



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
FÍSICA-MOTORA EN LAS UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL CANTÓN CUENCA 2014.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA

AUTORES:

JHONATHAN DAVID CARABAJO MARCILLO

JOSÉ MIGUEL CARANGUI LOJANO

DIRECTOR:

LCDO. DIEGO FERNANDO COBOS COBOS

ASESORA:

DRA. NANCY EULALIA AUQUILLA DÍAZ

CUENCA – ECUADOR

2015



RESÚMEN

En el cantón Cuenca, según el censo del 2010 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), hay 505.585 habitantes. Según el Registro Nacional de Discapacidades del Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), hasta mayo del 2013 existen 17.012 personas con discapacidad, entre ellas 9.302 tienen discapacidad física-motora, representando un segmento significativo de población quienes deben tener accesibilidad al medio físico de servicios de salud como parte del buen vivir.

Objetivo general: Se analizó, la accesibilidad de personas con discapacidad física-motora al medio físico en los edificios públicos de las unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP), cantón Cuenca 2014. Para lo cual se utilizó una ficha de comprobación de accesibilidad a edificios públicos de salud basados en las normas INEN.

Tipo de investigación: Observacional, descriptiva – cuantitativa.

Análisis de la información: Mediante la aplicación de fichas de comprobación de accesibilidad, se utilizó el programa SPSS Statistics v-18; y se creó una base de datos para su posterior procesamiento. Los resultados son exhibidos en tablas.

Resultados. La evidencia de la clasificación del nivel de accesibilidad en 14 edificios públicos de salud del cantón Cuenca, muestra que 27 pasillos (51.92%) ofrecen accesibilidad completa, 13 escaleras (86.66%) y 15 rampas (68.18%) son de accesibilidad moderada. Mientras la accesibilidad en 16 baños (88.89%) y 73 puertas (50%), es nula.

PALABRAS CLAVES: ATENCIÓN EN SALUD; CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD; ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD; EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD; PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD; ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD; PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA-MOTORA; CUENCA-ECUADOR.



ABSTRACT

In the city of Cuenca, according to the 2010 census of the Ecuador's Statistics and Census Institute (INEC), there were 505,585 inhabitants. According to the Ecuadorian Register of Disabilities National Council on Disabilities (CONADIS), up to May 2013 there were 17,012 people with disabilities, including 9,302 with physical-motor disability, representing a significant segment of the population who should have access to the public buildings of health services as part of good living.

The overall objective of this research was to analyze the accessibility of people with physical-motor disability to the public buildings of health units of first level that belong to the Ministry of Public Health (MSP), Cuenca 2014.

This research is observational, descriptive-quantitative.

For the analysis of the obtained information through the application of accessibility check sheets, the SPSS Statistics v-18 program was used; and a database was created for further processing. The results were displayed in tables.

The classification of level of accessibility in 14 public buildings of health in Cuenca city evidences that 27 corridors (51.92%) offer complete accessibility, 13 stairs (86.66%) and 15 ramps (68.18%) are of moderate accessibility. While accessibility in 16 bathrooms (88.89%) and 73 doors (50%) is null.

KEYWORDS: HEALTH CARE; QUALITY OF HEALTH CARE; ACCESS TO HEALTH CARE; EVALUATION OF HEALTH CARE; PROVISION OF HEALTH CARE; ACCESSIBILITY TO HEALTH SERVICES; PEOPLE WITH DISABILITIES PHYSICAL-MOTOR; CUENCA-ECUADOR.



INDICE

RESÚMEN.....	2
INDICE	4
AGRADECIMIENTO	9
DEDICATORIA	11
1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.	17
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 RESEÑA HISTÓRICA DE LA DISCAPACIDAD.....	18
2.2 CONCEPTO DE DISCAPACIDAD.....	20
2.3 TIPOS DE DISCAPACIDAD	21
2.3.1 DISCAPACIDAD FÍSICA-MOTORA	21
2.4 DIFICULTADES DE DESPLAZAMIENTO	22
2.5 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	24
2.5.1 NIVELES DE ATENCIÓN	24
2.6 DISCAPACIDAD Y RESPALDO JURÍDICO-POLÍTICO.....	26
2.6.1 A NIVEL INTERNACIONAL.....	26
2.6.1.1 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU).....	27
2.6.1.2 UNESCO	28
2.6.1.3 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)	29
2.6.1.4 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)	30
2.6.1.5 ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (OEA)	31
2.6.1.6 PRINCIPIOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD.....	32
2.6.2 A NIVEL NACIONAL	33
2.7 DISCAPACIDAD, ACCESIBILIDAD Y MEDIO FÍSICO	35
2.7.1 ACCESIBILIDAD.....	37
2.7.2 LA RELACIÓN DE LA PERSONA CON SU ENTORNO FÍSICO.....	37
2.8 RECOMENDACIONES PARA LA ACCESIBILIDAD DE PCD	39
2.9 PARÁMETROS DE REFERENCIA.....	40
2.9.1 NORMAS INEN.....	46
3. OBJETIVOS:.....	49
3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	49
	4



