población, etc. Y como resultado se da un sistema poco confiable, rígido e inadecuado.

PROBLEMAS QUE CARACTERIZAN EL MAL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD
El gasto en salud pública, es reducido
Centralismo (prestadores de servicio)
Los recursos humanos y de infraestructura con que cuenta el sector son insuficientes

Figura 28: Conceptualización del Centralismo
Fuente: Elaboración Propia

1.1.3 PLAN ESPERANZA (ATENCION INTEGRAL DEL CANCER)

El Plan Esperanza es programa proveniente del Estado para mejorar la atención integral del cáncer y el acceso a los servicios oncológicos en el Perú

Tabla 3: Resumen de Población con Cáncer Cervicouterino en la región de Lambayeque

POBLACION	N° CASOS	%
Población Proyectada 2015	4 574 021	
Población Proyectada 2016	5 423 012	
Tasa promedio de crecimiento anual 2000-2010		4.26%

Fuente: Dirección General de Epidemiología (DGE-MINSA)

Tabla 4: Estadios de cáncer de cuello uterino 2014 – Lambayeque VS Departamentos de mayor incidencia

2014					
DEPARTAMENTO	DESCONOCIDO	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV
PIURA	15.20	16.20	37.20	19.89	11.51
TUMBES	17.51	18.20	37.87	15.00	11.42
LAMBAYEQUE	8.50	10.69	45.56	20.89	14.36
UCAYALI	15.58	19.40	39.58	15.00	10.44
MADRE DE DIOS	17.09	17.25	36.50	17.28	11.88

Fuente: DISAD (Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico) – INEN

En el 2014, los casos de neoplasias de cuello uterino en el departamento de Lambayeque detectados en estadios tempranos en los diferentes nosocomios de salud representaron el 8.50% y el 10.69% respectivamente, presentando mayor porcentaje (%) en los estadios críticos, a diferencia de los otros departamentos donde el cáncer de cuello uterino tiene mayor incidencia, los estadios tempranos tienen mayor resultado.

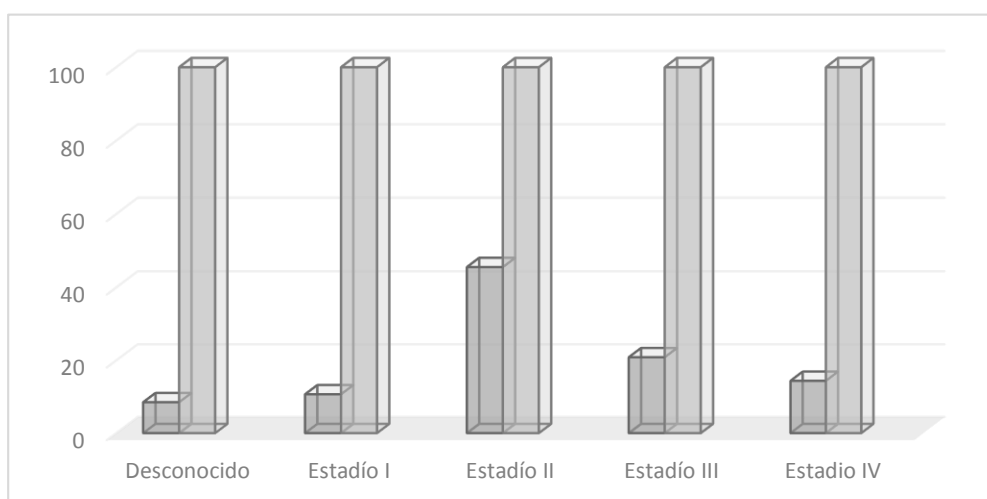


Figura 29: Crecimiento de estadios de cáncer de cuello uterino

Fuente: Tomado de DISAD – INEN (2014)

Con el Plan Esperanza la población peruana, particularmente la que se encuentra en situación de pobreza y pobreza extrema, está protegida por el Estado frente a casos de cáncer, rompiendo así anteriores barreras económicas, geográficas y culturales que muchas veces los colocaba en situación de mal pronóstico, truncando sueños y proyectos personales, familiares y de país.



Figura 30: Fundación del Plan Esperanza

Fuente: Tomada de Memoria del Plan Esperanza Perú

El problema que actualmente atraviesa el Plan Esperanza es que mediante un decreto legislativo (el 1305), el Ejecutivo dispuso que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) pierda su autonomía y forme parte de Ministerio de Salud (Minsa), como lo fue hace diez años. El INEN, al pasar al Minsa, administrativamente se complicará porque aparecerá justamente aquello que se quiere eliminar: la burocracia. "Habrá más tramitología porque los recursos van a pasar por más manos". El obstáculo es que el Plan Esperanza pertenece al marco del INEN y el simplemente el programa se viene abajo.



Figura 31: Protesta de los pacientes del INEN ante el nuevo decreto
Fuente: Tomada de www.larepublica.pe

1.1.4 Organización y Componentes del Sistema de Salud

El Perú cuenta con diversos sistemas de salud, proveedores de servicios públicos y privados, de los cuales cada uno ingresa un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios integrados verticalmente. El gobierno ofrece servicios de salud a la población que no se encuentra asegurada a cambio de cómodas cuotas, según el sistema al cual se encuentre inscrito, de acuerdo también a su condición económica.

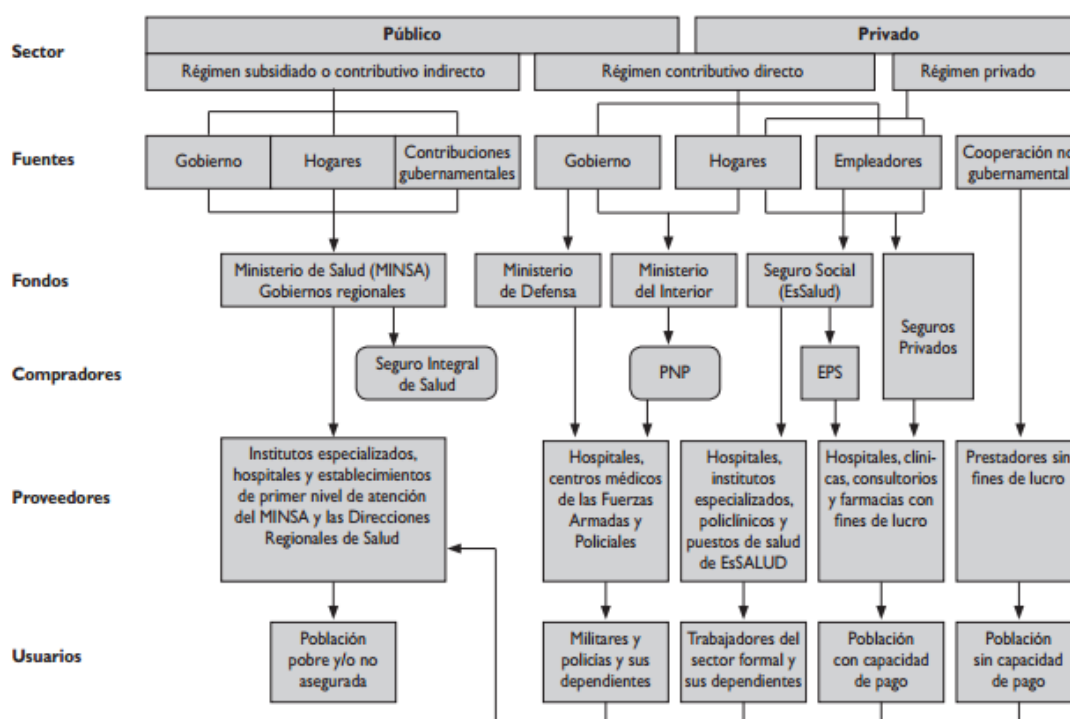


Figura 32: Estructura del Sistema de Salud en el Perú
Fuente: Tomado de MINSa 2013

Por lo tanto, el estado peruano, al igual que las diferentes regiones, sus sistemas de salud se encuentran fragmentadas. En un primer intento por incurrir a las compras agrupadas de medicamentos, se tornó dificultoso, debido a que los sistemas operan de manera desarticulada.

Es importante resaltar que el Presidente del Ejecutivo, es la máxima autoridad de Es Salud. Ciertos representantes son elegidos por un periodo de (2) años, con la posibilidad volver al cargo por otro periodo más, realmente dificulta la gestión de EsSalud. Lo que llamamos Burocracia Política

1.1.5 Accesos a los Servicios de Salud

Apropiadamente 7 750 000 peruanos y peruanas no cuentan con acceso a los seguros integrales de salud. La fragmentación de los sistemas, impide una atención integral a los diferentes grupos sociales, ciertos sistemas cuentan con sus propias políticas, determina una excesiva concentración de recursos principalmente hospitalarios urbanos, dejando sin recursos a las zonas rurales, donde no existe acceso seguros integrales de salud. (MINSA, 2012)

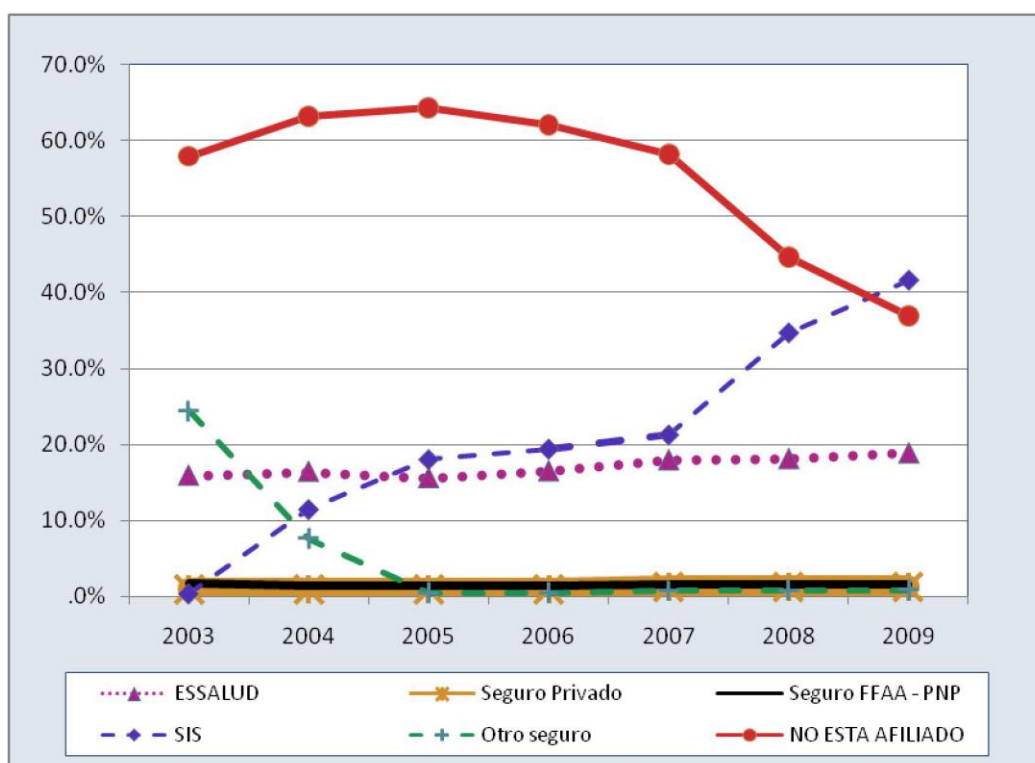


Figura 33: Tendencia de Aseguramiento según tipo de seguro
Fuente: Tomada de INEI –Encuesta Nacional de Hogares 2003-2009

En la figura 33 existe una inclinación a las aseguradoras integrales durante el periodo 2003- 2009, se observa un decrecimiento en los no asegurados a partir de los años 2007; lo cual no se evidencia al aumento de la cobertura del SIS.

En la Tabla N° 5 se observa el alto índice de los inscritos a los Seguros del Estado y Privados desde el año 2008 hasta el 2014 en los interiores del país, mostrándose en evidencia, el aumento descomunal de los asegurados correspondiente al SIS durante el tiempo de prueba, no percibiendo mucha variación en las diferentes entidades aseguradoras.

Tabla 5: Afiliados según aseguradoras. Periodo 2008-2014

	Año													
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESSALUD (antes IPSS)	8783	15.9%	11652	16.4%	13323	15.6%	14610	16.5%	16723	17.9%	16202	18.1%	16965	18.8%
Seguro Privado de Salud	526	1.0%	682	1.0%	849	1.0%	892	1.0%	1159	1.2%	1139	1.3%	1168	1.3%
Entidad Prestadora de Salud	59	.1%	57	.1%	89	.1%	80	.1%	184	.2%	196	.2%	224	.2%
Seguro FFAA - PNP	915	1.7%	1014	1.4%	1173	1.4%	1225	1.4%	1458	1.6%	1301	1.5%	1352	1.5%
Seguro Integral de Salud	149	.3%	8093	11.4%	15392	18.0%	17161	19.4%	19808	21.2%	31080	34.7%	37524	41.6%
Seguro Universitario	13303	24.1%	5217	7.3%	179	.2%	185	.2%	288	.3%	311	.3%	329	.4%
Seguro Escolar Privado	55	.1%	80	.1%	53	.1%	57	.1%	56	.1%	47	.1%	42	.0%
Otro	90	.2%	64	.1%	77	.1%	98	.1%	171	.2%	175	.2%	183	.2%
NO ESTA AFILIADO	31995	58.0%	44859	63.2%	55089	64.4%	55015	62.1%	54341	58.3%	40074	44.7%	33289	36.9%

Fuente: Tomada de INEI - Encuesta Nacional de Hogares, 2008 - 2014.

El 36% de la población peruana no cuenta con acceso a la atención de los sistemas salud y otro 39% sólo tiene atención deficitaria, con total insatisfacción por parte de los pobladores que encuentran en zonas urbanas, siendo los más perjudicados la población rural, que muchas veces tiene que llegar a la capital en busca de atención.

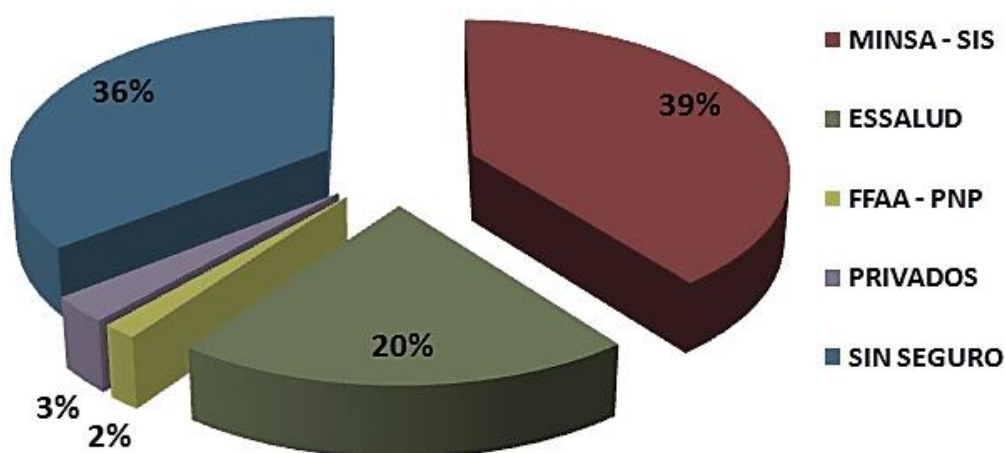


Figura 34: Cobertura de entes prestadores en el Sistema Sanitario Peruano

Fuente: Tomada de Instituto Nacional de Estadística –Base de Datos (SIS-CENTRAL)

Los asegurados atendidos por departamento durante el año 2017 y que han sido atendidos por el seguro, en términos se refieren al 26.54% de la ciudadanía peruana, se atendió por el SIS y el 25% de la región de Lambayeque ha sido atendido por este sistema. Dentro de la agenda política se encuentran como principal punto el sistema de atención pública de salud a nivel nacional, el gobierno apunta mediante un método, de incluir a toda la población peruana, para que obtengan acceso y cobertura a los diferentes seguros de salud.

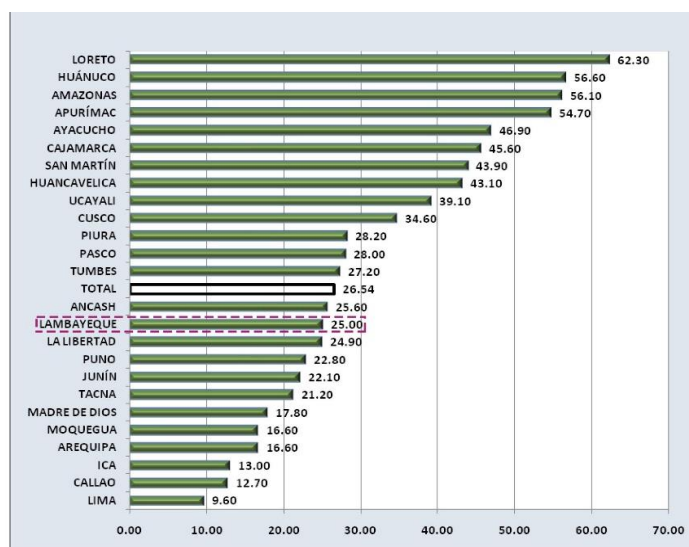


Figura 35: Porcentajes de atendidos financiados por el SIS
Fuente: Tomada de Base de Datos SIS /INEI

La SIS ha triplicado su cobertura en los últimos cinco años, así, de este modo el número de asegurados pasó de 8 millones, en 2010, a 13 millones, en 2017

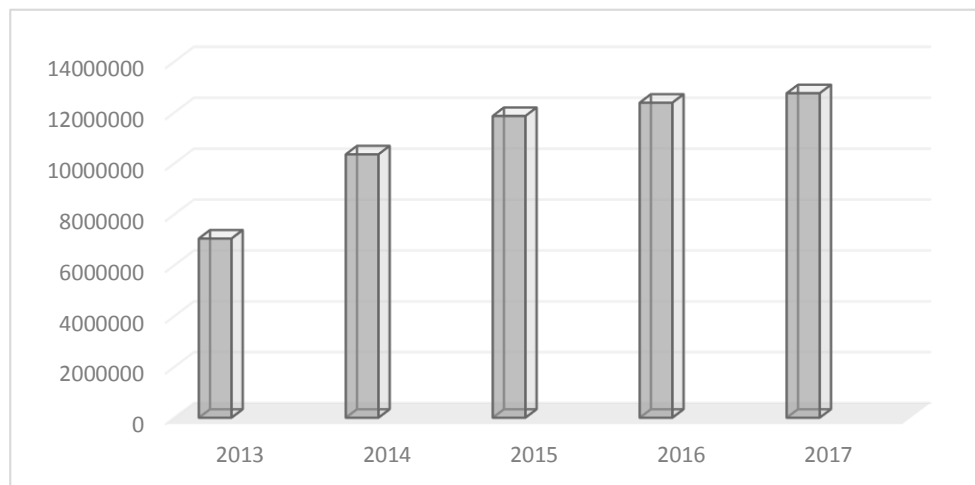
Tabla 6: Evolución de Asegurados por SIS 2013-2017

COMPONENTE	2013	2014	2015	2016	2017
Régimen Subsidiado (MINSa)	6.983.157	10.358.793	11.815.242	12.339.812	12.728.304
Régimen Semi-Subsidiado	68.835	61.609	51.211	47.174	32.200
Mypes D.L. N°1086					2.148
TOTAL	7.051.992	10.420.402	11.866.453	12.386.986	12.760.504

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Base de Datos SIASIS (SIS – Central)

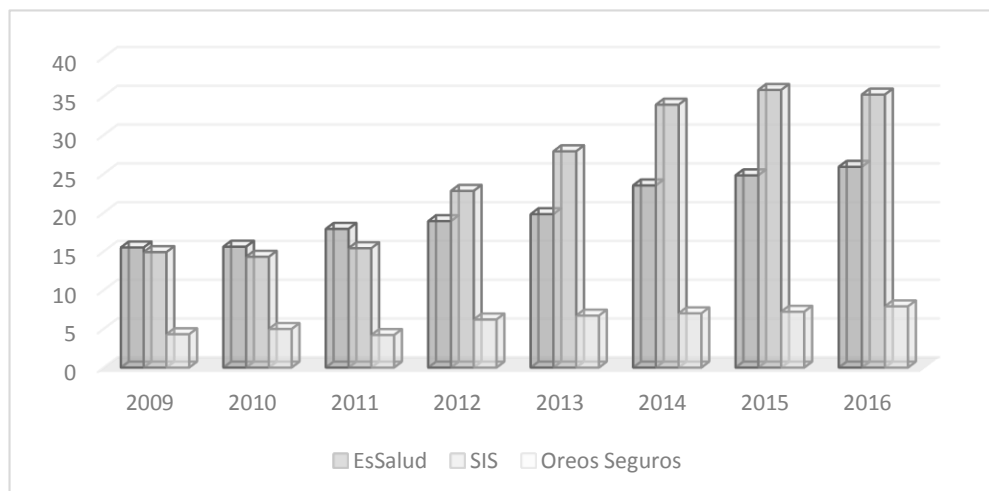
En el año 2017, existe un aumento en el acceso a los servicios de salud, se observa que en el 2013 el número de asegurados era 6.983.157 personas. A través de los tiempos se observa una brecha creciente, llegando en el 2017 a registrar 12.760.504 atenciones. Lo que quiere decir es que el SIS ha aumentado progresivamente su forma de financiar en los últimos 5 años.

Tabla 7: Porcentajes de atendidos financiados por el SIS



Fuente: Tomada de Base de Datos SIS /INEI

Tabla 8: Cobertura de los Seguros de Salud, según tipo de Seguro



Fuente: Tomada de Base de Datos SIS /INEI

Por un lado importante, cerca del 60% de las personas aseguradas al SIS provienen de ciudades urbanas. De la figura N° 26 y N°27, se observa que el 54% de la población asegurada de las zonas rurales son menores de 30 años, mientras que en la zona urbana el 51% de la población asegurada se concentra en estas edades, también se puede apreciar que la proporción de mujeres es parecida a los hombres en los diferentes grupos de edades en el ámbito rural



Figura 36: Urbano - Pirámide poblacional de asegurados al I semestre 2017
Fuente: Tomada Base de datos SIS Central

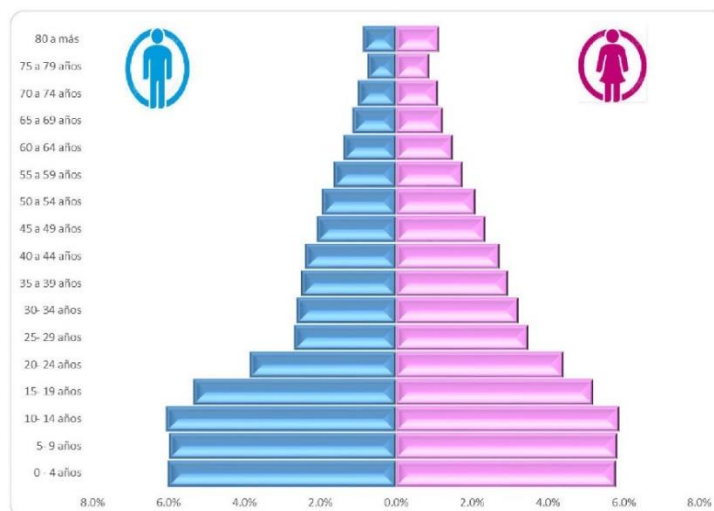
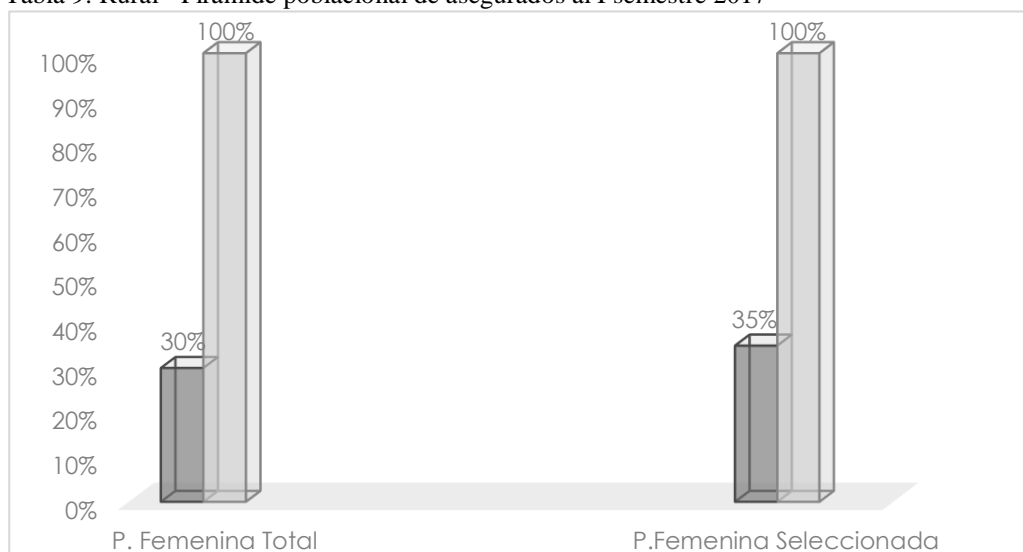


Figura 37: Rural - Pirámide poblacional de asegurados al I semestre 2017
Fuente: Tomada de Base de Datos SIS /INEI

Se puede apreciar de los gráficos anteriores que la población de mujeres en mayor proporción oscila entre los años 20 y 30 años tanto en la zona rural como urbana, edad donde se lleva a cabo la etapa de proliferación de papiloma humano. (MINSA, 2015)

A esto se suma que, durante el año 2016, el 30 % de la población femenina del Perú se declaró en estado en alarma, debido al número de víctimas que padecían cáncer de cuello uterino en estado crónico, es decir estadios avanzados; mientras que un 35% de la población femenina que oscila entre 25 y 35 años declaró padecer la enfermedad en estado no crónico, es decir estadios prematuros. (DISAD – INEN, 2017)

Tabla 9: Rural - Pirámide poblacional de asegurados al I semestre 2017



Fuente: Tomada de Base de Datos SIS /INEI

Ante esta situación, se trazó como único objetivo disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer, accediendo a los servicios de oncología, el Estado Peruano firma un convenio histórico donde los asegurados con cáncer afiliados al (SIS) que se atienden en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), recibirán aportes financieros para su tratamiento oncológico; gracias a los convenios logrados el INEN y el (FISSAL).

Tabla 10: Población con Cáncer que buscó atención SIS 2013-2017 a Nivel Nacional y en la Región de Lambayeque

Año	NACIONAL		LAMBAYEQUE			
			ÁREA URBANA		ÁREA RURAL	
	CRONICO	NO CRONICO	CRONICO	NO CRONICO	CRONICO	NO CRONICO
2013	20.75	29.50	18.40	31.60	24.50	25.50
2014	23.50	26.50	19.20	30.80	25.80	24.20
2015	25.60	24.40	20.50	29.50	26.78	23.22
2016	27.54	22.46	21.80	28.20	27.20	22.80
2017	28.50	21.50	23.20	26.80	28.50	21.50

Fuente: Dirección General de Epidemiología (DGE-MINSA)

En una aclaración de la Tabla N°6 se deduce que en una escala del 1 al 50 de los casos presentados de pacientes con cáncer cervicouterino a nivel nacional se ha presentado de forma ascendente los casos crónicos desde el año 2013-I periodo 2017; lo contrario sucede los casos no crónicos que viene en forma descendente, de donde se deduce que los programas de prevención no están dando el efecto positivo que se espera.

En el departamento de Lambayeque el porcentaje (%) de población con casos de cáncer cervicouterino indica que en la zona urbana y rural viene de forma ascendente, presentándose en mayor número en la zona rural, lo que indica que existe un mayor número de mujeres que corren riesgo de perder la vida, sino toman las medidas necesarias

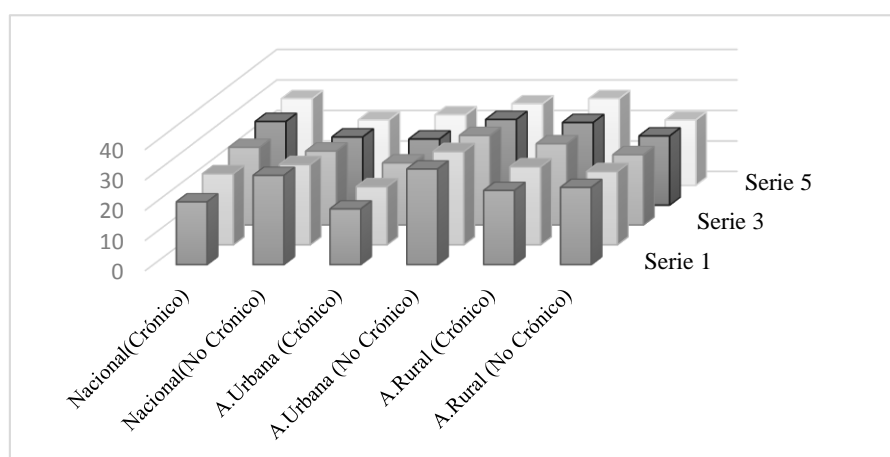


Figura 38: Crecimiento Poblacional de Pacientes Cervicouterinos del 2013- al 2017
Fuente: Tomado de DISAD – INEN (2017)

Se resalta, que cada atención incluye a las neoplasias malignas. Dentro de este programa, el paciente tendrá acceso a los tratamientos con avances tecnológicos, y a una atención integral adecuada, permitiendo ser atendidos las personas que se encuentran en estado de pobreza y pobreza extrema sin discriminación alguna.

Tabla 11: Distribución Porcentual de los casos atendidos en el INEN

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	31.50%	25.82%	26.30%	26.35%	28.52%	37.20%	39.30%
Pago de bolsillo	39.35%	42.25%	44.80%	45.35%	43.20%	38.40%	36.90%
Subsidio parcial INEN	29.15%	31.93%	28.90%	28.30%	28.28%	24.20%	23.80%

Fuente: Dirección General de Epidemiología (DGE-MINSA)

Existe una desventaja, si bien es cierto este convenio beneficia de manera gigantesca a todos los asegurados pertenecientes al Sistema Integral de Salud (SIS), víctimas del cáncer. En la actualidad el Instituto Nacional de Neoplásicas (INEN), tiene deficiencias como toda infraestructura de salud; insuficientes camas hospitalarias, largas listas de espera, de igual forma escasos de equipamiento médico.

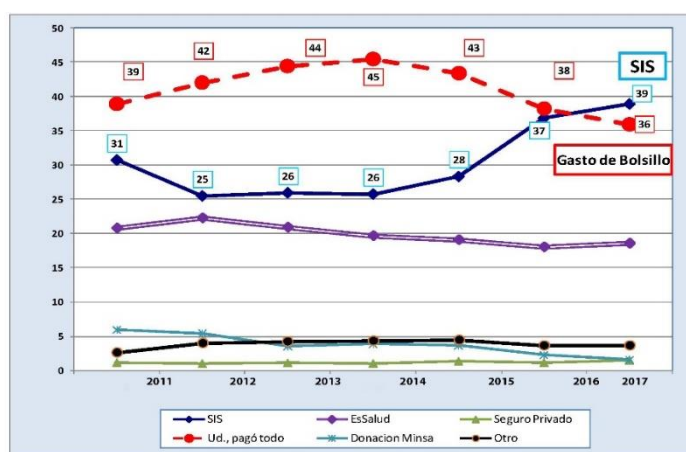
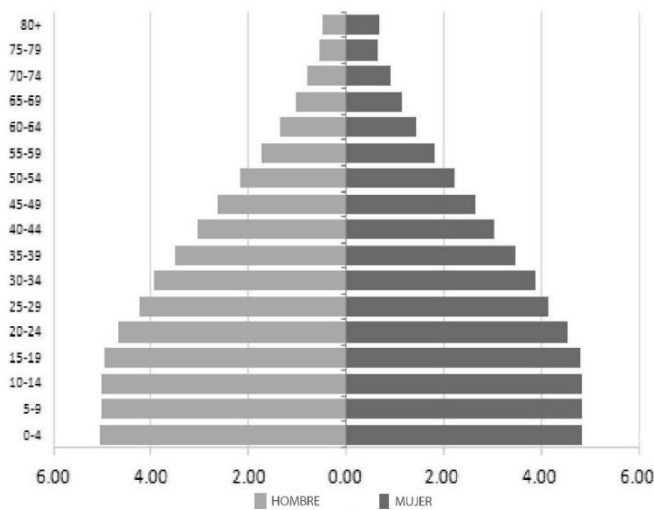


Figura 39: Tendencia del Gasto General de los Servicios de Salud
Fuente: Tomada de INEI – Encuesta Nacional de Hogares, 2011-2017

1.1.6 Sistema de Atención del Cáncer en el Sistema De Salud: INEN



Total: **31 151 643 peruanos**

Promedio anual de muertes: **161 400 muertes** (INEI, 2015)

Muertes anuales por cáncer: **76 419 muertes** (MINSAL, 2015)

Más de **46 560** casos nuevos al año

Neoplasias frecuentes: Estómago, **Cérvix**, Mama, Próstata, Pulmón

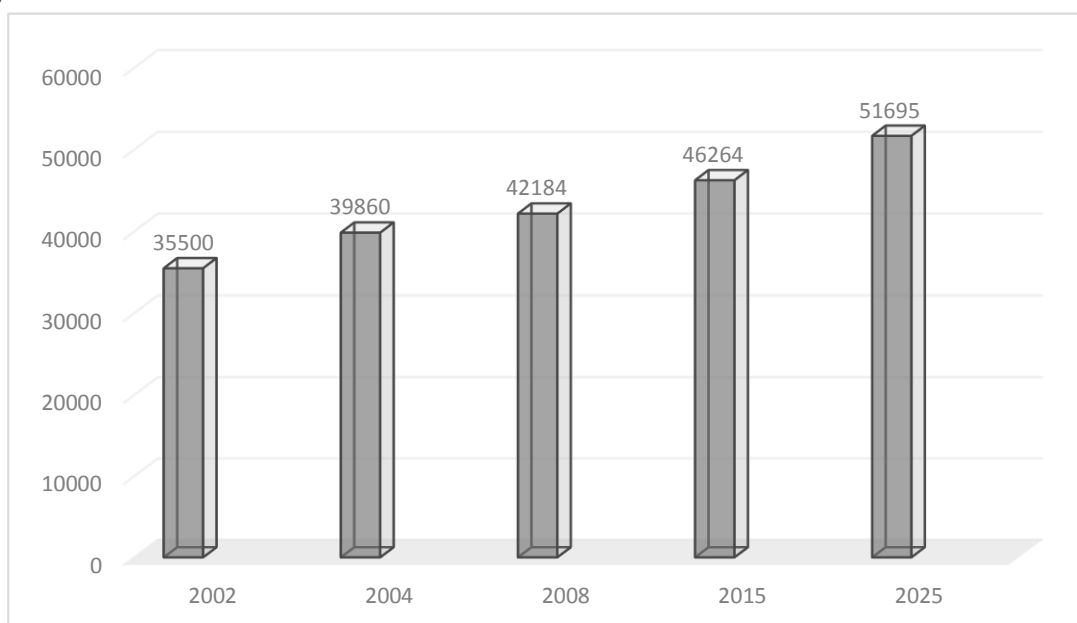
Cada día **42** peruanas y **37** peruanos mueren por cáncer.

Figura 40: Crecimiento Poblacional Peruana por edades y género
Tomada de INEI – Encuesta Nacional de Hogares, 2015

El 15 de mayo de 1939 es creado el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en sus 73 años de vida institucional, es considerado como un hospital científico de alta especialización, dedicado también a la enseñanza especializada oncológica, cuenta con una amplia a nivel nacional y realiza investigaciones especializadas en cancer. Atiende un promedio de 16 mil pacientes nuevos en 86 consultorios externos y 378 camas hospitalarias, con un permanente crecimiento de su capacidad resolutive.

Al incremento actual de incidencia, la demanda a los servicios oncológicos en el país fue necesario trazar un nuevo objetivo, es así que desde el año 2003 es necesario considerar acciones de salud efectivas, y mediante decreto de la Ley 28343 se declara de interés y necesidad publica la descentralización de los servicios oncológicos, disponiendo la creación de servicios o sedes regionales (IREN: Instituto Regional de Neoplásicas), que apuntan hacia la prevención y detección temprana.

Tabla 12: Estimaciones de Incidencia de neoplasias en el Perú, 2002-2025-Número de casos nuevos por



Fuente: Tomada de Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer – INEN

El INEN para atender a la población objetivo realiza actividades asistenciales, de investigación, docencia y actividades relacionadas con su función rectora, a través de los departamentos médicos. Los diferentes problemas de salud pública en el Perú, hacen notar la deficiencia con la que cuenta en la actualidad la Institución, como la necesidad de más camas hospitalarias, lo que indica largas lista de espera de los pacientes, el alto crecimiento de la tasa de mortalidad, la falta de medicamentos y el contagio de enfermedades intrahospitalarias.

Tabla 13: Incidencia del Cáncer en el Perú en ambos sexos en el I periodo 2017

INCIDENCIA	2017
Cáncer de Estómago	5 215 casos
Cáncer de Cérvix	4 446 casos
Cáncer de Mama	4 300 casos
Cáncer de Próstata	4 142 casos
Cáncer de Pulmón	1 581 casos

Fuente: Dirección General de Epidemiología (INEN)

Por todo lo expuesto, la ministra de Salud, Patricia García: argumentó que el Ejecutivo decidió a través de un decreto legislativo que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) deje de ser un Institución Pública Descentralizado (OPD) y pase a ser administrado por el MINSA, debido a que dicha entidad oncológica no logró las metas con las que se comprometió a pesar de su autonomía presupuestal. La funcionaria detalló que uno de estos indicadores es que las personas que vienen de provincia para atenderse de una enfermedad cancerígena han aumentado en el Inen, que el número de infecciones interhospitalarias sigue ascendiendo y que la mortalidad de mujeres con patologías de mama y cérvix, es una de las más críticas del país, puesto que "No es posible que después de una cirugía se esperen 120 días o más para una radioterapia"

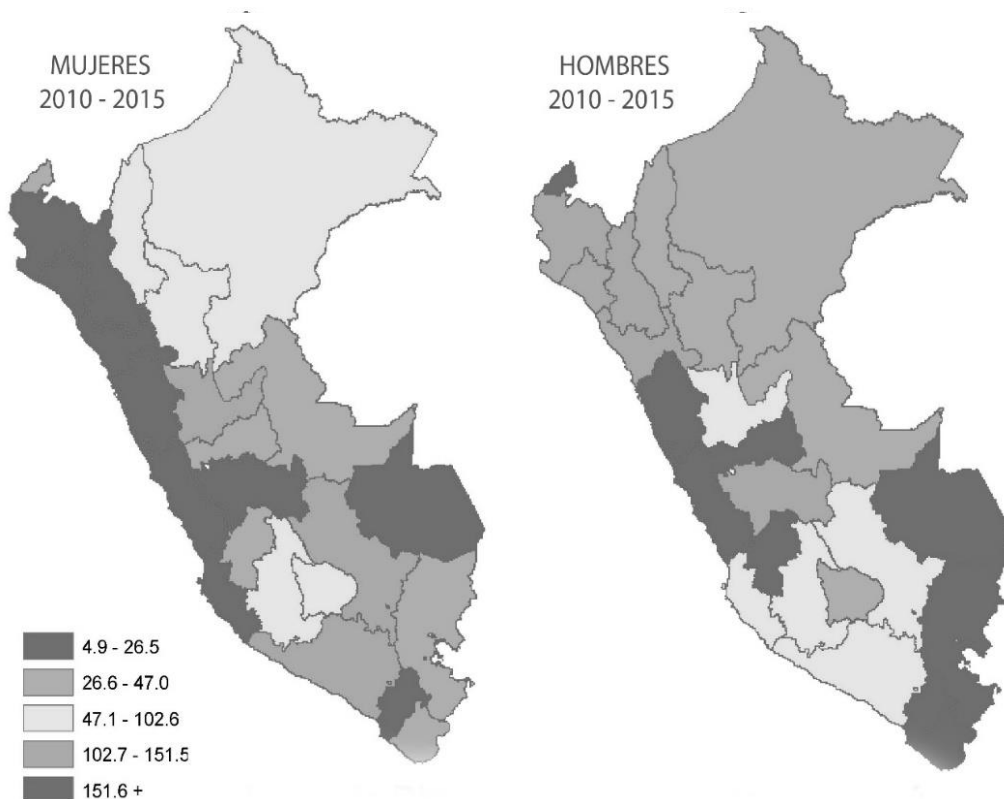


Figura 41: Mapa de Distribución de Cáncer en el Perú

Fuente: Tomada de DISAD – INEN (2016)



Figura 42: Pacientes pernoctando en las afueras de EMERGENCIAS del INEN
Fuente: Tomada <https://larepublica.pe/sociedad>



Figura 43: Largas colas siguen siendo rutinas de quienes acuden al INEN
Fuente: Tomada <https://senoslibres.com/>

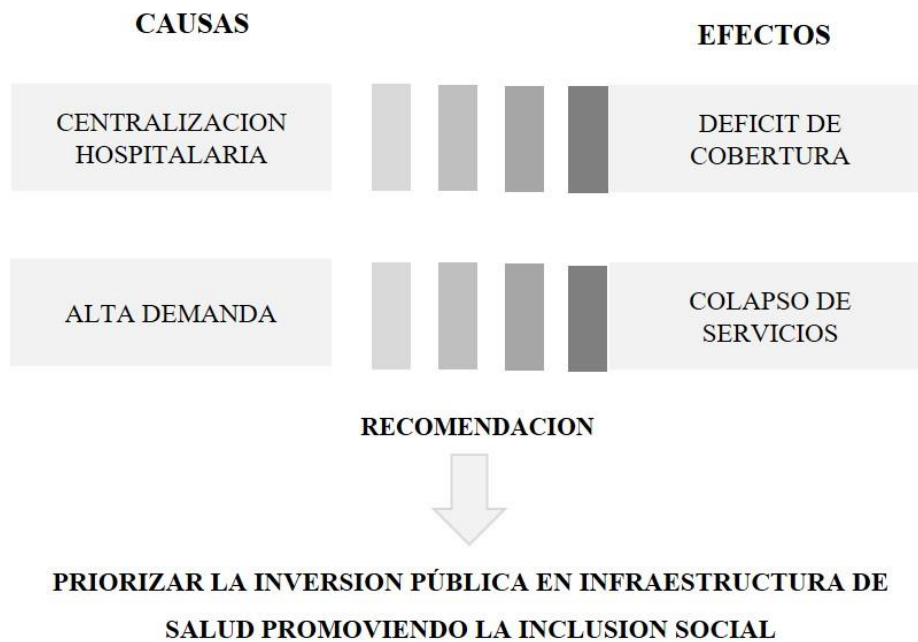


Figura 44: Pabellón de Medicina Física y Rehabilitación en pésimas condiciones
Fuente: Tomada <https://larepublica.pe//sociedad>



Figura 45: Falta de almacenes para equipamiento médico deteriorado
Fuente: Tomada <https://diariocorreo.pe//salud>

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES:



El sector salud en Perú presenta una problemática creciente debido a (2) sistemas integrados que operan con lógicas diferentes

Si bien es cierto, ambos sistemas reciben recursos similares, el sistema Público absorbe una demanda del 85% de la población versus 15% que cubre el privado. Además, el sector público al quedar a cargo de una población sin recursos ha visto disminuido la recolección de recursos financieros provenientes de las cotizaciones provisionales de salud y ha aumentado su demanda de manera creciente. Este problema estructural de financiamiento, cobertura y demanda ha incidido directamente en la calidad de la salud pública, en el retraso de la atención (largas listas de espera), en el deterioro de la infraestructura existente, en la inadecuación del sistema de salud ante los cambios epidemiológicos, en la insatisfacción de los usuarios, haciendo del sistema público de salud, en términos generales y salvo excepciones, un sistema poco confiable, anquilosado, rígido y anacrónico.

CAPITULO II

GENERALIDADES Y ANALISIS DE LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGOS PARA CANCER DE CUELLO UTERINO

2.1 Generalidades y Análisis de la prevalencia de Factores de Riesgos para Cáncer de Cuello Uterino.

Un punto de riesgo es cualquier punto que incremente la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer, sino existe un control eficaz de la enfermedad. Las cifras aumentarían significativamente y el ascenso más marcado se producirá en los países en desarrollo. Pero el punto crítico de esta patología es el *Virus Papiloma Humano*, ahora se sabe lo suficiente y se dispone de los medios para controlar la enfermedad

Tabla 14: Distribución de casos de cáncer según parte del organismo y sexo. Perú 2010-2015

LOCALIZACION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	0	18374	18374	15.8
Estomago	6356	5861	12217	11.1
Mama	69	11271	11340	10.3
Piel	3297	3945	7242	6.6
Próstata	6359	0	6359	5.8
Sistema Hematopoyético	3060	2501	5561	5.1
Pulmón	2269	2375	5044	4.6
Colon	1637	2034	3671	3.3
Ganglios Linfáticos	1872	1491	3363	3.1
Hígado	1536	1446	2982	2.7
Tiroides	524	2428	2952	2.7
Ovario	0	2182	2182	2.0
Páncreas	968	1075	2043	1.9
Encéfalo	1046	948	1994	1.8
Riñón	1117	781	1898	1.7
Otros	11566	13126	24692	22.5
TOTAL	42076	67838	109914	100.0

Fuente: DISAD (Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnostico) – INEN

El grado de incidencia de riesgos cancerígenos en las diferentes regiones de la costa es uniforme examinar en mayor incidencia el de útero, mama y estómago, por lo expuesto el cáncer de cervicouterino es uno de los más letales, pese a que se cuenta con los métodos necesarios para su prevención.