3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	49
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	50
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	50
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	50
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	50
4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	50
4.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	51
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	54
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	54
AUTORIZACIÓN.....	54
CAPACITACIÓN.....	54
SUPERVISIÓN.....	54
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	54
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
5. RESULTADOS	56
5.1 GRUPO DE ESTUDIO.....	57
5.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO.....	58
6. DISCUSIÓN.....	62
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
8. INFORME GENERAL DE LA CALIDAD DE ACCESIBILIDAD	66
9. RECOMENDACIONES DE ACCESIBILIDAD	68
10. BIBLIOGRAFIA.....	69
10.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
10.2 BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	73
11. ANEXOS.....	76



Jhonathan David Carabajo Marcillo, autor de la tesis "Accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad física-motora en las unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública en el cantón Cuenca 2014", reconoce y acepta el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciado en Terapia Física. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 15 de Enero del 2015

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized letters, positioned above a horizontal line.

Jhonathan David Carabajo Marcillo

C.C: 0104741657



RESPONSABILIDAD

Jhonathan David Carabajo Marcillo, autor de la tesis "Accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad física-motora en las unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública en el cantón Cuenca 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 15 de enero del 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "J. D. Carabajo", written over a horizontal line.

Jhonathan David Carabajo Marcillo

C.C: 0104741657



José Miguel Carangui Lojano autor de la tesis "Accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad física-motora en las unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública en el cantón Cuenca 2014", reconoce y acepta el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de nuestro título de Licenciado en Terapia Física. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor

Cuenca, 15 de Enero del 2015

A handwritten signature in blue ink that reads 'José Miguel Carangui Lojano'.

José Miguel Carangui Lojano

C.C: 0301644662



RESPONSABILIDAD

José Miguel Carangui Lojano, autor de la tesis "Accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad física-motora en las unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública en el cantón Cuenca 2014", certifica que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 15 de enero del 2015

A handwritten signature in blue ink that reads "José Miguel Carangui Lojano".

José Miguel Carangui Lojano

C.C: 0301644662



AGRADECIMIENTO

Nuestra sincera gratitud a todos los catedráticos de la Escuela de Tecnología Médica, de manera especial al profesorado de Terapia Física por habernos impartido sus sabios conocimientos en nuestra formación.

Con afecto al Lcdo. Diego Cobos y a la Dra. Nancy Auquilla, director y asesora un profundo agradecimiento por habernos guiado en la elaboración del presente trabajo investigativo, gracias por su apoyo sincero y desinteresado.

LOS AUTORES



DEDICATORIA

En primer lugar a Dios y a mi hija Barbarita por llenar de amor y mucha ternura mi hogar, por ser el motor que impulsa mi vida y el pilar de mi existencia. A mi esposa Tania por estar siempre a mi lado dándome apoyo y afecto. En verdad me siento dichoso de tenerlas.

A mi madre por ser una mujer luchadora siempre dispuesta a darme una mano y brindarme amor incondicional. ¡Cuánto te amo Elizabeth!

A mi padre que me dio la vida, la educación y apoyo. También a mis hermanos que desinteresadamente estuvieron presentes con soporte moral y económico. ¡Gracias!.

En general a toda mi familia gestora de lo que soy y de todos los logros que he conseguido y seguiré consiguiendo. Siempre aplicando lo aprendido junto ellos: valores, carácter, empeño, perseverancia, coraje y sinceridad.

DAVID



DEDICATORIA

A mi madre, Guadalupe, por su amor y su ejemplo de trabajo, sacrificio, perseverancia, humildad y solidaridad. Gracias por apoyarme, guiarme, entenderme e inspirar coraje y esperanza para que “golpe a golpe, ...paso a paso”...”haga mi camino al andar”. Para mi hermana Nube Jacqueline y mi sobrina María Emilia por ser las razones de mi alegría, inspiración y amor.

A las personas con discapacidad, sus cuidadores, familiares y defensores de los derechos humanos y justicia social. Y a la clase trabajadora migrante, en especial al grupo de “Trabajadores en Acción” de la organización MRBW-NY, sus organizadores comunitarios, activistas y personal legal.

JOSÉ



1. INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la fisioterapia emplean sus conocimientos y aplicaciones clínicas para eliminar o resolver diferentes patologías y la discapacidad ¹, pero no solo se concentran en el estado físico de los pacientes, sino que también le dan relevancia a la adecuación del entorno físico en el cual se desenvuelven para mejorar su inclusión a la sociedad y satisfacer de manera plena sus necesidades básicas, facilitando el desempeño de sus obligaciones y derechos como ciudadanos.

La accesibilidad de personas con discapacidad física-motora (PCDFM) al medio físico de establecimientos públicos y de vivienda por lo general está condicionada por barreras arquitectónicas, a pesar de existir políticas nacionales e internacionales para su eliminación, dificultan el libre ejercicio de sus derechos humanos básicos¹¹. Los edificios públicos de salud, destinados a brindar servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, pueden presentar diferentes barreras arquitectónicas que limitarían el libre acceso de las personas con discapacidad física-motora.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define discapacidad como: “término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”². Y barreras son “todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida”².



Como destaca, Stephen W. Hawking³, la discapacidad es la disarmonía entre entorno y persona, por lo que ambos, son responsables de los esfuerzos que se hagan para atenuarla o compensarla.

La accesibilidad de la población con discapacidad física-motora al medio físico en los edificios públicos de salud, es el producto del trabajo multidisciplinario de profesionales de la salud, diseño arquitectónico y política. El aporte de esta investigación, desde la óptica de la Terapia Física, el evidenciar la presencia de limitantes que afectan el funcionamiento de las personas, mediante una ficha de comprobación de accesibilidad al medio físico en unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública en el cantón Cuenca basada en Nomas INEN de acceso al medio físico.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el artículo: La Discapacidad en el Ecuador, año 2010, del Dr. José Ortiz, la prevalencia de discapacidad en el país es de 5,64%, siendo la Físico-Motora la más frecuente (23,7x1.000 habitantes), en el área rural (5,99%) es mayor la prevalencia que en el área urbana (5,42%), el 50,64% de la población con discapacidad está concentrado en las provincias de Guayas, Pichincha y Manabí; afecta más a mujeres (6,08%) que a hombres (5,2%). La prevalencia de discapacidad en el adulto mayor es 4 veces mayor que la prevalencia general⁴.

Las personas con discapacidad en la ciudad de Cuenca representan un segmento significativo de la población, según el registro nacional de discapacidades del Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), hasta mayo del 2013 en el cantón Cuenca, provincia del Azuay, se registraron 17.012 personas con discapacidad, de los cuales 9.302 tienen discapacidad física⁵.



Cuando hablamos de accesibilidad al medio físico señalamos que es una característica primordial que los edificios del entorno deben poseer, para facilitar la llegada, entrada, salida, y uso de viviendas, locales comerciales, lugares de ocio y distracción, lugares de trabajo y salud². Permitiendo que las personas sean partícipes de las actividades para las que se ha diseñado el entorno, en materia de accesibilidad tenemos una serie de normas tanto nacionales como internacionales en lo que se refiere a la construcción de edificaciones. La legislación de discapacidades y el Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN), a través de las Normas Técnicas Ecuatorianas de accesibilidad de las personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico, especifican de una manera técnica los requisitos que deben cumplir las edificaciones para brindar acceso universal⁶.

La guía de accesibilidad al medio físico de Valarezo y Esparza, año 2009, cita que la constitución Política de la República sustenta la obligatoriedad de diseñar y desarrollar proyectos de accesibilidad al medio físico y eliminación de barreras en beneficio de su población, y abalizan el establecimiento de normativa local por parte de los gobiernos autónomos descentralizados. Por tanto es fundamental impulsar su cumplimiento, velar porque se hagan realidad estos preceptos, los cuales sin la participación consciente y decidida de los ciudadanos no podría ser posible⁷.

En relación con la región latinoamericana, Armando Vásquez (2006) ha destacado que los estudios estadísticos sobre discapacidad aparte de ser escasos, están desactualizados y son poco precisos, lo que obliga a basar el diseño de políticas y programas en materia de discapacidad en datos estimados que generalmente corresponden muy poco a la realidad⁸.

En el año 2005 en el estudio “Problemas de accesibilidad derivados de las presencia de barreras arquitectónicas” de las fisioterapeutas: Vernaza Pinzón, Castillo, y Vargas; cuyo objetivo fue identificar los problemas de accesibilidad en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia, derivados de la presencia de barreras arquitectónicas, encontraron que la accesibilidad a la institución



estaba condicionada por las puertas poco accesibles que además restringen la participación social y el funcionamiento humano⁹.

Hinestroza y Roqueme, estudiantes de fisioterapia, en su investigación “Discapacidad y barreras arquitectónicas un problema de exclusión social”, del año 2013, con el objetivo de identificar cuáles son las condiciones de accesibilidad que posee el centro de Sincelejo, Colombia. Encontraron que las carencias de accesibilidad en calles, aceras, rampas fijas; ausencia de señalización y presencia de postes impiden la movilización de peatones con discapacidad¹⁰.

En el caso de la Ciudad de Cuenca no existe documentación, ni estudios actualizados que relacionen a personas con discapacidad física-motora y su accesibilidad al medio físico en los edificios públicos de salud, por lo que la investigación aportará datos actualizados para la solución de problemas de acceso, con el fin de rescatar la participación de las personas con discapacidad física-motora y el libre ejercicio del derecho a la salud.



1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Desde la óptica de la fisioterapia, el presente estudio científico tuvo la finalidad de analizar objetivamente la accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad física-motora en las unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al cantón Cuenca. El análisis de la información dió a conocer a los responsables de la planificación, diseño, y ejecución de planes y políticas de salud para que actúen en beneficio de las personas con discapacidad física-motora en materia de accesibilidad.