2.1.1 Definición de la Enfermedad

El cáncer sucede cuando el organismo produce un mayor número de células malignas que suceden por conversión en el ADN de cada célula, esto hace que muten de una descontroladamente. Las células cancerosas al esparcirse, producen metástasis, originando bultos o tumores en las diferentes partes del organismo.

Existen más de 200 tipos de cáncer investigados, pero existe uno que está atacando de forma silenciosa trayendo consigo el mayor número de víctimas, sucede a la mayoría de mujeres sin discriminación, pero al aumentar la edad existe riesgo de suplicio; este problema tiene nombre y se llama Cáncer de Cuello Uterino. Sin embargo, se ha comprobado según una evidencia científica que el cáncer de cuello uterino tiene un mayor índice de curación si es detectado a tiempo.

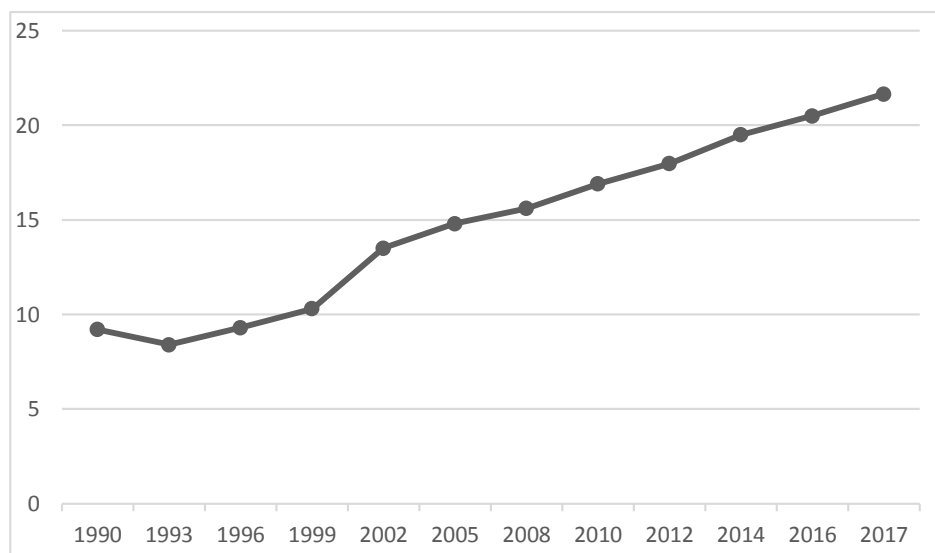


Tabla 15: Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino en el Perú desde el año 1990
Fuente: Tomada de Oficina de Estadística e Informática (MINSA)

El VPH es ordinario hoy en día en las mujeres sexualmente activas (edad mínima: a partir de los 14 años) y no se ha comprobado la eficacia del preservativo, una vez contraído el virus no se prolifera totalmente debido a que se encuentra en estado reposo, es a partir de los 35 hasta los 50 años; donde su propagación es total debido a que se encuentra en estado activo.

2.1.2 Carga Mundial del Cáncer de Cuello Uterino

Cada año aproximadamente medio millón de mujeres desarrollan cáncer cervicouterino y la mitad de dicha cantidad muere a causa de esta enfermedad. La gran mayoría de las muertes prevenibles pertenecen a los países en desarrollo, o en las comunidades desfavorecidas de los países ricos. Las estadísticas no son sino personas que han debido enjugar sus lágrimas. (Selikoff Irvin, 2015)

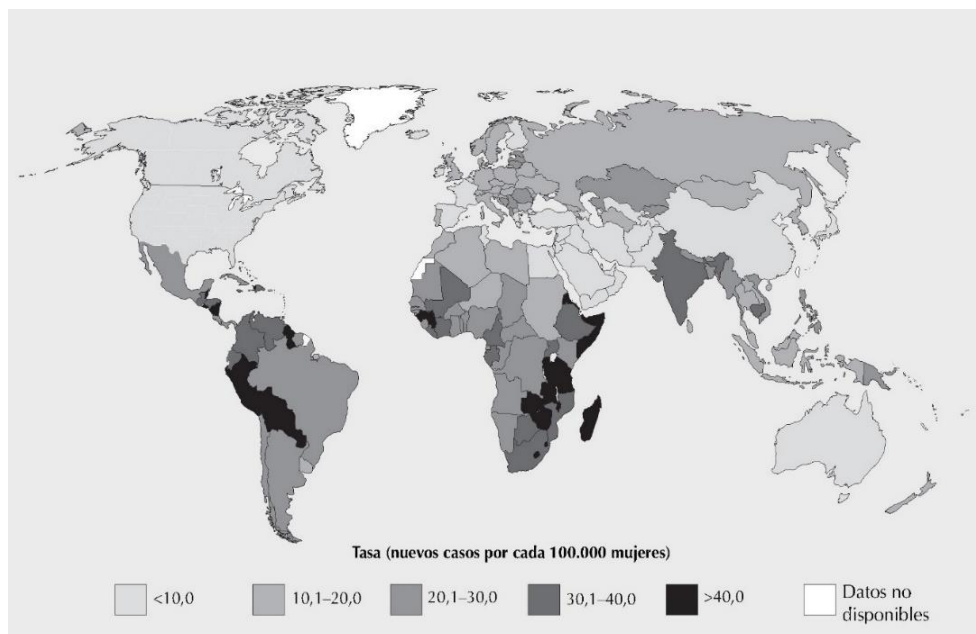


Figura 46: Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino por país, 2016

Fuente: Tomada de www.cancer.gov/CancerInformation/cancerliterature

Cerca de 2,4 millones de féminas en el mundo tienen cancer cervicouterino, lo que revela alta incidencia cada año y muy pocas féminas en los países en desarrollo reciben tratamiento (entre ellos Perú).

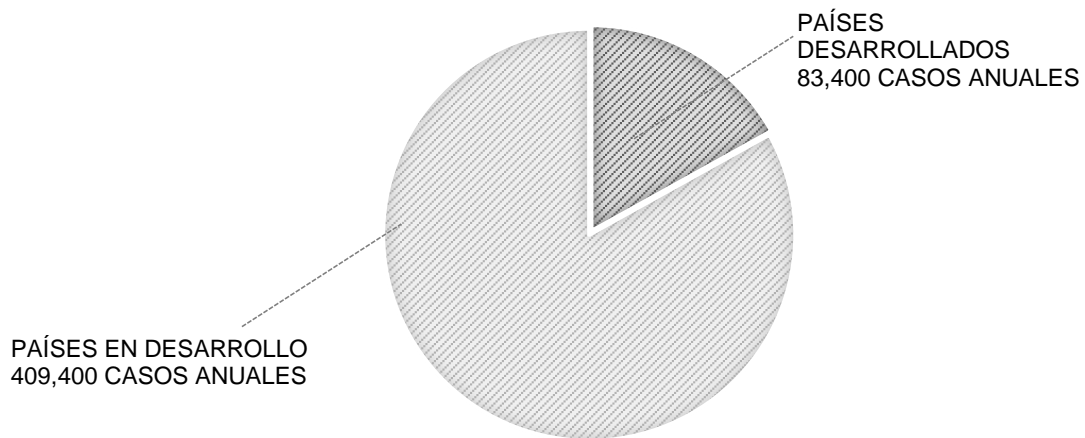


Figura 47: Nuevos casos de cáncer cervical en el mundo, estimaciones del año 2016
 Fuente: Tomada de www.cancer.gov/CancerInformation/cancerliterature

Por lo expuesto, se estima que 19 millones de mujeres padecerán de cáncer de cuello uterino en los siguientes 40 años, y esto sucede ¿Por qué?, actualmente la mayoría de ellas ya han superado la edad de la vacunación, por lo expuesto será imposible prevenir estas muertes.



Figura 48: Prevalencia por 100,000 mujeres en Suramérica
 Fuente: Tomada de Revista de Cuenta de Alto Costo. Periodo: 2017

De acuerdo con la información obtenida, el cáncer de cuello uterino ocupó el segundo lugar como patología que más número de muertes ha traído consigo, 15159 pacientes afectadas. Se presentaron la cuarta parte de casos nuevos, de los cuales 1385 fueron clasificados como invasivos, el total de pacientes fallecidas ascendió a 1000 mujeres.

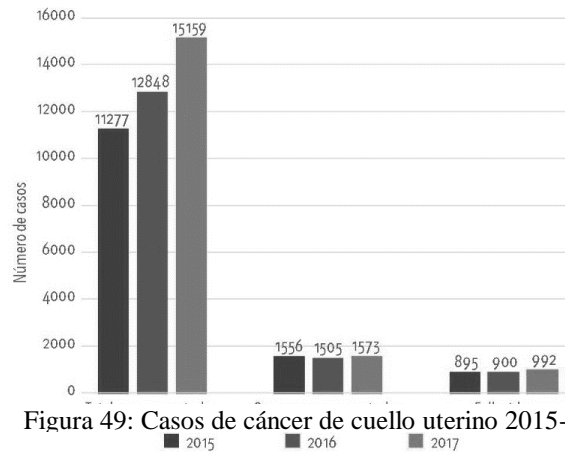


Figura 49: Casos de cáncer de cuello uterino 2015-2017

Fuente: Tomada

de Revista de

Cuenta de Alto Costo. Periodo: 2017

El objetivo mejorar los diferentes accesos a los sistemas de atención en salud, que permitan alcanzar resultados óptimos, de igual modo mostrar una mejoría en la calidad de vida de las pacientes. Los indicadores son una oportunidad muy importante para el cáncer, donde la mortalidad está dada por la detección tardía de la enfermedad.

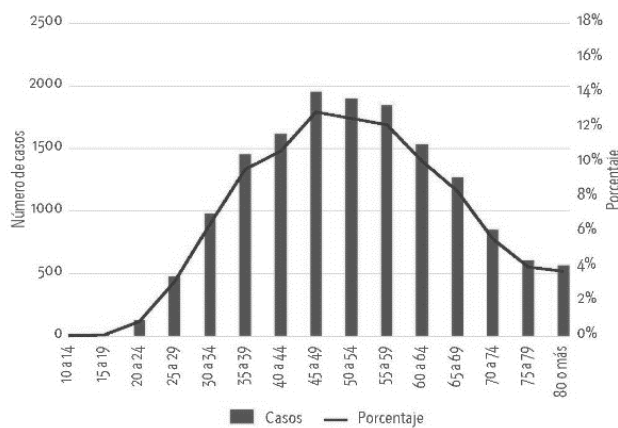


Figura 50: Edad de pacientes con cáncer de cuello uterino

Fuente: Tomada de Revista de Cuenta de Alto Costo. Periodo: 2017

2.1.3 Cuadros Estadísticos de Morbilidad por tipo de cáncer

Es evidente que el cáncer cervicouterino es un problema relevante de salud pública en el Perú. Cada año, se diagnostican cerca de 6473 nuevos casos y unas 930 mujeres mueren prematuramente por esta enfermedad

Tabla 16: Proyecciones de Números de Casos de Cáncer de cuello Uterino en Perú 2000-2020

Año	POBLACIÓN FEMENINA	TASA INCIDENCIA x 100,000	NUMERO NUEVOS DE CASOS
2000	12 935 295	31 704	4 101
2005	14 019 312	34 119	4 783
2010	15 071 454	37.03	5 581
2015	16 080 230	40 252	6 473
2020	17 036 317	43 838	7 469

Fuente: Tomada de Revista de Cuenta de Alto Costo (2017)

El Cáncer de cuello uterino en el Perú es consecuencia de las debilidades del sistema de salud y los temores de la población. (OPS, 2011), debido a que la misma se le diagnostica de forma tardía y el paciente solo acude al hospital si solo si presenta síntomas, mas no por voluntad propia.

REGION	ONCOLOGO	GINECOLOGO	MEDICO	OBSTETRA	TOTAL
AMAZONAS		2	9	70	81
ANCASH	0	11	10	65	86
AREQUIPA		2	7	55	64
AYACUCHO		5	10	205	220
APURIMAC		7	9	109	125
CAJAMARCA		3	13	132	148
CALLAO		3	2	31	36
CUSCO		4	14	36	54
HUANUCO		3	7	34	44
HUANCAVELICA		6	7	98	111
ICA		11	10	88	109
LIMA	2	18	13	96	129
LORETO		6	13	101	120
LAMBAYEQUE		4	4	68	76
LIMA REGIONES		5	10	67	82
LA LIBERTAD		4	4	39	47
JUNIN		3	5	37	45
MADRE DE DIOS		0	8	55	63
MOQUEGUA		1	6	35	42
PASCO		1	3	61	65
PIURA		0	20	174	194
PUNO		8	11	31	50
SAN MARTIN		3	16	216	235
TACNA	-	6	11	79	96
TUMBES	-	1	4	43	48
UCAVALI	-	0	14	67	81
TOTAL	2	117	240	2,092	2,451

Figura 51: Promedio Anual de casos notificados de cáncer según departamento. Periodo 2010-2015

Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Estadística Epidemiológica

2.1.4 Datos Nacionales de la Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

Las regiones con mayor promedio de casos notificados de cáncer por año son: Lima, La Libertad, Lambayeque, Callao y Piura.

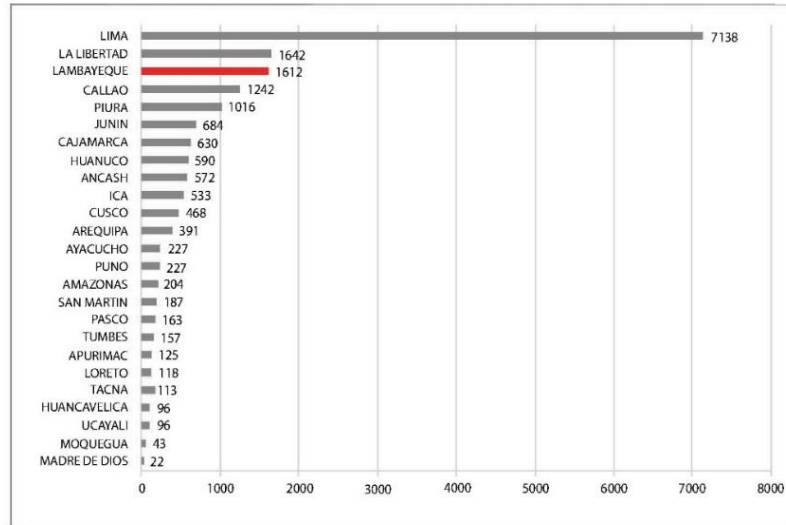


Figura 52: Promedio Anual de casos notificados de cáncer según departamento. Periodo 2010-2015
Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Estadística Epidemiológica

Analizando los tipos de neoplasias por órganos del cuerpo humano y sexo, se encontró que la neoplasia registrada con mayor riesgo es el de cérvix (35.9%) seguido del cáncer de estómago (22.9%) y el cáncer de mama (18.9%).

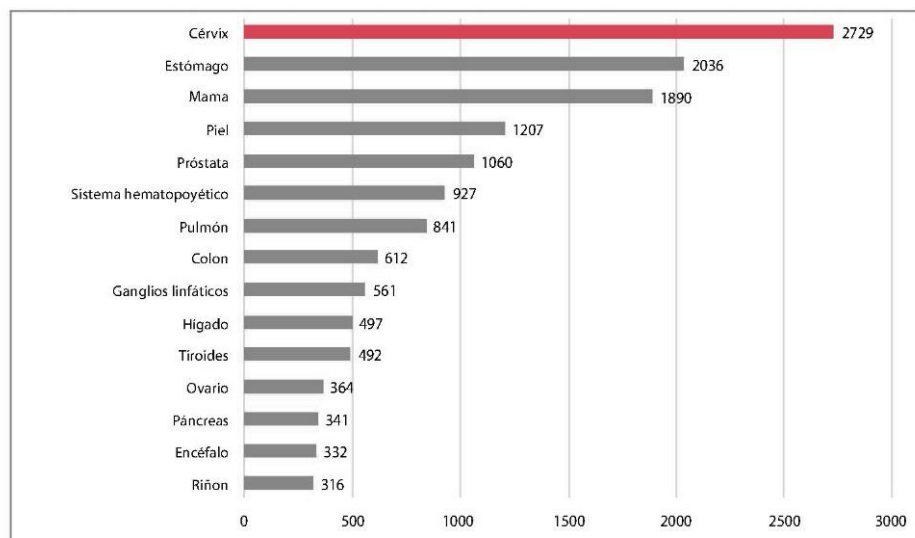


Figura 53: Promedio de casos notificados de cáncer. Periodo 2016-I semestre 2017
Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Estadística Epidemiológica

2.1.5 Datos Departamentales de la Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

2.1.5.1 Departamentos de la Costa

La conducta epidemiológica de las neoplasias malignas en las ciudades de la region costa es similar analizando que las neoplasias de cérvix, estómago y mama se encuentran dentro de los más incidentes.

Tabla 17: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	0	917	917	20.9
Estómago	187	160	450	11.1
Mama	0	320	320	9.3
Piel	94	135	229	6.7
Próstata	165	0	165	4.8
Sist.Hematopoyético	96	75	171	5.0
Pulmón	47	65	105	3.2
Colon	35	46	78	2.3
Otros	570	738	1300	37.9
TOTAL	1188	2249	3435	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 18: Distribución de casos de neoplasia según parte del organismo y sexo. Callao 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	0	604	604	8.1
Estómago	481	350	797	11.2
Mama	11	745	692	10.1
Piel	137	110	210	3.3
Próstata	533	0	533	7.2
Sist.Hematopoyético	192	175	341	4.9
Pulmón	391	287	658	9.1
Otros	1421	1658	3059	41.3
TOTAL	3384	4135	7449	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 19: Distribución de casos de neoplasia según parte del organismo y sexo. Ica 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	413	413	12.9
Estómago	186	165	351	11.0
Mama	3	409	412	12.9
Próstata	218	-	218	6.8
Sist.Hematopoyético	70	57	127	4.0
Pulmón	110	104	214	6.7
Colon	57	60	117	3.7
Hígado	54	58	113	3.6
Otros	553	680	1232	38.6
TOTAL	1251	1946	3197	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 20: Distribución de casos de neoplasia según parte del organismo y sexo. Piura 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	1517	1517	15.4
Estómago	518	519	1037	10.5
Mama	10	1077	1087	11.0
Piel	433	580	1013	10.3
Próstata	680	-	680	6.9
Sist.Hematopoyético	217	57	127	4.0
Pulmón	176	155	331	3.4
Colon	163	224	387	3.9
TOTAL	1250	6193	9851	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 21: Distribución de casos de neoplasia según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	1517	1517	15.4
Estómago	518	519	1037	10.5
Mama	10	1077	1087	11.0
Piel	434	581	1015	10.4
Próstata	681	-	680	6.8
Sist.Hematopoyético	218	57	127	4.0
Colon	164	225	388	3.4
Otros	1462	1925	3387	38.5
TOTAL	1255	6197	9856	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 22: Distribución de casos de neoplasia según parte del organismo y sexo. Lima 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	5594	5594	13.1
Estómago	2326	2071	4407	10.3
Mama	25	5166	5191	12.1
Piel	1498	1827	3324	7.8
Próstata	2473	-	2472	5.8
Sist.Hematopoyético	1157	957	2113	4.9
Pulmón	1104	974	2077	4.8
Colon	679	838	1516	3.5
Otros	7131	9001	16132	37.7
TOTAL	16401	26428	42826	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 23: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	718	718	11.8
Estómago	298	362	660	10.8
Mama	6	696	702	11.5
Próstata	456	-	456	7.5
Hematológico	247	169	416	6.8
Pulmón	127	114	241	4.0
Colon	107	105	212	3.5
Hígado	123	145	268	4.4
Otros	1125	1300	2425	39.8
TOTAL	2 489	3 609	6 098	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 24: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	1520	1520	16.4
Estómago	520	519	1039	11.5
Mama	10	1087	1097	12.0
Piel	433	580	1013	10.3
Próstata	680	-	680	6.9
Sist.Hematopoyético	217	57	274	4.0
Otros	1461	1924	3385	38.5
TOTAL	3321	5687	9008	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 25: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	73	73	28.4
Estómago	4	6	10	3.9
Mama	-	24	24	9.3
Piel	4	3	7	2.7
Próstata	15	-	15	5.8
Hematológico	4	10	14	5.4
Pulmón	7	1	8	3.1
Colon	2	5	7	3.5
Otros	37	62	99	38.5
TOTAL	73	184	257	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 26: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo. Tacna 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	1200	1200	19.4
Estómago	500	419	919	12.5
Mama	20	1097	1117	13.5
Piel	430	520	950	10.0
Próstata	680	-	680	5.9
Sist.Hematopoyético	217	57	127	5.0
Pulmón	176	155	331	3.4
Colon	163	224	387	3.9
TOTAL	1250	6193	9851	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

2.5.1.2 Departamentos de la Sierra

Se puede observar dos comportamientos epidemiológicos distintos, el primero, correspondiente a departamentos como Cajamarca, Apurímac y Cuzco, de mejores condiciones socioeconómicas, en los cuales, el cáncer de cérvix constituye el cáncer más frecuente y en un segundo perfil, los departamentos de mayor pobreza como Huancavelica, Ayacucho y Huánuco, en los que predomina el cáncer de estómago sobre el cáncer de estómago.

Los casos registrados de neoplasias por situation topográfica y sexo en regiones de la Sierra se verifican en las siguientes tablas:

Tabla 27: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	110	110	14.7
Estómago	60	57	117	15.6
Hematológico	34	36	70	9.3
Piel	137	110	210	3.3
Próstata	40	-	40	5.3
Sist.Hematopoyético	192	175	341	4.9
Colon	148	206	338	4.8
Hígado	25	17	42	5.6
Otros	1421	1658	3059	41.3
TOTAL	3384	4135	7449	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 28: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	409	409	17.4
Estómago	68	62	130	5.5
Mama	1	230	231	9.8
Piel	82	94	176	7.5
Próstata	154	-	154	6.6
Sist.Hematopoyético	84	59	143	6.1
Pulmón	110	104	214	6.7
Tiroides	20	78	98	4.2
Otros	457	454	911	38.8
TOTAL	912	1435	2347	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 29: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	213	213	10.7
Estómago	124	93	217	15.9
Piel	46	57	103	3.3
Próstata	40	-	40	5.3
Hematológico	34	36	70	7.6
Hígado	25	17	42	5.6
Colon	148	206	338	4.8
Otros	1421	1650	3059	41.3
TOTAL	2216	2557	4633	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 30: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	681	681	18.0
Estómago	293	226	519	3.7
Mama	-	696	702	11.5
Piel	163	193	356	9.4
Próstata	456	-	456	7.5
Hígado	123	145	268	4.4
Pulmón	127	114	241	4.0
Colon	107	105	212	3.5
Otros	1125	1300	2425	39.8
TOTAL	2489	3609	6098	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 31: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	529	529	18.8
Estómago	95	100	195	6.9
Mama	1	174	175	6.2
Piel	63	80	143	5.1
Próstata	127	-	127	4.5
Sist.Hematopoyético	121	83	204	7.3
Tiroides	16	92	108	3.8
Otros	1125	1300	2425	39.8
TOTAL				100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 32: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	95	95	16.4
Estómago	53	57	110	19.0
Mama	1	23	24	4.2
Pulmón	11	11	22	3.8
Piel	11	24	35	6.1
Próstata	15	-	15	2.6
Sist.Hematopoyético	31	13	44	7.6
Tiroides	2	13	15	2.6
Otros	95	123	218	37.7
TOTAL	219	359	578	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 33: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo. Huánuco 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	631	631	17.8
Estómago	501	516	1017	28.7
Mama	2	123	125	3.5
Pulmón	68	73	141	4.0
Piel	41	48	89	2.5
Próstata	132	-	132	3.7
Hematológico	94	42	136	3.8
Hígado	101	90	191	5.4
Otros	469	611	1080	30.5
TOTAL	1408	2134	3542	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 34: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo. Junín 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	1517	1517	15.4
Estómago	518	519	1037	10.5
Mama	10	1077	1087	11.0
Piel	433	580	1013	10.3
Próstata	680	-	680	6.9
Sist.Hematopoyético	217	57	274	2.8
Colon	163	224	387	3.9
Otros	1461	1924	3385	38.5
TOTAL	1250	6193	9851	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 35: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo. Pasco 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	195	195	19.9
Estómago	86	71	157	16.0
Mama	1	44	45	4.6
Piel	13	12	25	2.6
Próstata	42	-	42	4.3
Sist.Hematopoyético	26	18	44	4.5
Pulmón	21	14	35	3.6
Hígado	14	16	30	3.1
Otros	164	243	407	41.5
TOTAL	367	613	980	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 36: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo. Puno 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	229	229	16.9
Estómago	31	46	77	5.7
Mama	1	71	72	5.3
Piel	29	36	65	4.8
Próstata	72	-	72	5.3
Sist.Hematopoyético	31	34	65	4.8
Pulmón	33	31	64	4.7
Hígado	24	47	71	5.2
Otros	279	365	644	47.4
TOTAL	500	859	1359	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

2.5.1.3 Departamentos de la Selva

En las regiones de la selva, uno de las neoplasias más incidentes es el de cérvix. La neoplasia de mama representa el puesto dos o el puesto tres de cáncer más frecuente, muchas veces a que lo población no opta por la prevención, o se les niega el acceso a los seguros integrales de salud. Esto se demuestra en las siguientes tablas:

Tabla 37: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	231	231	18.9
Estómago	83	59	142	11.6
Mama	-	101	101	8.3
Piel	49	47	96	7.9
Próstata	66	-	66	5.4
Hematológico	18	32	50	4.1
Pulmón	23	24	47	3.8
Ovario	-	35	35	2.9
Otros	230	1658	3059	41.3
TOTAL	469	752	1221	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 38: Distribución de casos de neoplasias según parte del organismo y sexo. Loreto 2014-2016

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	209	209	29.4
Estómago	29	20	49	6.9
Mama	-	55	55	7.7
Piel	20	20	40	5.6
Hematológico	31	25	56	7.9
Pulmón	15	3	18	2.5
Tiroides	1	15	16	2.3
Ovario	-	35	35	2.9
Otros	149	104	253	35.6
TOTAL	245	465	710	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 39: Distribución de casos de neoplasias frecuentes según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	37	37	28.5
Estómago	6	2	8	6.2
Mama	-	5	5	3.8
Piel	5	6	11	8.5
Hematológico	6	4	10	7.7
Vesícula biliar	2	2	4	3.1
Tiroides	-	4	4	3.1
Ovario	-	4	4	3.1
Otros	36	11	47	36.2
TOTAL	55	75	130	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 40: Distribución de casos de neoplasias frecuente según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	303	303	27.1
Estómago	47	31	78	7.0
Mama	-	121	121	10.8
Piel	31	57	88	7.9
Próstata	31	-	31	2.8
Hematológico	49	29	78	7.0
Tiroides	6	31	37	3.3
Ganglios linfáticos	25	12	37	3.3
Otros	183	163	346	30.9
TOTAL	372	748	1120	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

Tabla 41: Distribución de casos de neoplasias frecuente según parte del organismo y sexo.

LOCALIZACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
CÉRVIX	-	165	165	28.6
Estómago	6	2	8	6.2
Mama	-	40	40	6.9
Piel	20	27	47	8.1
Próstata				
Hematológico	25	19	44	7.6
Tiroides	0	4	5	3.1
Ovario	-	4	5	3.1
Vesícula biliar	2	2	4	3.1
Otras	37	12	48	36.3
TOTAL	56	76	139	100.0

Fuente: Tomada del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2016

De las 25 capitales del interior del país (Incluyendo Callao), el 90% tienen como neoplasia más incidente el **cáncer de cérvix**, entretanto que 5 de ellos, la neoplasia más incidente es el de estómago. Mientras que de las 5 regiones en la que lanzo como N°1 es el cáncer de estómago, 3 se califican por ser departamentos con una alta incidencia de pobreza extrema según FONCODES (Ayacucho, Huancavelica y Huánuco).

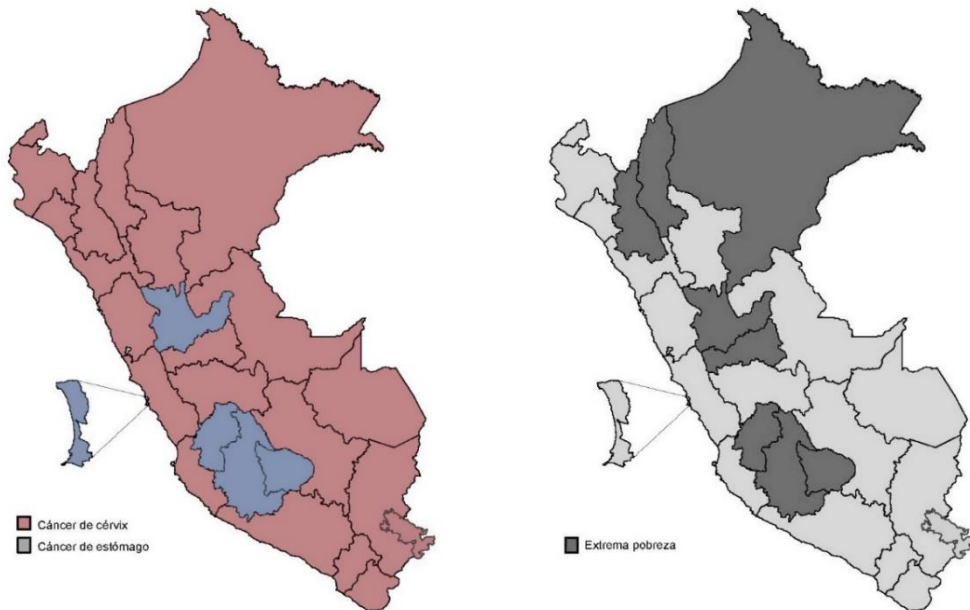


Figura 54: Promedio de casos notificados de cáncer uterino en la región costa del Perú
Fuente: Tomada de Sistema Epidemiológica (INEN) – FONCODES

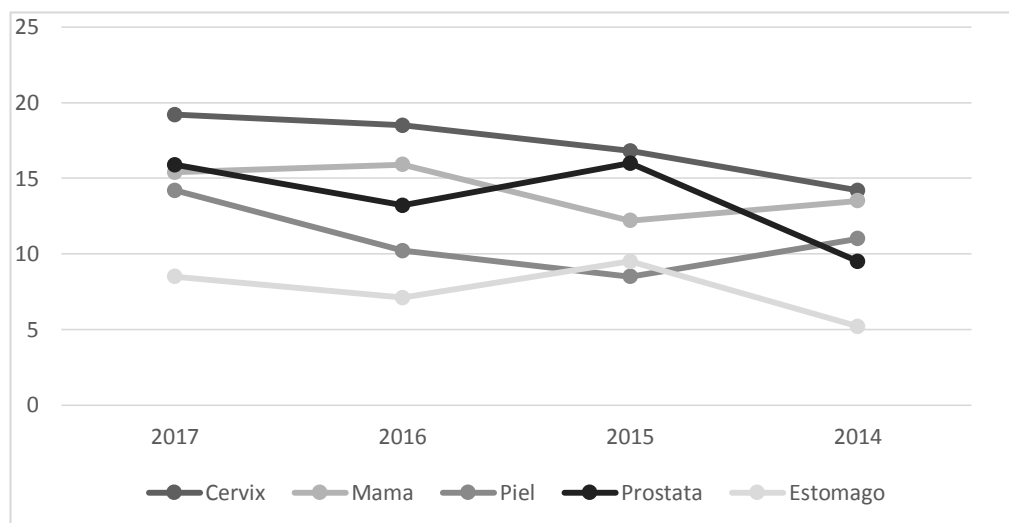


Figura 55: Neoplasia frecuente según region VS el mapa de nivel de pobreza
Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Estadística Epidemiológica – INEN

2.5.1.4 Morbilidad de cáncer de cuello uterino en la Región de Lambayeque

Los sectores que más casos presentan son Chiclayo, La Victoria, José Leonardo Ortiz, Pimentel y Monsefú. De 125 casos, 81 fueron de cáncer de cuello uterino, el cual ha aumentado desde hace tres años; 28 casos de cáncer de mama y 16 de cáncer a la piel en el Distrito de Monsefú.

Tabla 42: Número de Pacientes con casos de cérvix en el Hospital Docente Las Mercedes

COMPONENTE	2013	2014	2015	2016
HOSPITAL LAS MERCEDES	135	150	195	240

Fuente: Datos obtenidos del Departamento de Epidemiología de la GERESA de Lambayeque

En el año 2013 fue la patología que registró mayor número de atenciones, seguido del cáncer de mama, presentando así un total de 160 casos de cérvix que fueron detectados en lo que va del año en el Hospital Las Mercedes de la ciudad de Chiclayo.

Tabla 43: Número de Pacientes con casos de cáncer en el Hospital Docente Las Mercedes- 2013

COMPONENTE	Cérvix	Mama	Estomago	Próstata
HOSPITAL LAS MERCEDES	160	150	125	217

Fuente: Datos obtenidos del Departamento de Epidemiología de la GERESA de Lambayeque

En el año 2014 el cáncer de cuello uterino ha empezado a incidir, con una estadística de 290 casos en categoría según grupo de etéreo y sexo. Otro punto que fue de preocupación en el departamento es que empezó a incidir con fuerza en las jóvenes entre 25 y 30 años de edad por su vida desordenada, y otros estilos de vida negativos.

Tabla 44: Número de Pacientes con casos de cáncer en los diferentes nosocomios de la Región- 2014

COMPONENTE	Cérvix	Mama	Estomago	Próstata
HOSPITAL LAS MERCEDES	80	50	40	70
HOSPITAL INCHAUSTEGUI	90	65	55	100
HOSPITAL ALMANZOR	120	90	75	50

Fuente: Datos obtenidos del Departamento de Epidemiología de la GERESA de Lambayeque

En el año 2015 se presenta la morbilidad general con 480 casos, de este tipo de patología en el Hospital Docente Las Mercedes. Comparando con las demás patologías como es el cáncer de mama que se encuentra en segundo lugar con 280 casos.

Tabla 45: Número de Pacientes con casos de cáncer en los diferentes nosocomios de la Región-2015

COMPONENTE	Cérvix	Mama	Estomago	Próstata
HOSPITAL LAS MERCEDES	100	80	40	120
HOSPITAL INCHAUSTEGUI	80	60	55	60
HOSPITAL ALMANZOR	130	90	55	80

Fuente: Datos obtenidos del Departamento de Epidemiología de la GERESA de Lambayeque

En el año 2016 se presenta la morbilidad general con 500 casos, de este tipo de patología en el Hospital Docente Las Mercedes. Comparando con las demás patologías como es el cáncer de mama que se encuentra en segundo lugar con 230 casos.

Tabla 46: Número de Pacientes con casos de cáncer en los diferentes nosocomios de la Región-2016

COMPONENTE	Cérvix	Mama	Estomago	Próstata
HOSPITAL LAS MERCEDES	80	50	60	100
HOSPITAL INCHAUSTEGUI	90	70	75	70
HOSPITAL ALMANZOR	130	80	80	80

Fuente: Datos obtenidos del Departamento de Epidemiología de la GERESA de Lambayeque

En conclusión, el número de casos registrados en un análisis en los años 2015-2016:

- De los años 2015-2016 se presentaron 1565 casos nuevos.
- Diagnostico avanzado en un 65%.
- Neoplasia con más número de muerte en mujeres: Cérvix, mama, estómago.
- Empezó a incidir en jovencitas de 25 y 35 años debido a una vida desordenada, entre otros aspectos negativos.
- Fuente de Datos obtenidos del Departamento de Epidemiología de la GERESA de Lambayeque 2016.

- **Comparación de morbilidad de cáncer por Distritos en la Región Lambayeque**

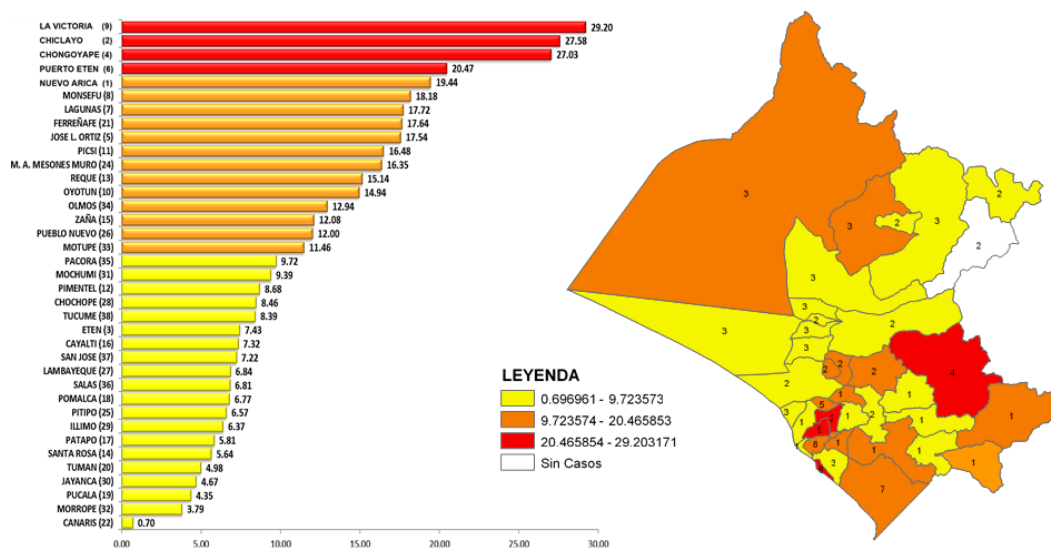


Figura 56: Incidencia de cáncer de cérvix por distritos en la región de Lambayeque
Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – GERESA Lambayeque

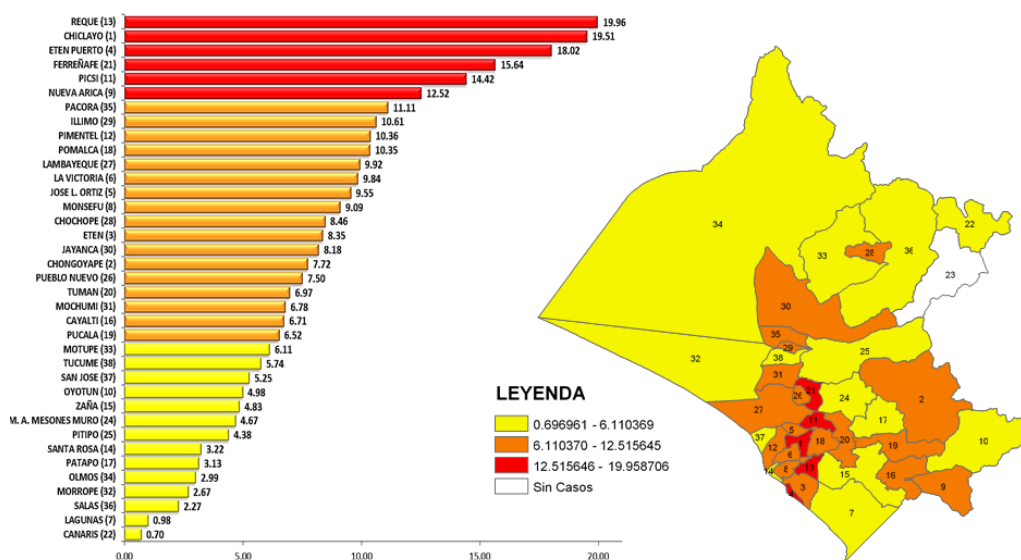


Figura 57: Incidencia de cáncer de mama por distritos en la región de Lambayeque
Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – GERESA Lambayeque

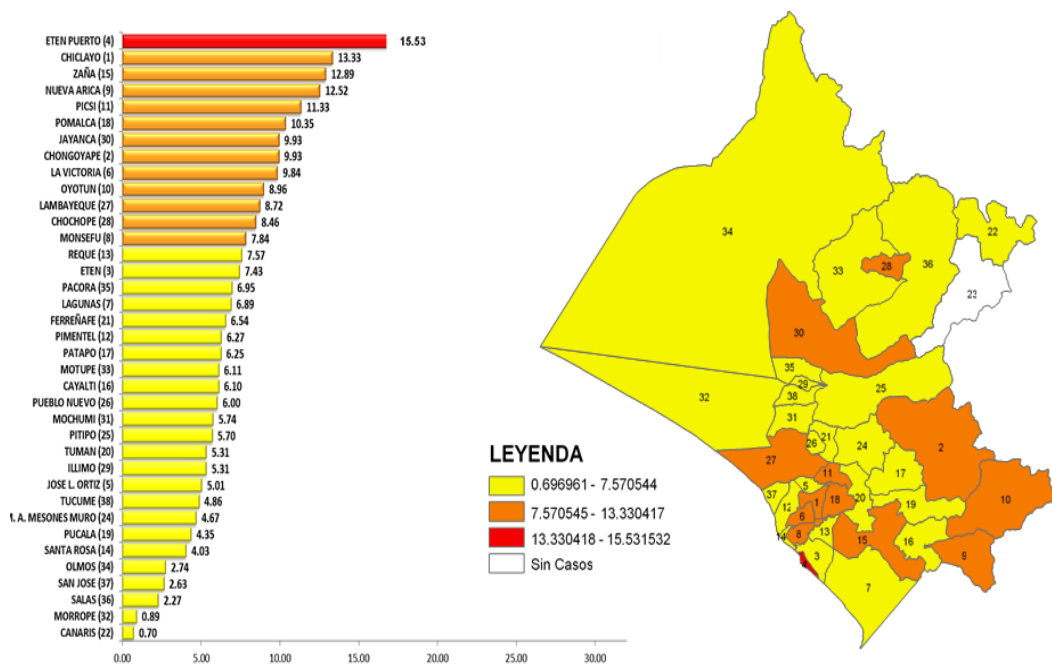


Figura 58: Incidencia de cáncer de próstata por distritos en la región de Lambayeque
Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – GERESA Lambayeque

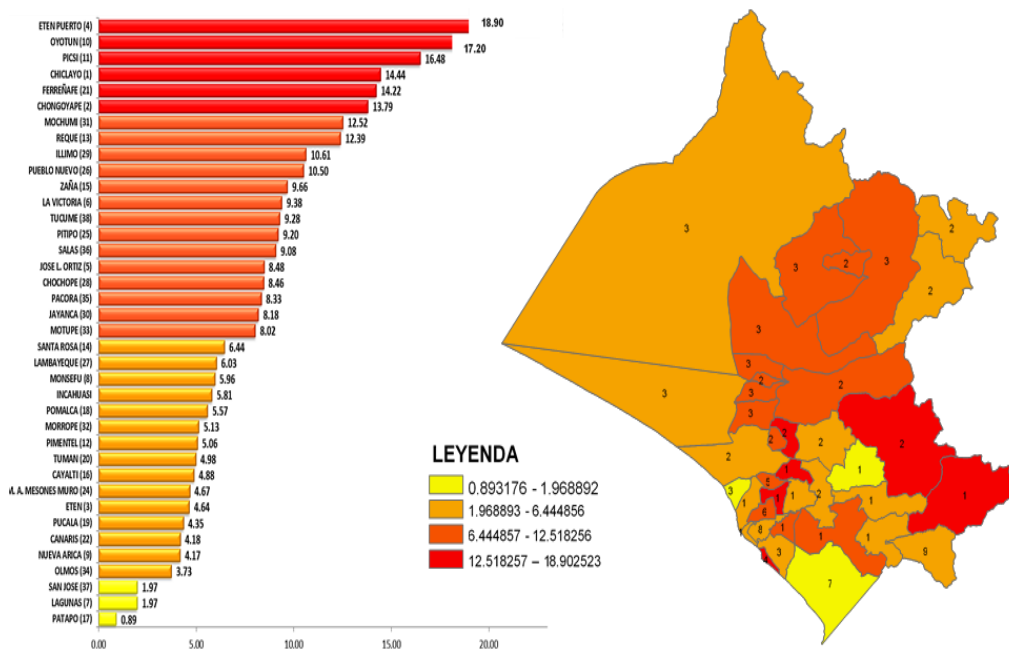


Figura 59: Incidencia de cáncer de próstata por distritos en la región de Lambayeque
Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – GERESA Lambayeque

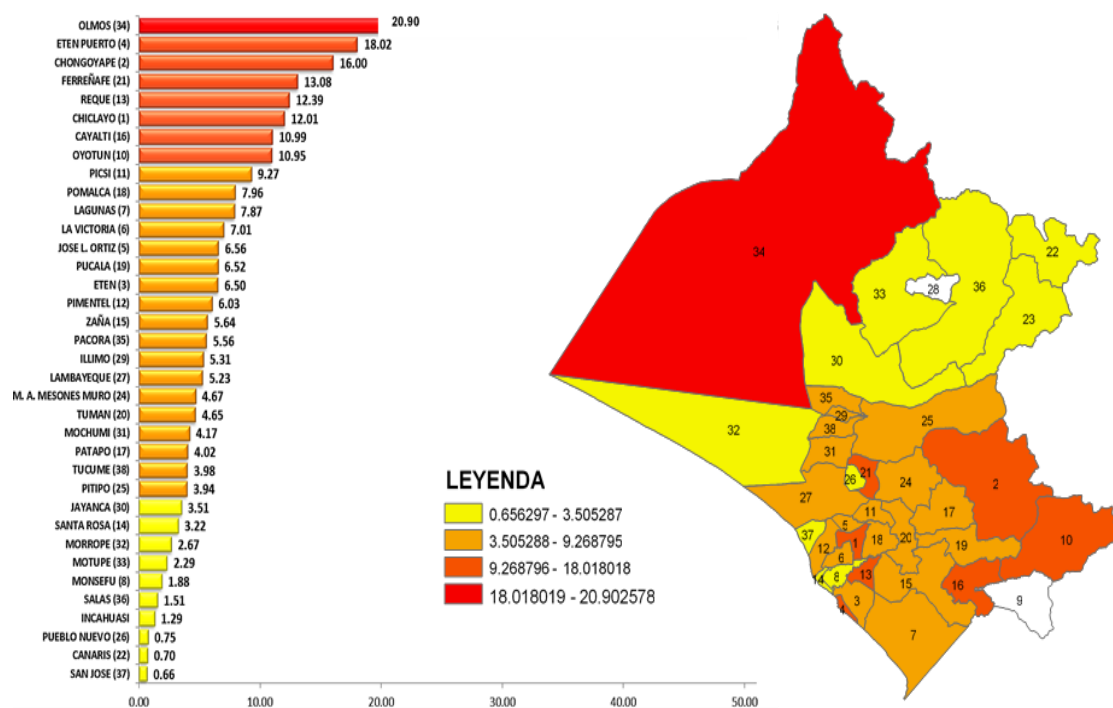


Figura 60: Incidencia de cáncer de piel por distritos en la región de Lambayeque
Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – GERESA Lambayeque

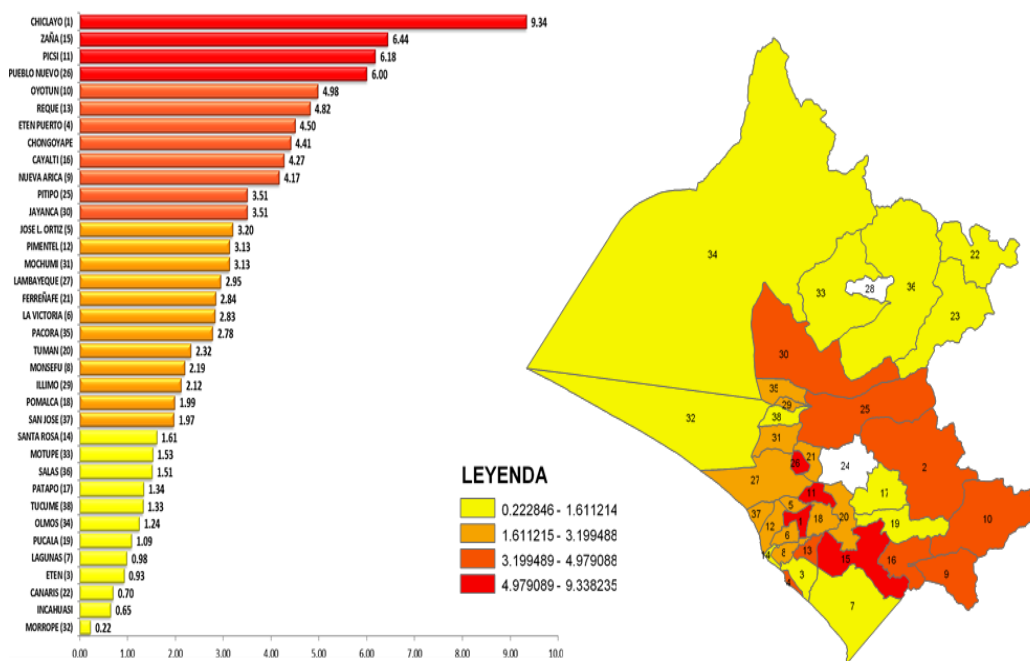


Figura 61: Incidencia de cáncer de colon por distritos en la región de Lambayeque
Fuente: Tomada de Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – GERESA Lambayeque

2.5.1.5 Índice de Mortalidad - Cáncer de Cuello Uterino en la Región Lambayeque

Es la segunda causa de muerte en mujeres en el país y segunda con mayor incidencia, en la población. Según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, la tasa de incidencia nacional es de 4 446 casos nuevos y la tasa de mortalidad es de 17,1 por 100 mil. La región de Lambayeque no es ajena a este problema; existe una preocupación de alta detección de mortalidad en cancer cervicouterino que afecta en la población.