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la discapacidad del año 2011 refiere que la mayoría de personas con discapacidad sufren desventajas, desigualdades e insatisfacción de necesidades y derechos humanos básicos debido a limitantes físicos presentes en el entorno, y la falta de pruebas objetivas sobre funcionamiento de programas. Y sugiere su solución mediante la recolección de datos rigurosos y comparables sobre la discapacidad que mejoren la comprensión para adoptar medidas que optimicen la inclusión y participación¹¹.

La relación entre las personas con discapacidad y el entorno es muy importante para los licenciados en Terapia Física cuya misión, dentro de la atención primaria de salud es optimizar el estado de salud físico de éste segmento de la población y facilitar la accesibilidad que permita la explotación y desarrollo de sus potencialidades residuales¹.

En la ciudad de Cuenca no fue posible encontrar estudios relevantes, específicos y actualizados que relacionen personas con discapacidad física-motora y la accesibilidad al medio físico en edificios públicos de salud. Gran parte de literatura del tema en mención tiene origen en otros países, por tal motivo se consideró importante realizar un estudio actualizado y acorde al entorno local que aporte con información para la investigación, docencia y servicio multidisciplinario a nivel local, nacional e internacional.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Reseña histórica de la discapacidad.-La concepción de la discapacidad ha evolucionado a lo largo del tiempo ^{12 y 13}.

En la prehistoria. El más célebre Neandertal con discapacidad fue descubierto en 1908 en Francia, con una antigüedad de 45.000 años. Se trata de un homo-sapiens de entre 50 y 55 años conocido como “Anciano”, quien superó la esperanza de vida media de aquellos tiempos, tenía artritis, pérdida generalizada de dientes y abscesos. Este hallazgo lleva a deducir que esta agrupación alimentaba y cuidaba a sus miembros con problemas de salud y edad; y por lo tanto florecen rasgos de humanidad. En vasijas de épocas un poco más modernas de éste periodo se han encontrado grabadas figuras de cifóticos, enanos, amputados, etc., evidenciando así la limitación del funcionamiento humano¹².

En la antigüedad. Los denominadores comunes de las primeras culturas, en relación con las personas con discapacidad son la exclusión y desprecio. Cuyo origen están en las creencias de que la fuerza física constituía el máximo don para el hombre, y las deformidades, deficiencias físicas y mentales eran muestra del castigo divino. Esto ocurrió tanto en los continentes orientales y occidentales. Así, los Indios Salvias, sudamericanos, mataban a las personas con alteraciones físicas; en la India eran lanzados al río Ganges.

Por el contrario, algunos pueblos, como el egipcio aceptaba y trataba de mejorar al individuo discapacitado, comportamiento posiblemente exclusivo con las personas reales o de elevada alcurnia. Un bajorrelieve existente en Copenhague, representa a un príncipe de la XVIII dinastía (2400 años A. C.) con una extremidad inferior intensamente atrófica, consecuencia poliomielítica, apoyado en un bastón. Generalmente la representación del dios Horus es en forma de un niño débil y poco desarrollado situado sobre las rodillas de su madre¹².

Se evidencia el desarrollo de la medicina egipcia en una férula inmovilizadora hallada en una momia de la V dinastía (2500. A. C.). Los hebreos trataban bien a



sus discapacitados, considerados verdaderos hombres, hechos a imagen y semejanza de Dios ¹³.

En Esparta, Grecia, en el siglo VII a.C. Su rígida organización militar arrojaba al vacío a los recién nacidos que presentaban defectos físicos que les impidiera ser soldados. Platón, consideró necesario quitar de en medio a los débiles y a los que mostraban alguna limitación o discapacidad. Sin embargo, con las reformas de Pericles, se comenzó a atender a enfermos y desvalidos en hospitales y casas de convalecientes¹³.

Edad Media. Surge la inquisición, cuyo objetivo era entre otros, aliviar a la sociedad de personas con discapacidad, tanto física como intelectual y mental, que eran considerados hijos del pecado y del demonio. Por otro lado en esta época se crean asilos, hospitales orfanatos, y otras entidades como gremios, cofradías, hermandades y montepíos como sistemas de previsión social, encargándose de auxiliar en caso de enfermedad, invalidez, vejez y muerte ¹³.

Edad moderna. Con el renacimiento llega el humanismo. En esta época se desarrolla la medicina y las prótesis. Del siglo XVI data la primera prótesis de mano mecánica, con la posibilidad de realizar flexo-extensión pasiva de muñeca y dedos. Se crean por primera vez, hospitales en el campo de batalla, se crean técnicas manuales e instrumentales para realizar las manipulaciones vertebrales, y se edita el primer libro a nivel mundial sobre el ejercicio corporal, una materia tan importante en el campo de la rehabilitación. En el siglo XVII cobró un gran auge el estudio de la estructura y la función del cuerpo humano ¹³.

Edad Contemporánea. Se crea en 1790, el primer establecimiento para el tratamiento del aparato locomotor en Suiza. En este tiempo comienzan a desecharse las amputaciones por la utilización de modernas técnicas de cirugía ortopédica. En 1812 en Wurzburg, Prusia se funda el primer hospital para personas con discapacidad y cuatro años más tarde, en esta misma localidad se crea el instituto ortopédico, fundado por Heine, padre de la ortopedia mecánica.



Adolf Hitler, en su obra “MeinKampf” citó: “para mejorar la raza, los físicamente degenerados y mentalmente insanos o débiles no tienen derecho a procrear”. A partir de 1939, bajo el código secreto denominado “Aktion T4” y para eliminar la “vida indigna de vivir” autoriza la eutanasia para los pacientes con enfermedad incurable, lo que llamo “matanza de misericordia”, y deja morir de hambre a las personas con discapacidad y enfermos mentales en instituciones ¹³.

En la Declaración universal de los derechos humanos de la ONU de 1955 se aprueba el Programa Internacional de rehabilitación de minusválidos físicos. En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprueba la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), y en mayo de 2001 aprueba: la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF) que sustituye al anterior ¹³.

Actualmente se considera que el problema de la discapacidad no reside en la propia persona con discapacidad, sino en la existencia de un entorno discapacitante con la presencia de barreras: arquitectónicas, urbanísticas, en los transportes, en las comunicaciones y en general, en el acceso a dispositivos técnicos diseñados para sujetos medios con amplias capacidades y habilidades ¹³.

2.2 Concepto de discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define discapacidad como: “término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”¹.

Según la autora Rocío López las deficiencias constituyen problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades



para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para involucrarse en las interacciones comunitarias¹⁴.

2.3 Tipos de discapacidad.-Según la Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México, es posible clasificar la discapacidad en tres grandes rubros: Discapacidad sensorial, mental y física.

2.3.1 Discapacidad física-motora.- Es el conjunto de deficiencias funcionales y/o estructurales, que presenta dificultades en la habilidad en el control y manejo del movimiento, equilibrio, coordinación, postura de las diversas partes del cuerpo, y su participación en los diferentes contextos¹⁵.

2.3.1.1 Clasificación.-El autor García Padilla¹⁶ considera los siguientes criterios para la clasificación de la discapacidad física-motora:

a) Según el tipo de alteración de tono muscular:

- Espástica: Lesión al nivel de corteza cerebral, afecta los centros motores y produce rigidez muscular.
- Atetoide: Lesión a nivel de los ganglios basales, provoca en el sujeto movimientos involuntarios.
- Atáxica: Su localización es a nivel del cerebelo, afecta la coordinación de movimientos y equilibrio por lo que produce inestabilidad en la marcha y grandes déficit en la coordinación óculo – manual.
- Mixta: Es una combinación de las anteriores.

b) Según los miembros afectados:

- Monoplejía: Parálisis de una extremidad.
- Hemiplejía: Parálisis del hemicuerpo, derecho o izquierdo.
- Diplejía: Parálisis de las cuatro extremidades con mayor espasticidad en los miembros superiores.
- Paraplejía: Parálisis en las extremidades inferiores.
- Triplejía: Parálisis en las tres extremidades.
- Tetraplejía: Parálisis de las cuatro extremidades.



c) Según el grado de afección.

- Leve: Caracterizado por movimientos torpes.
- Moderada: Caracterizada por marcha inestable, dificultades para el control manual y con dificultades en el lenguaje comprensivo y expresivo.
- Severa: Carecen de deambulación, y apenas pueden controlar sus extremidades y lenguaje muy afectado.

Según Velástegui ¹⁷, las personas con discapacidad física pueden presentar movilidad reducida que es la dificultad de desplazamiento que afecta su movilidad por presentar algún tipo de limitación en su capacidad de relacionarse con el entorno al tener que acceder a un espacio o moverse dentro del mismo.

2.4 Dificultades de desplazamiento en el medio de físico de las personas con discapacidad física-motora

Según Enrique Govira-Beleta Cuyas en el Libro blanco de accesibilidad¹⁸, una persona con discapacidad física puede encontrarse con las siguientes dificultades:

2.4.1 Dificultades de maniobra.- Son aquellas que limitan la capacidad de acceder a los espacios y de moverse dentro de ellos. Afectan de forma especial a los usuarios de silla de ruedas tanto por las dimensiones de la propia silla que obligan a prevenir espacios más anchos como por las características de desplazamiento que tiene la silla de ruedas

Cinco son las maniobras fundamentales que se ejecutan con la silla de ruedas:

- 1.-Desplazamiento en línea recta, es decir, maniobra de alcance o retroceso
- 2.-Rotación o maniobra de cambio de dirección sin desplazamiento, es decir, sin mover prácticamente de lugar el centro de gravedad.
- 3.-Giro o maniobra de cambio de dirección en movimiento.
- 4.-Franquear una puerta. Maniobra específica que incluye los movimientos necesarios para aproximarse a una puerta, abrirla, traspasar el ámbito y cerrarla.
- 5.-Transferencia o movimiento para sentarse o salir de la silla de ruedas.