En el año 2016 la región de Lambayeque ubica el cáncer de cuello uterino como la primera causa de muerte en mujeres.

Tabla 47: Número de Pacientes con casos de cáncer en los diferentes nosocomios de la Región-2016

COMPONENTE	Cérvix	Mama	Estomago	Próstata
HOSPITAL LAS MERCEDES	120	80	70	90
HOSPITAL INCHAUSTEGUI	80	90	85	100
HOSPITAL ALMANZOR	150	90	30	50

Fuente: Datos obtenidos del Departamento de Epidemiología de la GERESA de Lambayeque

En el I semestre del año 2017 esta patología presenta un índice de mortalidad muy alto, donde la neoplasia cervicouterino esta primero con 146 casos de mortalidad solo en el Hospital Docente Las Mercedes.

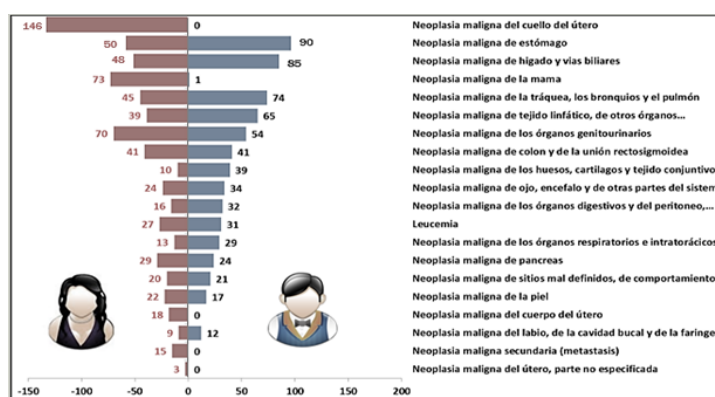
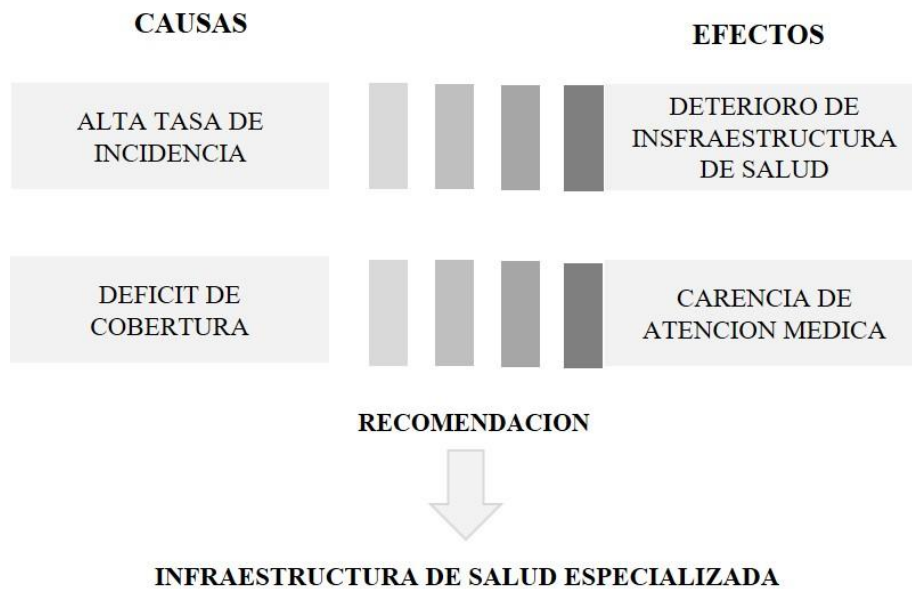


Figura 62: Tasa de Mortalidad de los diferentes tipos de cáncer en HDLM
Fuente: Datos obtenidos del Departamento de Epidemiología de la GERESA de Lambayeque

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES:



Los índices de incidencias cervicouterino en la región de Lambayeque están aumentando y matando a muchas mujeres, debido a que la mayoría de las pacientes se realizan el tamizaje cuando presentan síntomas propios de la enfermedad y no por prevención.

El problema de la demanda ha incidido directamente en la calidad de la salud pública (en el retraso de la atención, en la insatisfacción de los pacientes, en las largas colas de espera, en el deterioro de las infraestructuras existentes). Los enfermos nuestros tienen que ir hasta ahora a Lima, tener “suerte” para una cita, sufrir los inconvenientes de las distancias y el clima, especialmente en verano, por lo que muchos no quieren ir a la Capital, desisten del tratamiento, prefiriendo morir en sus casas.

El 35% de los casos detectados se encuentran sin atención debido al déficit de cobertura debido a que existen 4 oncólogos atendiendo más de 2300 casos de los diferentes tipos de cáncer que se presentan en la región.

Se considera como una posible solución una **INFRAESTRUCTURA DE SALUD ESPECIALIZADA**, para reducir el número de casos de cáncer de cuello uterino presentados y darle lucha a esta enfermedad

CAPITULO III

FUNCIONAMIENTOS DE EDIFICIOS EXISTENTES

3.1 Modalidad de Funcionamiento de las Infraestructuras de Salud en la Región de Lambayeque.

A nivel regional se cuentan con 8 oncólogos, en diferentes establecimientos de salud, el cual no abarca todos los casos de cáncer que perjudican a la ciudadanía en el departamento de Lambayeque. En el presente año 800 pacientes de cáncer de diferentes patologías del hospital regional de Lambayeque se quedaron sin tratamiento, debido a la repentina falta de los oncólogos en este nosocomio

REGION	ONCOLOGO	GINECOLOGO	MEDICO	OBSTETRA	TOTAL
AMAZONAS		2	9	70	81
ANCASH	0	11	10	65	86
AREQUIPA		2	7	55	64
AYACUCHO		5	10	205	220
APURIMAC		7	9	109	125
CAJAMARCA		3	13	132	148
CALLAO		3	2	31	36
CUSCO		4	14	36	54
HUANUCO		3	7	34	44
HUANCAVELICA		6	7	98	111
ICA		11	10	88	109
LIMA	2	18	13	96	129
LORETO		6	13	101	120
LAMBAYEQUE		4	4	68	76
LIMA REGIONES		5	10	67	82
LA LIBERTAD		4	4	39	47
JUNIN		3	5	37	45
MADRE DE DIOS		0	8	55	63
MOQUEGUA		1	6	35	42
PASCO		1	3	61	65
PIURA		0	20	174	194
PUNO		8	11	31	50
SAN MARTIN		3	16	216	235
TACNA	-	6	11	79	96
TUMBES	-	1	4	43	48
UCAYALI	-	0	14	67	81
TOTAL	2	117	240	2,092	2,451

Figura 63: Evidencia de la distribución del Personal Capacitado por departamentos

Fuente: Tomada del Registro de Capacitación del INEN, 2016

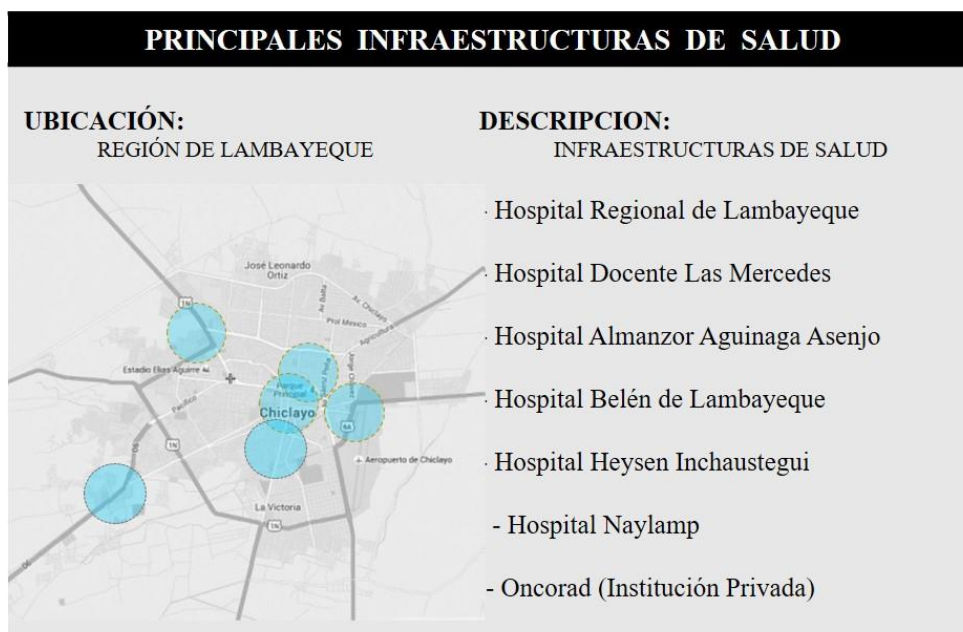
Dentro de la distribución de equipamiento médico especializado a nivel nacional y habiéndose realizado un diagnóstico sobre el equipamiento que está disponible a nivel nacional, se obtuvo la siguiente tabla de distribución en los departamentos de mayor incidencia de cáncer.

Tabla 48: Distribución por regiones de los equipos especializados en oncología, 2016-2017

REGIONES	EQUIPAMIENTO CRIOTERAPIA	CONO LEEP	COLPOSCOPIO
PIURA	3	3	10
LA LIBERTAD	6	1	8
LAMBAYEQUE	0	0	5
TUMBES	0	1	1

Fuente: Datos obtenidos del Departamento de Epidemiología de la GERESA de Lambayeque

3.1.1 Edificios Existentes



DESCRIPCIÓN:

En la región de Lambayeque existen 6 establecimientos de salud estatales que cuentan área de oncología, los que brindan los servicios de atención a toda la población asegurada y una unidad oncológica privada (Oncorad), el cual no abarca en la atención a todos los casos de cáncer en el departamento de Lambayeque.

INFRAESTRUCTURA DE SALUD	TIPO	ÁREA DE ONCOLOGÍA
Hospital Regional De Lambayeque	III con internamiento	SI
Hospital Docente Las Mercedes	II con internamiento	NO
Hospital Almanzor Aguinaga	II con internamiento	NO
Hospital Belén De Lambayeque	II con internamiento	NO
Hospital Heysen Inchaustegui	II con internamiento	NO
Hospital Naylamp	II con internamiento	NO
Oncorad	Unidad Oncológica	SI

SERVICIOS:

Sin embargo debido a la proximidad entre los establecimientos se genera un déficit en su radio de influencia que podría ser aprovechado si tuviera una distancia más equidistante lo cual genera una centralización en el sector salud en la región de Lambayeque.

Figura 64: Principales Infraestructuras de Salud



Figura 65: Hospital Regional de Lambayeque 2018



Figura 66: Hospital Docente Las Mercedes 2017



Figura 67: Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo 2017



Figura 68: Hospital Luis Heysen Inchaustegui 2017



Figura 69: Hospital Naylamp 2016



Figura 70: Clínica Privada Oncorad 2017

3.1.2 MONITOREO DE INCIDENCIA

Análisis de casos de cáncer de cuello uterino en el departamento de Lambayeque

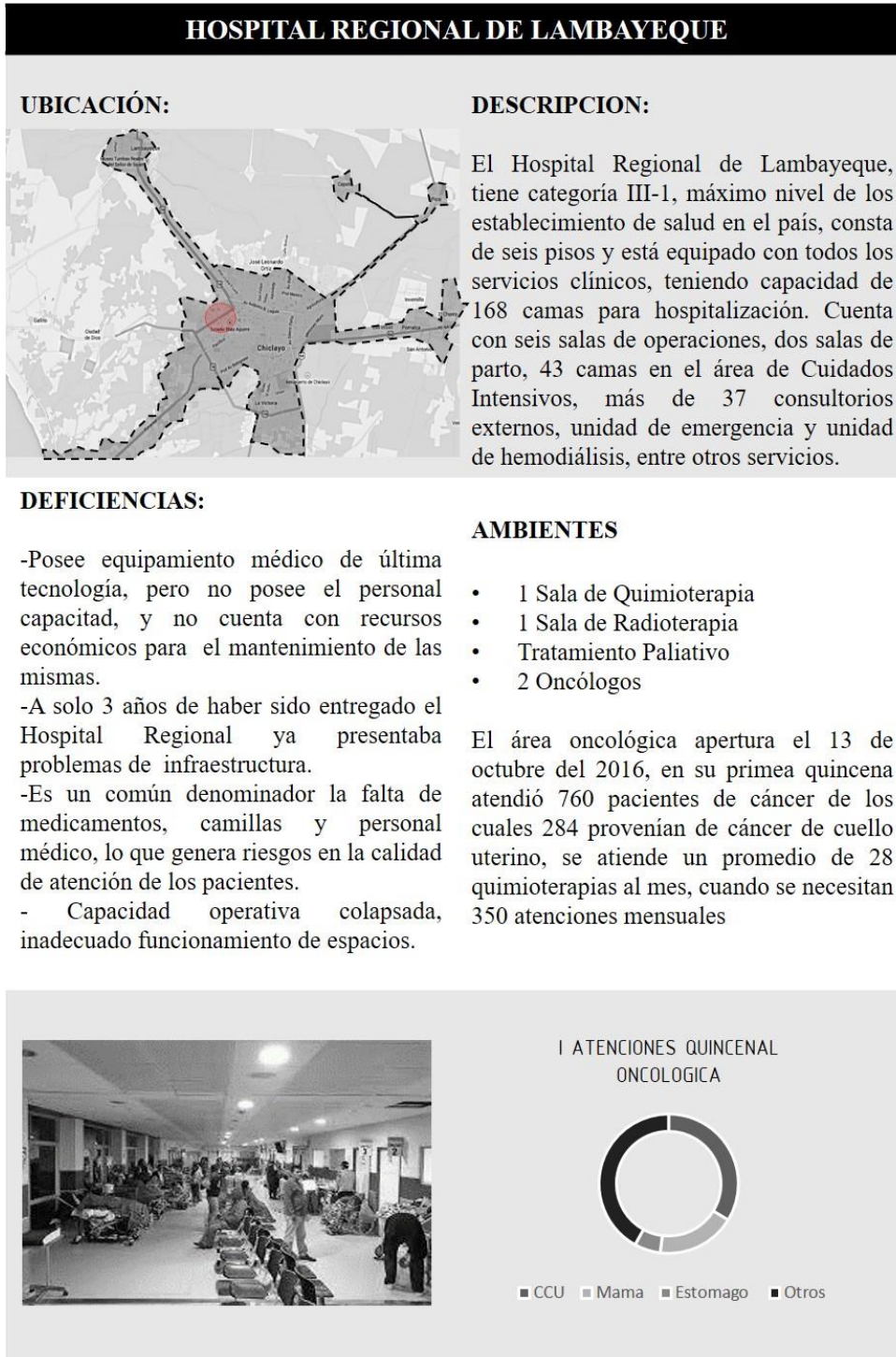



Figura 71: Ficha - Regional de Lambayeque

Análisis de incidencia de cáncer cervicouterino en el departamento de Lambayeque

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

UBICACIÓN:



DEFICIENCIAS:

-El hospital Docente Las Mercedes no solo se atienden personas de la macro región norte, sino también de Piura, Chepén, entre otros lugares; y hasta la actualidad pasa por graves deficiencias que no permiten que se brinden una buena atención a los pacientes.

-Presenta déficit de equipamiento médico indispensable para los pacientes de cáncer, a los que se presentan en estadios avanzados, no se sabe con exactitud cuántos de ellos mueren luego de darles de alta.

-Otra de las problemáticas es la vetusta infraestructura, falta de camas, una planta de oxígeno y una central de esterilización para evitar contagios.


DESCRIPCION:

El Hospital Regional Docente Las Mercedes está ubicado en la Av. Luis Gonzales #635, tiene categoría II-2, se encuentra dentro de la clasificación Hospital o Clínica de Atención Especializada y está equipado con los servicios de especialización básicos, tiene la capacidad de 50 camas para hospitalización. Cuenta con 2 salas de operación y una sala de partos 23 camas en el área de Cuidados Intensivos, más de 15 consultorios externos, unidad de emergencia, entre otros servicios.

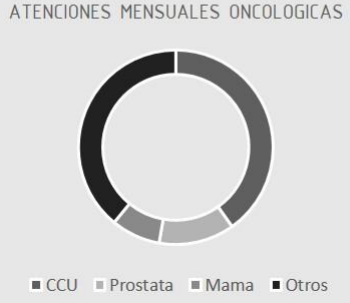
AMBIENTES

- 1 Sala de Quimioterapia
- Tratamiento Paliativo
- 1 Oncólogo

Hospital Las Mercedes, nosocomio que luce hacinado, urge equipos médicos, camillas hospitalarias, y medicamentos. Su infraestructura podría colapsar por estructuras que ya vencieron su periodo de vigencia. En el área oncológica existen deficiencias en la falta de respiradores, la planta de oxígeno no se encuentra operativa junto el equipo de rayos X.



ATENCIONES MENSUALES ONCOLOGICAS



Categoría	Color
CCU	■ (Dark Grey)
Prostata	■ (Light Grey)
Mama	■ (Medium Grey)
Otros	■ (Black)

Figura 72: Ficha - Regional Docente las Mercedes

Análisis de incidencia de cáncer cervicouterino en el departamento de Lambayeque

HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO

UBICACIÓN:



DESCRIPCION:

El Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo está ubicado en la Ca. Hipólito Unanue #180, tiene categoría II-2, se encuentra dentro de la clasificación Hospital o Clínica de Atención Especializada y está equipado con los servicios de especialización básicos, tiene la capacidad de 95 camas para hospitalización inoperativos. Cuenta con 2 salas de operación y una sala de partos 20 camas en el área de Cuidados Intensivos, más de 24 consultorios externos, unidad de emergencia, entre otros servicios.

DEFICIENCIAS:

-El hospital Almanzor Aguinaga Asenjo presentan deficiencias en la atención del público por las constantes caídas del sistema, que deja muchas veces sin atención a más de una semana.

-Atiende hasta 3000 atenciones mensuales en el área de oncología, la mayoría llega en estadios avanzados y otros para tratamiento paliativo.

-La problemática de la infraestructura es latente, el servicio de quimioterapia y consultorios externos es de alto riesgo por hacinamiento y deficiente sistema eléctrico, los consultorios de oncología con incapacidad de atención al público.


AMBIENTES

- 1 Sala de Quimioterapia
- Tratamiento Paliativo
- 2 Oncólogo

Si bien una de sus fortalezas de este nosocomio es que cuenta con profesionales de primer nivel en el abanico de especialidades, como es en oncología, los problemas que registra al parecer, han empeorado su realidad en la que los usuarios son los principales afectados. La turgurizacion de los ambientes de oncología cayeron por si solos, se atienden 80 pacientes al día en quimioterapia, por lo que dichos espacios se encuentran totalmente hacinados.



ATENCIONES DIARIAS EN QUIMIOTERAPIA



Cervix	Mama	Estomago	Pulmon	Otros
■	■	■	■	■

Figura 73: Ficha - Almanzor Aguinaga Asenjo



Figura 74: Ficha - Hospital Naylamp

Análisis de casos de cáncer de cuello uterino en la Región Lambayeque

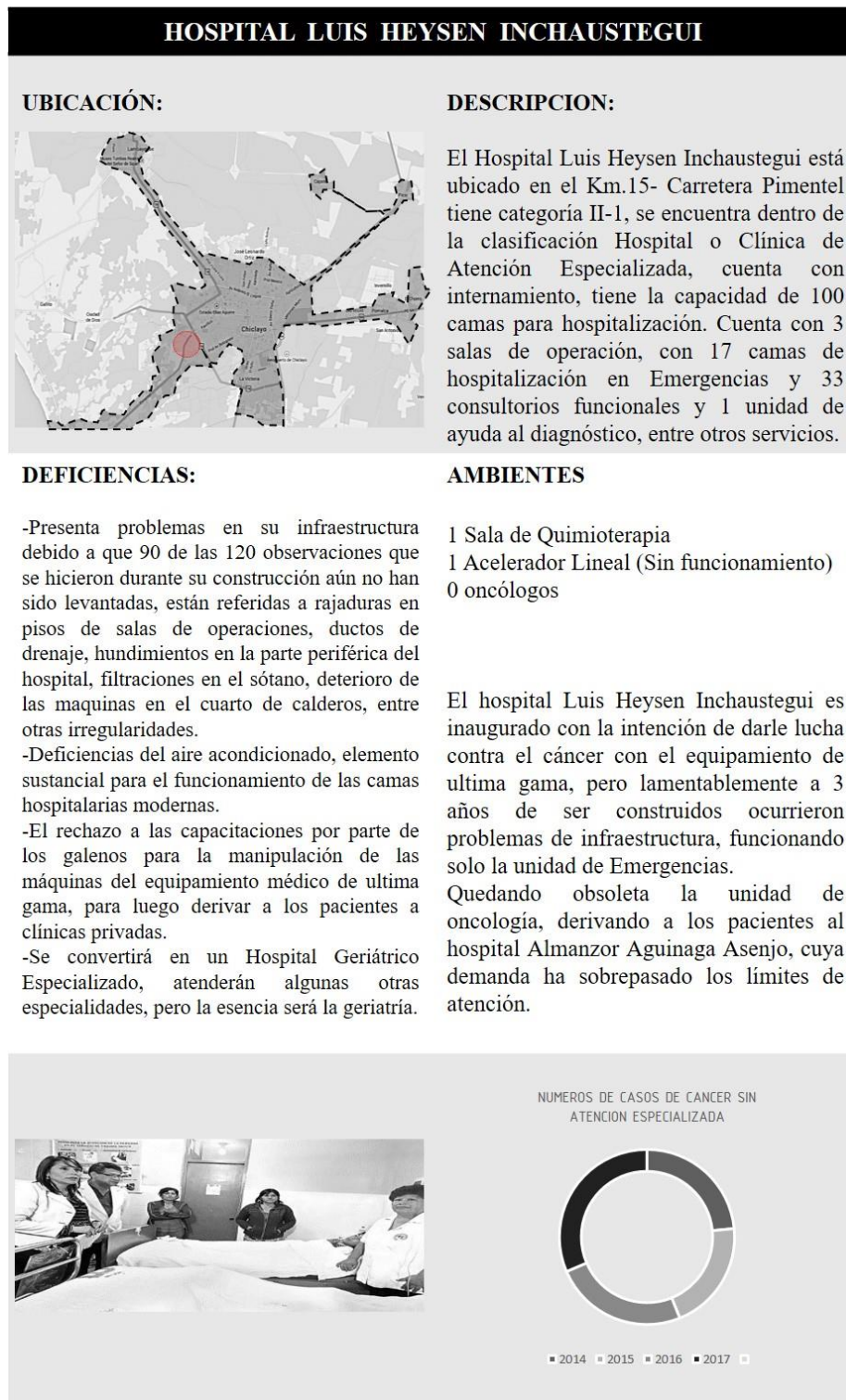


Figura 75: Ficha - Hospital Heysen Inchaustegui

Análisis de casos de cáncer de cuello uterino en la Región Lambayeque

CENTRO DE TRATAMIENTO DE CÁNCER ONCORAD

UBICACIÓN:



DESCRIPCION:

La clínica privada "Oncorad", es el único Centro Especializado en el tratamiento de cáncer en el Norte del país, está ubicado en la Av. José Leonardo Ortiz # 423, se encuentra dentro de la categoría Clínica Especializada, ha tratado a más de 2 000 pacientes, con resultados altamente satisfactorios y en la actualidad, mantenemos convenios interinstitucionales con instituciones como el Hospital Almanzor Aguinaga, Hospital Docente Las Mercedes, Hospital Regional Lambayeque y prestadoras de servicios de salud privadas.

DEFICIENCIAS:

El objetivo fue atender una necesidad del mercado de tratamientos para patologías funcionales cancerígenas, el mercado está totalmente activo, el recurso económico de muchos pacientes no está al alcance para recibir una atención privada especializada. -A pesar de los convenios con las diferentes instituciones de salud de la región, la demanda de pacientes no es muy productiva, debido a ser los únicos especialistas las tarifas de atención son muy altas. -El índice de incidencia de cáncer ha aumentado deliberadamente, siendo la segunda causa de muerte en las regiones norte del país.

AMBIENTES

- 1 Sala de Quimioterapia
- 1 Acelerador Lineal
- 2 oncólogos
- Despistajes Oncológicos
- Radioterapia
- Braquiterapia

El Centro de Tratamiento de Cáncer Oncorad presenta una atención especializada de primera, ofrece tratamientos de los diferentes tipos de tumores, tratamientos paliativos y tratamientos de tumores benignos



Figura 76: Ficha - Oncorad (Privado)

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES:



Se procede analizar las diferentes infraestructuras de salud ubicadas en la región de Lambayeque debido al creciente número de pacientes y sus tipologías con la finalidad de poder analizar la oferta y poder determinar el déficit con respecto a la demanda.

El método de la observación es uno de los más importantes aplicados para poder identificar problemas de infraestructuras en la región, del mismo modo identificar criterios que pueden aplicarse de manera eficiente en el proyecto.

Respecto al “tema de la infraestructura” se observa que el 38% no cuenta con una infraestructura adecuada para las unidades asistenciales administrativas y el 28% no cuenta con la infraestructura adecuada para las unidades asistenciales mínimas, por lo expuesto existe descontento por parte de los pacientes en cuanto a los servicios de salud se refiere, este problema incide directamente en la **INEFICACIA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS**.

CAPITULO IV

ANALIZAR EL PERFIL DEL PACIENTE ONCOLOGICO

4.1 Sub Capítulo: Analizar el perfil del paciente oncológico

4.1.1 Perfil del Usuario (paciente oncológico)

Para determinar el perfil del paciente oncológico, teniendo en cuenta variables sociales y clínicas, esto corresponde a todas las pacientes víctimas de este mal epidemiológico. Ello está conformados por las pacientes según el tipo de cáncer y dentro de ellas existen dos clasificaciones más, denominadas:

- ✓ **Paciente Interno:** Es el paciente que permanece por unas fechas en el nosocomio, en el caso de pacientes con neoplasias la hospitalización dura 15 días aproximadamente. El paciente, siempre requerirá la compañía de un familiar, muchas veces, es debido a que los tratamientos como la quimioterapia, disminuye las defensas y necesita ser chequeados de forma permanente.

- ✓ **Paciente Ambulatorio:** Es el paciente que no requiere hospitalización, realiza visitas seguidas al nosocomio, siguiendo las instrucciones debidas del personal médico correspondiente.

4.1.2 Situación de los pacientes y familiares en relación a la Atención

Enfrentarse a la realidad hospitalaria, es darle lucha a las dificultades y a los desajustes propios del sistema, por lo que muchas veces la experiencia de ser atendido, se transforma en una situación traumática, en donde los pacientes y sus familiares sufren de una sensación de desamparo, etc.

La mayoría de los pacientes exigen mejoras para el sector salud, largas listas de espera, falta de equipamiento médico, ausencia de oncólogos, discriminación a los accesos a los sistemas de salud, etc.



Figura 77: Situación del paciente en el Hospital Almanzor Aguinaga



Figura 78: Situación de los familiares en relación a la Atención

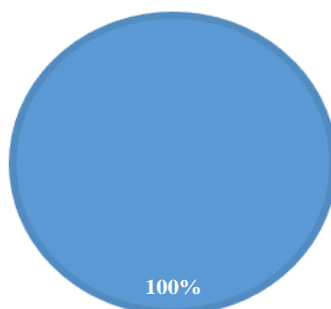
El Perfil de la Población Encuestada

Se basa en los resultados que obtuvimos de una serie de preguntas que nos ayudaron a saber un poco más sobre la problemática del cáncer de cuello uterino en la Región Lambayeque – Distrito La Victoria

1. ¿Conoce usted algún caso de cáncer de cuello uterino?

Porcentaje de personas que contestaron que si conocen algún caso de cáncer de cuello uterino

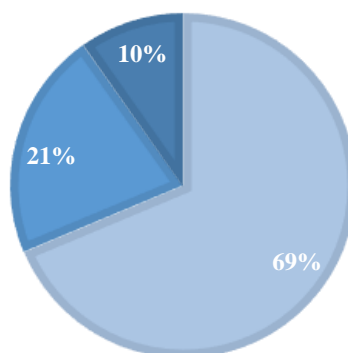
	N	%
Si	377	100



2. ¿En quién fue detectada dicha enfermedad?

Porcentaje de personas en quien fue detectada dicha enfermedad

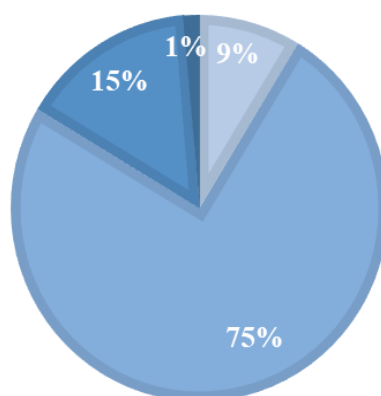
	N	%
Usted	259	68.7
Familiar	81	21.5
Amigos	37	9.8
Total	377	100



3. Su grupo de edad al momento de diagnosticársele la enfermedad es:

Porcentaje de edades en las que fue detectada dicha enfermedad

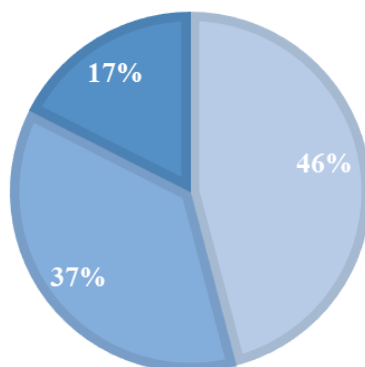
	N	%
20 - 30 años	33	8.8
31 - 40 años	282	74.8
41 -50 años	57	15.1
51 a más	5	1.3
Total	377	100



4. ¿En qué grado se diagnosticó la enfermedad?

Porcentaje de etapa en la que se diagnosticó dicha enfermedad

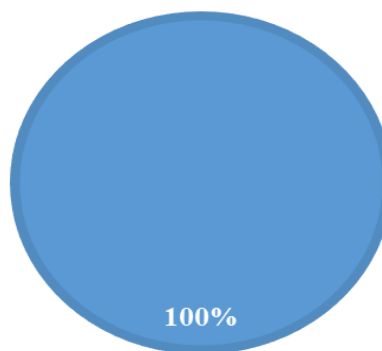
	N	%
I etapa	173	45.9
II etapa	138	36.6
III etapa	66	17.5
Total	377	100



5. **¿Estarías de acuerdo con la idea de la creación de un centro oncológico especializado de cáncer de cuello uterino?**

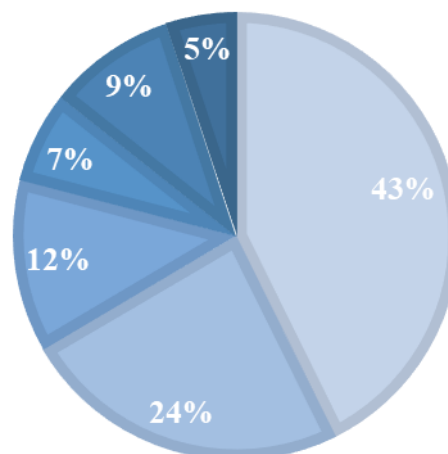
Porcentaje de personas que están en de acuerdo o en desacuerdo con respecto a la creación de un centro oncológico especializado de cáncer de cuello uterino.

	N	%
Si	377	100



Personas que respondieron SI y su porque prefieren y/o les gustaría la idea de la creación de un Centro Oncológico.

	N	%
No hay instituciones.	161	42.7
Sin recursos para viajar a localidades donde hay tratamiento.	90	23.9
No hay el tratamiento adecuado.	47	12.5
Avanza el cáncer.	25	6.6
No hay médicos especialistas.	35	9.3
Falta de apoyo del sector público (Salud).	19	5.0
Total	377	100



Según la **Escala Valorativa** que se realizó, pudimos darnos cuenta de lo que prefieren el paciente y/o persona externa para la creación de un centro oncológico.

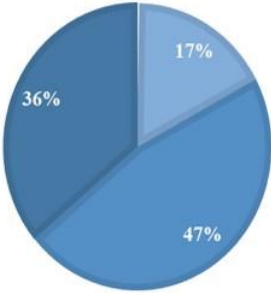

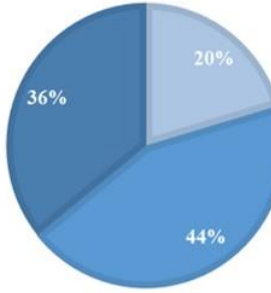

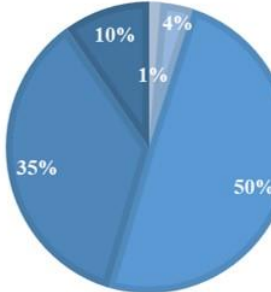

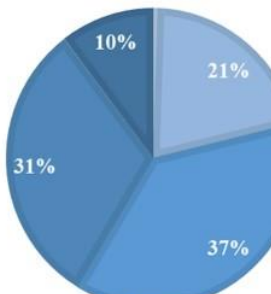

AMBIENTE	PORCENTAJE	IMAGEN
Tener más áreas de quimioterapias de las comunes		 <p>El 47% se encuentra de acuerdo</p>
Tener zonas de descanso		 <p>El 44% se encuentra de acuerdo</p>
Contar con una capilla		 <p>El 50% se encuentra medianamente de acuerdo</p>
Tener un alojamiento solo para los pacientes		 <p>El 37% se encuentra medianamente de acuerdo</p>
<p> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Medianamente de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo </p>		

Figura 79: Porcentajes de la valoración
Fuente: Elaboración Propia

AMBIENTE	PORCENTAJE	IMAGEN
Contar con estacionamiento interno		<p>El 53% se encuentra medianamente de acuerdo</p>
Tener áreas de teléfonos públicos		<p>El 49% se encuentra medianamente de acuerdo</p>
Contar con zona de cajeros automáticos		<p>El 41% se encuentra de acuerdo</p>
Tener una o varias salas de investigación		<p>El 45% se encuentra de acuerdo</p>
Contar con auditorio		<p>El 42% se encuentra medianamente de acuerdo</p>
<p> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Medianamente de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo </p>		

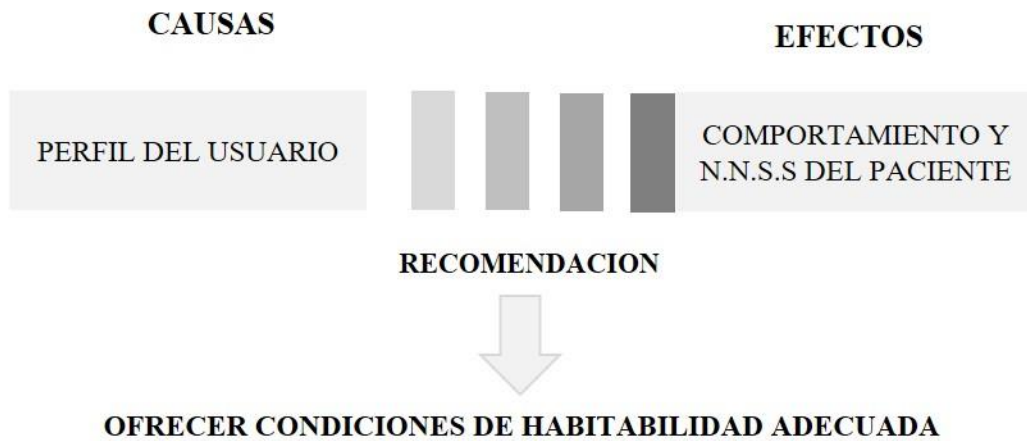
Figura 80: Porcentajes de la valoración
Fuente: Elaboración Propia

AMBIENTE	PORCENTAJE	IMAGEN
Área para los hijos de las pacientes		<p>El 43% se encuentra de acuerdo</p>
Cafetines		<p>El 43% se encuentra medianamente de acuerdo</p>
Contar con jardines terapéuticos		<p>El 46% se encuentra totalmente de acuerdo</p>
Contar con áreas de cirugías		<p>El 46% se encuentra totalmente de acuerdo</p>
<p> Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Medianamente de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo </p>		

Figura 81: Porcentajes de la valoración

Fuente: Elaboración Propia

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES:



El ser diagnosticado con cancer produce necesariamente cambios psicológicos en el paciente y en la familia, dependiendo del estadio en el que ha sido diagnosticado, de su sistema de apoyo, el perfil del paciente oncológico nos muestra cómo ha sufrido cambios a través de los años, "Escenas que se han convertido en habituales, pero que no las vuelven aceptables", denuncian profesionales médicos de los hospitales públicos.

Diversos estudios recientemente elaborados, han revelado que la calidad de los espacios, en relación a la disponibilidad de visitas e independencia produce, entre otros fenómenos positivos, tiempos reducidos de hospitalización.

Se evidencia la importancia de considerar la configuración espacial hospitalaria como un factor que influye en la mejora y bienestar de los pacientes.