2.4.2 Dificultades para salvar desniveles.-Son las que se presentan en el momento en que se pretende cambiar de nivel (bien sea subiendo o bajando), o bien, superar un obstáculo aislado dentro de un itinerario horizontal. Afectan tanto a usuarios en silla de ruedas (imposibilitados de superar desniveles bruscos o con pendientes muy pronunciadas) como los ambulantes (que tienen dificultades con los desniveles bruscos, los itinerarios de fuerte pendiente y los recorridos muy largos)

Básicamente se distinguen tres clases de desniveles:

- 1.-Continuos o sin interrupción, se encuentran principalmente en las vías públicas y espacios abiertos y obedecen más a las condiciones topográficas que a una intención proyectual.
- 2.- Bruscos y aislados, responde generalmente a una clara intención proyectual evitar la entrada de agua (en los accesos desde el exterior a locales cubiertos), separa y proteger (en el caso de la acera), o conseguir una determinada opción compositiva (escalinata, escaleras, etc.)
- 3.-Grandes desniveles que responden bien a condiciones topográficas o, con mayor asiniudad, a superposición de niveles (edificios de más de una planta)

2.4.3 Dificultades de alcance: Son aquellas que aparecen como consecuencia de una limitación en las posibilidades de llegar a objetos y percibir sensaciones. Afectan principalmente a los usuarios de silla de ruedas (como consecuencia de una posición sedente) y de forma especial a los deficientes sensoriales (visuales y auditivos)

Se distinguen tres clases de dificultades de alcance:

- 1.-Manual que afecta de forma primordial a las personas usuarias de silla de ruedas, tanto por su posición sedente, que disminuye las posibilidades de disponer de los elementos situados en lugares altos, como por el obstáculo de aproximación que ya de por si representan las propias piernas y la silla de ruedas.



2.-Visual, que afecta principalmente a las personas con deficiencia visual. Personas despiastadas y también a los usuarios de silla de ruedas pues, al estar sentados disminuye su altura y el ángulo de visión.

3.-Auditivo

2.4.4 Dificultades de control.-Son las que aparecen como consecuencia de la pérdida de la capacidad para realizar acciones o movimientos precisos con los miembros afectados. Afectan tanto a los usuarios de la silla de ruedas como a los ambulantes.

Se distinguen dos clases de dificultades de control:

1.- Del equilibrio, que se manifiesta tanto en la obtención como en el mantenimiento de una determinada postura, y afecta a los usuarios de silla de ruedas y ambulantes como consecuencia de la afectación de los miembros inferiores.

2.- De la manipulación, que se asocia más a las afectaciones de los miembros superiores y, por tanto, no se manifiesta por la condición de sedente ambulante de la persona, sino por la limitación adicional en las extremidades superiores.

2.5 Organización del sistema nacional de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP)

La provisión de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud¹⁹ se organiza por niveles de atención en I, II, III y IV nivel y en la lógica de trabajo interinstitucional en redes y micro redes a nivel territorial. El componente de organización comprende:

2.5.1 Niveles de Atención:

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de



acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud.

El I Nivel de atención.- Se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia contra referencia. Se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema. Por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención.

El II Nivel de Atención.- Comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio). Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno.

Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

El III nivel de Atención.- Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley.

El IV nivel de Atención.- Es el que concentra la experimentación clínica, pre registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder



instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

El nivel de Atención Pre hospitalaria.-Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

2.6 Discapacidad y respaldo jurídico-político

2.6.1 A nivel internacional

López Masís¹⁴ sintetiza la evolución histórica y conceptual de la discapacidad en tres modelos: el tradicional, el biológico o de rehabilitación y el derechos humanos. Modelos que aún coexisten, en la actualidad a nivel mundial –con tendencias marcadas el uno hacia el otro- y dependen de los aspectos sociopolíticos de los diferentes países.

Modelo tradicional. Concepción marcada por la marginación y el aislamiento. El denominador común es el sometimiento y la dependencia. Las personas con discapacidad son concebidas como objetos de asistencia, protección o sujetos con problemas que necesitan ser tomados por el ámbito médico-sanitario o religioso.

Modelo de rehabilitación.- Producto de las guerras mundiales. La persona con discapacidad tiene un papel pasivo, como favorecido de servicios institucionalizados de rehabilitación, los cuales son liderados y dispuestos por los profesionales. Este modelo tiene el objetivo de que la persona alcance el estado más próximo a la normalidad para su posterior inclusión a la sociedad.

Modelo de derechos humanos.- En la transición de los siglos XX y XXI se acaba con el modelo de dependencia y se promueve que las personas con discapacidad asuman la dirección de su propia vida en una sociedad accesible. Este nuevo modelo pretende la eliminación de las barreras arquitectónicas, de actitud y de



comunicación. Las mismas personas plantean su derecho a la toma de decisiones respecto a su vida, su autonomía y la elección de apoyos que requieren.