3.2. Programa Arquitectónico

Análisis de espacio funcional

3.2.1. Organigrama Funcional

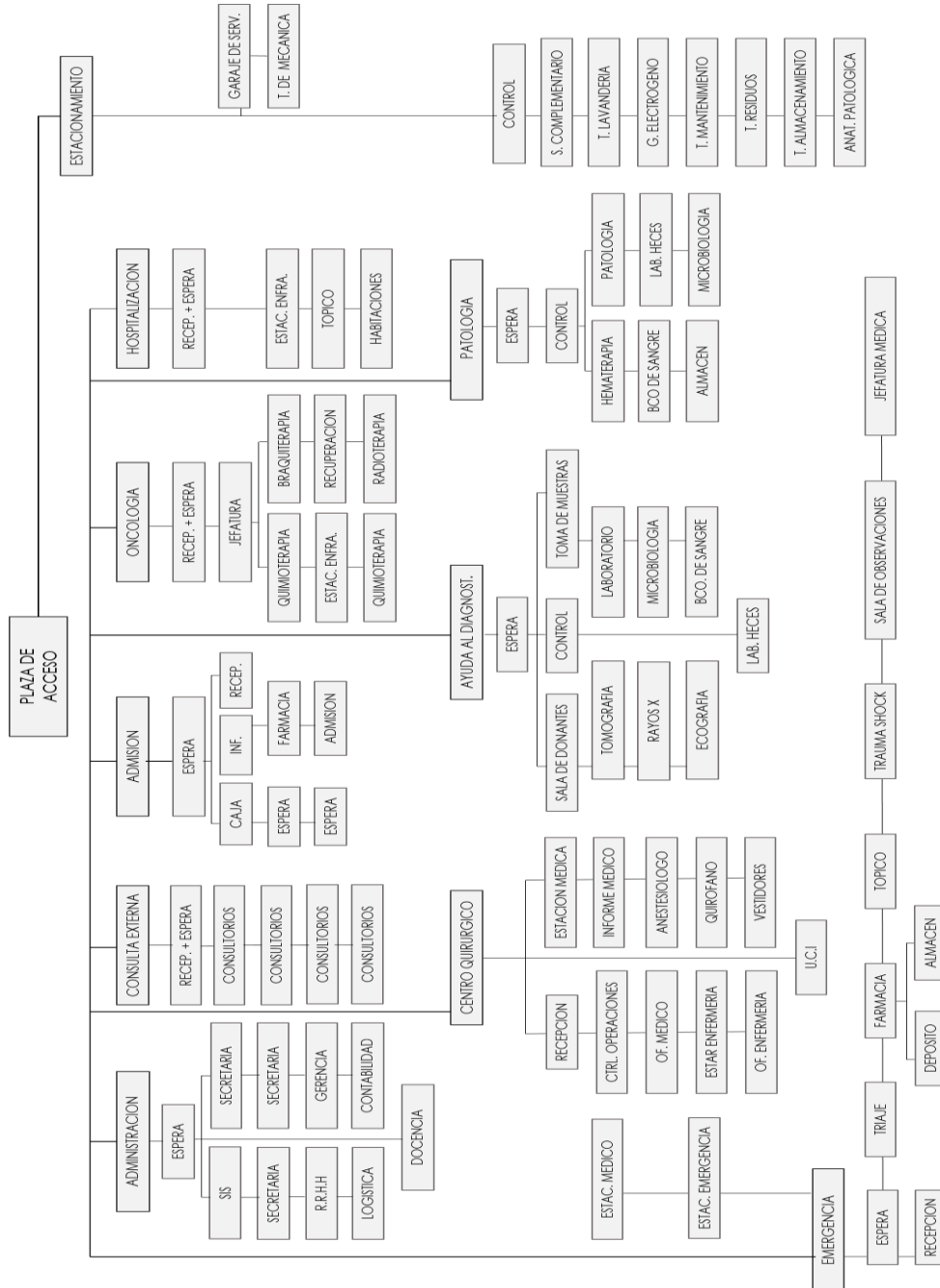


Figura 82: Organigrama Funcional del proyecto arquitectónico

Fuente: Elaboración Propia

- **Organigrama para lograr el programa de áreas**

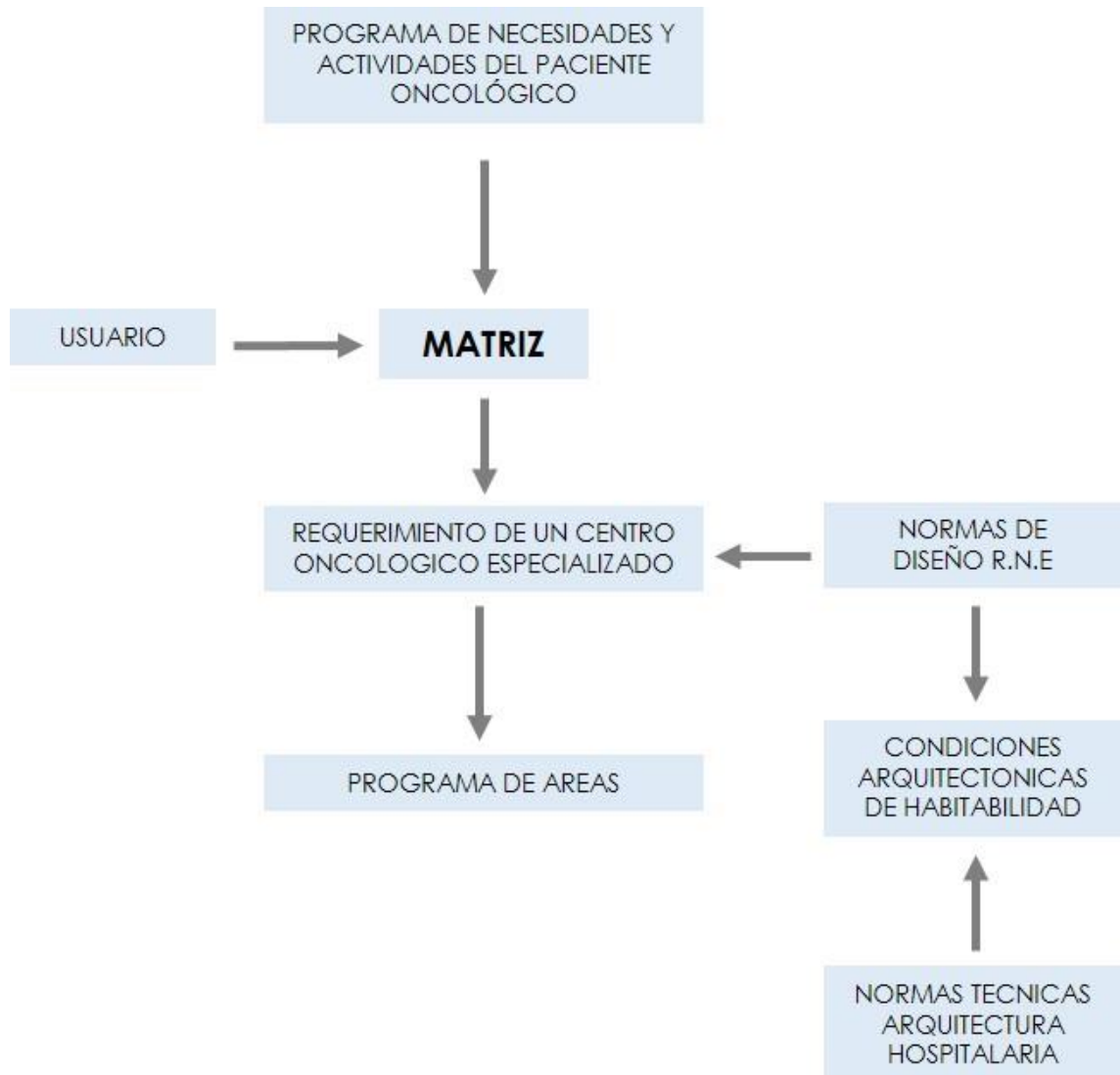


Figura 83: Programa Organizativo para lograr el programa de áreas
Fuente: Elaboración Propia

b) Bloque de Consulta Externa

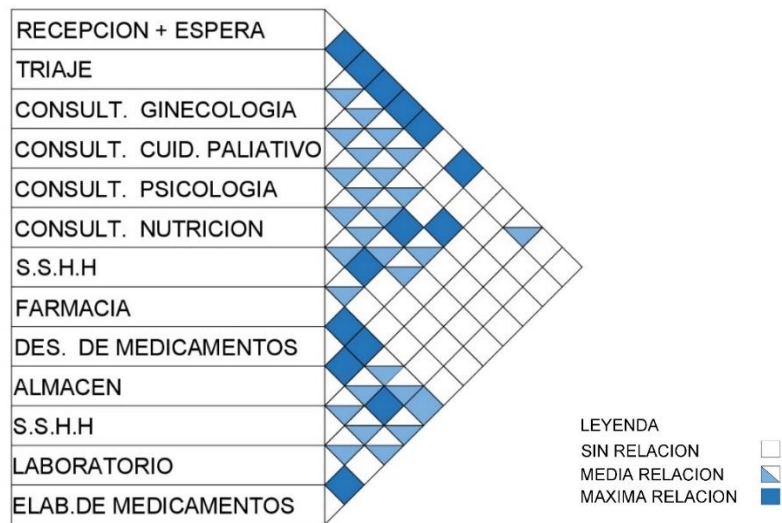


Figura 85: Trama de Interacción, Bloque de Consulta Externa
Fuente: Elaboración Propia

c) Bloque de Ayuda al Diagnostico

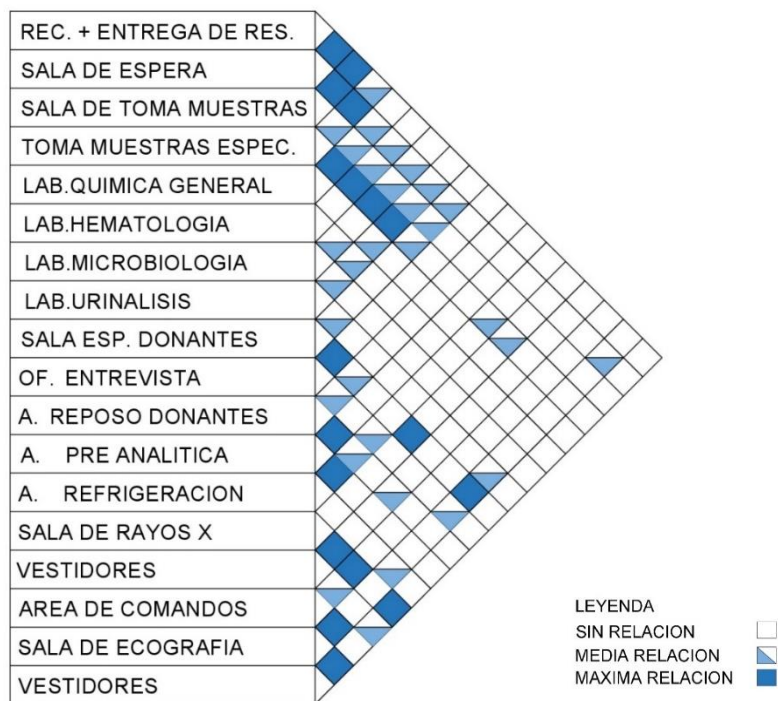


Figura 86: Trama de Interacción, Ayuda al Diagnostico
Fuente: Elaboración Propia

e) Bloque de Hospitalización



Figura 88: Trama de Interacción, Hospitalización
Fuente: Elaboración Propia

f) Bloque de Servicios Complementarios

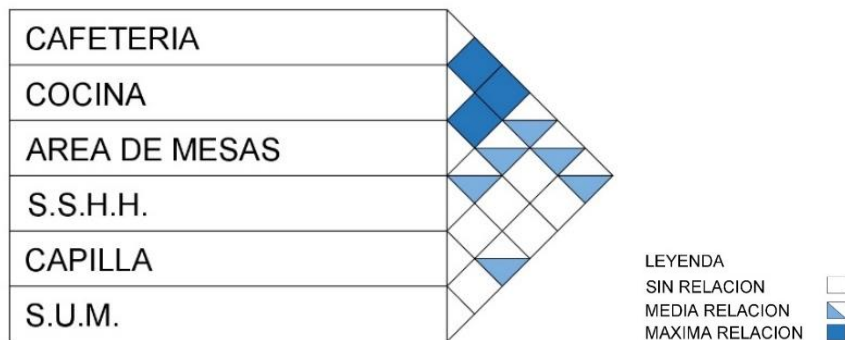


Figura 89: Trama de Interacción, Servicios Complementarios
Fuente: Elaboración Propia

g) Bloque Centro Quirúrgico

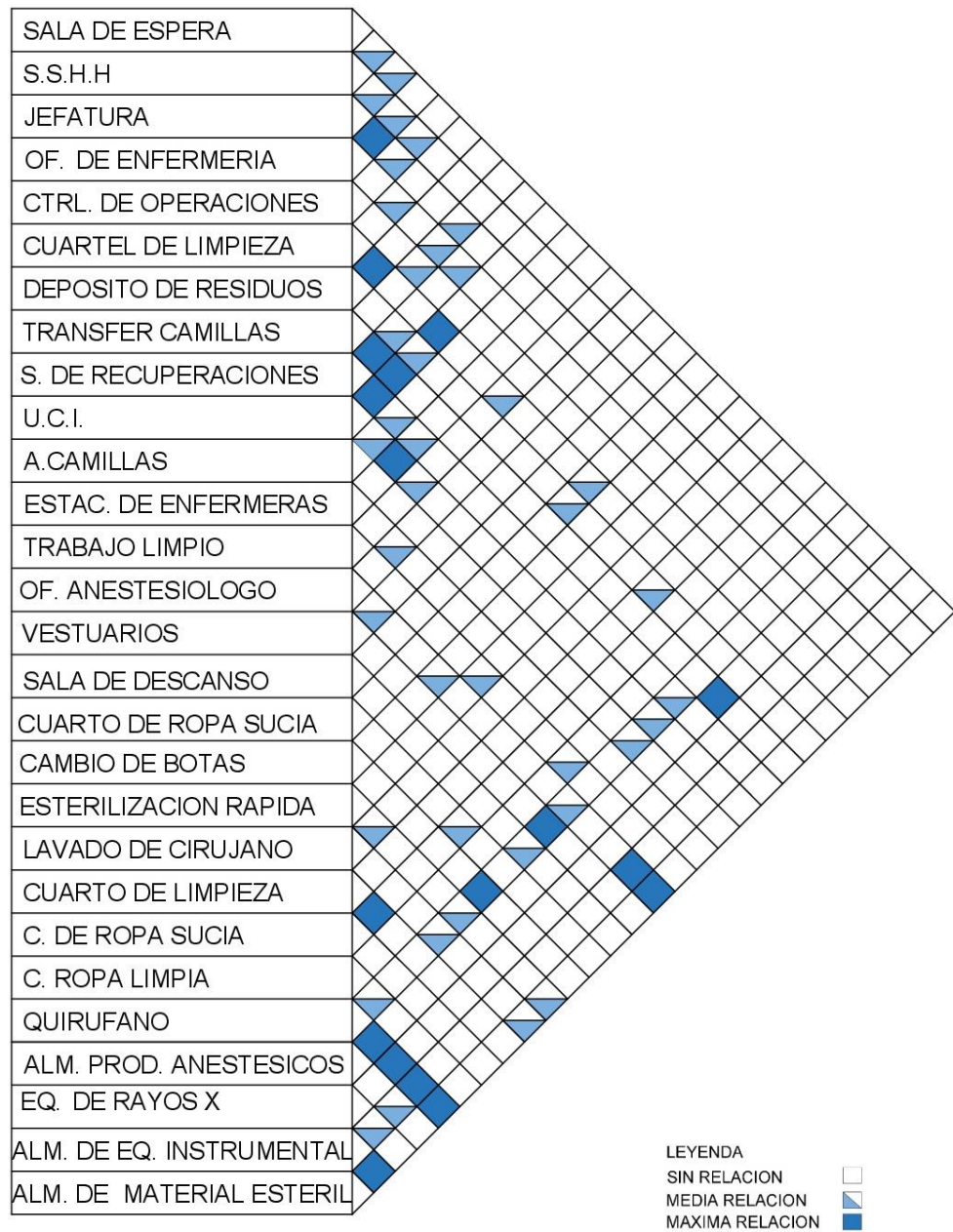


Figura 90: Trama de Interacción, Centro Quirúrgico
Fuente: Elaboración Propia

h) Bloque Emergencia



Figura 91: Trama de Interacción, Emergencia
 Fuente: Elaboración Propia

i) Bloque Anatomía Patológica

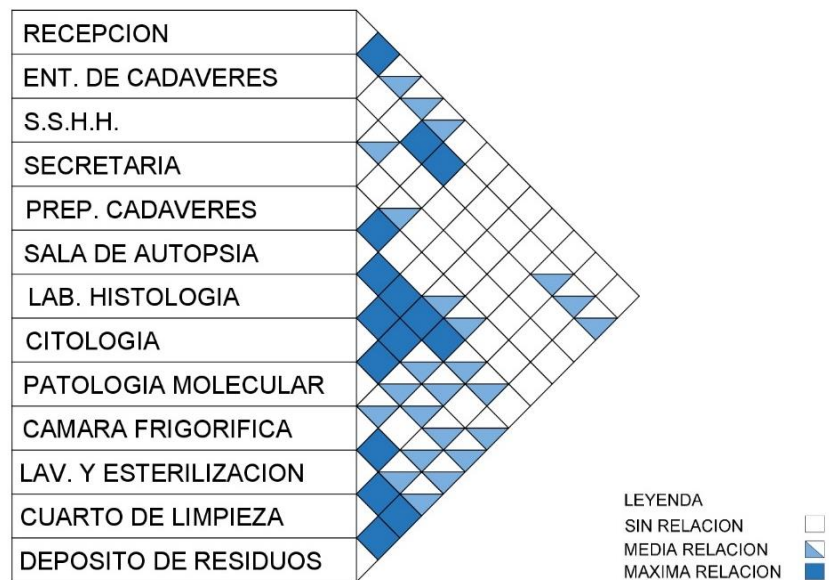


Figura 92: Trama de Interacción, Anatomía Patológica
 Fuente: Elaboración Propia

3.2.3. Flujograma de diseño

a) Diagrama de Diseño

- Zona de Administración

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	ADMINISTRACION	Hall
2		Espera
3		Recepción
4		Atencion al SIS
5		Secretaria
6		Recursos Humanos
7		Logistica
8		Relaciones Publicas
9		Contabilidad
10		S.S.H.H.
11		Sala de Reuniones
12		Gerencia
13		Sub-Direccion
14		Dirección General
15		Dirección Medica
16		Dirección Técnica
17		Dirección Enfermería
18		S.S.H.H.

Leyenda

Más Importante ●
 Menos Importante ●

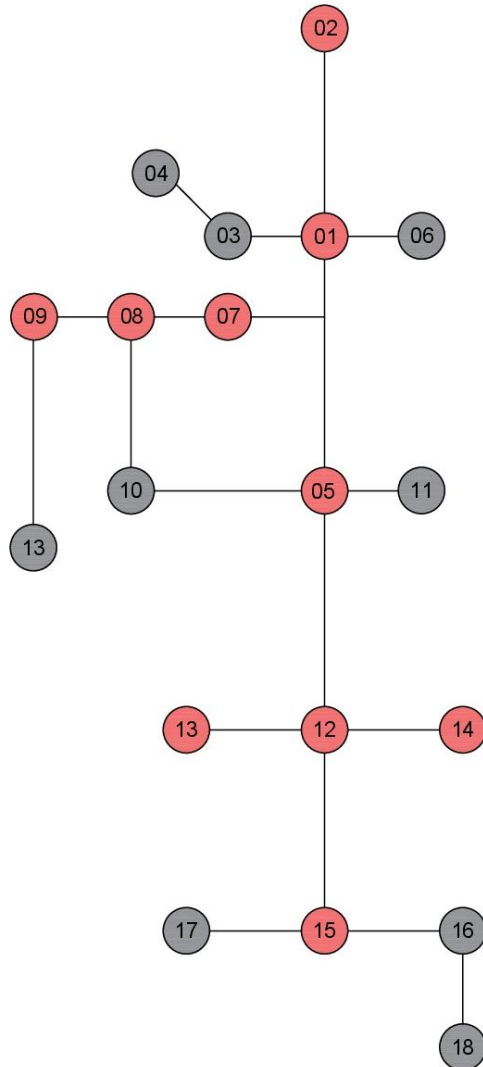


Figura 94: Flujograma de Diseño de la zona
 Fuente: Elaboración Propia

• **Zona de Consulta Externa**

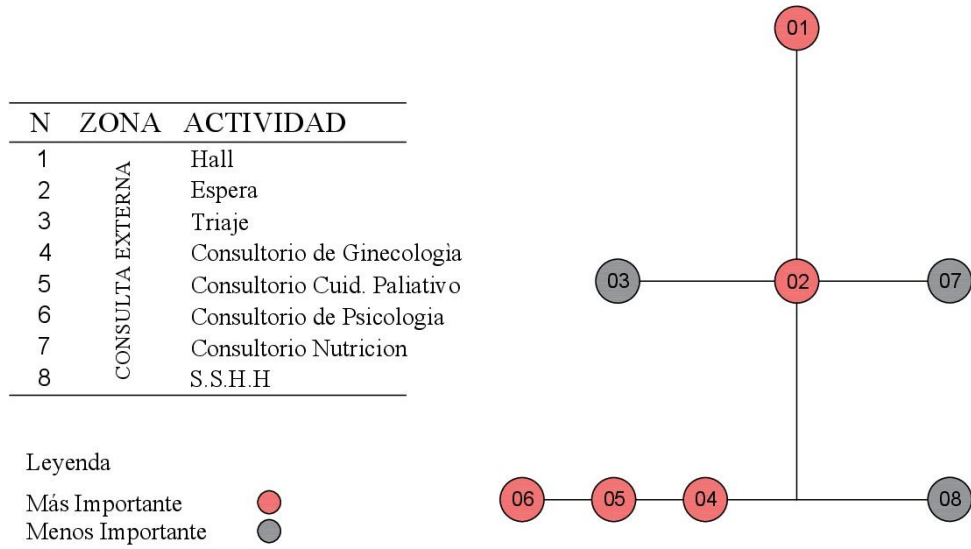


Figura 95: Flujograma de Diseño de la Zona
 Fuente: Elaboración Propia

• **Zona de Farmacia**

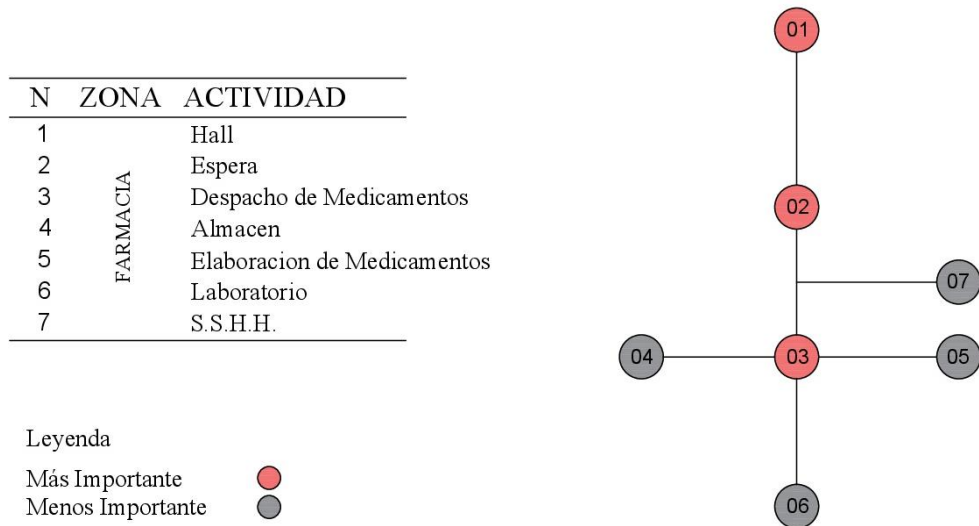


Figura 96: Flujograma de Diseño de la Zona
 Fuente: Elaboración Propia

- **Zona de Ayuda al Diagnostico**

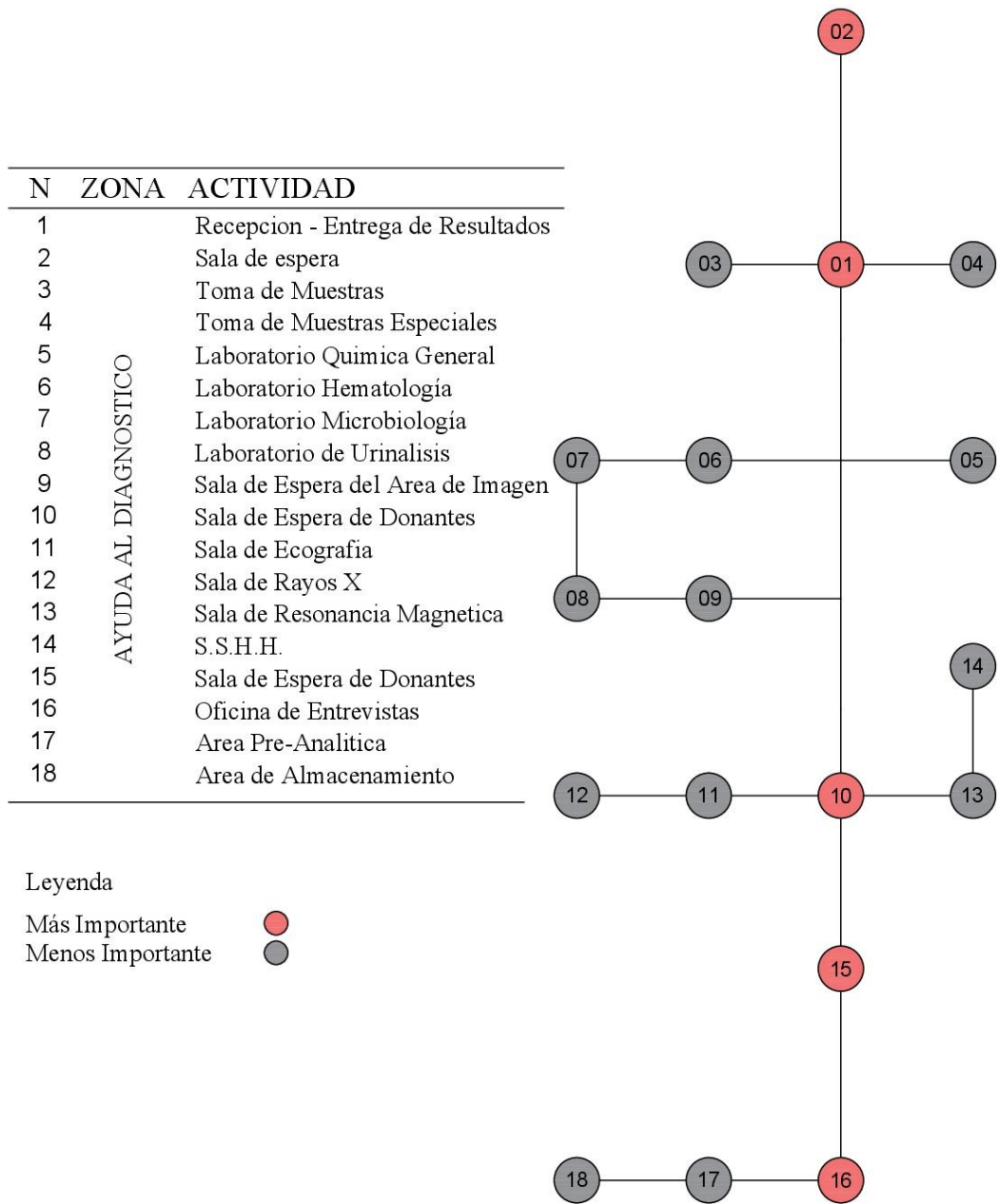


Figura 97: Flujograma de Diseño de la Zona
Fuente: Elaboración Propia

• Zona de Oncología

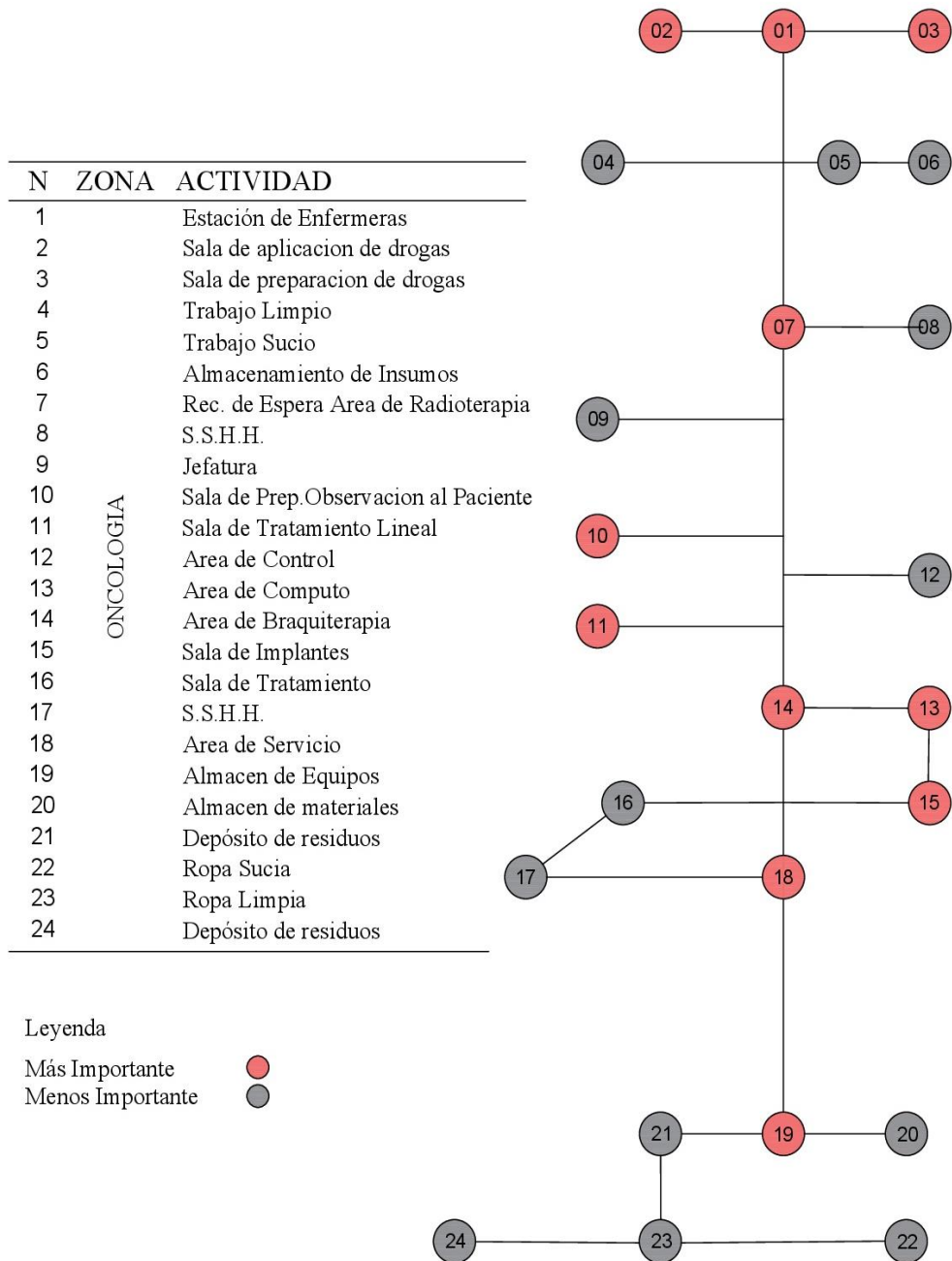


Figura 98: Flujograma de Diseño de la Zona
Fuente: Elaboración Propia

Zona de Hospitalización

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	HOSPITALIZACION	Estación de Enfermeras
2		Habitaciones Simples
3		Habitaciones Dobles
4		Habitaciones de Aislados
5		Trabajo Sucio
6		Trabajo Limpio
7		Cocineta de Distribucion
8		Cuarto de limpieza
9		Deposito de ropa sucia
10		Deposito de ropa limpia
11		Almacen de Medicamentos
12		Area de camillas
13		Deposito de residuos
14		S.S.H.H.

Leyenda

Más Importante



Menos Importante

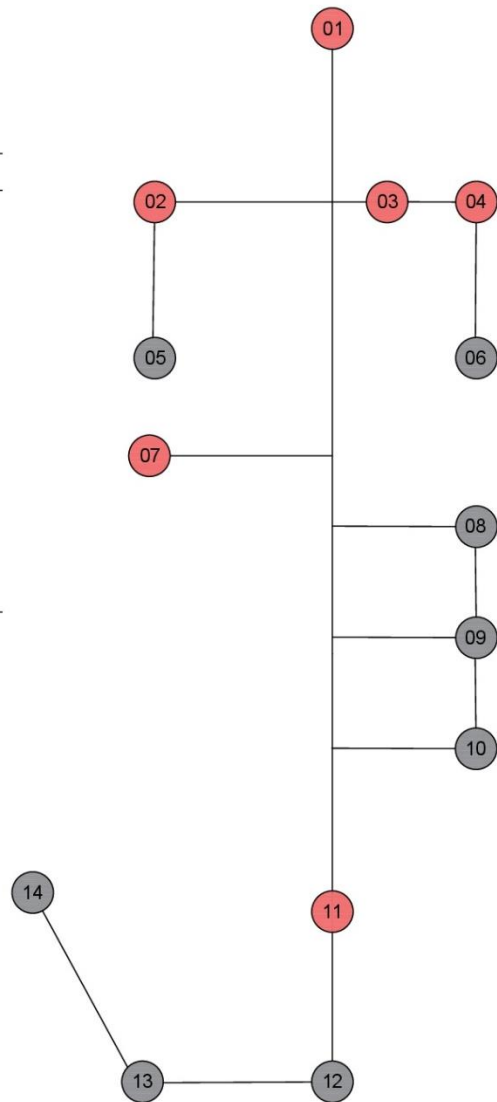


Figura 99: Flujograma de Diseño de la Zona de Hospitalización
Fuente: Elaboración Propia

• Zona de Oncología

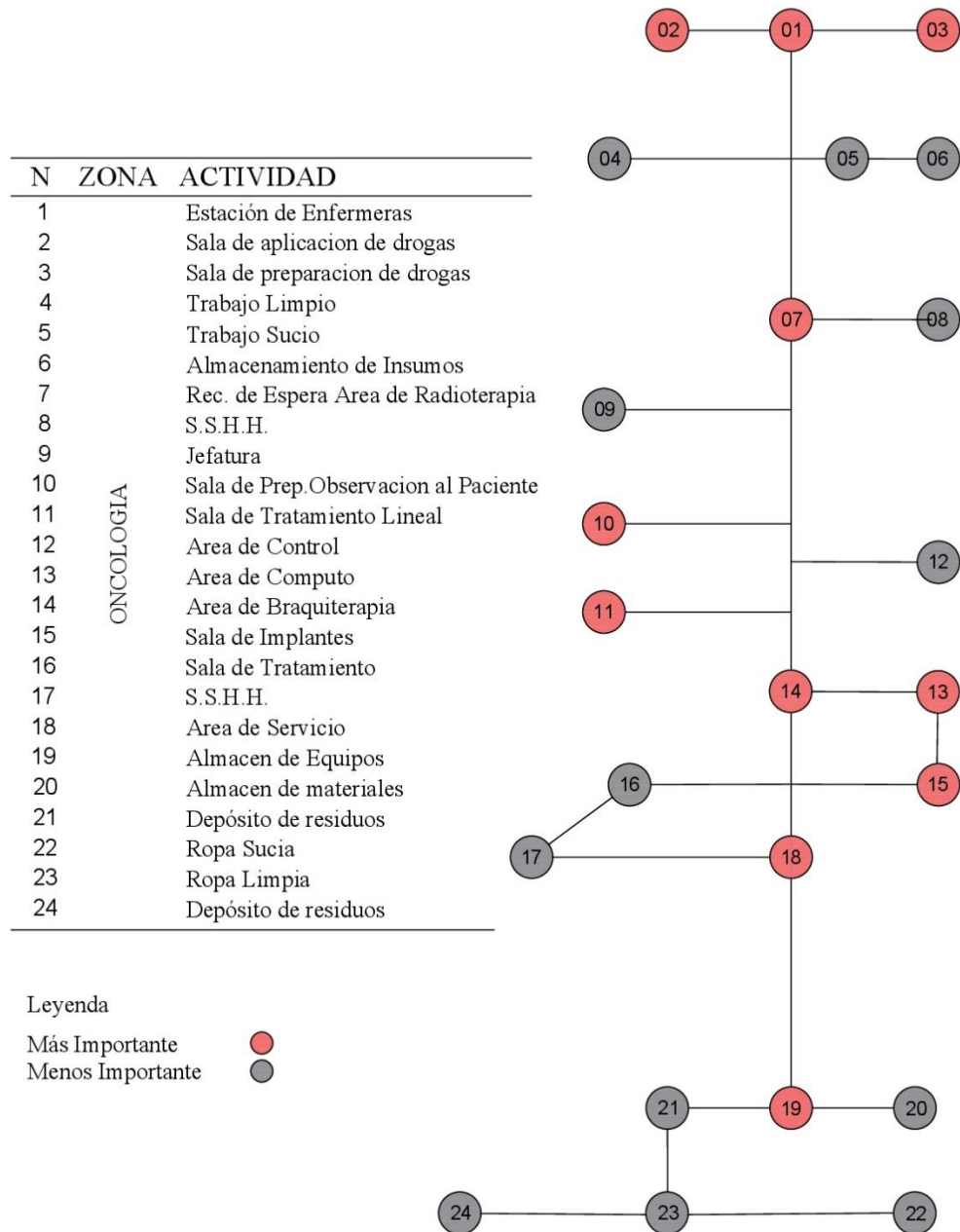


Figura 100: Flujograma de Diseño de la Zona de Oncología
Fuente: Elaboración Propia

- **Zona de Emergencia**

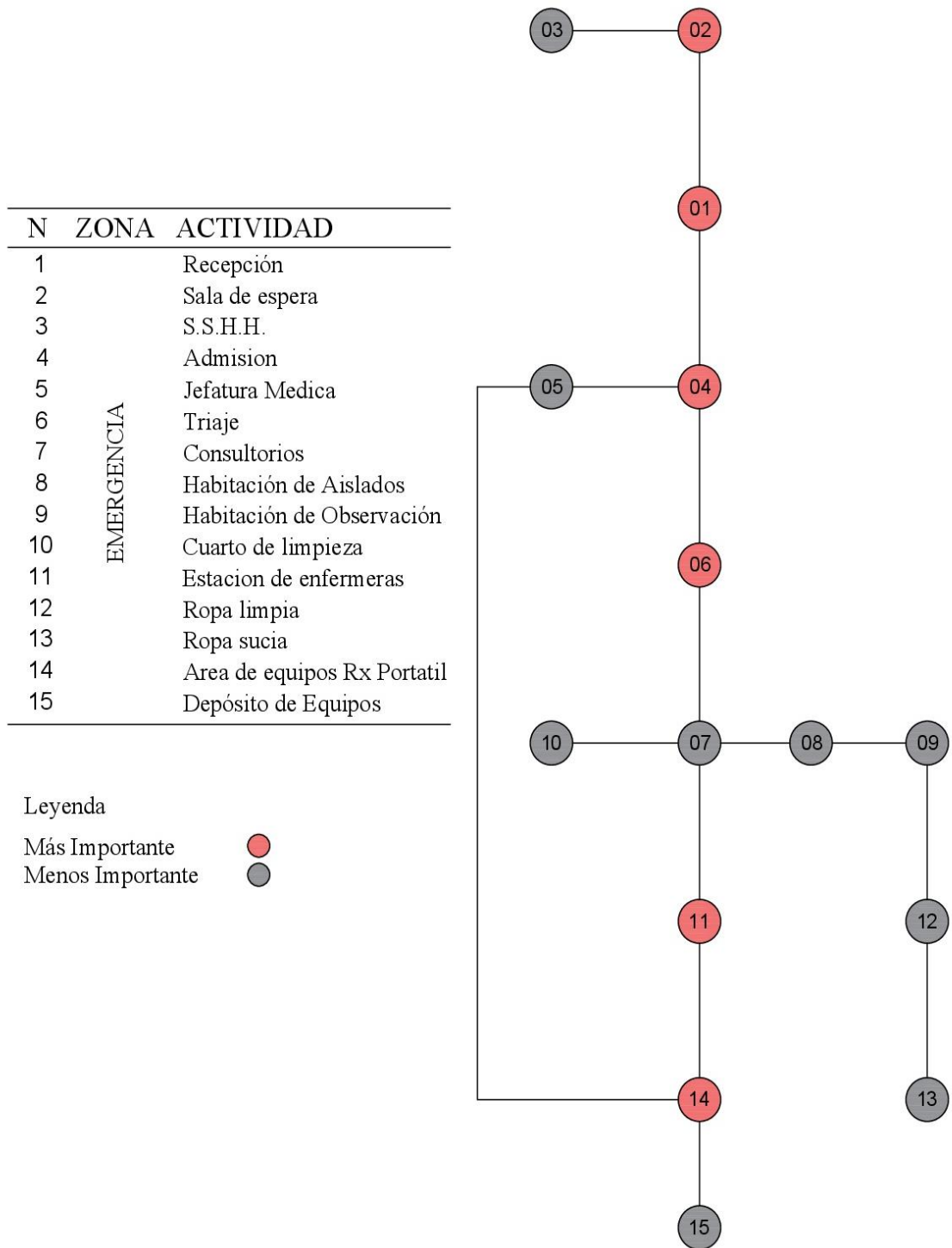


Figura 101: Flujograma de Diseño de la Zona de Emergencia
Fuente: Elaboración Propia

- **Zona de Anatomía Patológica**

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	ANATOMIA PATOLOGICA	Recepción
2		Sala de espera
3		S.S.H.H.
4		Secretaria
5		Area de Trabajo
6		Reparacion de cadáveres
7		Citologia
8		Laboratorio de Histología
9		Sala de Autopsia
10		Cámara Frigorífica
11		Cuarto de Limpieza
12		Deposito de Residuos

Leyenda

Más Importante ●
 Menos Importante ●

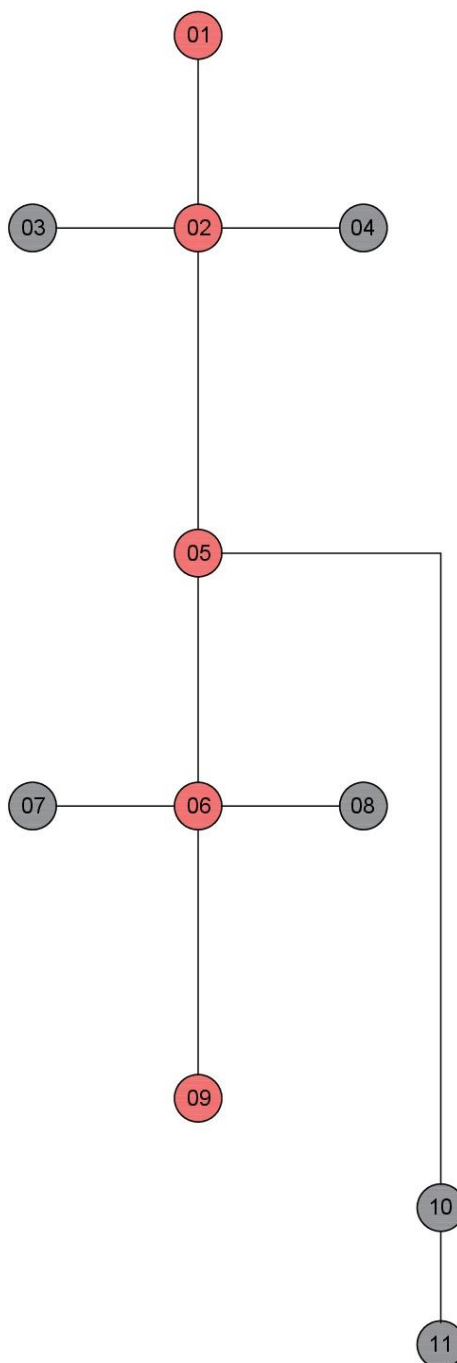


Figura 102: Flujograma de Diseño de la Zona de Anatomía Patológica
 Fuente: Elaboración Propia

• **Zona de Servicios Generales**

N	ZONA	ACTIVIDAD
1	Nutricion y Dietetica	Estacionamiento
2		Recepcion
3		Jefatura
4		Cocina + Area de Trabajo
5		Area de lavado
6		Cámara Frigorifica
7		Comedor de Personal
8	Lavanderia y Roperia	Recepcion y Seleccion de ropa sucia
9		Clasificacion y Peso
10		Lavado - Secado
11		Costura
12		Deposito de ropa sucia
13		Entrega de ropa limpia
14		Jefatura
15	Vest.	SS.HH Vestuarios Mujeres
16		SS.HH Vestuarios Hombres
17	Mantenimiento y Talleres	Jefatura de Mantenimiento
18		T. de Mantenimiento Eq. Medico
19		T.Mantenimientos Electricidad
20		T.Mantenimiento Instalaciones
21		T.Mantenimiento Carpinteria
22		T.Mantenimiento Aire Acondicionamiento
23		Deposito de herramientas
24		Deposito de materiales

Leyenda

Más Importante ●
Menos Importante ●

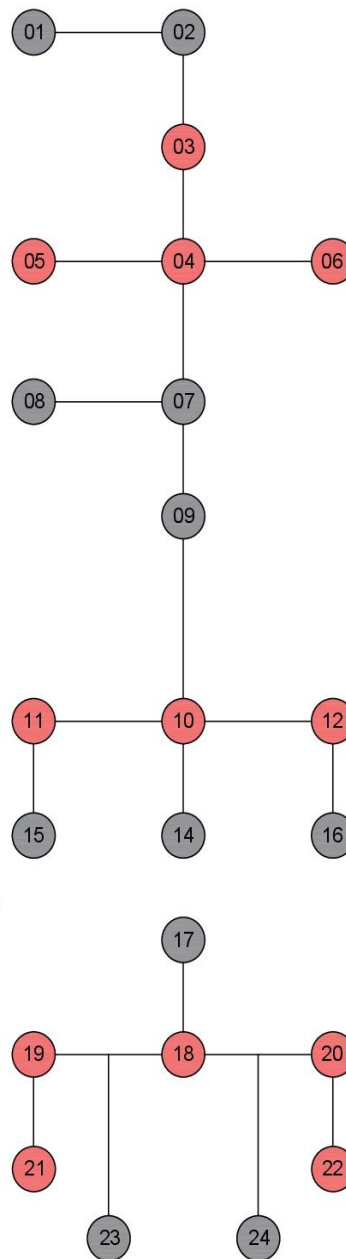


Figura 103: Flujograma de Diseño de la Zona de Servicios Generales
Fuente: Elaboración Propia

b) Diagrama de circulación

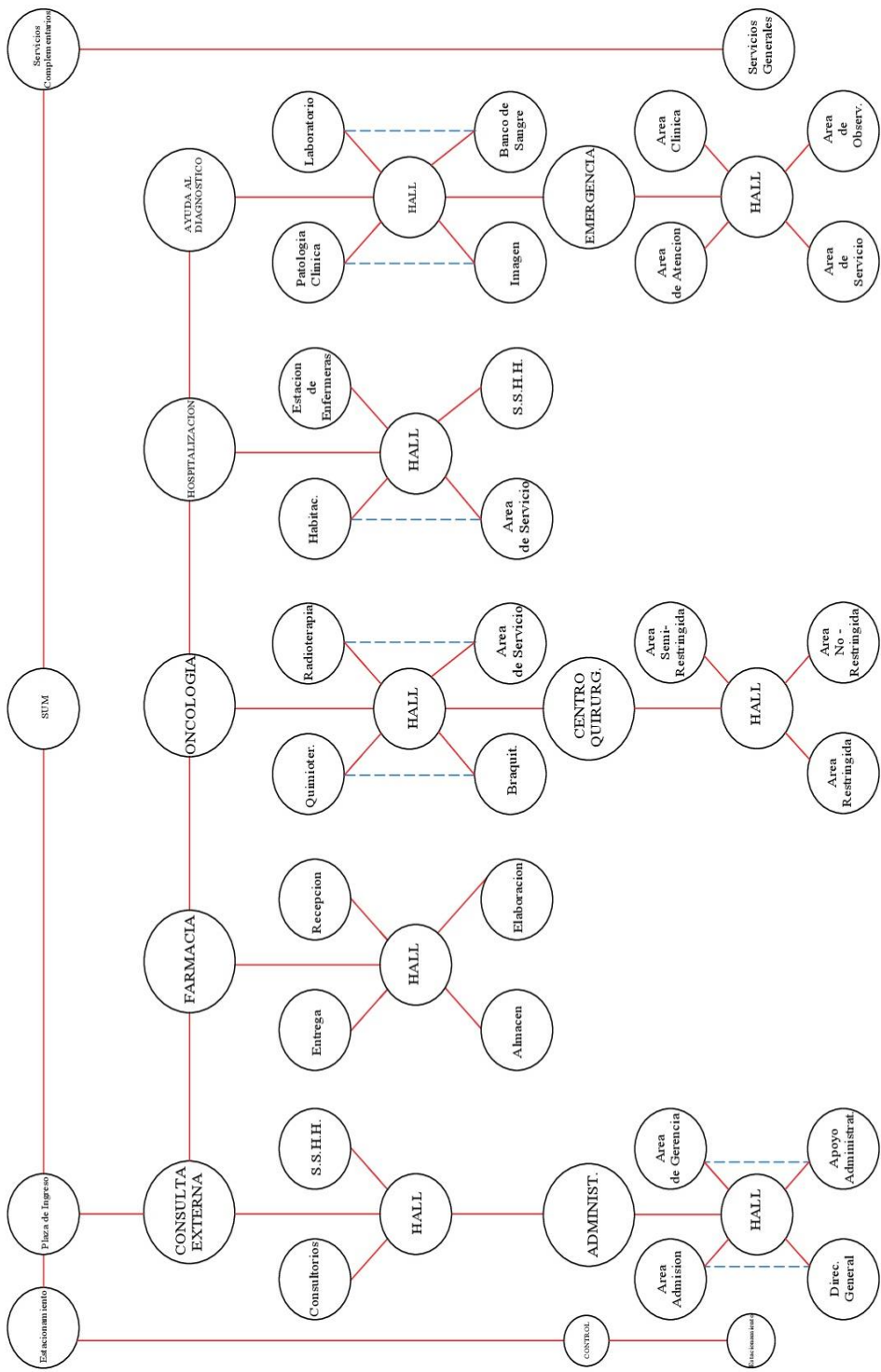


Figura 104: Diagrama de circulación
Fuente: Elaboración Propia

c) Diagrama de Flujo

-Farmacia:

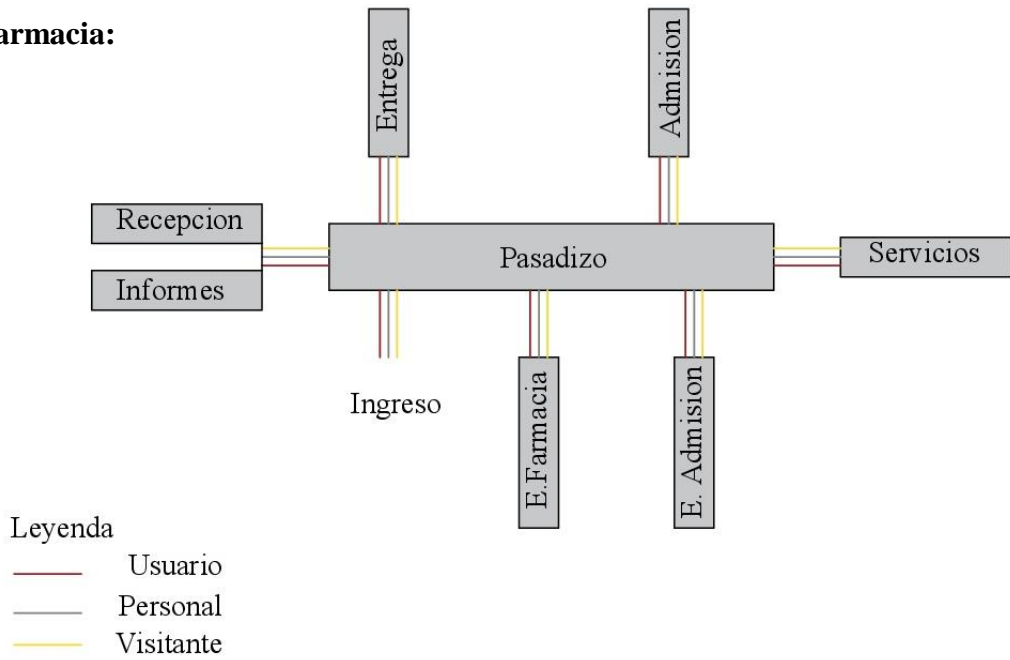


Figura 105: Diagrama General de Flujos, bloque de Farmacia
Fuente: Elaboración Propia

-Consulta Externa:

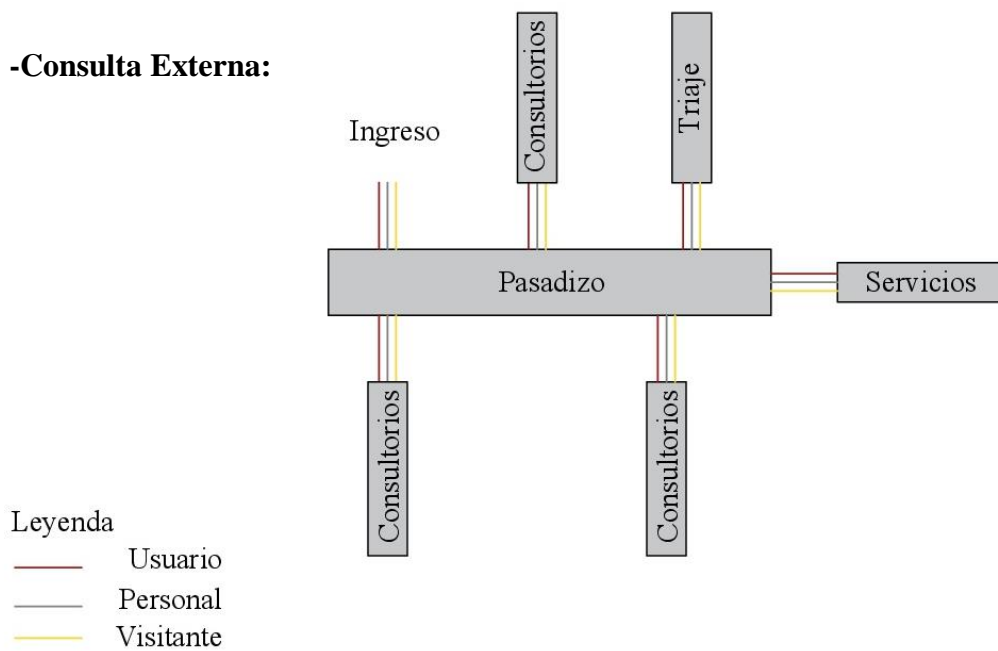


Figura 106: Diagrama General de Flujos, bloque de Consulta Externa
Fuente: Elaboración Propia

- Ayuda al Diagnostico

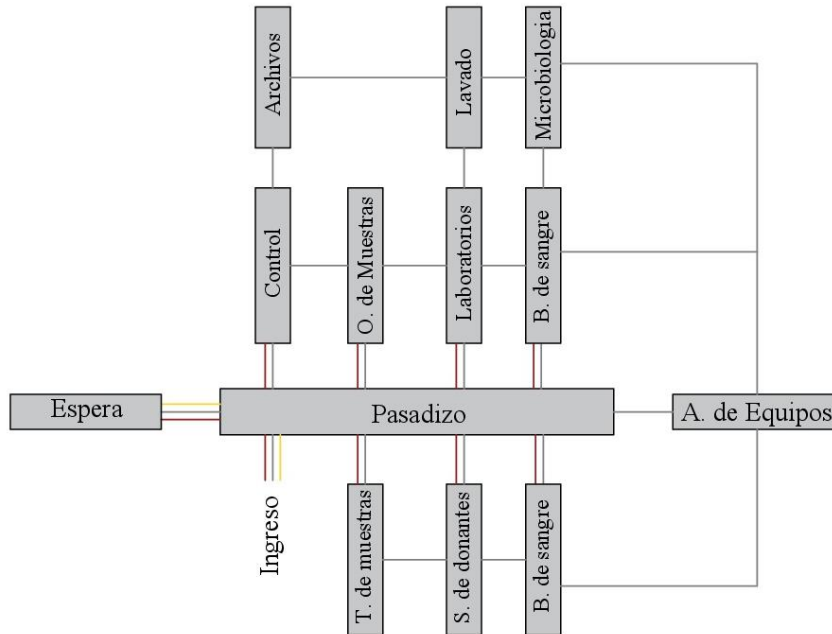
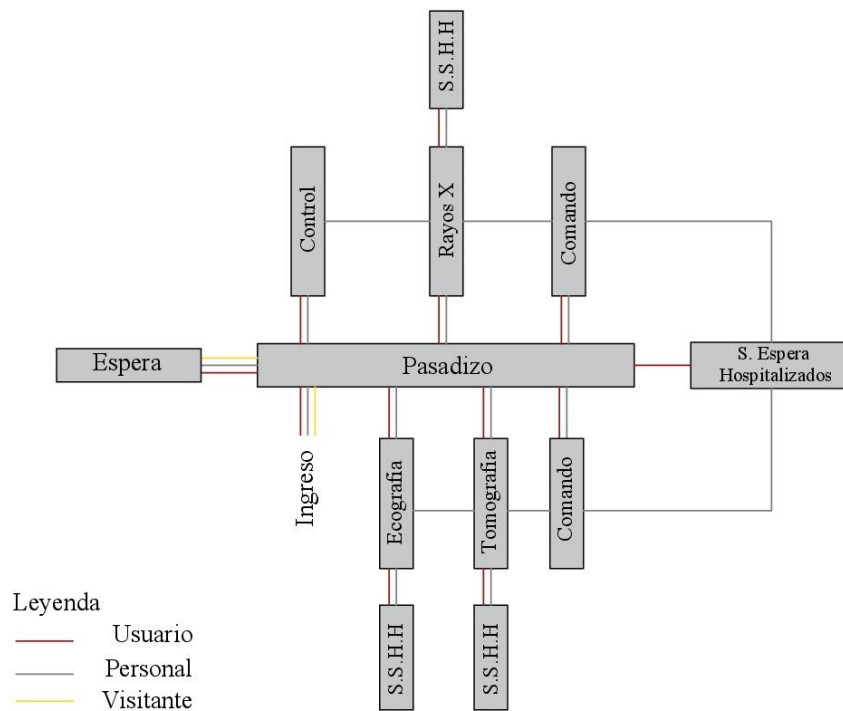


Figura 107: Diagrama General de Flujos, bloque de Patología - Laboratorio
Fuente: Elaboración Propia



Leyenda
 — Usuario
 — Personal
 — Visitante

Figura 108: Diagrama General de Flujos, bloque de Imagen
Fuente: Elaboración Propia

- **Hospitalización**

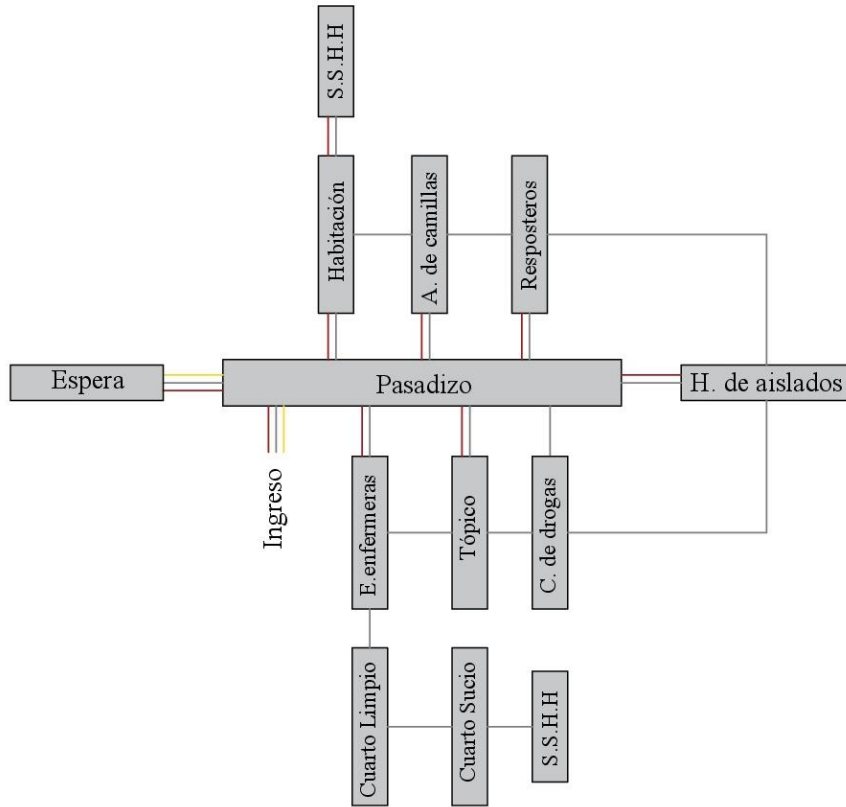


Figura 110: Diagrama General de Flujos, bloque de Hospitalización.
Fuente: Elaboración Propia

- **Anatomía Patológica**

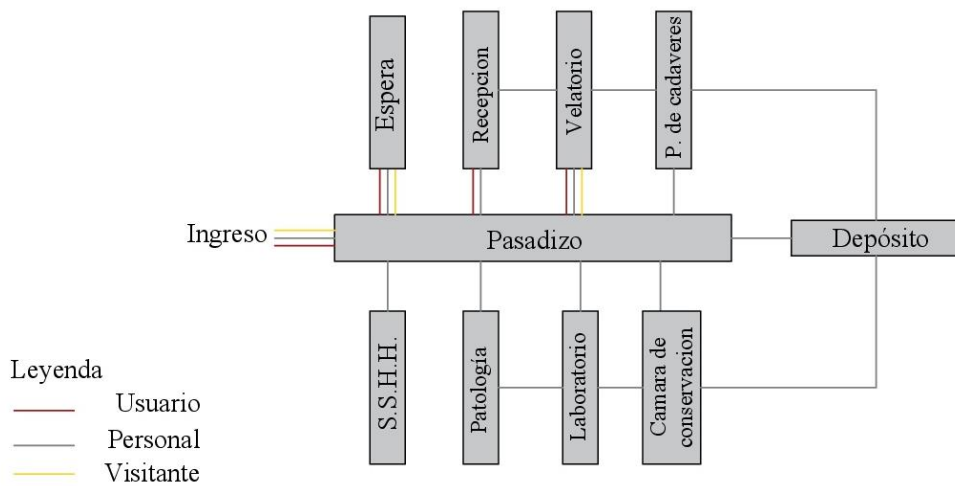


Figura 111: Diagrama General de Flujos, bloque de Anatomía Patológica
Fuente: Elaboración Propia

- **Emergencia**

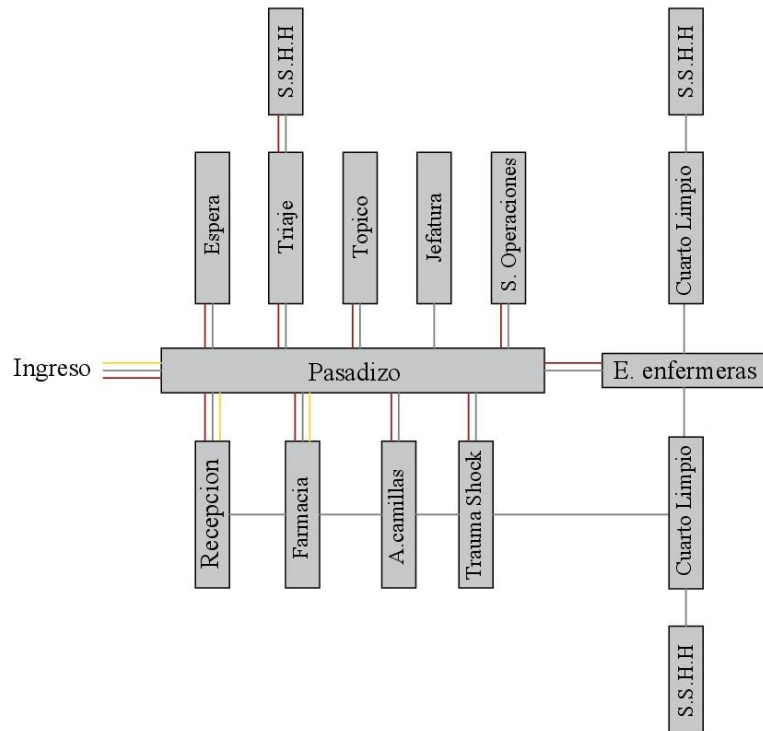


Figura 112: Diagrama General de Flujos, bloque de Emergencia
Fuente: Elaboración Propia

- **Servicios Complementarios**

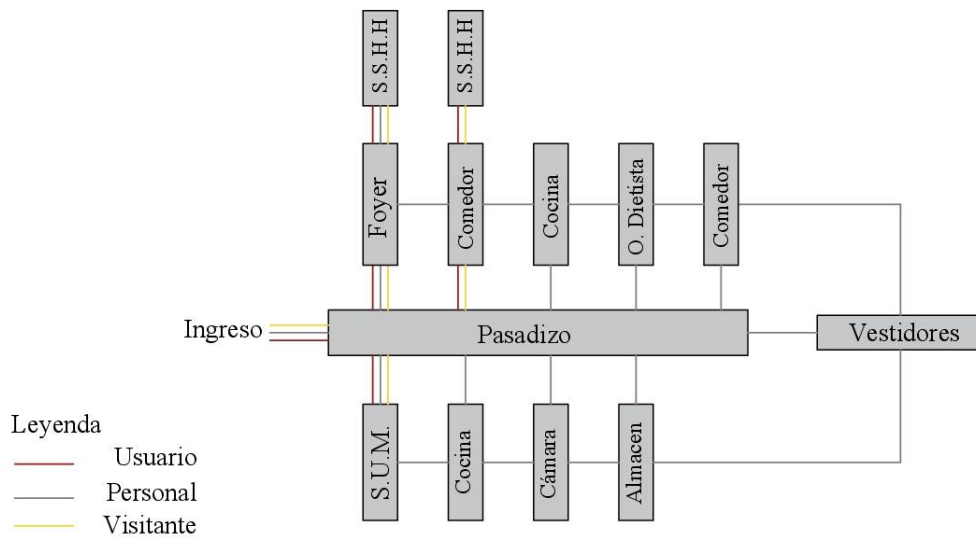


Figura 113: Diagrama General de Flujos, bloque de Serv. Complementarios
Fuente: Elaboración Propia

- **Administración**

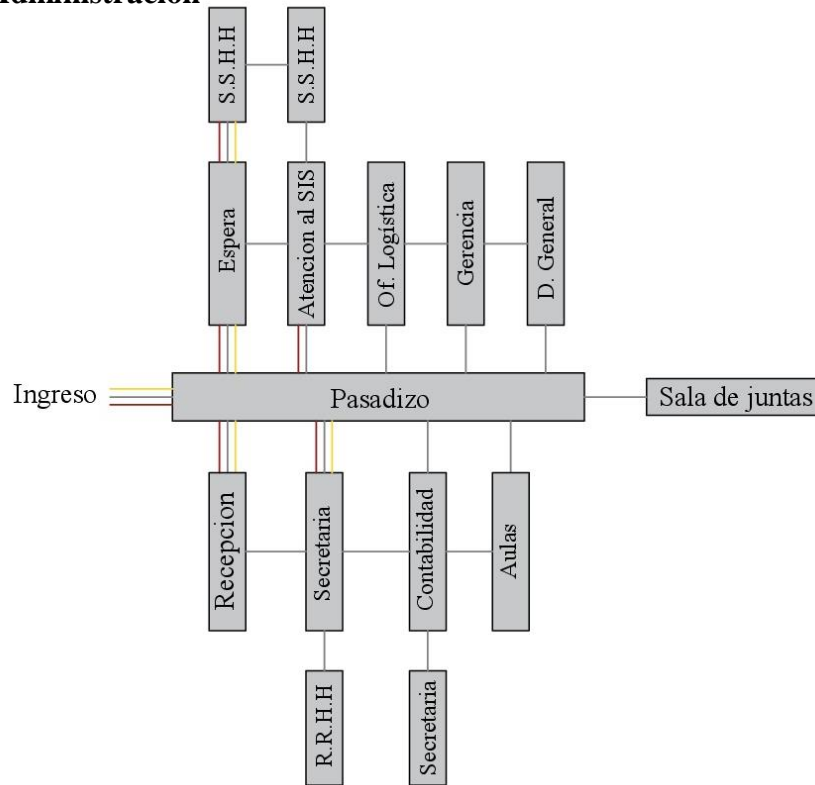
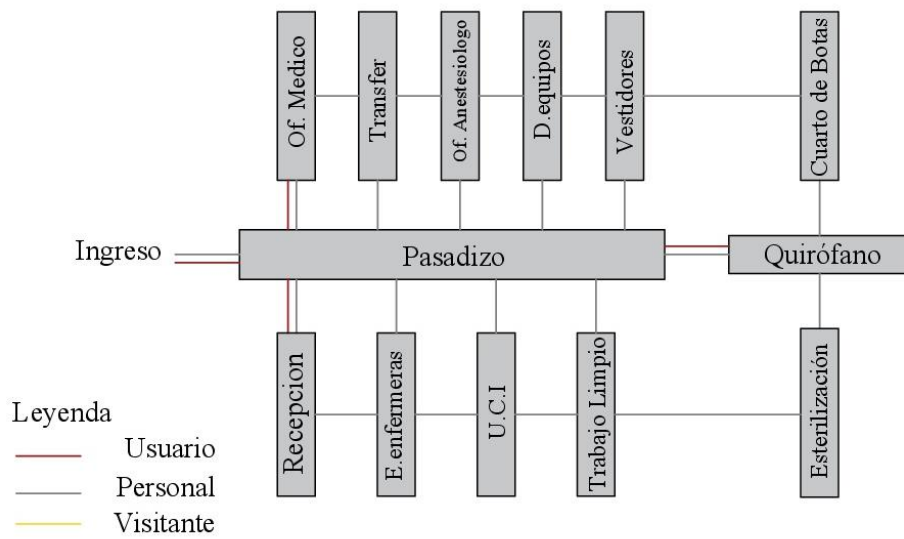


Figura 114: Diagrama General de Flujos, bloque de Administración
Fuente: Elaboración Propia

- **Centro Quirúrgico**



Leyenda
 — Usuario
 — Personal
 — Visitante

Figura 115: Diagrama General de Flujos, bloque de Centro Quirúrgico
Fuente: Elaboración Propia

3.2.4. Organigrama

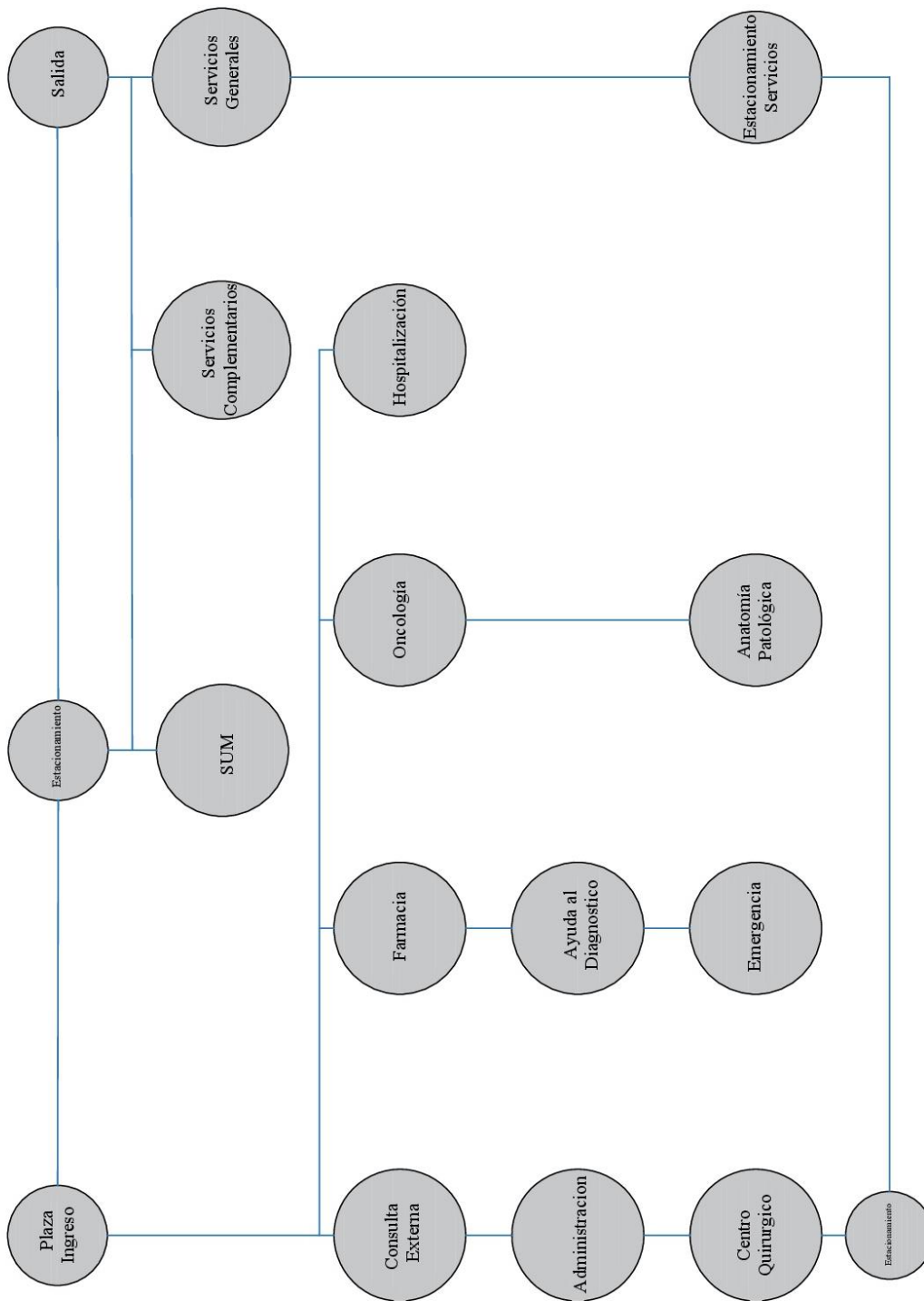


Figura 117: Organigrama del programa arquitectónico
Fuente: Elaboración Propia

3.2.5. Diagrama de organización (Cuadro de matrices)

ZONA – AYUDA AL DIAGNOSTICO			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	AREA
ECOGRAFIA		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 05 personas</p>	39.50m ²

Figura 118. Matriz – Z. Ayuda al Diagnóstico- Ecografía
Fuente: Elaboración Propia

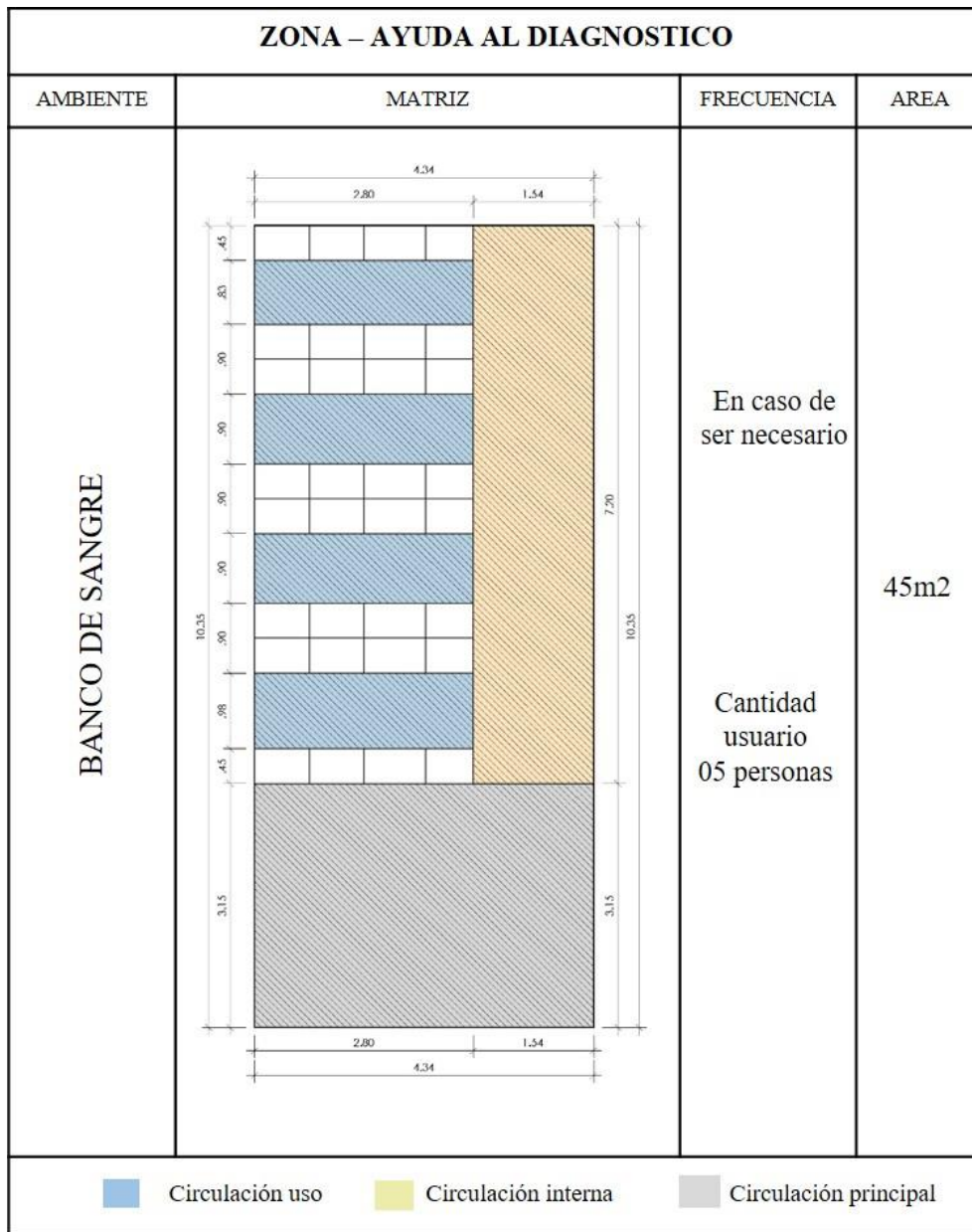


Figura 119: Matriz – Z. Ayuda al Diagnóstico- Banco de Sangre
Fuente: Elaboración Propia

ZONA – AYUDA AL DIAGNOSTICO			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	AREA
RAYOS X		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 05 personas</p>	70m ²
<p> Circulación uso Circulación interna Circulación principal </p>			

Figura 120: Matriz – Z. Ayuda al Diagnóstico- Rayos X
Fuente: Elaboración Propia

ZONA – AYUDA AL DIAGNOSTICO			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	AREA
TOMOGRAFIA		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 43 personas</p>	30m ²
LABORATORIO DE ORINA + HECES		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 04 personas</p>	55m ²
<p> Circulación uso Circulación interna Circulación principal </p>			

Figura 121: Matriz – Z. Ayuda al Diagnóstico- Tomografía /Laboratorio
Fuente: Elaboración Propia

ZONA – HOSPITALIZACION			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	AREA
HABITACION		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 04 personas</p>	30m ²
 Circulación uso Circulación interna Circulación principal			

Figura 122: Matriz – Z. Hospitalización
Fuente: Elaboración Propia

ZONA – ONCOLOGIA			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	AREA
RADIOTERAPIA		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 04 personas</p>	49 m2
RECUPERACION		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 07 personas</p>	52 m2
<p> Circulación uso Circulación interna Circulación principal </p>			

Figura 125: Matriz – Z. Oncología - Radioterapia/ Recuperación
Fuente: Elaboración Propia

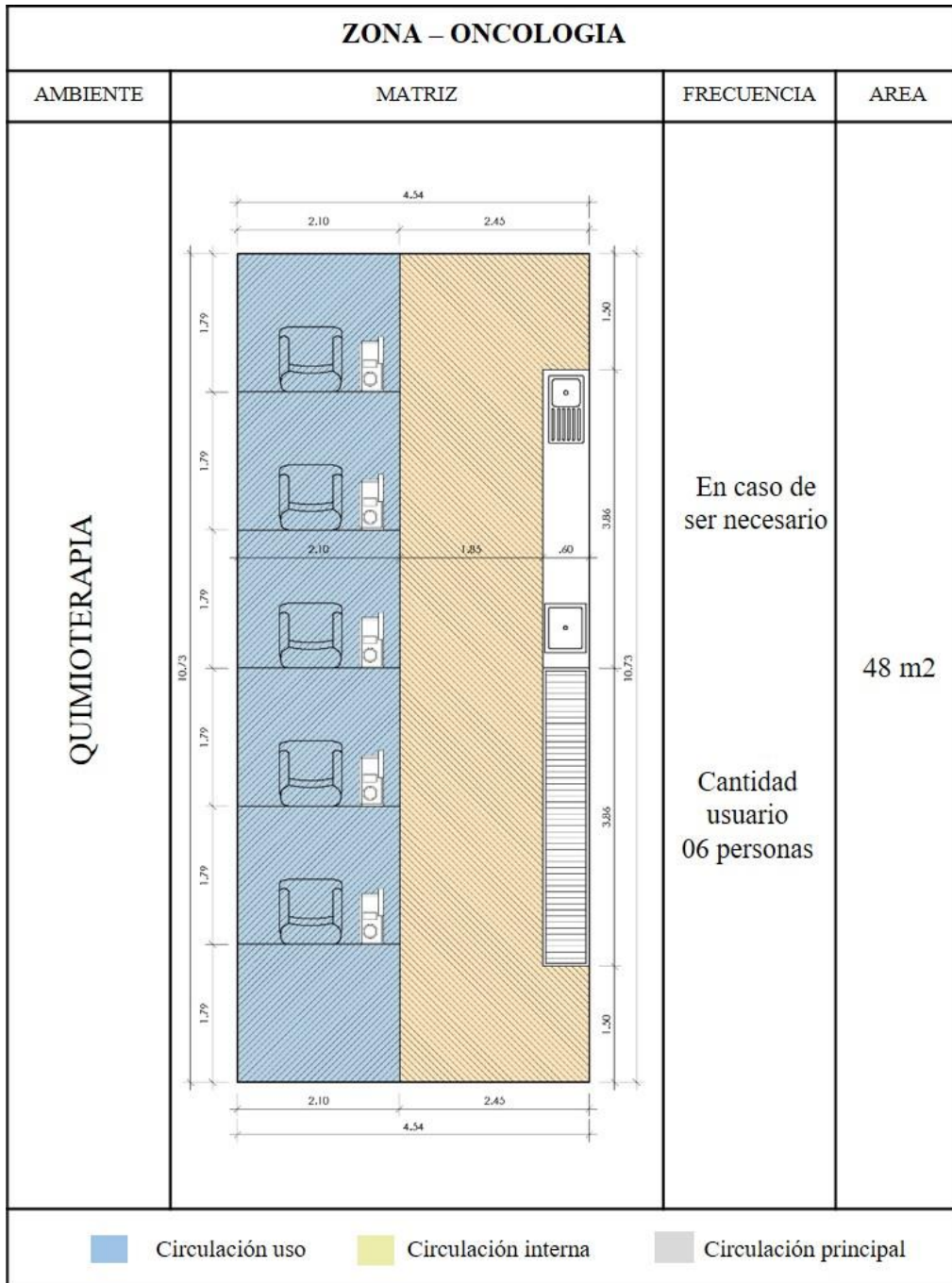


Figura 127: Matriz – Z. Oncología - Quimioterapia
Fuente: Elaboración Propia

ZONA – CENTRO QUIRURGICO			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	AREA
QUIROFANO 2		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 03 personas</p>	35m2
ENFERMERIA+OFICINA MEDICO		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 05 personas</p>	50m2
<p> Circulación uso Circulación interna Circulación principal </p>			

Figura 128: Matriz Z. Centro Quirúrgico - Quirófano /Enfermería
Fuente: Elaboración Propia

ZONA – CENTRO QUIRURGICO			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	AREA
U. C. I	<p>The floor plan matrix shows a central corridor (Circulación uso) in blue, flanked by rooms. The total width is 6.56m, divided into 3.26m, 1.26m, and 2.04m sections. The total height is 10.01m, with various room heights ranging from 1.24m to 1.88m. A legend at the bottom identifies three types of circulation: blue for 'Circulación uso', yellow for 'Circulación interna', and grey for 'Circulación principal'.</p>	<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 08 personas</p>	70 m ²

Figura 129: Matriz Z. Centro Quirúrgico - U.C.I
Fuente: Elaboración Propia

ZONA – CENTRO QUIRURGICO			
AMBIENTE	MATRIZ	FRECUENCIA	AREA
MATERIAL ESTERIL		<p>En caso de ser necesario</p> <p>Cantidad usuario 04 personas</p>	25 m ²
 Circulación uso Circulación interna Circulación principal			

Figura 130: Matriz Z. Centro Quirúrgico - Material Estéril
Fuente: Elaboración Propia

3.2.6. Cuadro de necesidades según tipo de usuario

Tabla 49: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de hospitalización

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION	
HOSPITALIZACION	HABITACIONES	DORMITORIO	52	camas	
			52	lavatorio	
			52	sofás	
			52	sillas	
			52	closet	
			52	mesa de noche	
		SS.HH	52	inodoro	
			52	lavamanos	
			52	duchas	
		ASEO	CHATA	1	chata
				1	almacén
	CUARTO SUCIO		1	lavatorio	
			1	mesada	
			1	stand	
			1	lavatorio	
	RECEPCION	ESTAC.ENFERM	3	banco	
			1	barra	
			2	closet	
		ESPERA	4	muebles	
			10	bancos	
			4	mesa de centro	
			16	sillas	
	SALUD	TOPICO	1	camilla	
			1	escritorio	
			2	sillas	
			1	lavatorio	
	CAMILLAS	CUARTO DROGAS	1	stand	
1			mesa		
1			silla		
HAB DE TURNO		1	cama		
		1	mesa de noche		
			1	closet	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 50: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de servicios complementarios.

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION	
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	RECREACION	PLAZA	15	bancas	
			10	pérgolas	
		CIRCULACION	1	bancas	
	AUDITORIO			1	pulpito
		ESCENARIO	6	sillas	
			2	escritorio	
		FOYER	2	muebles	
			1	lavatorio	
		SS.HH DAMAS	1	inodoro	
			1	barra	
		SS.HH VARONES	1	lavatorio	
			1	inodoro	
			1	urinario	
		SALA	120	sillas	
	ESTABLECIMIENTO 1			1	barra
		ATENCION	12	sillas	
			5	bancos	
		COMEDOR	18	mesas	
			72	sillas	
			2	lavatorio	
		COCINA	1	cocina	
			1	repostero	
	1		mesa de trabajo		
	ESTABLECIMIENTO 2			1	barra
		ATENCION	4	sillas	
			4	bancos	
		COMEDOR	8	mesas	
32			sillas		
		2	lavatorio		
COCINA		1	cocina		
		1	repostero		
		1	mesa de trabajo		
ALMACEN	2	stand			

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 51: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de servicios generales

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION
SERVICIOS GENERALES	ASEO	LAVANDERIA	4	lavatorios
			6	lavadora
			5	almacén
			4	mesa de trabajo
		DEP.ROPA LIMP	1	almacén
		RECEP.ROPA	1	closet
			1	mesa
			4	sesta
		COSTURA	4	closet
			6	mesas
			2	sillas
			1	maquinas
		JEFATURA	3	sillas
			1	escritorio
			1	armario
		TALLERES	CARPINTERIA	2
	6			bancos
	2			stand
	EQUIP MEDICO		1	barra
			4	bancos
	AIRE ACONDICION		2	stand
			1	barra
			4	bancos
	ELECTRICIDAD		2	stand
			1	barra
		4	bancos	
		2	stand	
		2	equipo	
	ALMACENAR	LIMPIEZA	3	stand
			3	armario
		QUIRURGICO	6	stand
			6	armario
LABORATORIO		4	stand	
		4	armario	
FARMACIA		5	stand	
	5	armario		
CONTROL	RECEPCION	1	barra	
		2	sillas	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 52: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de oncología

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION
ONCOLOGIA	CONTROL		4	muebles
		ESPERA	16	sillas
			4	mesa de centro
		RECEPCION	1	barra
			2	sillas
		JEFATURA	1	escritorio
			3	sillas
		EST	1	barra
		ENFERMERIA	3	bancos
			1	closet
		QUIMIOTERAPIA	1	lavatorio
			5	maquina
			5	sillón
		GUARDAR ROPA	1	closet
			3	stand
		LABORARIO		1
	RADIOTERAPIA		3	sillón
			1	mesa
	RECUPERACION		6	camillas
			6	sillas
			1	escritorio
	BRAQUETERAPIA		4	maquina
			4	sillón
			1	lavatorio
			1	barra
	ESTERILIZACION		1	stand
			1	maquina
			1	silla
	VESTIR		1	ducha
			1	mesa
			1	silla
	ASEO	CHATA	1	chata
		1	almacén	
CUARTO SUCIO		1	lavatorio	
		1	mesada	
		1	stand	
CUARTO LIMPIO		1	lavatorio	
	1	mesada		

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 53: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de anatomía patológica.

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION	
ANATOMIA PATOLOGICA	CONTROL	RECEPCION	1	barra	
			3	bancos	
			16	sillas	
			2	muebles	
	LABORATORIO	HISTOLOGIA	1	barra	
			1	lavatorio	
			1	stand	
			1	armario	
		CITOLOGIA	2	maquina	
			1	barra	
			1	lavatorio	
			1	stand	
		PATOLOGIA	1	armario	
			2	maquina	
			1	barra	
			2	lavatorio	
	VELAR	VELATORIO	1	stand	
			1	armario	
		PREP CADAVER	2	maquina	
			16	sillas	
			1	parador	
			5	bancos	
		ALMACENAR	CAM.CONSERV	1	barra
				6	lavatorio
	2			mesa	
	1			closet	
	2			parador	
	6			cámara	
DEPOSITO	2		stand		
	1		barra		
	2		lavatorio		
	2		armario		
LAV ESTERILIZAD	5	lavatorio			
	1	barra			
		2	mesa		

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 54: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de farmacia.

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION	
FARMACIA	ATENCIÓN	RECEPCION	1	barra	
			1	closet	
		ESPERA	24	sillas	
				4	muebles
	REGISTRO	ATENCIÓN	1	barra	
			24	sillas	
		ELABORAR	2	stand	
			2	mesa	
				2	armario
	CONTROL	ATENCIÓN	1	barra	
			24	sillas	
		GUARDAR	3	stand	
			2	mesa	
				3	armario
ALMACENAR	ALMACEN	4	stand		
		4	armario		
LABORATORIO	ANALIZAR		1	barra	
			2	lavatorio	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 55: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de ayuda al diagnóstico.