Esta evolución ha estado respaldada con un sistema jurídico-político internacional, mediante normas y pactos entre los diferentes países a través de varias organizaciones que han incidido de manera contundente en la región latinoamericana.

2.6.1.1 Organización de las Naciones Unidas (ONU)

Fundada en 1945. Es considerada la organización internacional del mundo. Facilita la cooperación entre los 192 países miembros en asuntos relacionados con el derecho internacional, la paz y la seguridad, desarrollo económico y social, y los asuntos humanitarios y de derechos humanos.

Su interés por el bienestar y los derechos de las personas con discapacidad se respalda en sus principios, basados en los derechos humanos, las libertades fundamentales y la igualdad de todas las personas. Entre sus promulgaciones más importantes, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, donde “se establece que todos los pueblos deben esforzarse para promover, mediante la enseñanza y la educación el respeto a los derechos y a las libertades individuales y sociales para que su aplicación sea efectiva”.

Tema respaldado con la Convención Americana de Derechos Humanos de 1969, cuyo fin es proteger y garantizar las libertades y derechos de todas las personas de nuestro continente.

En lo que concierne a la población con discapacidad, hubo iniciativas que resaltaron los derechos a las mismas oportunidades, en 1982 se aprueba el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad como resultado del Año Internacional de los Impedidos (1981). Por primera vez, se define la discapacidad como resultado de la relación entre la persona y su entorno; también, se proclama el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992).



En 1993 se plantean las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, como instrumento normativo y de acción para las personas con discapacidad y para sus organizaciones. Aquí se considera que los Estados deben adoptar medidas para que la sociedad tome mayor consciencia sobre los derechos, necesidades, posibilidades y contribución de las personas con discapacidad.

En la última década, ha sido promulgado el Primer Tratado de Derechos Humanos del Siglo XXI en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Su intención es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y las condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover su dignidad inherente”. Esta convención está abierta para recibir la firma de todos los Estados a partir del 30 de marzo del 2007. Ecuador ratificó este tratado el 3 de abril del 2008.

2.6.1.2 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

Fue fundada en 1945 con el objeto de contribuir a la paz y seguridad en el mundo mediante la educación, la cultura y las comunicaciones. Al final del siglo pasado y en el presente, el tema de derecho a la educación se ha centrado en el respeto a la diversidad, la dignidad humana y la vida independiente sin importar las diversidades particulares del ser humano.

Esta perspectiva de la educación se encuentra respaldada principalmente en:

La Conferencia Mundial de Educación para Todos (1990). Dejó puesto el interés de la comunidad internacional por garantizar el derecho a la educación para todos, independientemente de sus diferencias.

La Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, Acceso y Calidad (1994). Cuyo centro fue el acceso de las personas con necesidades educativas especiales a una educación de calidad mediante la inclusión.



El Foro Consultivo Internacional sobre Educación para Todos (2000). Su acción compromete a todos los Gobiernos a garantizar educación de calidad hacia el 2015.

La educación tiene un papel relevante para con las personas, sus familias y el entorno, por lo que es fundamental que el trabajo se oriente en dos ejes: a) ofrecer servicios de apoyo para que la persona además de lograr conocimientos académicos, alcance el máximo nivel de autonomía personal, autodeterminación y calidad de vida, y b) promover en la comunidad la participación plena, para que las personas con discapacidad haga uso de los deberes y derechos, mediante acciones destinadas a romper las barreras actitudinales, de comunicación y arquitectónicas.

2.6.1.3 Organización Internacional del trabajo (OIT)

Fundada en 1919, cuenta con 178 países miembros. Consagra la promoción de oportunidades de trabajo decente y productivo, en condiciones de libertad, igualdad y dignidad humana.

En el ámbito de discapacidad, desde sus inicios ha promulgado normas que responden a la falta de oportunidad de trabajo de personas con discapacidad con la edad y deseo de laborar, en algunos países las tasas de desempleo en este segmento de población puede llegar al 80%.

Desde 1955, se han registrado progresos contra la discriminación en el empleo y los recursos humanos gracias a la adopción de la Recomendación 99 sobre la Adaptación y Readaptación Profesional de los Inválidos, estos progresos registrados en el Convenio 142 y Recomendación 150 del año 1975. Dentro de los planteamientos con respecto a la elaboración y aplicación de políticas, se debe:

Asumir la responsabilidad de invertir en una educación y formación de calidad, previo al empleo, basada en disponer de docentes y formadores cualificados que trabajen en condiciones decentes, también, desarrollar estrategias, medidas y programas en materia de igualdad de oportunidades.

En 1983, el Convenio 159 sobre Readaptación Profesional y el Empleo de las Personas Inválidas (1983) y la Recomendación 168, enfatizan las oportunidades



de empleo en el mercado regular, aspecto que se refleja en el art.4 que indica que “dicha política se basará en el principio de igualdad de oportunidad y trato”.