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION
AYUDA AL DIAGNOSTICO	CONTROL PATOLOGIA	RECEPCION	1	barra
			8	sillas
		ARCHIVO	1	closet
			1	librero
	LABORATORIO	ORINA	1	barra
			1	lavatorio
			1	instrumento
		HECES	1	barra
			1	lavatorio
			1	instrumento
		MICROBIOLOGIA	1	barra
			1	lavatorio
		1	instrumento	
	CONTROL HEMOTERAPIA	RECEPCION	1	barra
			8	sillas
		ARCHIVO	1	closet
	1		librero	
	LABORATORIO	SANGRE	1	barra
			1	lavatorio
			1	stand
	ALMACENAR	BANCO SANGRE	4	armario
			4	stand
	DONAR	DONANTES	4	banco
			4	sillas
			1	closet
		MUESTRAS	1	barra
			1	mesa
2			sillas	
ESTUDIO	ECOGRAFIA	1	camilla	
		1	escritorio	
		2	sillas	
	RAYOS X	1	mesa	
		1	silla	
TOMOGRAFIA	1	maquina esp		
DESCANSO	REPOSO	1	camilla	
		1	silla	
		1	stand	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 56: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de emergencia

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION		
EMERGENCIA	CONTROL	RECEPCION	24	sillas		
			1	barra		
			1	muebles		
		REVISION	FARMACIA	1	barra	
				2	bancos	
				2	stand	
			TRIAJE	1	camilla	
				2	sillas	
				1	lavatorio	
	GUARDAR	CAMILLAS	1	escritorio		
			1	camilla		
			2	silla de ruedas		
		DEPOSITO	1	stand		
			2	armario		
			1	stand		
	OBSERVACION	REGISTRAR	2	armario		
			1	stand		
			2	armario		
		ANALISIS	ESTERILIZACION	3	escritorio	
				6	camillas	
				3	bancos	
			ASEO	TOPICO	2	lavatorio
					1	barra
					1	stand
	TRAUMA SHOCK			1	camilla	
				1	escritorio	
				3	silla	
1				barra		
1				lavatorio		
5				camilla		
DESCANSO	1	escritorio				
	2	sillas				
	1	maquina esp				
CHATA	CHATA	1	cama			
		1	escritorio			
	CUARTO SUCIO	1	chata			
		1	almacén			
		1	lavatorio			
		1	mesada			
CUARTO LIMPIO	1	stand				
	1	lavatorio				
			1	mesada		

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 57: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de consulta externa

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION
CONSULTA EXTERNA	ATENCION	ESPERA	72	sillas
		ESTAR	5	muebles
			1	closet
			1	armario
	CONSULTORIO	GINECOLOGIA	1	escritorio
			3	sillas
			2	camilla
			1	instrumento
		PALIATIVO	1	escritorio
			3	sillas
			2	camilla
			1	instrumento
		PSICOLOGIA	1	escritorio
			3	sillas
			2	camilla
			1	instrumento
		NUTRICION	1	escritorio
			3	sillas
			2	camilla
			1	instrumento
	TRIAJE	1	escritorio	
		3	sillas	
		2	camilla	
		1	instrumento	
	ASEO	SS.HH DAMAS	5	lavatorio
			3	inodoro
			1	barra
SS.HH VARONES		2	lavatorio	
		3	inodoro	
		1	barra	
		3	urinario	
SS.HH DICAPAC	1	lavatorio		
	1	inodoro		
	1	apoyo		
RECREACION	PATIO	5	bancas	
		5	pérgola	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 58: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona de administración

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION	
ADMINISTRACION	REGISTRO		1	barra	
		RECEPCION	2	sillas	
			1	stand	
		SIS	1	barra	
			2	sillas	
			1	stand	
		ESPERA	16	sillas	
				1	escritorio
		SECRETARIA	2	sillas	
			1	stand	
			3	sillas	
		LOGISTICA	3	escritorio	
			2	armario	
			3	sillas	
		CONTABILIDAD	3	escritorio	
			2	armario	
			1	escritorio	
		R.HUMANOS	DIR.GENERAL	1	mueble
				2	sillas
				1	armario
			DIR MEDICA	1	escritorio
				1	silla
			DIR TECNICA	1	escritorio
				1	silla
			DIR ENFERMERIA	1	escritorio
				1	silla
			GERENCIA	1	mueble
				3	silla
				1	armario
		DESCANZO	ESPERA	3	mueble
				1	mesa centro
		CAPACITACION	AULA	12	escritorio
			56	sillas	
		C.BASURA	1	basurero	
	LIMPIEZA	DEPOSITO	1	stand	
			1	guarda todo	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 59: Estudio de necesidades según tipo de usuario, zona centro quirúrgico

ZONA	ESPACIO	SUB ESPACIO	CANTIDAD MOBILIARIO	DESCRIPCION
CENTRO QUIRURGICO	REGISTRO	RECEPCION	3	sillas
			1	escritorio
			1	stand
	CONTROL	OPERACIONES	2	armario
			2	stand
	GUARDAR	ESTANCIA MEDICA	1	armario
			2	closet
		MAT ANASTESICO	2	armario
			2	stand
		ROPERIA	1	armario
			3	closet
	OFICINAS	MEDICO	1	sillas
			1	escritorio
			1	armario
		OF CORDINAC	3	sillas
			1	escritorio
			1	armario
		OF ANESTESIOL	3	sillas
			1	escritorio
			1	armario
	LABORATORIO	U.C.I	7	camillas
			7	sillas
			1	escritorio
			5	maquina esp
		QUIROFANO	1	maquina esp
			1	barra
			1	armario
ESTERILIZACION		1	lavatorio	
		1	barra	
		1	stand	
CAMBIAR	VESTIDOR	1	banca	
		10	armario	
ALMACENAR	ROPA SUCIA	1	stand	
		2	armario	
	DESECHOS	1	basurero	

Fuente: Elaboración Propia

3.1. Programa de Áreas

Tabla 60: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona ayuda al diagnóstico

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS
	KITCHEN	preparar	mesa+ silla	2	12 M2
	RECEPCION	atención	escritorio+ silla	2	14 M2
	REPORTES	gestionar	escritorio+ silla	2	14 M2
	DEPOSITO	almacenar	mesa+ silla	2	6 M2
	REPOSO.	observación	Equipos. esp	3	26 M2
	CONTROL	atención	mesa+ silla	2	4 M2
	ESPERA	esperar	muebles+ mesa	2	4 M2
	ESP.HOSPITALIZADOS	atender	camas	8	19 M2
	SS-HH	miccionar	inodoro+ lavatorio	2	4 M2
	COMANDO	reservar	Escritorio + silla	1	12 M2
	HALL	esperar	muebles	4	7 M2
	COMANDO	reservar	escritorio+ silla	2	12 M2
	TOMOGRAFIA	procesar	maquinas .esp	3	40 M2
	CUARTO DE REVELADO	procesar	maquinas. esp	2	7 M2
	RAYOS X	procesar	maquina. esp	2	20 M2
	DEPOSITO INSUMOS	almacenar	estante	2	7 M2
	CUARTO BASURA	almacenar	deposito	1	3 M2
	ECOGRAFIA	procesar	máquina .esp	6	20 M2
	TOMA DE MUESTRAS	atender	maquina. esp	2	12 M2
	SALA DE DONANTES	reservar	máquina .esp.	12	24 M2
	BANCO DE SANGRE	reservar	almacén	8	30 M2
	DOCUMENT.GENER.	almacenar	archivadores	2	8 M2
	CORREDOR TECNICO	fluir			60 M2
	ALMACEN DE EQUIPO	almacenar	estante	2	9 M2
	BANCO DE SANGRE	reservar	estante	8	31 M2
	CLASIFICACION	procesar	estante	2	25 M2
	OF ENTREVISTA	gestionar	Escritorio +silla	4	6 M2
	CONTROL RECEPCION	atención	Escritorio +silla		10 M2
	EQUIPOS MEDICOS	almacenar	estante	2	10 M2
	DEPOSITO	almacenar	estante	2	4 M2
	CUARTO DE BASURA	almacenar	deposito	2	4 M2
	MICROBIOLOGIA	estudiar	microscopio	3	16 M2
	ESTERILIZACION	desinfección	lavatorio	2	16 M2
	LAB.HECES	estudiar	microscopio	4	17 M2
	LAB DE ORINA	estudiar	equipo. especial	3	17 M2
	ARCHIVO	almacenar	archivadores	2	6 M2
	PATOLOGIA	almacenar	maquinas. esp	2	6 M2
	TOTAL				787 M2

AYUDA AL DIAGNOSTICO

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 61: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de servicios complementarios.

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS
	FOYER	llegada	muebles	4	34 M2
	SS-HH HOMBRES	miccionar	inodoro+ lavatorio	2	15 M2
	SS-MUJERES	miccionar	inodoro+ lavatorio	2	15 M2
	SUM	múltiples	butacas	120	178 M2
	PLAZA	recreación	banquetas	2	676 M2
	COMEDOR	alimentación	mesas+ sillas	2	213 M2
	ATENCION	atender	silla+ escritorio	1	53 M2
	DESPENSA	almacenar	repostero	2	12 M2
	CABA1	aseo	deposito	1	4 M2
	CUARTO DE BASURA	almacenar	tachos	4	4 M2
	CABA2	aseo	mesas + sillas	8	4 M2
	CAMARA 2	conservación	barra+ sillas	3	4 M2
	CAMARA 1	conservación	camilla+ sillas	3	4 M2
	COCINA	preparación	inodoro+ lavatorio	1	52 M2
	SS-HH HOMBRES	miccionar	Muebles +sillas	7	15 M2
	SS-HH MINUSV	miccionar	bancas	4	15 M2
	SS.HH MUJERES	miccionar	sillas	88	15 M2
	VESTIDORES .H	vestir	atril	1	15 M2
	VESTIDORES.M	vestir	inodoro+ lavatorio	4	13 M2
	SS-HH MUJERES	miccionar	inodoro+ lavatorio	4	15 M2
	SS-HH HOMBRES	miccionar	inodoro+ lavatorio	4	15 M2
	ALMACEN. PERECIBL	conservar	bancas	4	13 M2
	ALMA PROD. SECOS	conservar	estantes	12	13M2
	COCINA	preparación	reposteros	6	77 M2
	INGRESO	llegada		4	19M2
	OF DIETISTA	atención	estantes	4	8 M2
	LAV. CARRITOS	limpieza	lavatorios	6	7M2
	PREPARACION	preparado	barra	1	16 M2
	TOTAL				2691 M2

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 62: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de servicios generales.

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS
	JEFATURA	llegada	escritorio +silla	4	4 M2
	REPARACION	miccionar	estantes	6	24 M2
	DEPOSITO DE ROPA.L	miccionar	estantes	10	44 M2
	REREPACION ROPA.L	múltiples	almacén	4	23 M2
	DESPACHO.ROPA SUC.	recreación	almacén	2	23 M2
	LAVANDERIA	alimentación	lavatorio	19	104 M2
	DEPOSITO	atender	almacenes	8	23 M2
	CISTERNA	almacenar	maquinas	2	73M2
	GRUPO ELECTROGENO	abastecer	estantes	1	58 M2
	SUB ESTACION	almacenar	tableros	4	54 M2
	CENTRAL DE OXIGENO	aseo	maquinas esp	8	30 M2
	CENTRAL DE BOMBAS	conservación	estantes	3	30 M2
	CENTRAL AL VACIO	conservación	estantes	3	30 M2
	TALLER AIRE ACOND.	preparación	estantes	1	25 M2
	TALLER DE MANT.	miccionar	estantes	7	25 M2
	TALL.MANT.CARP.	miccionar	deposito	4	25 M2
	TALL.MANT.ELECTR.	miccionar	estantes	88	15 M2
	DEPOSITO DE MATER.	vestir	almacén	1	15 M2
	JEFATURA DE MANT.	vestir	escritorio +silla	4	15 M2
	DEPOSITO MAT. LIMP.	miccionar	almacenes	4	15 M2
	INSUMOS LIMPIEZA	miccionar	deposito	5	7 M2
	RESIDUOS PELIGROSOS	conservar	almacén	6	12 M2
	PROD RECICLABLE	conservar	almacén	4	30 M2
	RESID.LIQUIDOS	preparación	estante	6	12 M2
	RESID. NO PELIGROSOS	llegada	estante	4	12 M2
	ALMACEN GENERAL	atención	deposito	8	12 M2
	ALMAC.LABORATOR.	limpieza	deposito	6	25 M2
	ALM QUIRURGICO	preparado	estante		18 M2
	JEFATURA	atender	escritorio+ silla	2	6 M2
	RECEPCION-CONTROL	atender	escritorio+ silla	2	4 M2
	ALMAC DE ROPA	lavar	estantes	4	12 M2
	ALMACEN FARMACIA	almacenar	estantes	6	43 M2
	TOTAL				1647 M2

SERVICIOS GENERALES

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 63: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de administración.

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS
ADMINSITRACION	HALL	esperar			19 M2
	ESPERA	esperar	sillas	16	20 M2
	RECEPCION	atención	escritorio+ silla	2	12 M2
	ATENCION AL SIS	atender	mesa+ silla	2	8 M2
	RECURSOS HUMANOS	atender	escritorio+ silla	8	8 M2
	SECRETARIA	atención	mesa+ silla	5	5 M2
	LOGISTICA	administrar	muebles+ mesa	6	11 M2
	CONTABILIDAD	atender	camas	6	18 M2
	SALA DE JUNTAS	reunión	mesa+ silla	12	24 M2
	DIRECCION MEDICA	administrar	escritorio+ silla	2	8 M2
	ESTAR	esperar	muebles	4	10 M2
	GERENCIA	coordinar	escritorio+ silla	2	9 M2
	AULA 1	estudiar	silla +carpeta	26	25 M2
	AULA 2	estudiar	silla+ carpeta	26	25 M2
	CUARTO DE BASURA	almacenar	deposito	1	3 M2
	DEPOSITO	almacenar	estante	2	3 M2
DUCTO TECNICO	ventilar	deposito	1	7 M2	
TOTAL					848 m2

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 64: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de anatomía patológica

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS
ANATOMIA PATOLOGICA	ESPERA	llegada	muebles	8	17 M2
	RECEPCION	miccionar	escritorio+ silla	2	13 M2
	VELATORIO	miccionar	sillas	25	50 M2
	PATOLOGIA	múltiples	barra	2	18 M2
	LAB. DE HISTOLOGIA	recreación	barra	2	16 M2
	LAB. DE CITOLOGIA	alimentación	barra	2	16 M2
	CAMARA DE CONSERV.	atender	frigorífico	6	16 M2
	DEPOSITO	almacenar	estante	3	10 M2
	ESTERILIZACION	aseo	lavatorio +estante	4	50 M2
	PREPARAC. DE CAD.	almacenar	mesas-sillas	14	47 M2
	VEST.HOMBRES	aseo	inodoro+lavatorio	5	17 M2
	VEST.MUJERES	conservación	Inodoro+lavatorio	5	17 M2
	TOTAL				

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 65: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de centro quirúrgico

Fuente: Elaboración Propia

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS
CENTRO QUIRURGICO	HALL	esperar			50 M2
	RECEPCION	esperar	sillas	2	4 M2
	CONTROL OPERAC.	atención	escritorio+ silla	2	7 M2
	OFICINA DE MEDICO	atender	mesa+ silla	2	9 M2
	ESTAR ENFERMERIA	atender	escritorio+ silla	8	9 M2
	MATERIAL SEPTICO	desinfectar	almacenes	5	8 M2
	DESECHOS	almacenar	estante	6	4 M2
	ROPA SUCIA	atender	camas	6	6 M2
	ROPERIA	reunión	estante	1	6 M2
	TRANSFER	administrar	escritorio+ silla	2	7 M2
	INFORME MEDICO	gestionar	muebles	4	13 M2
	MAT ANESTESICO	coordinar	estantes	2	8 M2
	MEDICO OPERATORIO	estudiar	silla +carpeta	26	12 M2
	ANESTESIOLOGO	estudiar	silla+ carpeta	26	5 M2
	DEPOSITO EQUIPOS	almacenar	deposito	1	6 M2
	QUIROFANO	almacenar	estante	2	50 M2
	ESTERILIZACION	ventilar	deposito	1	12 M2
	VESTIDORES	vestir	duchas+ estantes		14 M2
	HALL	esperar			7 M2
	C. DE BOTAS	almacenar	estantes	4	5 M2
	CUARTO SUCIO	depositar	lavatorio	2	4 M2
	LAVA CHATAS	desinfectar	lavatorio	1	3 M2
	UNIDAD DE TRABAJO	coordinar	estante	1	11 M2
TOTAL					750 M2

Tabla 66: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de consulta externa.

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS	
CONSULTA EXTERNA	PATIO	recreación	banquetas	6	190 M2	
	ESPERA	esperar	sillas	60	47 M2	
	TRIAJE	atender	equipos esp	8	11 M2	
	GINECOLOGIA	atender	equipos esp	8	20 M2	
	PALIATIVO	atender	silla+escritorio	8	20 M2	
	PSICOLOGIA	atención	estantes	8	20 M2	
	ESTAR MEDICO	esperar	muebles	6	27 M2	
	SS-HH	miccionar	inodoro+lavatorio	2	9 M2	
	SS-HH MINUSVALIDOS	miccionar	lavatorio+inodoro	2	8 M2	
	TOTAL					736 M2

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 67: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de emergencia.

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS
EMERGENCIA	ESPERA	esperar	silla	24	64 M2
	SS-HH VARONES	miccionar	inodoro+lavatorio	2	19 M2
	SS-HH MUJERES	miccionar	inodoro+lavatorio	2	19 M2
	TRIAJE	almacenar	mesa+silla	6	16 M2
	RECEPCION	observación	silla escritorio	3	13 M2
	FARMACIA	atención	estantes	6	13 M2
	ALMACEN	esperar	estantes	2	9 M2
	DEPOSITO DE EQUIPOS	atender	estantes	2	13M2
	AREA CAMILLAS	miccionar	camillas	3	8 M2
	TRIAJE	reservar	escritorio+silla	6	15 M2
	TOPICO	atender	muebles	5	16 M2
	TRAUMA SHOK	atender	camillas	5	48 M2
	ESTERILIZACION	desinfectar	lavatorio	3	18 M2
	JEFATURA	controlar	silla+escritorio	5	13 M2
	CUARTO DE DESCANSO	descansar	cama	1	7 M2
	SALA OBSERVACIONES	atención	camillas	6	85 M2
	CUARTO LIMPIO	almacenar	lavatorio	1	6 M2
	CUARTO SUCIO	almacenar	lavatorio	1	5 M2
	CHATA	atender	almacenes	2	3 M2
	SS-HH	miccionar	inodoro+lavatorio	2	4 M2
TOTAL					583 M2

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 68: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de farmacia.

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS
FARMACIA	RECEPCION	llegada	escritorio+silla	2	23 M2
	INFORMES	atención	escritorio+ silla	2	14 M2
	CAJA	gestionar	escritorio+silla	2	13 M2
	LABORATORIO	análisis	mesa+silla	2	20 M2
	ALMACEN	conservar	estante	2	20 M2
	ELABORACION	planificar	estante	2	40 M2
	FARMACIA	reservar	estante	29	15 M2
	HISTORIAS CLINICAS	control	escritorio+silla	29	36 M2
	ADMISION-CITAS	atención	escritorio+silla	6	18 M2
	ESPERA	reservar	sillas	24	54 M2
	TOTAL				

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 69: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de hospitalización.

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS
HOSPITALIZACION	ESPERA	llegada	muebles	4	58 M2
	ESTAC.ENFERM	atención	estante	2	30 M2
	CHATA	desinfección	inodoro+lavatorio	2	4 M2
	CUARTO SUCIO	limpieza	deposito	6	5 M2
	CUARTO LIMPIO	limpieza	estante	2	5 M2
	SS-HH	miccionar	inodoro+lavatorio	2	4 M2
	TOPICO	atención	estante	1	17 M2
	CUARTO SEPTICO	desinfección	lavatorio	2	4 M2
	REPOSTERO	almacenar	deposito	1	11 M2
	CUARTO DE DROGAS	conservación	estante	4	12 M2
	AREA CAMILLAS	almacenar	camillas	8	24 M2
	HABITACION DE TURNO	estadía	cama	3	13 M2
	HABITACION DOBLE	estadía	cama	3	13 M2
	SS-HH	miccionar	inodoro+lavatorio	1	8 M2
	HABITACION. IND	estadía	cama	7	13 M2
	SS-HH	miccionar	inodoro+lavatorio	4	8 M2
	HABITACION AISLADA	estadía	cama	2	16 M2
	SS-HH	miccionar	lavatorio+inodoro	1	9 M2
	SS-HH MINUSVALIDO	miccionar	inodoro+lavatorio	4	7 M2
	SS-HH MUJERES	miccionar	inodoro+lavatorio	4	19 M2
SS-HH HOMBRES	miccionar	inodoro+lavatorio	4	19 M2	
TOTAL					1165 M2

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 70: Estudio de programa de áreas del proyecto, zona de oncología

FUNCION	AMBIENTE	ACTIVIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD	AREAS	
ONCOLOGIA	ESPERA	llegada	muebles	2	28 M2	
	RECEPCION	atención	escritorio+ silla	2	28 M2	
	JEFATURA	control	escritorio+silla	2	15 M2	
	BRAQUITERAPIA	terapia	maquinas esp	2	50 M2	
	QUIMIOTERAPIA	terapia	maquinas esp	2	50 M2	
	VESTIDOR	vestirse	estante	1	7 M2	
	ESTERILIZACION	desinfección	lavatorio	1	11 M2	
	RECUPERACION	terapia	camas	9	48 M2	
	EST. ENFERMERAS	atención	escritorio	4	30 M2	
	CONTROL	atención	escritorio+sillas	2	11 M2	
	RADIO TERAPIA	terapia	maquinas esp	3	53 M2	
	TOTAL					838 M2

Fuente: Elaboración Propia

3.2. Propuesta Arquitectónica

3.2.1. Introducción

Realizar arquitectura es permitir organizar cada función de vida, las demandas y dilemas vivenciales en la sociedad. En primer lugar, sin duda alguna es la salud. La carencia de infraestructuras de salud especializadas ante la incidencia de enfermedades oncológicas, nos conlleva a la búsqueda de la UNIDAD ante el proyecto, generando conexión entre el edificio y el paciente. Planteándose de esta manera tres bloques principales, uno de ellos es el bloque de oncología, importante por ser el primero en la región, los otros dos pertenecen al área de hospitalización que albergara a 60 pacientes, conectados entre sí con 5 bloques que se relacionan de tal forma, aprovechando la amplitud del terreno donde se busca rescatar el entorno, y pre-existencias.



Figura 131: Vista aérea de la propuesta arquitectónica resultante

Las láminas del proceso arquitectónico (urbano - proyecto) se encuentran anexadas en digital (unidad DVD / Tesis / Laminas estrategias Urbano - Projectuales)

Diagnostico – Estrategia

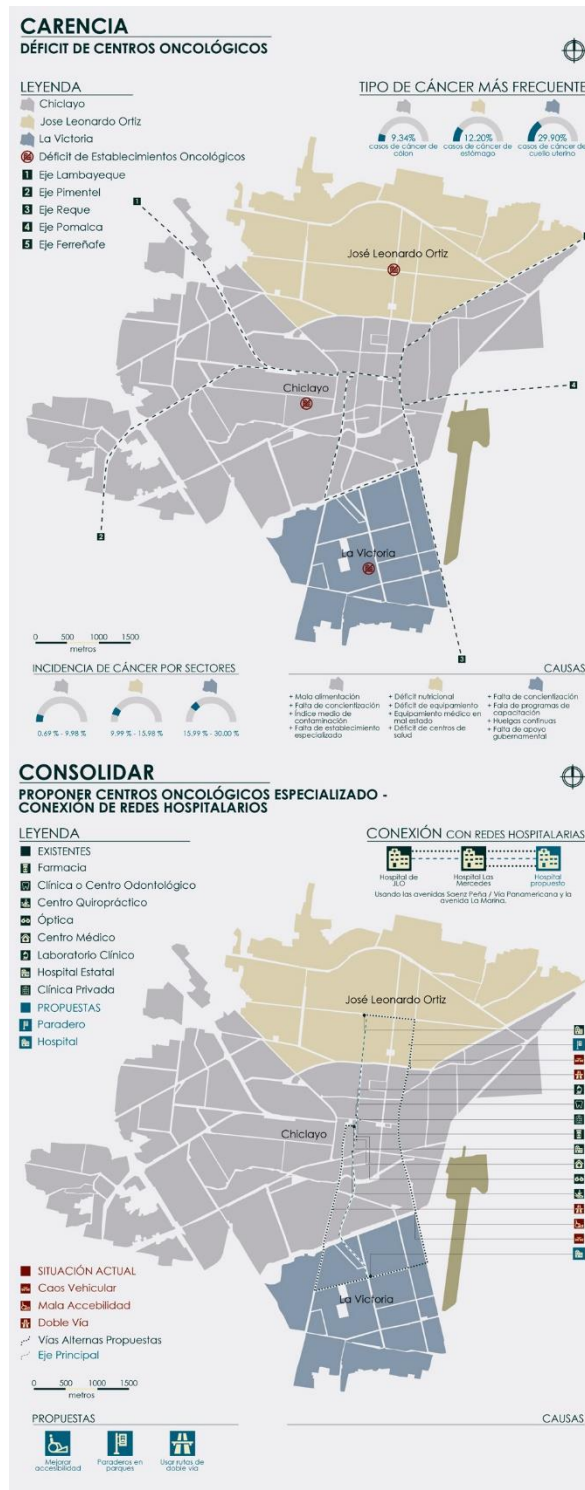


Figura 132: Estudio del problema de carencia de centros oncológicos y solución consolidar haciendo uso de conexión de redes hospitalarios, estrategia n1.



Figura 133: Estudio del problema de inadecuado estado actual de las infraestructuras de salud y solución mejorar – implementar – y reactivar, estrategia n2.

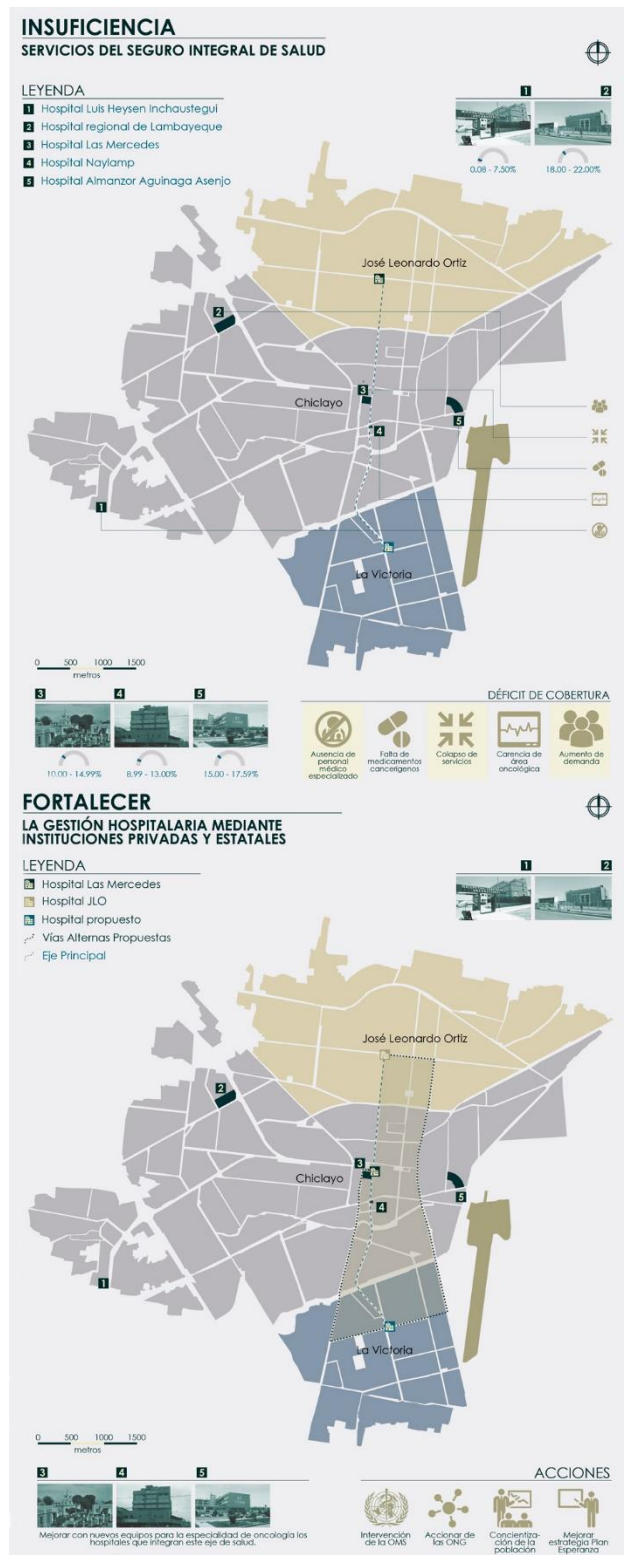


Figura 134: Estudio del problema de insuficiencia de servicios del seguro y solución fortalecer la gestión hospitalaria, estrategia n3

3.2.2. Estrategias Projectuales

a. Análisis Macro

El proyecto se ubica en la región Lambayeque, provincia de Chiclayo, distrito de La Victoria, al Noreste de la ciudad, como respuesta a la centralización hospitalaria generada por la alta incidencia de pacientes oncológicos provenientes de toda la región y por departamentos del Norte del país, el proyecto abarca la horizontalidad de la ciudad, formando un filtro conector entre universidades, urbanizaciones y equipamientos urbanos.



Figura 135: Vista 3d del entorno del terreno, análisis macro

Análisis Micro – Ubicación

El centro oncológico se ubicará dentro de los terrenos del Jockey Club como filtro y conector a las necesidades del entorno, el principal equipamiento deficitario en el distrito es el sector salud, un terreno de 5.6 hectáreas el cual repotenciará el sector, haciendo uso de jardines terapéuticos propuestos, produciéndose una transición médico-paciente, donde el paciente asume un rol activo y se responsabiliza de su enfermedad.

Se parte como premisa al tener una vía principal la cual es de llegada al proyecto, esta conecta con los centros hospitalarios del centro de Chiclayo, esta es la encargada de transportar a nuestros usuarios hasta su destino, como eje secundario tenemos a la Avenida Unión la cual descongestiona en un 50% la avenida en horas de la mañana y medio día.



Figura 136: Vista aérea del terreno a proyectar, estudio micro.
Fuente: Adaptado de Google Eart.

b. Modulaci3n

La modulaci3n resulta como resultado de una estructura funcional y estructural de 7.20 x 7.20 el modulo abarcara todo el terreno y as3 proyectar los bloques de oncolog3a, hospitalizaci3n, ayuda al diagn3stico, consulta externa, emergencia, patolog3a general, farmacia, administraci3n, cirug3a, servicios complementarios y servicios generales. El modulo parte como respuesta al uso de circulaciones internas en el bloque de hospitalizaci3n.

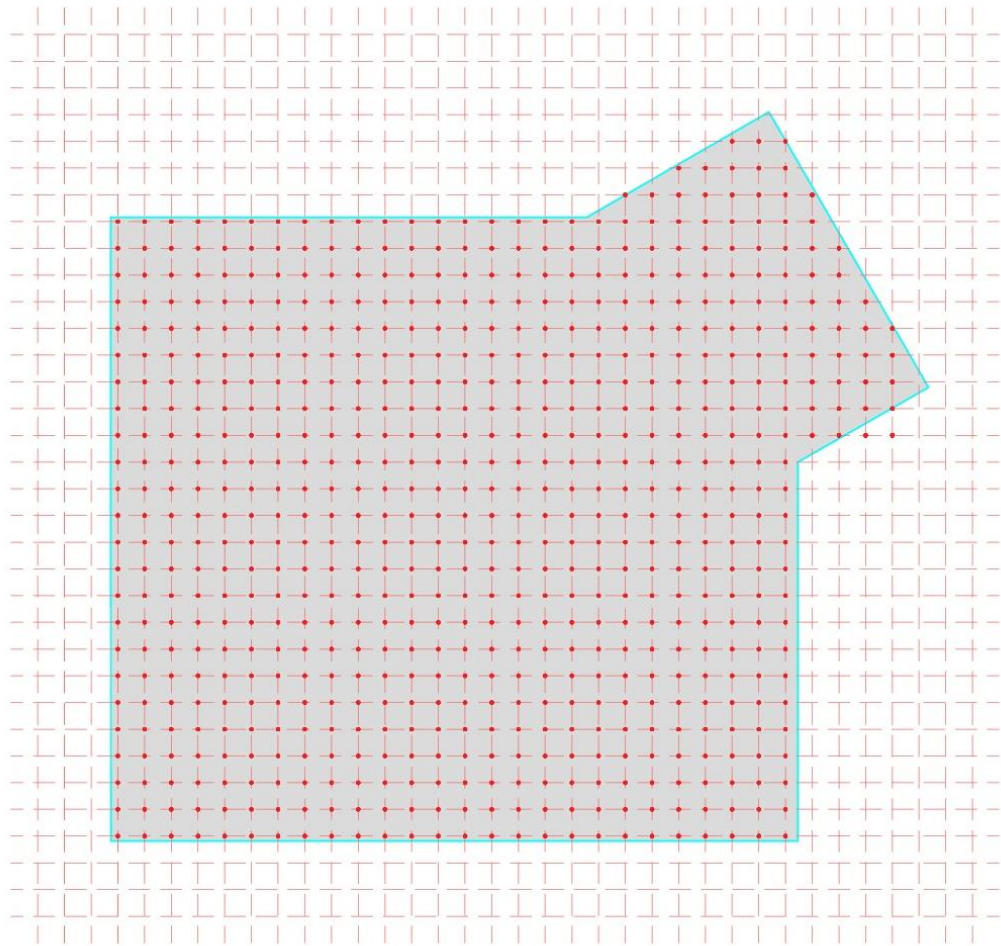


Figura 137: Estudio de la malla modular proyectada en el terreno para definir modulo base.

Módulo de Estudio

El módulo de estudio se adaptará a la medida necesaria de una silla de ruedas en función de la actividad de estudiar, como resultado de un estudio funcional de medidas antropométricas.

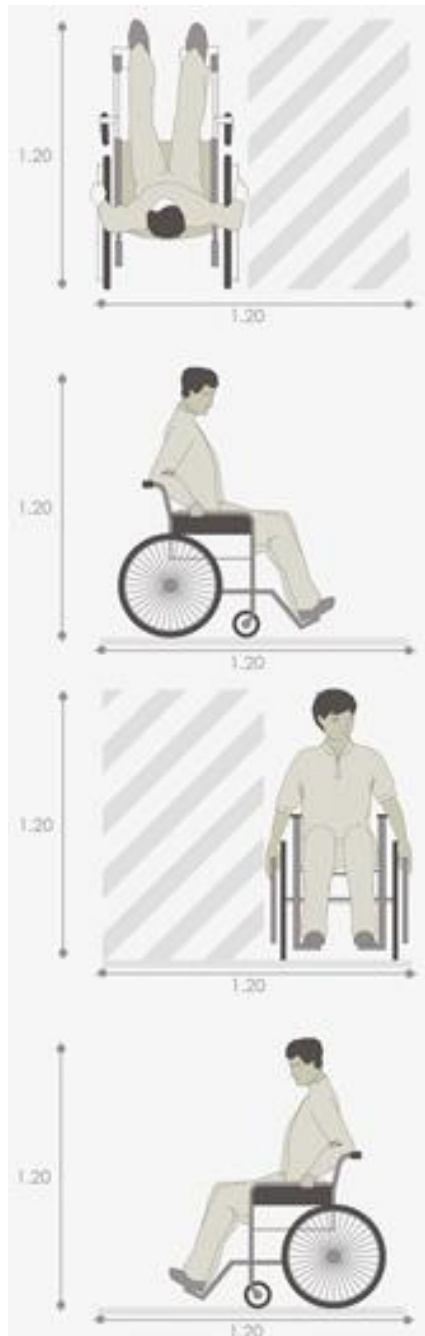


Figura 138: Estudio antropométrico del módulo base general.

Unidad Modular

Se compone mediante la distribución de una habitación doble + servicio higiénico, la cual cumple con las medidas establecidas partiendo del módulo de estudio.

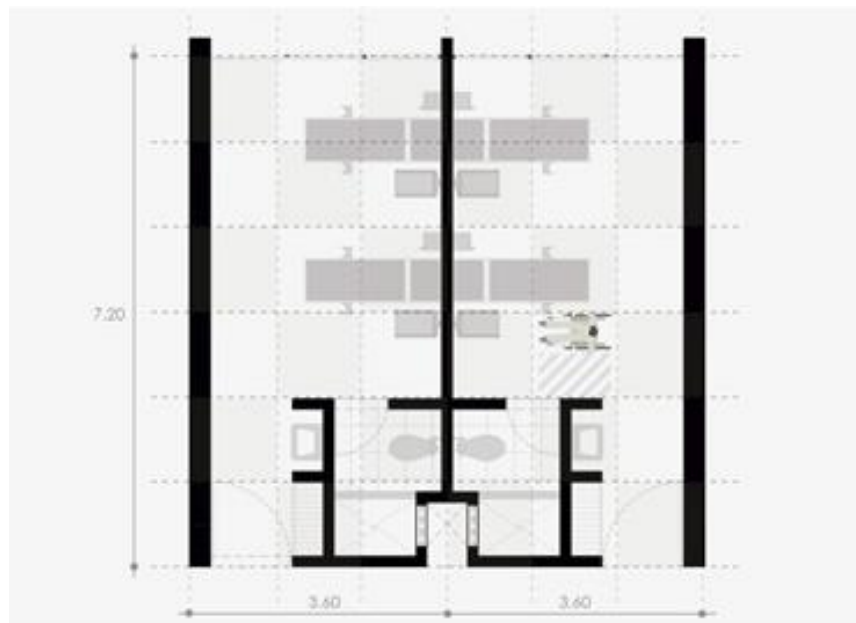


Figura 139: Unidad Modular

Celular Modular

La célula está basada en las habitaciones dobles, como medida base 3.60, generando un contrapunto entre cada módulo estructural de 7.20x7.20.

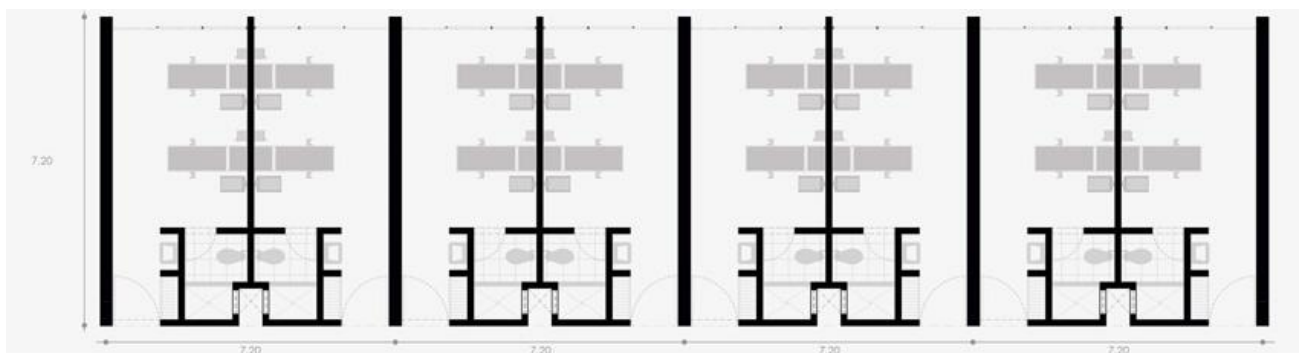


Figura 140: Célula Modular

c. Circulaciones

El proyecto se conecta a través de una circulación principal, organiza a nivel general, esta distribuye a cada bloque linealmente y así conectar con la circulación horizontal. Contamos con tres tipos de circulaciones: médica, usuario y servicio; entre las cuales cada una cuenta con total independencia. Se cuenta con un principal núcleo ejecutor de circulaciones, tienen la función de estructurar el proyecto, compuesta con escaleras y ascensores.

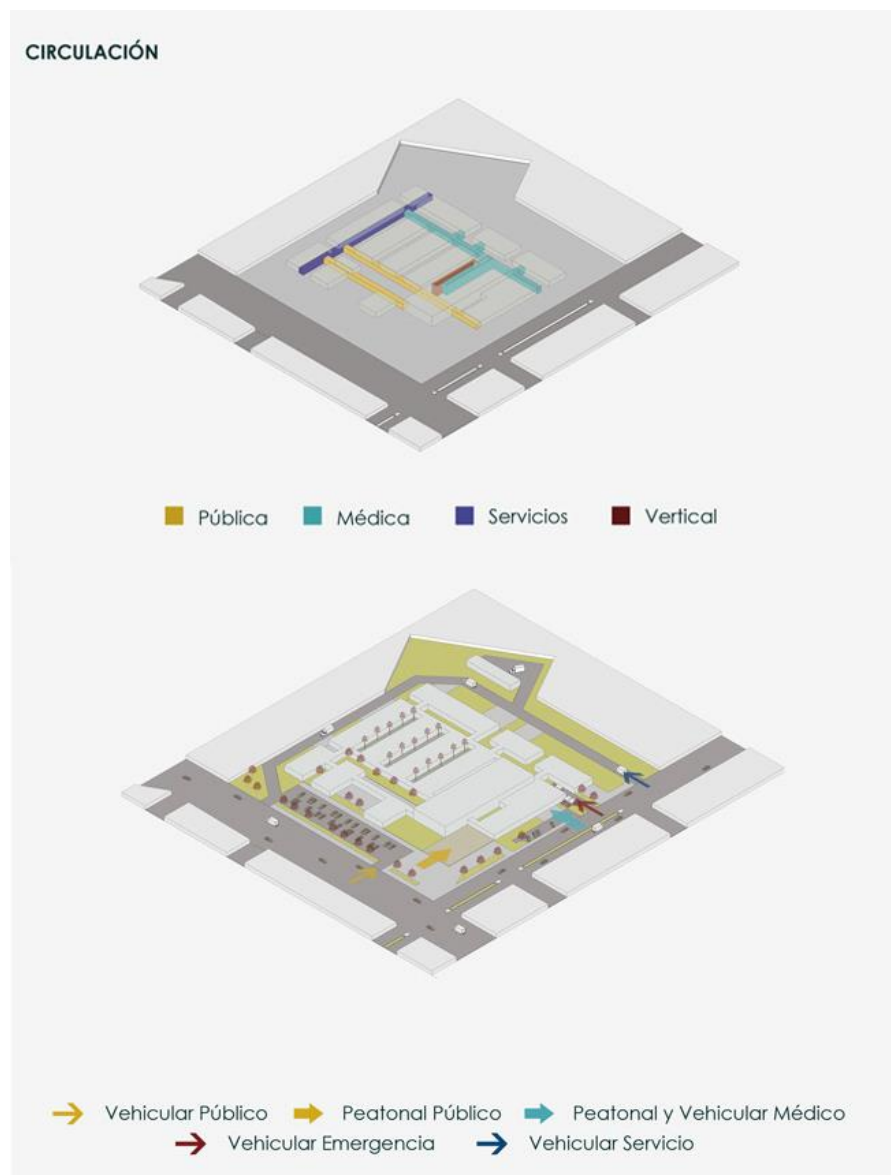


Figura 141: Esquema general volumétrico de circulaciones horizontales y verticales en el proyecto

Emplazamiento

El proyecto consta de 11 bloques, ubicados a lo largo del terreno, teniendo como ejes; las principales avenidas y las pre-existencias como eje natural, se establece una relación directa con el uso de trayectorias que organizan el proyecto. El bloque de Farmacia y Consulta Externa actúan como receptor, su conexión directa con Ayuda al Diagnóstico establece una relación importante con el bloque Emergencia. Se genera una aproximación por tensión la cual controla y jerarquiza el ingreso principal.

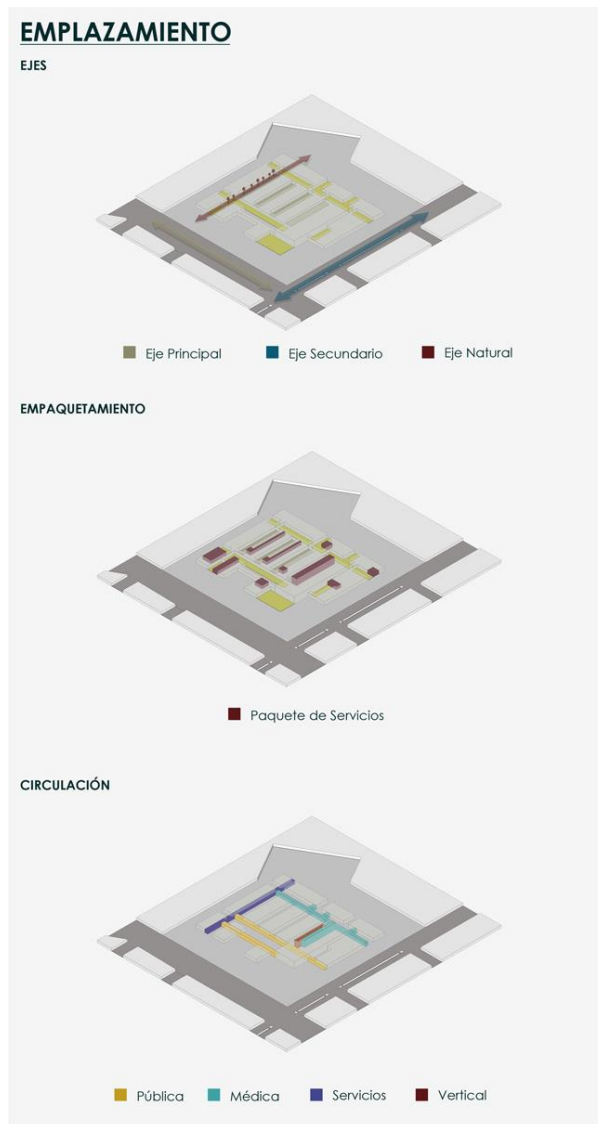


Figura 142: Vista aérea 3d de estudio del emplazamiento proyectual.

El bloque de servicios generales se posa como una barrera alargada, actuando de filtro como estrategia proyectual. El bloque de oncología y de hospitalización ubicados paralelamente generando los jardines terapéuticos, espacios de integración paciente – médico. Se cuenta con 3 ingresos, el principal accesible por la Av. Los Incas, los otros dos son accesibles por el eje secundario, la Av. Unión. El bloque de servicios complementarios genera una gran plaza ejerciendo un rol más activo en el proceso asistencial a las pacientes oncológicas. Se aprovecha la horizontalidad del proyecto por lo expuesto es más factible generar espacios, tales como plazas.



Figura 143: Vista aérea 3d de estudio de la Volumetría propuesta.

d. Relación con el Entorno

Al referirnos a términos de arquitectura y entorno o simplemente de arquitectura, casi siempre pasamos desapercibido el entorno, en el proyecto se busca una relación directa edificio entorno sin alterar la morfología (alturas, tipologías) de los edificios existentes, el proyecto respeta lo existente, se considera como eje natural las pre-existencias, busca integrarse, adecuarse, causando el menor impacto en el entorno. De tamaño modesto el proyecto se beneficia de todas las orientaciones. Las habitaciones de los pacientes se orientan al sol en la mañana y a la vista del jardín terapéutico.



Figura 144: Vista aérea 3d de estudio de relación con el entorno-morfología.

e. Edificio y Espacio Público

Asumiendo que un edificio cuenta con una función compleja que en cada reforma se acondiciona e interviene una estructura, se opta por consolidar una arboleda lateral del terreno, aprovechando el abandono actual a pesar de tener las características necesarias de un terreno fértil, se plantea la reinserción de espacios públicos como el principal aporte en nuestro proyecto; los jardines terapéuticos.

Existe tensión generada en los bloques, dándole consolidación a las plazas, ya sea públicas o semipúblicas, la preservación de área verde busca la concientización en el usuario y el proyecto actúa como un edificio verde en la ciudad.

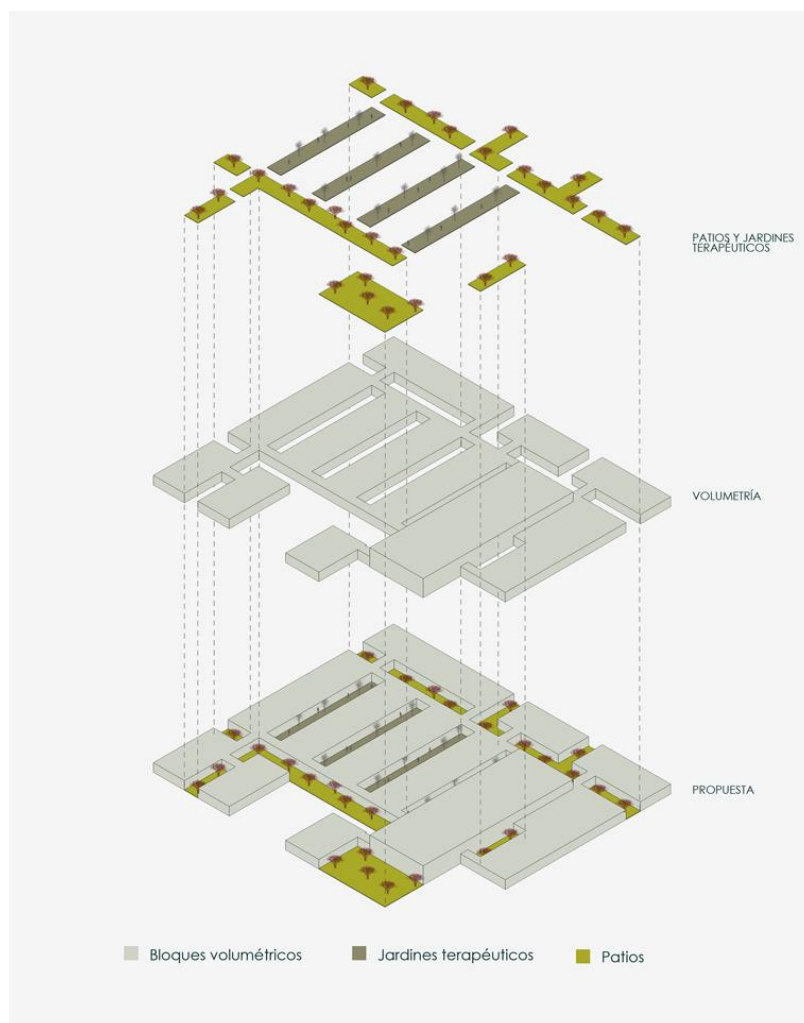


Figura 145: Vista aérea 3d de estudio de relación edificio y espacio público propuesto.

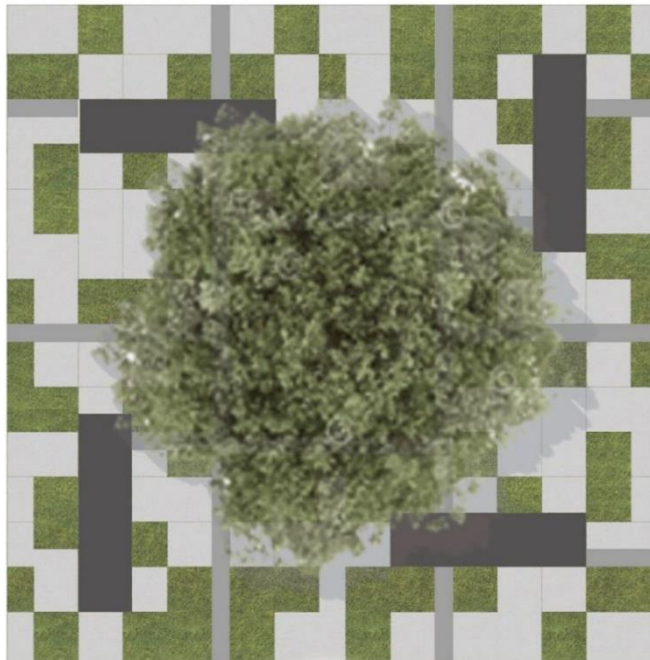


Figura 146: Vista 3d en Planta de Estancia Modular Propuesta



Figura 147: Vista 3d en isométrico de estancia modular propuesta.

f. Relaciones Funcionales

- **ACTIVIDADES RECREATIVAS PASIVAS.** Se desarrolla en los jardines terapéuticos y en las posteriores plazas del proyecto, el terreno es llano y está conectado directamente con el corredor principal.
- **ACTIVIDADES RECREATIVAS ACTIVAS.** Se encuentran los comedores y la Sala de Usos Múltiples (SUM).
- **HOSPITALIZACIÓN.** Ubicados en dos bloques de 22 habitaciones dobles cada uno, 10 habitaciones simples, 4 habitaciones de aislados, con sala de esperas y estación de enfermeras.
- **SERVICIOS.** Encontramos el bloque Administración, farmacia, Oncología, Ayuda al Diagnóstico, Patología, Emergencia, Servicios complementarios y generales que encierra de forma sistemática los bloques del proyecto.

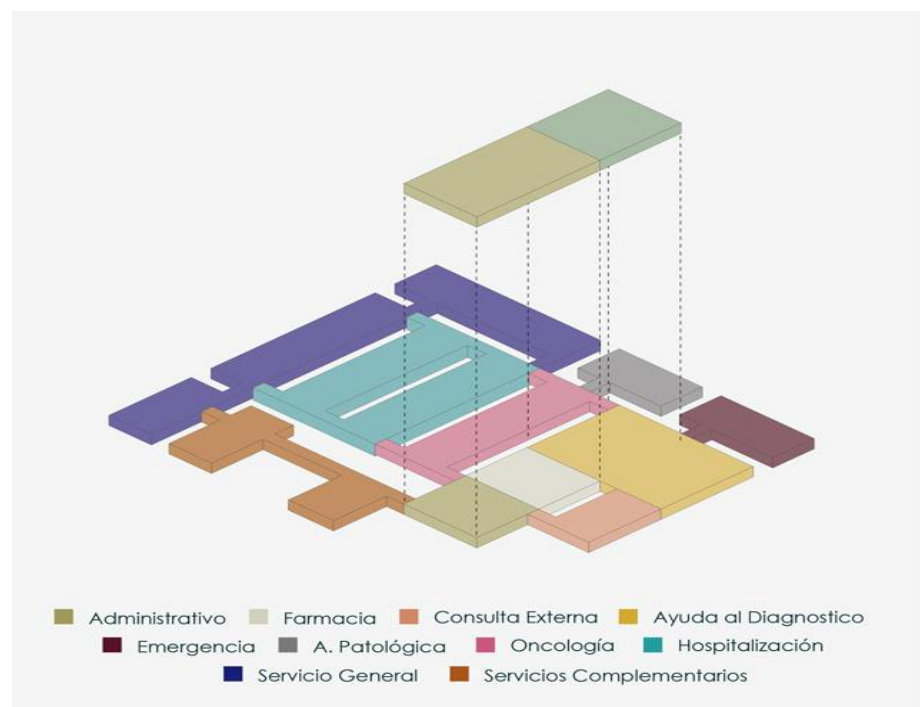


Figura 148: Vista 3d en isométrico de estancia modular propuesta

g. Criterio Estructural

Se propone el sistema estructural aporticado, debido a su principal característica “la flexibilidad”, permitiendo mayores luces y mejor distribución espacial. Este sistema estructural, permite generar planta libre en todos bloques y esconder las estructuras y hacer visible el edificio.

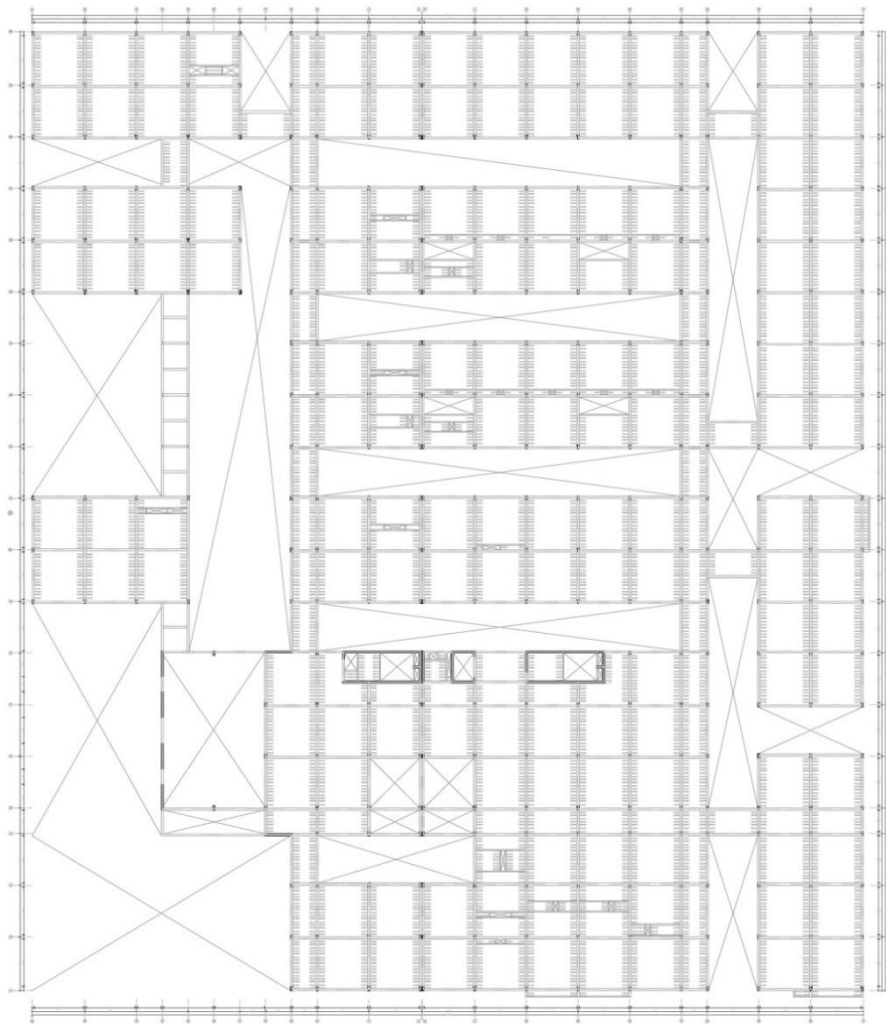
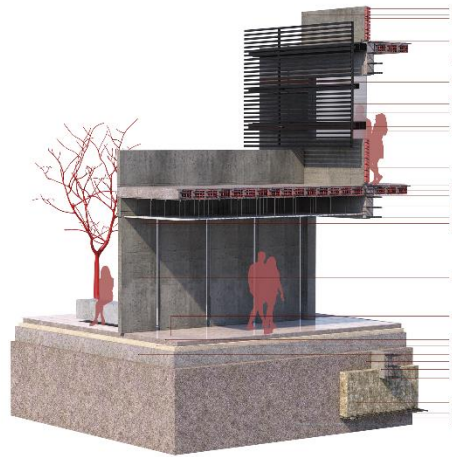


Figura 149: Plano de losa aligerada.

CORTE DE DETALLE CONSTRUCTIVO



LEYENDA

- 01. LANTARNA DE LUZ EXTERNA
- 02. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 03. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 04. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 05. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 06. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 07. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 08. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 09. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 10. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 11. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 12. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 13. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 14. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 15. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 16. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 17. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 18. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 19. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 20. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 21. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 22. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 23. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 24. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 25. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 26. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 27. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 28. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 29. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 30. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 31. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 32. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 33. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 34. MÓDULO DE VENTILACIÓN
- 35. MÓDULO DE VENTILACIÓN

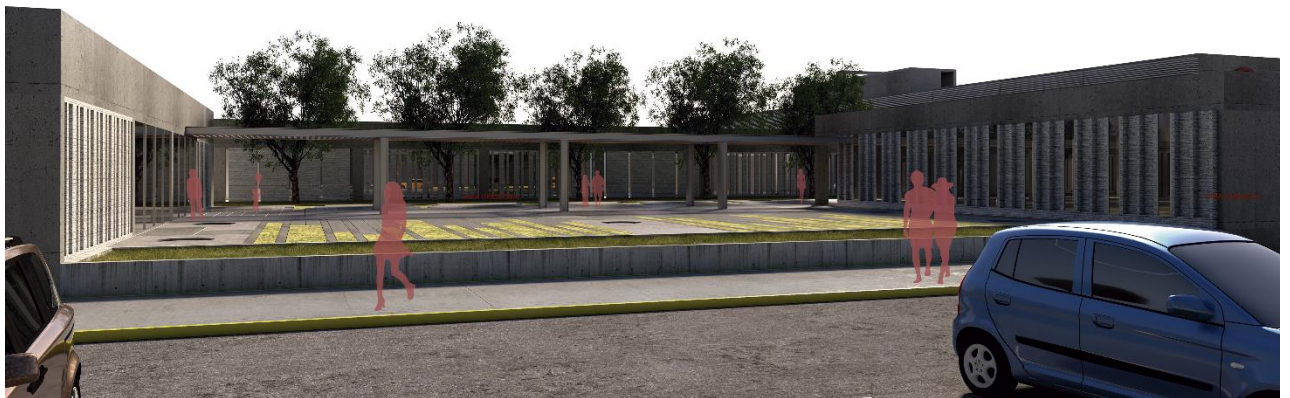


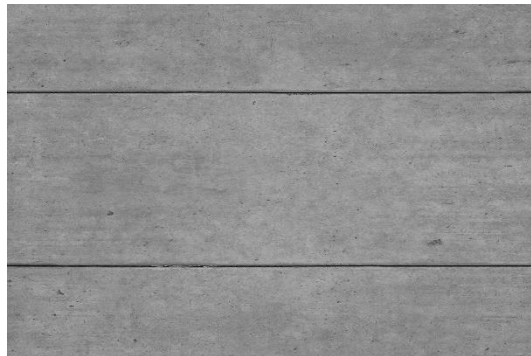
Figura 150: Corte Estructural

h. Pavimentos

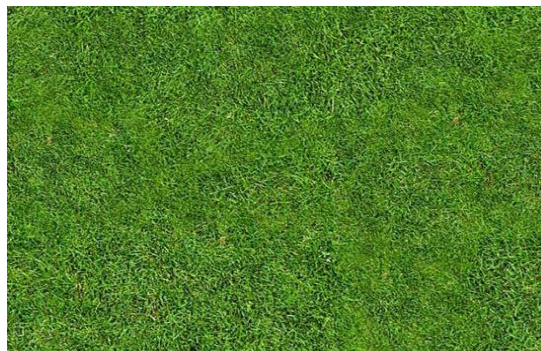
Se plantea tres tipos modulares como resultante del proyecto, concreto expuesto, concreto bruñado y block gras, cada módulo se sintetiza en un módulo principal de 7.2x7.2 (módulo principal del proyecto), existe contraste entre el concreto y el área verde, se logra degradados y son colocados de manera interlineada.



CONCRETO EXPUESTO



CONCRETO BRUÑADO



GRASS NATURAL

Figura 151: Propuesta de pavimentos modulados de concreto y gras.



Figura 152: Vista 3d de estudio en plaza , pavimento



Figura 153: Vista 3d de alameda, estudio de pavimento

i. Mobiliario Urbano

Junto con la vegetación, el mobiliario urbano es responsable de que una infraestructura de cualquier tipo de uso sea cómodo, útil y agradable. Además de ser práctico debe ser duradero. Se propone mobiliarios modulares de alta calidad que están compuestos esencialmente de cemento granítico, basureros metálicos para evitar su deterioro, luminarias económicas y con toda esta propuesta generar una sensación de cobijo en el proyecto.



Figura 154: Banca en concreto expuesto



Figura 155: Luminaria tipo farola



Figura 156: Basurero metálico

j. Vegetación

Los árboles de las diferentes plazas del proyecto funcionan como tamiz y protección solar, se propone el molle y el eucalipto que puede llegar a medir hasta 30 metros de altura, generador de sombra partiendo de un eje natural. En los jardines terapéuticos los árboles se encuentran cada 11 metros, para dar la sensación de confort a las pacientes.



Figura 157: Tipo de vegetación propuesta.

3.2.3. Proyecto (Imágenes del Proyecto)



Figura 158: Propuesta PROYECTO



Figura 159: Propuesta PROYECTO

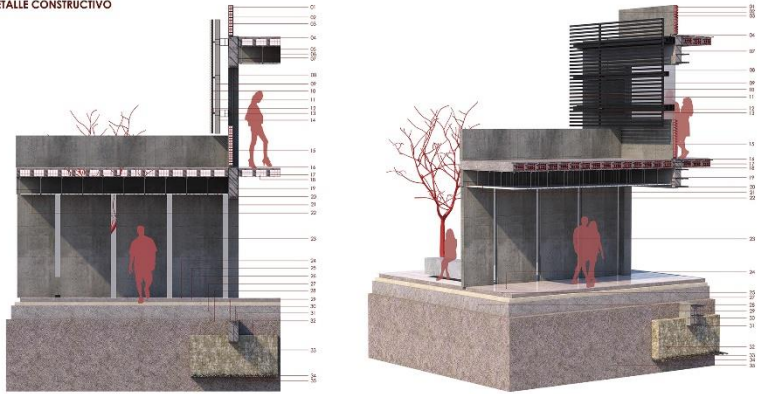


Figura 160: Propuesta PROYECTO



Figura 161: Propuesta PROYECTO

CORTE DE DETALLE CONSTRUCTIVO



- LEYENDA**
1. CEMENTO PORTLAND
 2. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 3. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 4. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 5. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 6. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 7. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 8. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 9. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 10. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 11. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 12. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 13. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 14. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 15. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 16. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 17. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 18. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 19. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 20. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 21. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 22. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 23. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 24. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 25. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 26. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 27. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 28. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 29. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 30. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 31. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 32. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 33. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 34. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND
 35. MORTAR DE CEMENTO PORTLAND

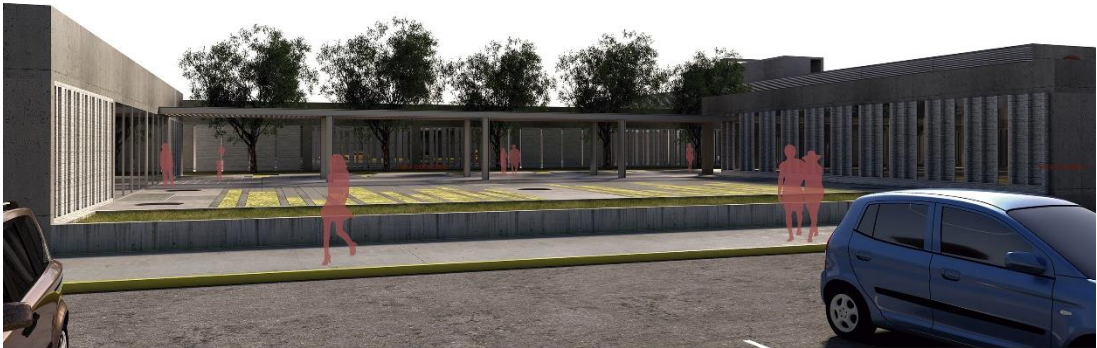


Figura 162: Propuesta PROYECTO

IV. DISCUSIÓN

A través del desarrollo de la investigación se demostró que las encuestas aplicadas rigen para plantear una propuesta de un centro oncológico especializado para las víctimas que tienen cáncer de cervicouterino en el departamento de Lambayeque, de esta manera mejorar las condiciones de habitabilidad. 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 alta tasa de incidencia en mujeres de temprana edad, ineficientes condiciones de habitabilidad en las diferentes infraestructuras de salud de la región, latente, demanda de espacios de interacción y demanda de alojamiento para pacientes.

Los resultados muestran similitud en campos distintos de investigación, tales como la tesis de Pasapera Silva Leydi *Emilia (Centro Oncológico Integral en la ciudad de Huánuco)* se llega a la conclusión que vencer el cáncer es complejo, se requiere ambientes funcionales y no puede ser adaptados, estos espacios deben ser planificados, no improvisados, 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 paciente, tal como la tesis de Villavicencio Ordoñez Jorge (*La Arquitectura Hospitalaria y su Evolución Programática en la ciudad de Lima*) nos ha permitido detallar resultados y conclusiones similares, de la importancia de las condiciones adecuadas de habitabilidad para entregar calidad de vida al paciente neoplásico.

Se busca dar a conocer, que la presente investigación científica, se convierta en un aporte a los estudiantes universitarios e investigadores de la arquitectura hospitalaria, al entender las formas de comportamiento de los edificios hospitalarios en sus diversos aspectos: programáticos, espaciales, dando a conocer a los investigadores que hemos generado arquitectura hospitalaria.

PROBLEMATICA LATENTE EXISTENTE		CENTRO ONCOLOGICO ESPECIALIZADO
●	EXISTE UNA CENTRALIZACIÓN HOSPITALARIA DEBIDO A UNA MALA PLANIFICACION DEL MINISTERIO DE SALUD.	
●	DEFICIT DE COBERTURA	
●	COLAPSO DE SERVICIOS, LA COBERTURA SE HA DUPLICADO EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS.	
●	EXISTE UNA ALTA DE INCIDENCIA EN MUJERES DE 30 AÑOS, DEBIDO A LA POCA PRACTICA DE LA PREVENCION.	
●	DETERIORO DE LAS INFRAESTRUCTURAS DE SALUD EXISTENTES, DEBIDO AL PROBLEMA DE LA DEMANDA.	
●	EL 35% DE LOS CASOS DETECTADOS SE ENCUENTRAN SIN ATENCION DEBIDO AL DEFICIT DE COBERTURA.	
●	INEFICACIA DE LO CENTROS HOSPITALARIOS DE LA REGION DEBIDO AL DEFICIT DE EQUIPAMIENTO Y AL CUERPO MEDICO ESPECIALIZADO.	
●	PRONTA INTERVENCION DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE NUESTRA REGION, ANTE PROBLEMATICA EXISTENTE.	
●	FALTA DE JARDINES TERAPEUTICOS - ESPACIOS COMUNES	
●	INMIGRACION DE PACIENTES EN LA REGION, EN SU MAYORIA PROVIENEN DEL NORTE DEL PAIS.	

V.CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El sector salud en la región de Lambayeque presenta una problemática creciente producto que los diversos sistemas de salud operan con lógicas diferentes: el sector público, con una visión de seguridad social y en sistema privado que opera bajo una lógica de seguro individual. El sistema público absorbe una demanda del 85% de la población versus el 15% que cubre el sector privado.

El 35% de los casos detectados se encuentran sin atención debido al déficit de cobertura debido a que existen 4 oncólogos más de 2300 casos de cáncer que se presentan en la región. Sin dejar de lado los 750 casos que vienen derivados de las regiones del Norte como Piura y Tumbes. A estas cifras incluimos que de cada 100 pacientes oncológicos en las listas de espera solo son atendidos en 45%, el otro 55% no recibe atención médica adecuada, de ello solo el 10% acude a una clínica privada.

Respecto al “tema de la infraestructura” se observa que el 38% no cuenta con una infraestructura adecuada para las unidades asistenciales administrativas, de las cuales el 75% no cuentan con espacios útiles para desarrollar sus funciones, y el 28% no cuenta con la infraestructura adecuada para las unidades asistenciales mínimas, este problema incide directamente en la ineficacia de los centros hospitalarios ubicados en la región. No es posible que después de una cirugía se esperen 120 días para recibir una quimioterapia.

Este problema estructural de financiamiento, cobertura y demanda ha incidido directamente en la calidad de la salud pública, en el retraso de la atención (largas listas de espera), en el deterioro de la infraestructura existente, en la inadecuación del sistema de salud ante los cambios epidemiológicos, en la insatisfacción de los usuarios, haciendo del sistema público de salud, en términos generales y salvo excepciones, un sistema poco confiable, anquilosado, rígido y anacrónico.

RECOMENDACIONES

A las entidades gubernamentales de la región de Lambayeque para que, en un trabajo en conjunto con la Dirección Regional de Salud, se promueva la inversión, de crear la normativa especializada en oncología para construir una infraestructura adecuada a los requerimientos espaciales del usuario.

Al colegio de Arquitectos para que promueva la investigación sobre los problemas en el ámbito del sector salud y brinde el asesoramiento adecuado a los arquitectos en dicho tema.

A las universidades para que se incentive a la investigación científica y que lo establezca en su currículo para todas las carreras, al fin de cambiar los modelos enraizados al conformismo.

A la población, es imprescindible que tome conciencia sobre la prevención y asistir a grupos organizados de bien social donde su única misión es salvaguardar el bienestar de los demás

VI. REFERENCIAS

LIBROS:

- CEDRÉS DE BELLO, Sonia. (1999). Consideraciones arquitectónicas en el diseño de una clínica oncológica. Tribuna del investigador. Recuperado de <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/1999/1/art-3/>.
- LIZÓN GINER (2007). Evolución de la Oncología Médica desde sus Inicios. Marco actual. Sociedad Española de Oncología Médica, (SEOM). (Ed.), Primer Libro Blanco de la Oncología Médica en España (pp. 18-20). Madrid, España: Dispublic, S.L.
- SOLIDORO SANTISTEBAN, Andrés (2005). Apuntes de cancerología. 2da edición. Lima: Hozlo. 638 pp.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA, 2013). Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Lima, Perú.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA 2001) La priorización del cáncer en el Perú: documento de trabajo. Lima: Ministerio de Salud. 56 pp.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. (2011). NTS N° 021-MINSA / DGSP-V.03 – Norma técnica de Salud -categorías de establecimientos del sector salud. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/>.

REVISTAS DE CARÁCTER ACADEMICO:

- ANDREA CASTRO, Ángela. (2012, 23 de octubre). Diseños que curan. La Agencia EFE. Recuperado <http://www.efesalud.com/disenos-que-curan/>.
- MARTINEZ Yaiza. La naturaleza favorece el bienestar físico y psíquico del ser humano. Revista electrónica de ciencia, tecnología, sociedad y cultura. ISSN 2174-6850. Recuperado de <http://www.tendencias21.net>.

- Reglamento Nacional de Edificaciones. (RNE). A-010 – condiciones Generales de diseño.
- Reglamento Nacional de Edificaciones. A-050 SALUD.
- Reglamento Nacional de Edificaciones, A-120 SALUD

PÁGINAS WEB:

- NEMOURS (2013) (www.nemours.org). Sitio web oficial de Nemours, sistema de salud del niño en EEUU.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2017). Reseña Histórica. Recuperado de <http://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
- http://www.tendencias21.net/La-naturaleza-favorece-el-bienestar-fisico-y-psiquico-del-ser-humano_a4488.html.
- <http://www.elhospital.com/blogs/Humanizacion-de-la-atencion-en-salud-desde-la-arquitectura+120274>

ARCHIVOS PDF:

- Pinillos Ashton, Luis (2012) Cáncer en el Perú: retos para el milenio. Lima: Acta Medica Peruana
- Ministerio de Salud (2010) Análisis de Situación de Salud del Perú (ASIS)
- Ministerio de Salud (2012) Política Nacional de Salud

ANEXOS

ANEXO 1: MARCO NORMATIVO

ANEXO 2: CÁLCULO DE NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS PARA UN CENTRO ONCOLÓGICO

ANEXO 3: TABLAS ESTADÍSTICAS

ANEXO 4: FOTOS – ENCUESTA REALIZADA

ANEXO 5: LAMINAS ELECCION DEL TERRENO

ANEXO 6: LAMINAS DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXO 7: LAMINAS PROYECTUALES

ANEXO 1: Marco Normativo

Manuales, Reglamentos, Directivas, Planes Urbanos y Municipales

Para desarrollar la presente tesis, era indispensable conocer categoría del proyecto y de acuerdo a esto empezar la elaboración del programa arquitectónico.

Norma Técnica sobre las Categorías de Establecimientos del Sector Salud 2004

Esta norma elaborada por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el año 2004, permitiendo a los presentes investigadores localizar en que rango se encuentra nuestro proyecto hospitalario.

De acuerdo a ello se estableció que el Centro Oncológico corresponde a la categoría III-2 por ser un Instituto Especializado. *(Norma Técnica sobre las Categorías de Establecimientos del Sector Salud del Ministerio de Salud 2004: 79-80)*

Categoría III-2:

Establecimiento de Salud del 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.

Características

- Pertenece al tercer nivel de atención.
- Para el Ministerio de Salud esta categoría corresponde a Instituto Especializado.
- Establecimientos de salud y de investigación altamente especializados en el ámbito nacional
- Constituye el Centro de Referencia especializado de mayor complejidad
- Cuenta con un equipo de profesionales altamente especializados que garantiza la investigación y el desarrollo de técnicas médico quirúrgicas de alta complejidad.

Flujos de Circulación:

- **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.

- **Flujos de Circulación Interna:**

En los flujos de Circulación Interna se debe considerar:

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

Flujos de Circulación Horizontal:

- Los corredores de circulación para pacientes ambulatorios, internados deben tener un ancho mínimo de 2.20 metros para permitir el paso de las camillas y sillas de ruedas.
- En los corredores deben evitarse ubicar las cabinas telefónicas, extinguidores, bebederos, que obstruyen el tráfico y reducen el área de circulación. 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; los corredores dentro de una Unidad deben tener un ancho de 1.80 metros y son para uso de personal. La circulación hacia los espacios libres deberá contar con protecciones laterales en forma de baranda y deberán estar protegidos del sol y las lluvias.

Flujos de Circulación Vertical:

La circulación de pacientes a las Unidades de Hospitalización sólo será permitida mediante el uso de escaleras, rampas y ascensores.

Escaleras:

La escalera principal tendrá un ancho mínimo de 1.80 metros, y estará provista de pasamanos, dada su utilización por pacientes acompañados. En las Unidades de Hospitalización la distancia entre la última puerta del cuarto de pacientes y la escalera no debe ser mayor de 35.00 metros.

Las escaleras de Servicio y de Emergencia tendrán un ancho mínimo de 1.50 metros. El paso de la escalera debe tener una profundidad de 30 cm, y el contrapaso no será mayor de 16 cm. Las escaleras no deben tener llegada directa hacia los corredores y elevadores. Los vestíbulos que dan acceso a las escaleras tendrán un mínimo de 3.00 metros de ancho.

Rampas:

La pendiente de la rampa no debe ser mayor al 6% (mínimo 1:12). El ancho mínimo será de 2.00 metros para pacientes y de 2.50 metros para servicio. El acabado del piso debe ser antideslizante, y deberá tener barandas a ambos lados. No es recomendable el uso de rampas para las Unidades de Atención. En el caso de existir desniveles entre unidades se permitirá el uso de rampas.

Ductos para basura y ropa sucia:

Su uso no es permitido para basura ni ropa sucia. La ropa sucia y la basura deben ser acondicionadas en bolsas plásticas, debiendo adoptarse colores especiales para el material contaminado a fin de hacer más fácil su identificación.

El traslado de limpio y sucio debe realizarse por vía separada de preferencia mediante el uso de montacargas independientes.

Ascensores

Su uso es obligatorio en edificaciones de dos pisos o más. En los accesos con áreas de circulación y salidas deberán evitarse los cruces de elementos sucios y limpios, así como de pacientes internados y ambulatorios.

Servicios Higiénicos para pacientes:

Hombres

Número de consultorio	Inodoro	Lavatorio	urinario
Hasta 4 consultorios	1	1	1
De 4 a 14 consultorios	2	2	2
Por cada 10 adicionales	1	1	1

Mujeres

Número de consultorio	Inodoro	Lavatorio
Hasta 4 consultorios	1	1
De 4 a 14 consultorios	2	2
Por cada 10 adicionales	1	1

Para pacientes discapacitados se considera:

- Inodoro 1.95 m² (discapitado 4.70 m²)
- Lavatorio 1.35 m²
- Urinario 2.16 m²
- Servicios Higiénicos para el personal:

Se considera un servicio higiénico para hombres y uno para mujeres.

ANEXO 2: Cálculo de número de camas Hospitalarias para un Centro Oncológico

A. Número de Camas para los Pacientes

Tabla 71: Muestra el Pronóstico de casos de cáncer de cuello uterino y la proyección de esta, para la región de Lambayeque al 2030

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Pronostico	118	125	148	235	385	445	500	569	640	713

2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
785	857	929	1002	1075	1147	1219	1291	1363	1436	1508

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación:

Para la elaboración del proyecto se requiere tener la población proyectada ya que ella nos dará el número de camas que se requiere para el proyecto.

B. Muestra el cálculo de número de camas Hospitalarias para un Centro Oncológico.

Para realizar el cálculo de áreas del proyecto se requiere, según la Norma Técnica de Proyectos de Arquitectura Hospitalaria hacer una proyección, teniendo como punto de partida el año 2017.

Teniendo el dato específico de los casos de cáncer cuello uterino se pueden realizar los siguientes cálculos:

a) Consulta Externa

Teniendo como referencia el informe llamado “Criterios Mínimos para la Evaluación de Proyectos de Inversión en el Sector Salud” se tiene la siguiente fórmula:

Demanda de consulta externa = Población demandante efectiva de consulta efectiva x tasa de concentración

Población demandante efectiva = 1508

Tasa de concentración = 9.6 (ver tabla # tal)

$1508 \times 9.6 = 14\,476.80$ atenciones anuales en consulta externa

$14\,476.80 / 12 = 1206$ consultas por mes

$1206 / 25$ días hábiles = 48 pacientes por día

Considerando que se atienden 7 horas y 2 pacientes por cada hora, se tiene:

$48 / 7$ horas = 6.85 / 2 pacientes por hora = 4 consultorios (3.42)

Además, se necesita 1 consultorio de triaje + 1 tópico = 6 Consultorios

b) Hospitalización:

Teniendo la información de las atenciones anuales en la Unidad de Consulta Externa, se puede calcular cuántos de estos pacientes requieren hospitalización:

Demanda de hospitalización = 8 – 10% de los atendidos en consulta externa según los Criterios Mínimos para la Evaluación de Proyectos de Inversión en el Sector Salud

$14\,476.80 \times 8\% = 1158.2$ pacientes hospitalizados al año

$1158.2 / 12 = 96.51$ pacientes al mes

$96.51 / 1.6$ (rendimiento de cama) = 60.00 = 60 camas hospitalarias

Se necesitan 60 camas hospitalarias.

De las cuales se considera 1 por cada 20 camas hospitalarias para aislados: 3 camas para aislados.

C. Indicadores de Consulta Externa – Atendidos y Atenciones



PERU

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer



15.- INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA - ATENDIDOS Y ATENCIONES

DEPARTAMENTOS MEDICOS	1era. Consulta (Nue+Reing)	Atenciones (Nue+Reing+Cont)	% 1era. Consulta Atenciones	Concentración Atenciones Atendidos	Rendimiento Hora Médico
TOTAL - INEN	6,416	24,059	26.7	3.7	2.28
DIRECCION DE CIRUGIA	1,964	8,440	23.3	4.3	-
ABDOMEN	271	932	29.1	3.4	2.56
CABEZA Y CUELLO	371	1,297	28.6	3.5	-
- Cabeza y Cuello	269	910	29.6	3.4	3.16
- Oftalmología	46	145	31.7	3.2	3.63
- Odontología	56	242	23.1	4.3	1.06
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	98	410	23.9	4.2	-
- Cirugía Plástica y Reconstructiva	54	223	24.2	4.1	0.87
- Ortopedia Oncológica	44	187	23.5	4.3	1.42
GINECOLOGIA	541	2,346	23.1	4.3	4.41
NEURO-ONCOLOGIA	57	344	16.6	6.0	1.95
SENOS Y TUMORES MIXTOS	331	1,555	21.3	4.7	3.93
TORAX	80	276	29.0	3.5	1.25
UROLOGIA	215	1,280	16.8	6.0	3.64
DIRECCION DE MEDICINA	2,618	11,154	23.5	4.3	-
ONCOLOGIA MEDICA	495	4,758	10.4	9.6	3.23
ESPECIALIDADES MEDICAS	1,555	4,317	36.0	2.8	-
- Cardiología *	616	925	66.6	1.5	3.08
- Endocrinología	64	272	23.5	4.3	1.48
- Gastroenterología	169	424	39.9	2.5	1.20
- Infectología	87	354	24.6	4.1	1.74
- Nefrología	34	190	17.9	5.6	4.32
- Neumología	127	368	34.5	2.9	1.70
- Neurología	105	212	49.5	2.0	1.15
- Psicología	43	151	28.5	3.5	0.43
- Psiquiatría	12	27	44.4	2.3	0.96
- Rehabilitación Oncológica	34	42	81.0	1.2	1.75
- Tratamiento del Dolor	264	1,352	19.5	5.1	1.84
ONCOLOGIA PEDIATRICA	89	935	9.5	10.5	1.33
EMERGENCIA	479	1,144	41.9	2.4	0.14
DIRECCION DE RADIOTERAPIA	401	1,808	22.2	4.5	-
RADIOTERAPIA	354	1,723	20.5	4.9	2.83
MEDICINA NUCLEAR	47	85	55.3	1.8	0.42
CENTRO DE PREVENCION	1,102	2,040	54.0	1.9	-
CENTRO DE PREVENCION	1,102	2,040	54.0	1.9	3.70
SERVICIO BAJO TARIFARIO DIFE	125	214	58.4	1.7	0.06
OTROS SERVICIOS	206	403	51.1	2.0	0.66

* Incluye pacientes hospitalizados

Figura 163: Indicadores de Consulta Externa – Atendidos y Atenciones

ANEXO 3: Tablas Estadísticas

Tabla 72: Tener más áreas de quimioterapias de las comunes

	N	%
Totalmente en desacuerdo	1	0.3
Medianamente de acuerdo	64	17.0
De acuerdo	176	46.7
Totalmente de acuerdo	136	36.1
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 73: Tener zonas de descanso

	N	%
Medianamente de acuerdo	77	20.4
De acuerdo	165	43.8
Totalmente de acuerdo	135	35.8
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 74: Contar con una capilla

	N	%
Totalmente en desacuerdo	5	1.3
En desacuerdo	14	3.7
Medianamente de acuerdo	187	49.6
De acuerdo	134	35.5
Totalmente de acuerdo	37	9.8
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 75: Tener un alojamiento solo para los pacientes.

	N	%
Totalmente en desacuerdo	2	0.5
En desacuerdo	78	20.7
Medianamente de acuerdo	141	37.4
De acuerdo	117	31.0
Totalmente de acuerdo	39	10.3
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 76: Contar con estacionamiento interno

	N	%
En desacuerdo	8	2.1
Medianamente de acuerdo	199	52.8
De acuerdo	139	36.9
Totalmente de acuerdo	31	8.2
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 77: Tener áreas de teléfonos públicos

	N	%
Medianamente de acuerdo	184	48.8
De acuerdo	162	43.0
Totalmente de acuerdo	31	8.2
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 78: Contar con zona de cajeros automáticos

	N	%
Medianamente de acuerdo	93	24.7
De acuerdo	155	41.1
Totalmente de acuerdo	129	34.2
Total	377	100.0

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 79: Tener una o varias salas de investigación

	N	%
Medianamente de acuerdo	69	18.3
De acuerdo	169	44.8
Totalmente de acuerdo	139	36.9
Total	377	100.0

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 80: Contar con auditorio

	N	%
Medianamente de acuerdo	157	41.6
De acuerdo	129	34.2
Totalmente de acuerdo	91	24.1
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 81: Área para hijos de los pacientes.

	N	%
En desacuerdo	1	0.3
Medianamente de acuerdo	60	15.9
De acuerdo	163	43.2
Totalmente de acuerdo	153	40.6
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 82: Cafetines

	N	%
Medianamente de acuerdo	161	42.7
De acuerdo	160	42.4
Totalmente de acuerdo	56	14.9
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 83: Contar con jardines terapéuticos

	N	%
Medianamente de acuerdo	46	12.2
De acuerdo	158	41.9
Totalmente de acuerdo	173	45.9
Total	377	100.0

Fuente: Encuesta Aplicada

Tabla 84: Contar con áreas de cirugías

	N	%
Medianamente de acuerdo	38	10.1
De acuerdo	165	43.8
Totalmente de acuerdo	174	46.2
Total	377	100

Fuente: Encuesta Aplicada

ELECCION DE TERRENO

ANEXO 5: Laminas elección del terreno

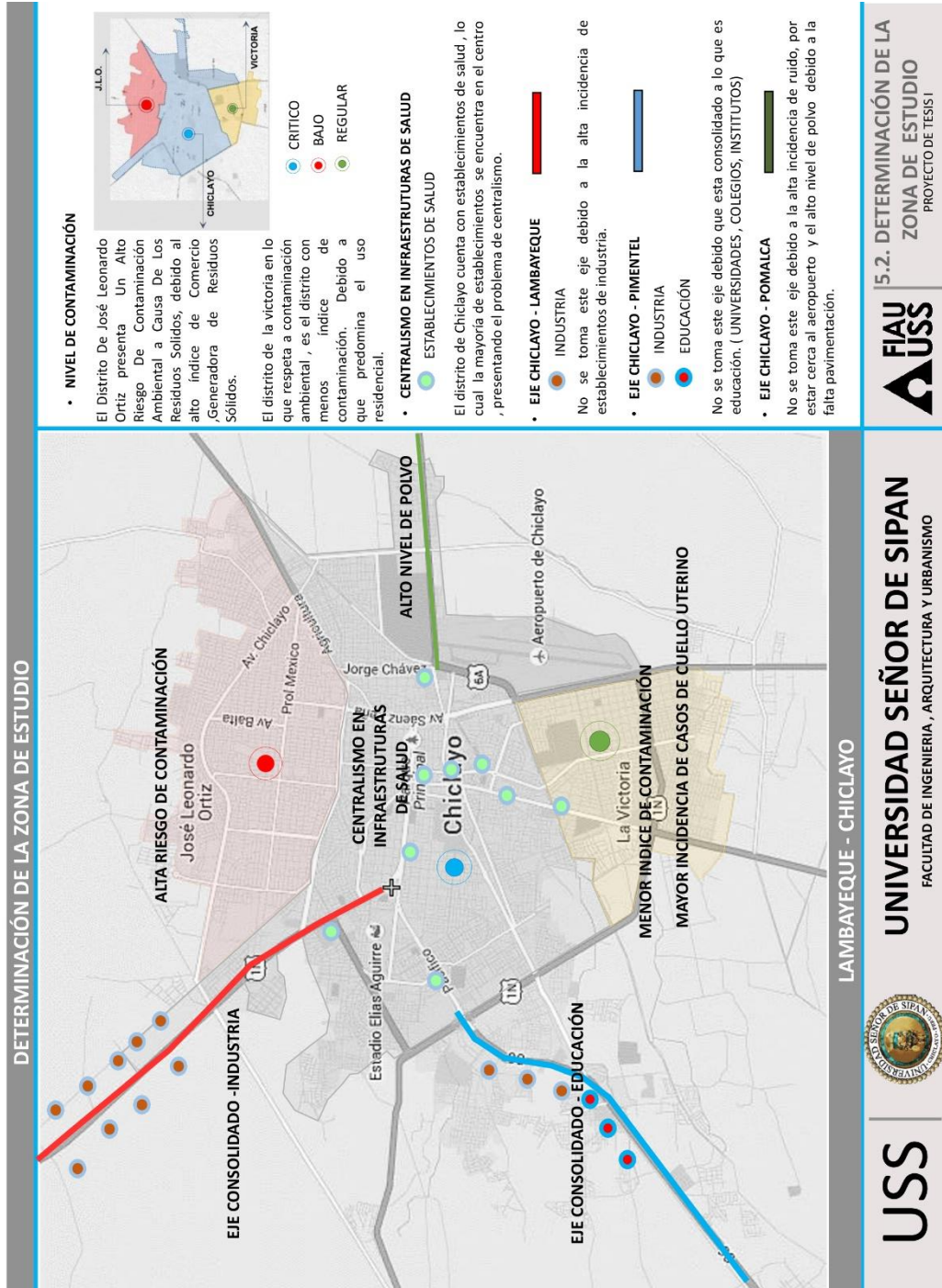
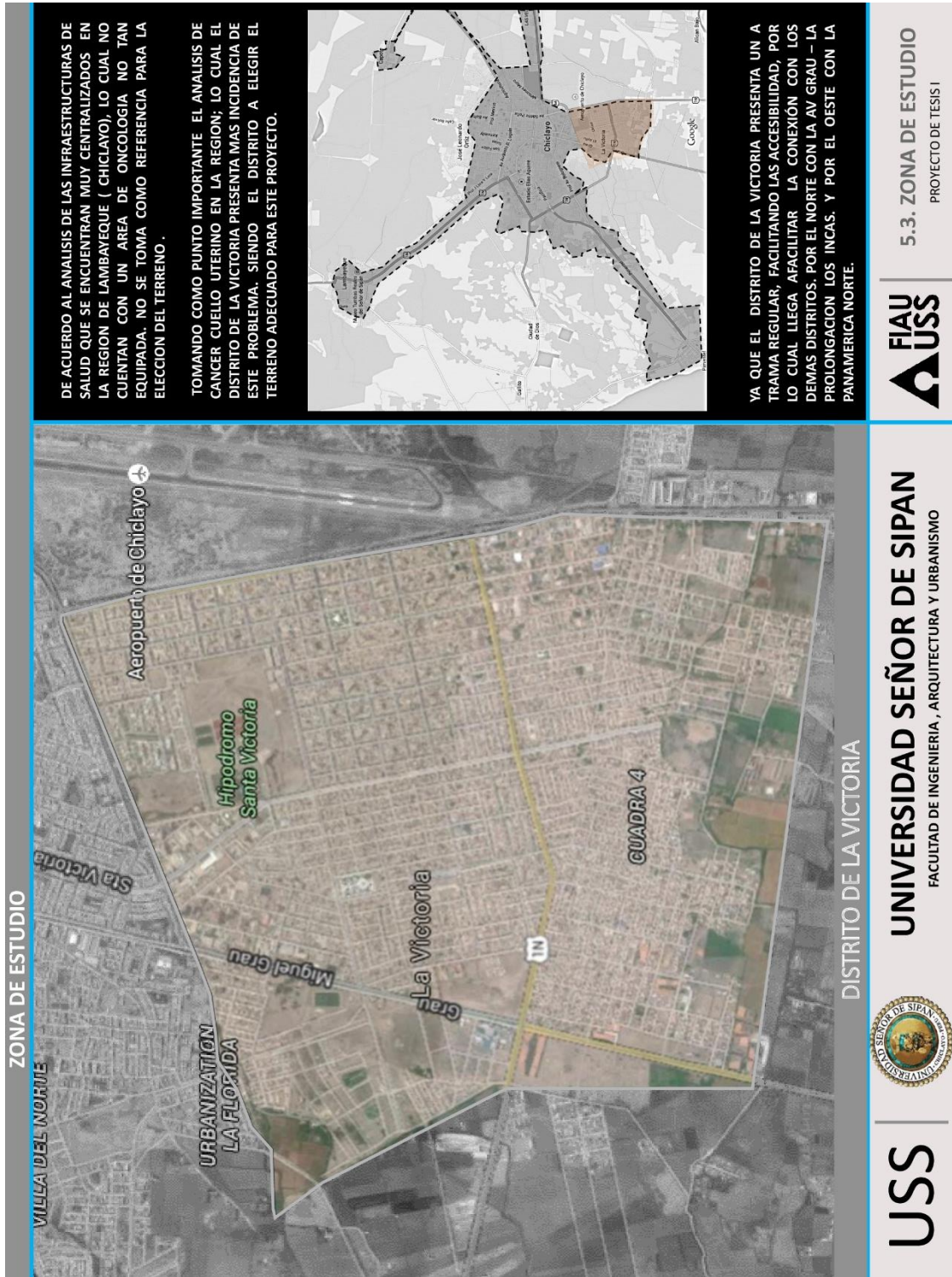
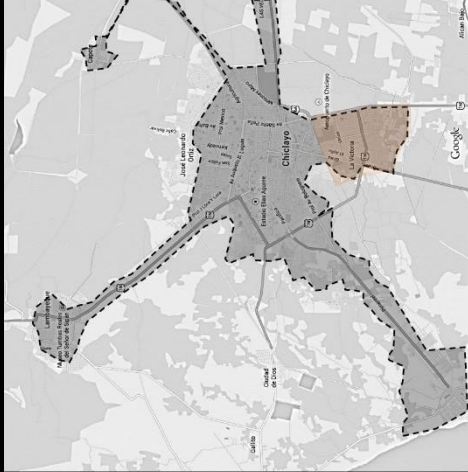


Figura 164: Elección del terreno- Zona de Estudio



DE ACUERDO AL ANALISIS DE LAS INFRAESTRUCTURAS DE SALUD QUE SE ENCUENTRAN MUY CENTRALIZADOS EN LA REGION DE LAMBAYEQUE (CHICLAYO), LO CUAL NO CUENTAN CON UN AREA DE ONCOLOGIA NO TAN EQUIPADADA. NO SE TOMA COMO REFERENCIA PARA LA ELECCION DEL TERRENO .

TOMANDO COMO PUNTO IMPORTANTE EL ANALISIS DE CANCER CUELLO UTERINO EN LA REGION; LO CUAL EL DISTRITO DE LA VICTORIA PRESENTA MAS INCIDENCIA DE ESTE PROBLEMA. SIENDO EL DISTRITO A ELEGIR EL TERRENO ADECUADO PARA ESTE PROYECTO.



YA QUE EL DISTRITO DE LA VICTORIA PRESENTA UN A TRAMA REGULAR, FACILITANDO LAS ACCESIBILIDAD, POR LO CUAL LLEGA AFACILITAR LA CONEXION CON LOS DEMAS DISTRITOS. POR EL NORTE CON LA AV GRAU – LA PROLONGACION LOS INCAS. Y POR EL OESTE CON LA PANAMERICA NORTE.

ZONA DE ESTUDIO

DISTRITO DE LA VICTORIA



USS

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN
FACULTAD DE INGENIERIA , ARQUITECTURA Y URBANISMO

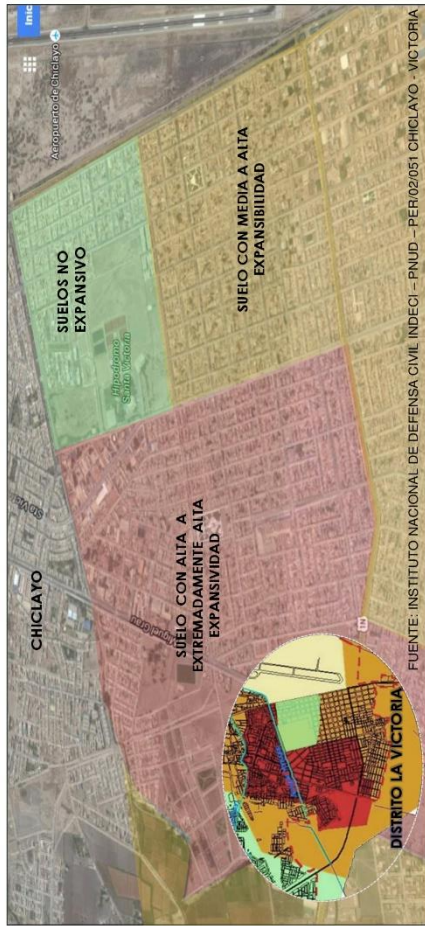


5.3. ZONA DE ESTUDIO
PROYECTO DE TESIS I

Figura 165: Elección del terreno – Distrito de la Victoria

ZONA DE ESTUDIO

TIPOS DE SUELOS



EL DISTRITO DE LA VICTORIA TIENE TRES TIPOS DE SUELO.

- SUELO NO EXPANSIVOS. SUELOS CON CAPACIDADES PORTANTES DE 0.70 KG/CM² A 2.00 KG/CM². EL NIVEL FREÁTICO SE ENCUENTRA UBICADO EN COTAS MAYORES A LOS 4.00
- SUELO CON ALTA A EXTREMADAMENTE ALTA EXPANSIBILIDAD. SUELOS CON CAPACIDAD PORTANTE DE 0.80 KG/CM² A 0.90 KG/CM². EL NIVEL FREÁTICO, SE UBICA DE 1.50 A 2.50M.

LEYENDA

■	SUELOS NO EXPANSIVOS
■	SUELOS CON BAJA EXPANSIBILIDAD
■	SUELO CON MEDIA A ALTA EXPANSIBILIDAD
■	SUELO CON ALTA A EXTREMADAMENTE ALTA EXPANSIBILIDAD
---	LIMITE CASCO URBANO

USOS DE SUELO



EN PROMEDIO DE UN 90% DEL DISTRITO DE LA VICTORIA ES ZONA RESIDENCIAL Y EL 10% ES DE ZONA COMERCIAL. Y EL EQUIPAMIENTO URBANO QUE PREDOMINA ES EDUCACIÓN MIENTRAS QUE SALUD ES CASI NULO.

LEYENDA

Zonas Residenciales	R2	Residencial de Densidad Media	R4	Densidad Media	R3	Densidad Alta	R5	Densidad Alta
Zonas Comerciales	C3	Z. C. Vertical	C1	Z. C. Distrital	C2	Z. C. Barandiarán	C9	
Zonas de Equipamiento	E1	Edificación Básica	E2	E. Sup. Terrenal	E3	Centros Médicos	E4	Polígonos previos
	R	Reservaciones Públicas	B	Brasas				
	OU	Otros Usos						



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN
FACULTAD DE INGENIERIA, ARQUITECTURA Y URBANISMO



5.3. ZONA DE ESTUDIO
PROYECTO DE TESIS I

Figura 167: Elección del terreno - Tipos de Suelos

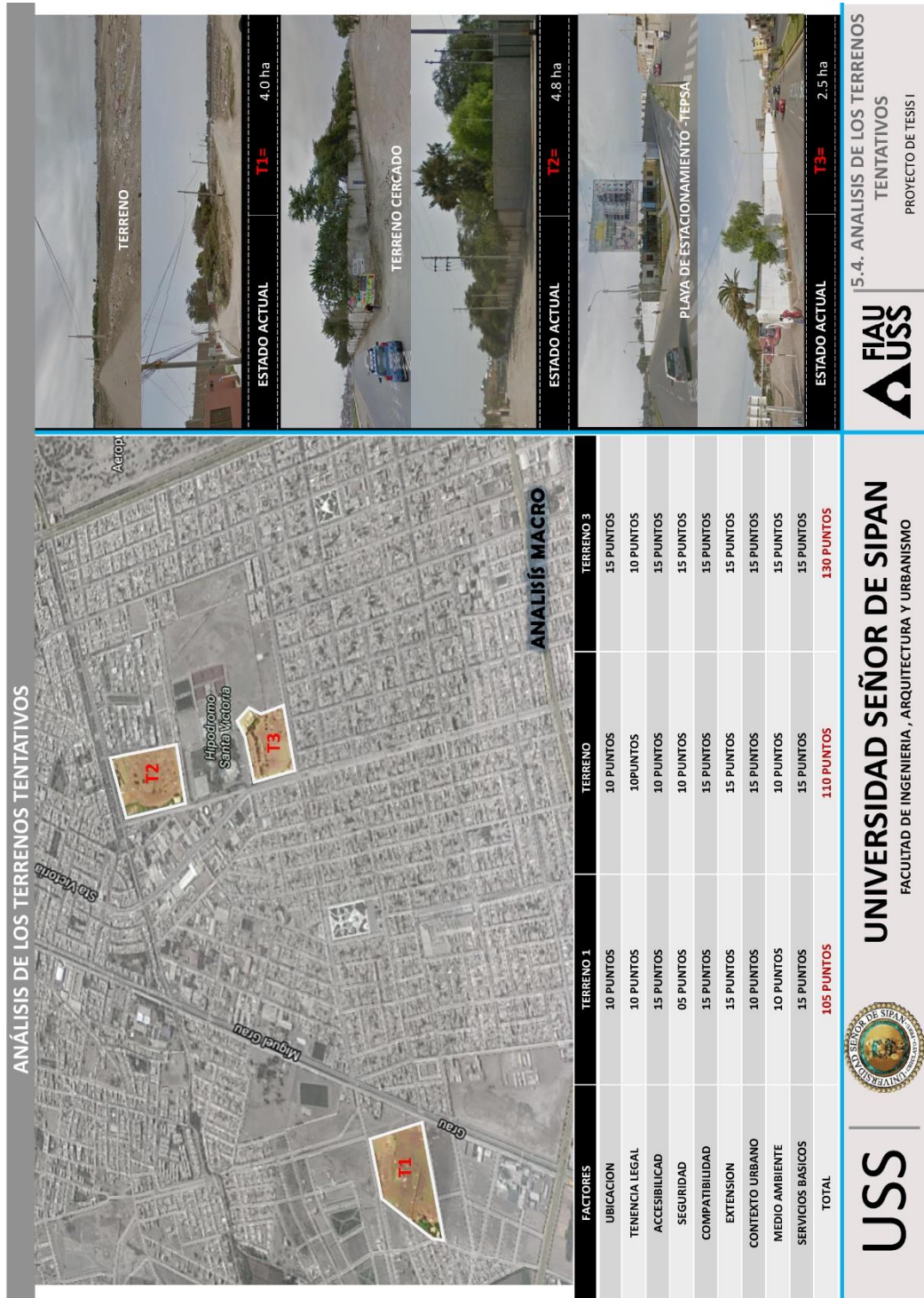


Figura 168: Elección del terreno - Análisis de terrenos tentativos

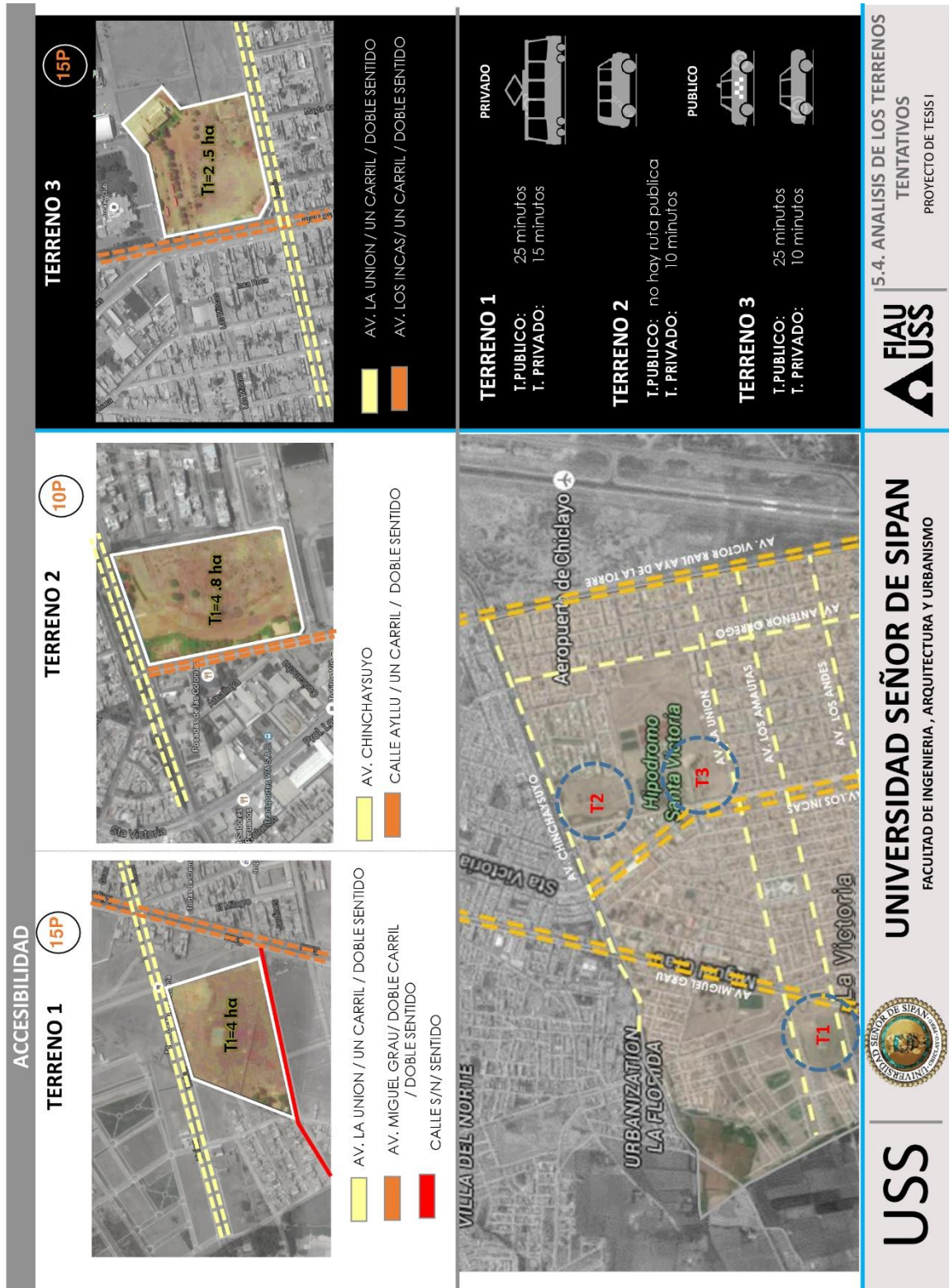


Figura 169: Elección del terreno - Accesibilidad

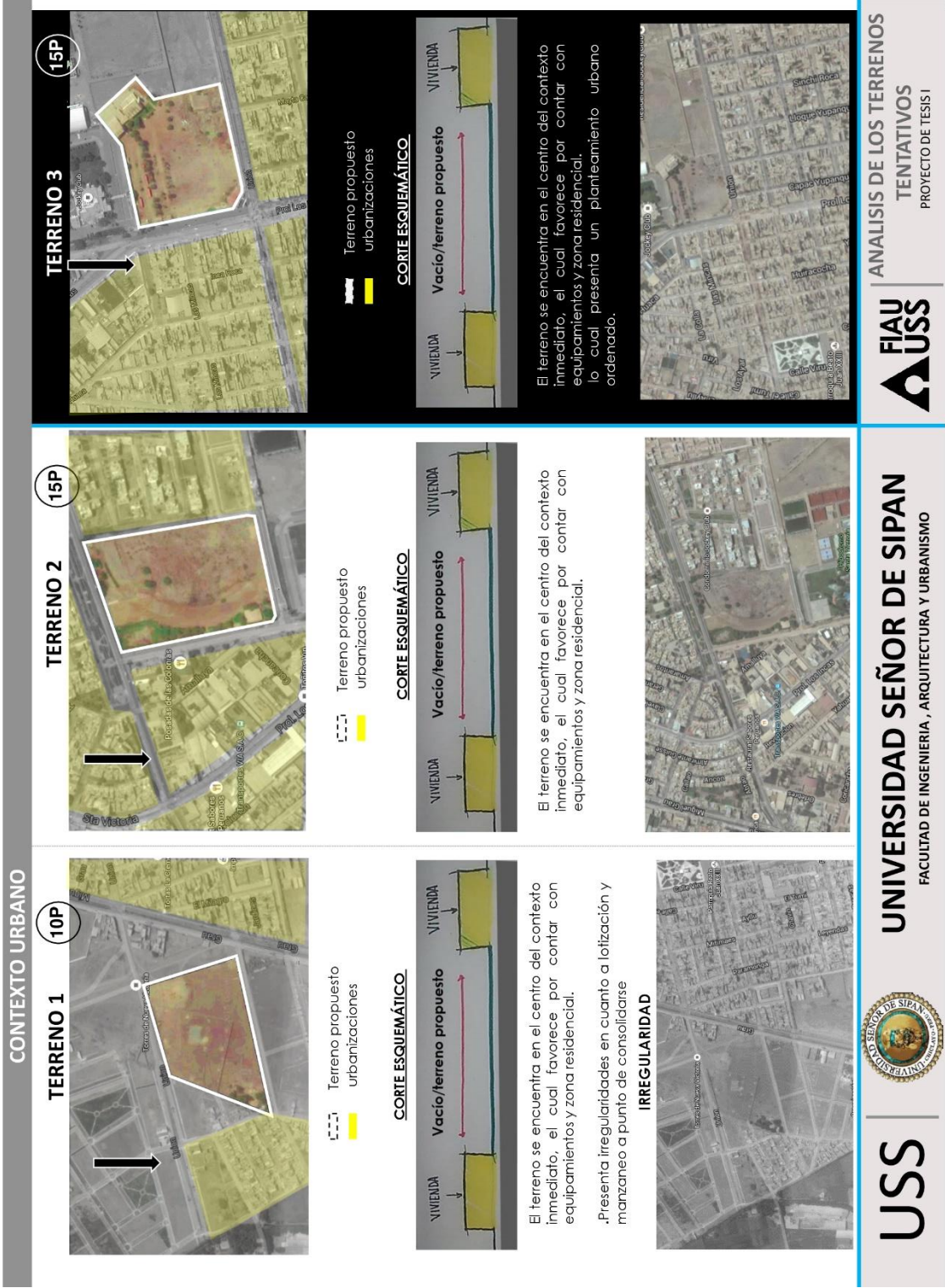


Figura 170: Elección del terreno - Contexto Urbano

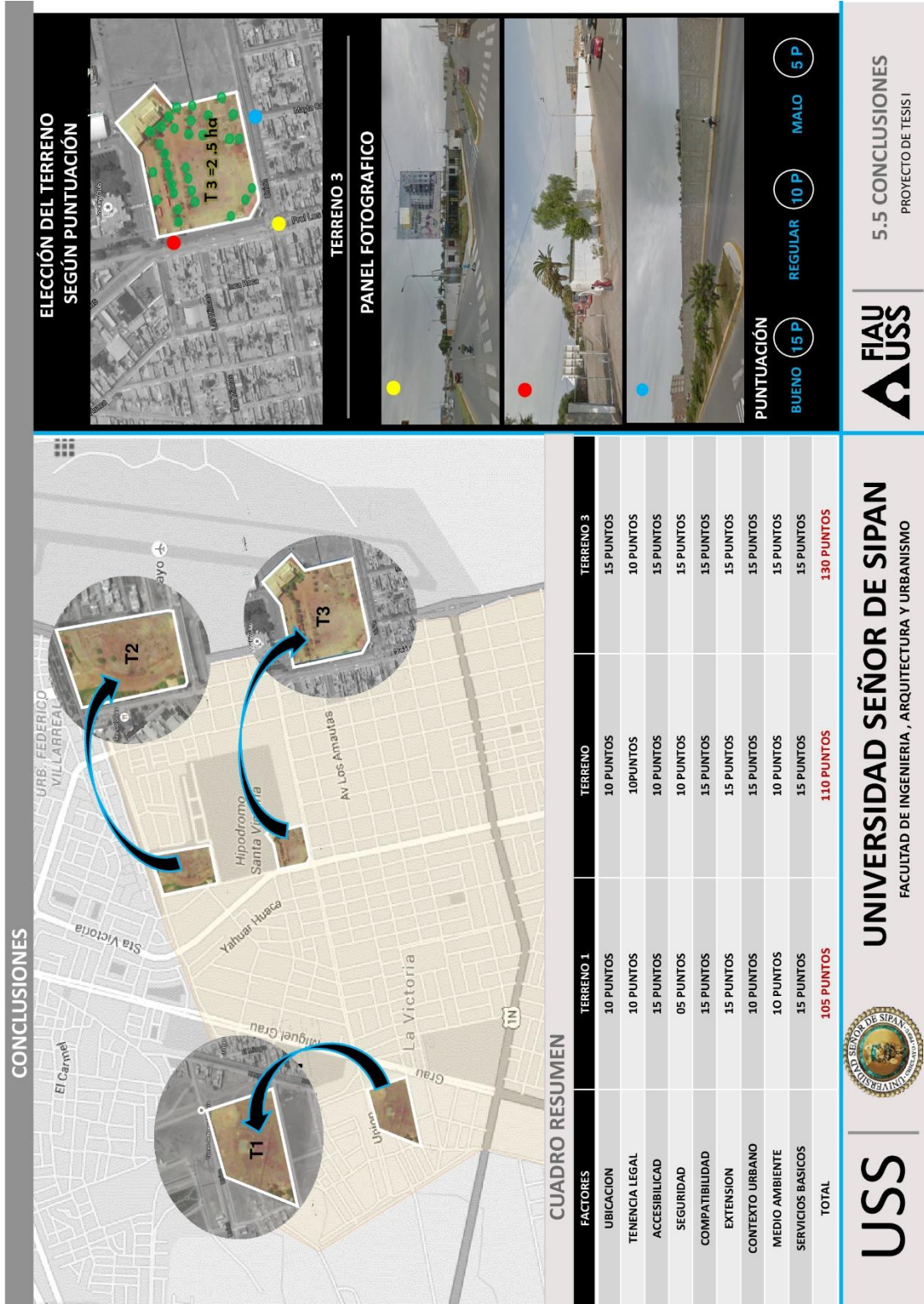


Figura 172: Elección del terreno - Conclusiones



ESPACIO DE REHABILITACIÓN

Crear espacios generadores de bienestar que se integren a las necesidades del usuario.

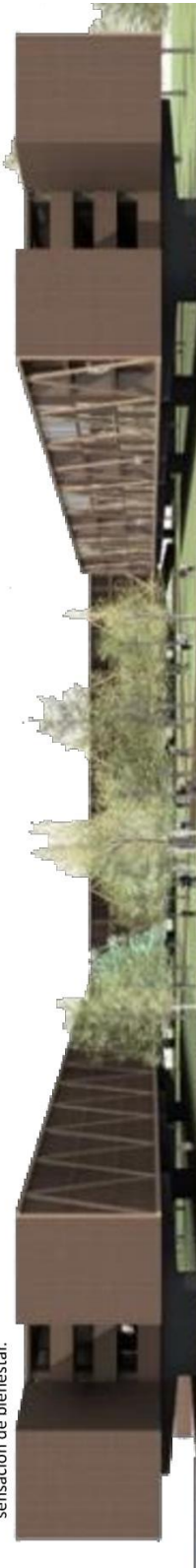
FUNCIONALIDAD



CONSECUENCIA

De esta actividad se beneficiaran las pacientes con cáncer, que será el usuario de esta infraestructura, con la reducción del estrés, soporte emocional y aumento de la sensación de bienestar.

Proyecto que brinde atención especializada al problema de cáncer de cuello uterino. teniendo alternativas de tratamiento y financiamiento mas accesibles.



USS



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN
FACULTAD DE INGENIERIA, ARQUITECTURA Y URBANISMO

FIAU
USS

PERSONALIZACIÓN
PROYECTO DE TESIS I

Figura 173: Elección del terreno / Aporte-Funcionalidad - Consecuencia

ANEXO 6: Laminas Conclusiones y Recomendaciones

INTERVENCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PROBLEMÁTICA DEL CANCER

El presupuesto total de la OMS previsto para el periodo 2010-2015 es de alrededor de US\$ 5500 millones. De esa cantidad, sólo aproximadamente una cuarta parte procede de las contribuciones ordinarias de los Estados Miembros de la OMS, mientras que más del 70% son fondos que los países, organismos y otros asociados entregan a la OMS de forma voluntaria.

Contribuciones voluntarias por los Estados Miembros: **28%**

Contribuciones Voluntarias: **72%**

APORTACIÓN DE LOS ESTADOS MIEMBROS

RECOMENDACION

PRIORIZAR LA INVERSIÓN PÚBLICA EN INFRAESTRUCTURA DE SALUD PROMOVRIENDO LA INCLUSIÓN SOCIAL

EXISTE UNA CENTRALIZACIÓN HOSPITALARIA por una mala planificación, con Lima como sede del único Instituto Nacional de Neoplásicas, que abastece a todo el país.

El sector público al quedar a cargo de una población caracterizada por mayores riesgos de enfermedad y menores ingresos, ha visto disminuido la recolección de recursos financieros **AUMENTANDO LA DEMANDA**

El 36% de peruanos no tiene acceso a la atención institucionalizada de salud y otro 39% sólo tiene acceso a una atención de bajo nivel, a esto se suma la ineficacia de los centros hospitalarios (debido al déficit de infraestructura, equipamiento y cuerpo médico especializado)

Se considera como una posible solución **LA DESCENTRALIZACIÓN HOSPITALARIA**, para cubrir el déficit de atención.

FALENCIAS DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ

El sistema peruano, al igual que otros sistemas de la región, se caracteriza por una importante **fragmentación**

A pesar de algunos intentos por coordinar posibles alianzas, lo cierto es que los sistemas continúan operando de manera autónoma y sin articulación

El gobierno apunta mediante un sistema, la manera de incluir a toda la población pobre y en pobreza extrema, junto con otros ciudadanos a un sistema de atención.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DESVENTAJA: La cobertura del SIS se ha casi duplicado en los últimos cinco años (como se muestra en el gráfico) y las deficiencias como sistema se hacen notar (debido a la carencia de infraestructuras, especialistas, así como las largas listas de espera y el avance de las enfermedades).

ACCESOS A LOS SERVICIOS DE SALUD

El 36% de peruanos no tiene acceso a la atención institucionalizada de salud y otro 39% sólo tiene acceso a una atención de bajo nivel, a esto se suma la ineficacia de los centros hospitalarios (debido al déficit de infraestructura, equipamiento y cuerpo médico especializado)

CONCLUSIONES

FACTORES DE QUE INCIDEN EN EL MAL FUNCIONAMIENTO EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL PERÚ

CONCLUSIONES

INTERVENCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PROBLEMÁTICA DEL CANCER

El presupuesto total de la OMS previsto para el periodo 2010-2015 es de alrededor de US\$ 5500 millones. De esa cantidad, sólo aproximadamente una cuarta parte procede de las contribuciones ordinarias de los Estados Miembros de la OMS, mientras que más del 70% son fondos que los países, organismos y otros asociados entregan a la OMS de forma voluntaria.

Contribuciones voluntarias por los Estados Miembros: **28%**

Contribuciones Voluntarias: **72%**

APORTACIÓN DE LOS ESTADOS MIEMBROS

RECOMENDACION

PRIORIZAR LA INVERSIÓN PÚBLICA EN INFRAESTRUCTURA DE SALUD PROMOVRIENDO LA INCLUSIÓN SOCIAL

EXISTE UNA CENTRALIZACIÓN HOSPITALARIA por una mala planificación, con Lima como sede del único Instituto Nacional de Neoplásicas, que abastece a todo el país.

El sector público al quedar a cargo de una población caracterizada por mayores riesgos de enfermedad y menores ingresos, ha visto disminuido la recolección de recursos financieros **AUMENTANDO LA DEMANDA**

El 36% de peruanos no tiene acceso a la atención institucionalizada de salud y otro 39% sólo tiene acceso a una atención de bajo nivel, a esto se suma la ineficacia de los centros hospitalarios (debido al déficit de infraestructura, equipamiento y cuerpo médico especializado)

Se considera como una posible solución **LA DESCENTRALIZACIÓN HOSPITALARIA**, para cubrir el déficit de atención.

FALENCIAS DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ

El sistema peruano, al igual que otros sistemas de la región, se caracteriza por una importante **fragmentación**

A pesar de algunos intentos por coordinar posibles alianzas, lo cierto es que los sistemas continúan operando de manera autónoma y sin articulación

El gobierno apunta mediante un sistema, la manera de incluir a toda la población pobre y en pobreza extrema, junto con otros ciudadanos a un sistema de atención.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DESVENTAJA: La cobertura del SIS se ha casi duplicado en los últimos cinco años (como se muestra en el gráfico) y las deficiencias como sistema se hacen notar (debido a la carencia de infraestructuras, especialistas, así como las largas listas de espera y el avance de las enfermedades).

ACCESOS A LOS SERVICIOS DE SALUD

El 36% de peruanos no tiene acceso a la atención institucionalizada de salud y otro 39% sólo tiene acceso a una atención de bajo nivel, a esto se suma la ineficacia de los centros hospitalarios (debido al déficit de infraestructura, equipamiento y cuerpo médico especializado)

CONCLUSIONES

FACTORES DE QUE INCIDEN EN EL MAL FUNCIONAMIENTO EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL PERÚ

CONCLUSIONES

Figura 174: Conclusiones y Recomendaciones L1

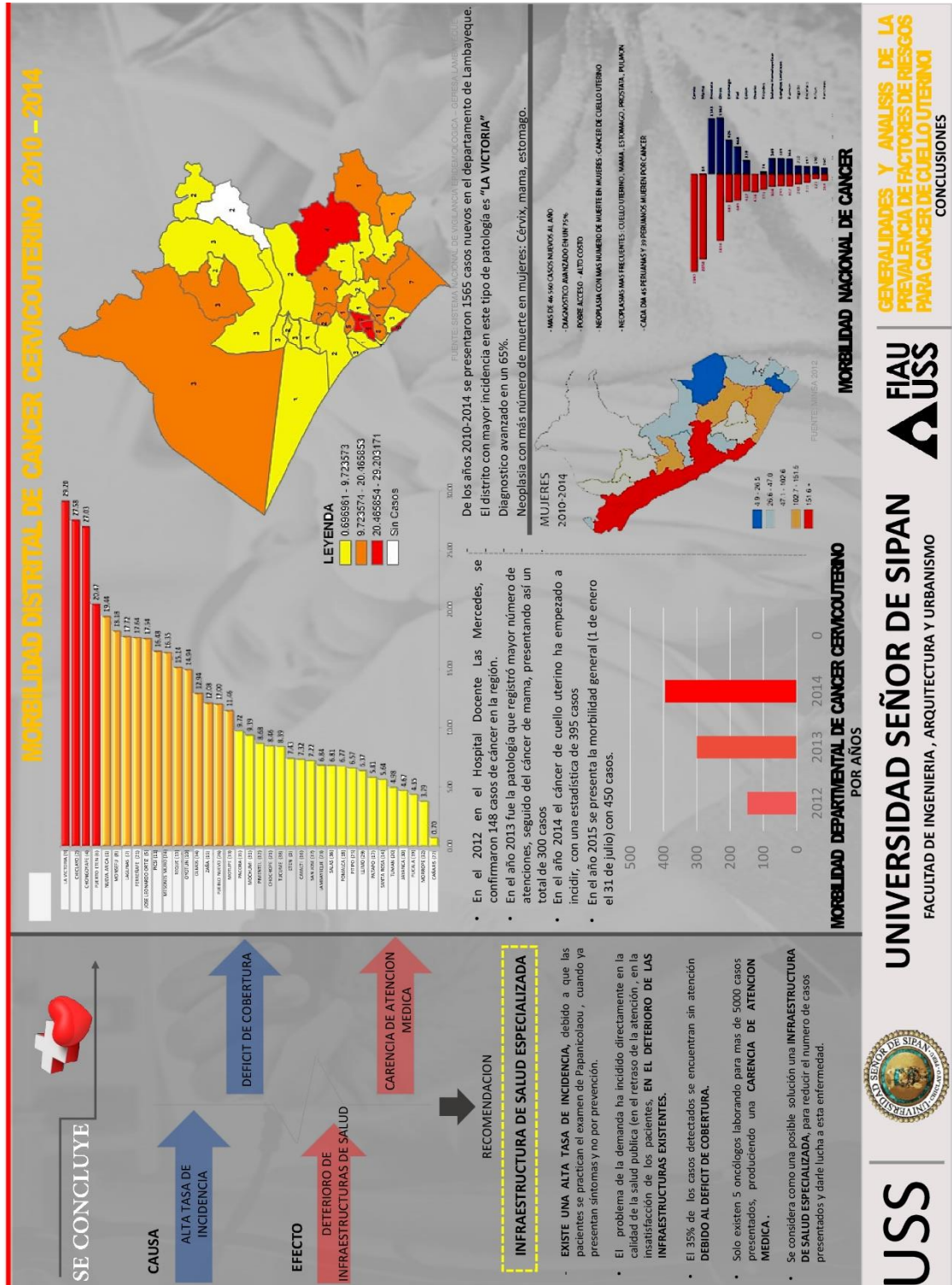
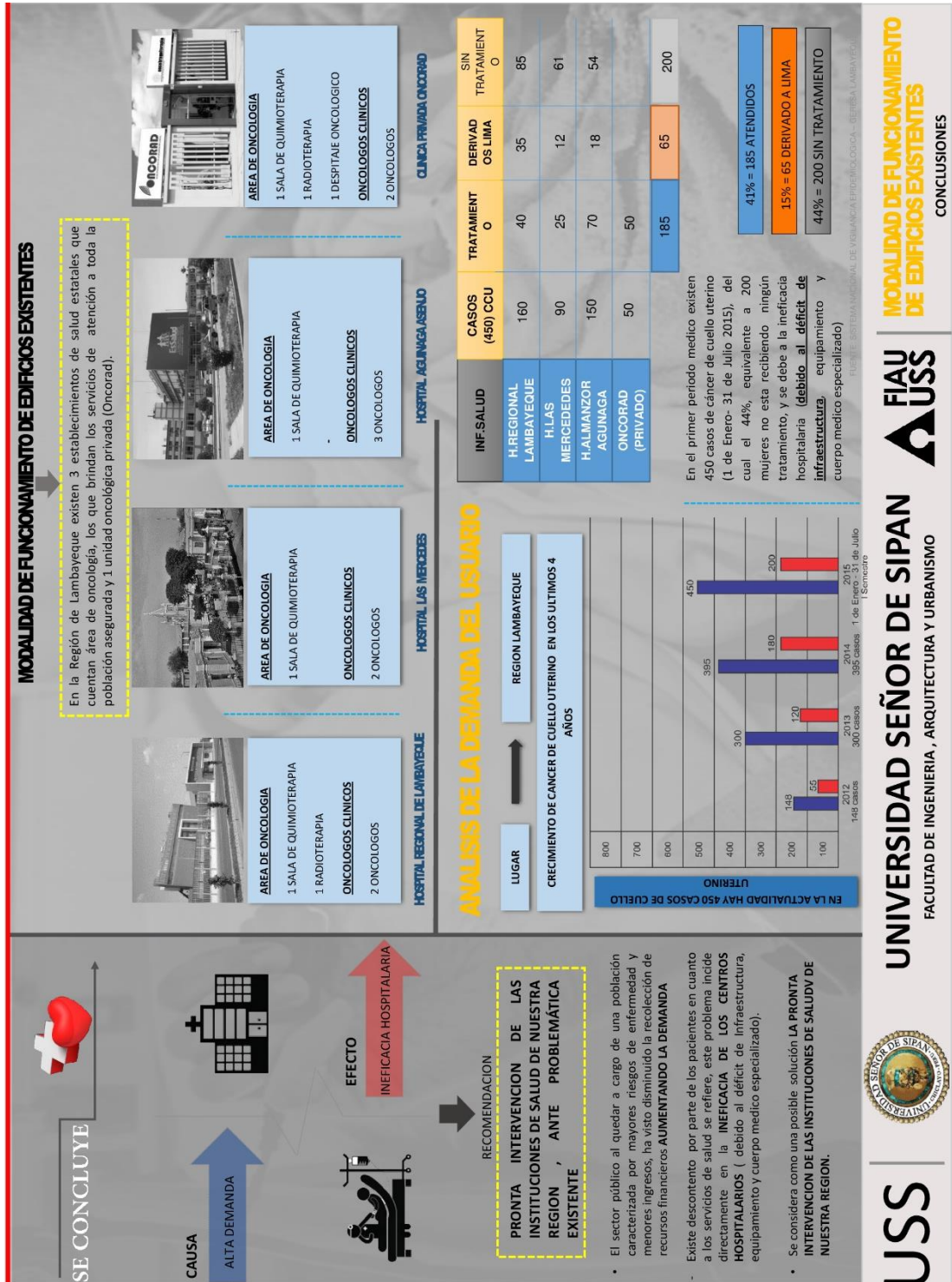


Figura 175: Conclusiones y Recomendaciones L2



CONCLUSIONES

MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO DE EDIFICIOS EXISTENTES

FIAU USS

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN
FACULTAD DE INGENIERIA, ARQUITECTURA Y URBANISMO

USS

Figura 176: Conclusiones y Recomendaciones L3

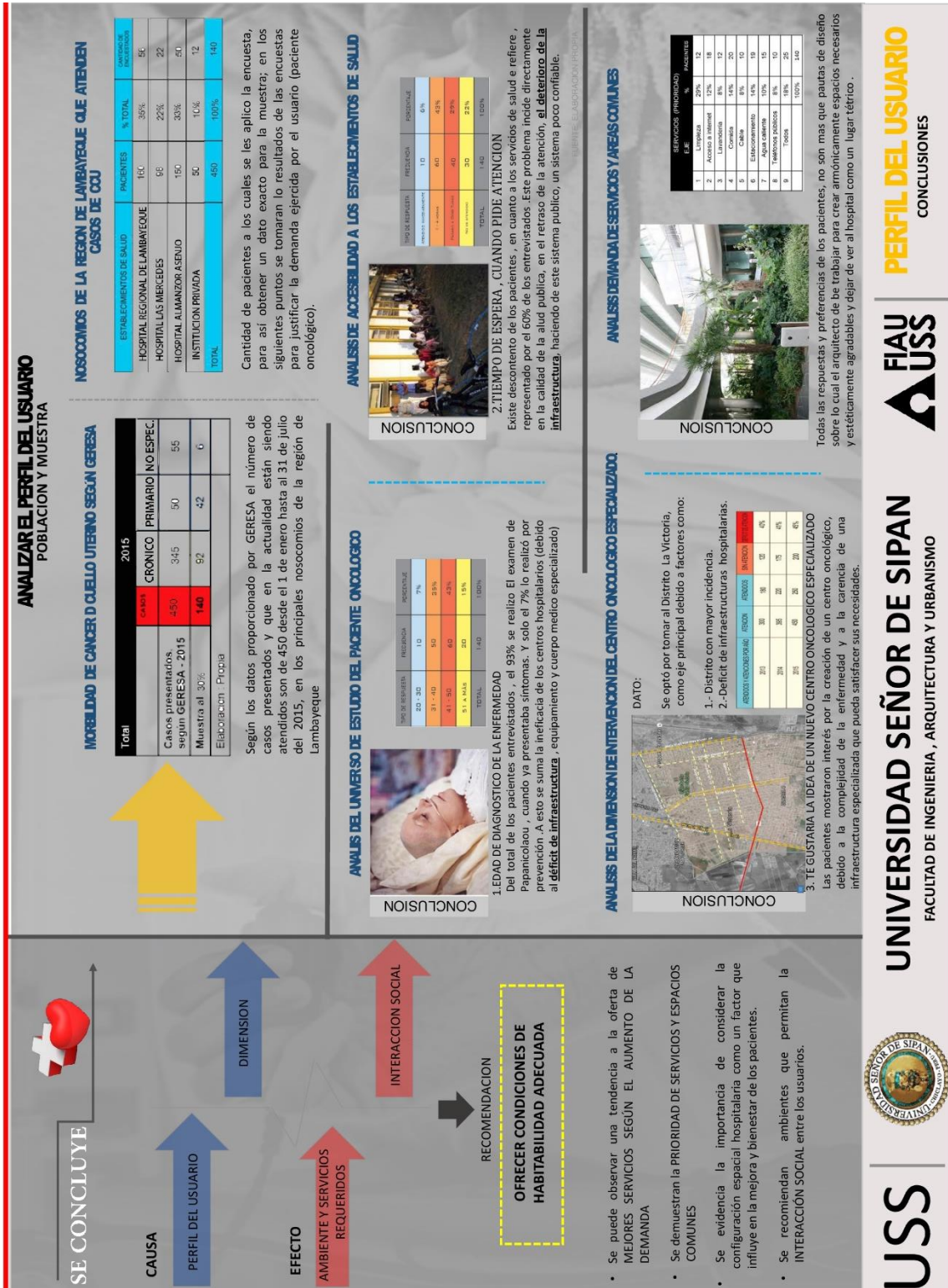


Figura 177: Conclusiones y Recomendaciones L4

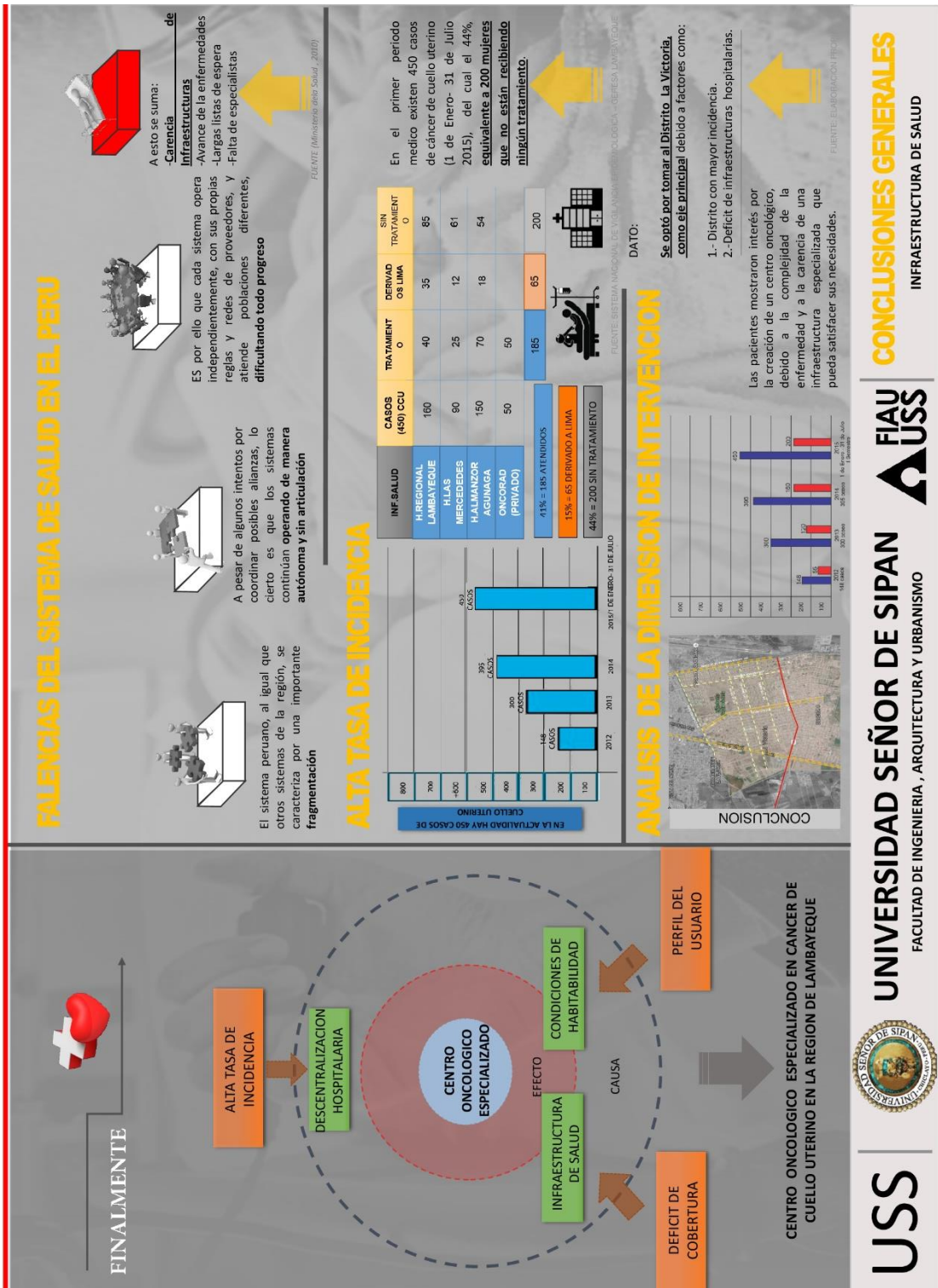


Figura 178: Conclusiones y Recomendaciones L5