En el presente milenio la OIT diseñó y puso a disponibilidad el Repertorio de recomendaciones Prácticas sobre la Gestión de Discapacidades en el lugar de Trabajo (2001), para “guiar a los empleadores a adoptar una estrategia de gestión de las cuestiones relacionadas con la discapacidad en el lugar de trabajo”. Algo muy importante es que considera, de acuerdo a los actuales postulados, la participación e iniciativa de las personas con discapacidad en la implementación de dichas reformas.

2.6.1.4 Organización Mundial de la Salud (OMS)

Fue fundada en 1948, es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en la ONU.

Tradicionalmente la medición de la salud se ha basado en estadísticas de incidencias y prevalencia de enfermedades y la mortalidad. Pero deben tomarse en cuenta que la condición de salud está influida por la combinación de factores relacionados con las diferencias individuales en cuanto a experiencias, antecedentes y emociones, así como en el contexto físico, social y cultural en que habita cada persona.

Publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) en 1980.

En el año 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) fue publicada, como acción ante el etiquetado sistemático de las personas con discapacidad. Esta es una “clasificación de las características de la salud de las personas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales. La interacción de las características de salud y los factores contextuales, es la produce determinada discapacidad”.



2.6.1.5 Organización de estados Americanos (OEA)

Es la organización internacional de la región, que fue fundada en 1948 y tiene 35 países miembros.

En los años setenta, los organismos que hacían parte de la OEA ante el cuestionamiento sobre el concepto tradicional de la discapacidad, formularon una concepción diferente, relacionada con las limitaciones cotidianas experimentadas por las personas con discapacidad, con el fin evidenciar las dificultades que han tenido que enfrentar diariamente, a causa de las barreras impuestas por el medio social.

Actualmente se plantean una serie de cuestionamientos a los programas y servicios implementados, y se defiende la necesidad de fomentar la inclusión de los discapacitados en todos los ámbitos del medio social (educación, salud, trabajo, cultura entre otros), es decir, poner énfasis en alcanzar una sociedad accesible para todos.

En la Convención Americana de los Derechos Humanos, en 1970, hubo el compromiso de eliminar la discriminación, en todas sus formas y manifestaciones, contra las personas con discapacidad.

En 1992 se promulgó la Declaración de Cartagena de Indias, que promueve las políticas integrales para las personas con discapacidad en Iberoamérica. En 1995 se emitió la Resolución sobre la situación de los Discapacitados en el Continente Americano.

El 1999 surgió la “Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad”, la cual reafirma que “las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas [...] incluido el de no verse sometida a discriminación fundamentada en la discapacidad”.

Un gran avance en las políticas de integración en Iberoamérica se dió con la aprobación de la “Declaración del Decenio de las Américas por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad 1006-2016” bajo el lema: Igualdad, Dignidad y Participación.



2.6.1.6 Principios Básicos relacionados con la temática de la discapacidad

Los instrumentos jurídicos internacionales se rigen por una serie de principios que son el eje transversal en las diferentes normativas planteadas.

No discriminación.- Eliminación de cualquier distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad que tenga el propósito o efecto de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales (Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, art.1 inciso 2).

Igualdad de Oportunidades.-Proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad, el entorno físico, los servicios, las actividades, la información y la documentación se ponen a disposición de todos, especialmente de las personas con discapacidad (Normas Uniformes, inciso 24).

Igualdad de Derechos.-Significa que las necesidades de cada persona tienen igual importancia, que estas necesidades deben constituir la base de planificación de las sociedades y que todos los recursos han de emplearse para que de esta manera garantizar que todas las personas tengan las mismas oportunidades de participación (Normas Uniformes, inciso 25).

Accesibilidad.- Adopción de medidas pertinentes para asegurar el acceso a las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con los demás, al entorno físico, a los transportes; incluye los sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones; así como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso (Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, art.9).

Autonomía.- Libertad de tomar las propias decisiones y asumir el control de la propia vida. Se refiere al desarrollo de medios y recursos diseñados para facilitar y promover la vida independiente (Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, art.3).

Auto-representación.- Desarrollo de mecanismo de participación ciudadana para promover que las organizaciones de personas con discapacidad participen en lo



que se refiere a toma de decisiones sobre cuestiones relativas a la discapacidad (Normas Uniformes, art.18).

2.6.2 A nivel Nacional

El 30 de enero de 2009 el INEN aprobó el Reglamento técnico de accesibilidad de las personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico, lo notificó la OMC, MERCOSUR, Chile. Al momento está publicado en el Registro Oficial y su vigencia es obligatoria a nivel nacional ²⁰.

Tanto la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad como la Constitución de la República del Ecuador incluyen temas relacionados con la accesibilidad al medio físico podemos mencionar los siguientes:

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo

Reconoce la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud, a la educación y a la información, para que todos puedan gozar plenamente de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

El artículo 2 define al “diseño universal” como el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado.

El artículo 4, señala como obligaciones generales:

Emprender o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal que ofrezcan la mayor accesibilidad al menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad. Promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;



Emprender o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas.

Proporcionar información sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo.

Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por los derechos de la presente convención.

En el artículo 9 acerca de la Accesibilidad se convino:

1. Para que las personas con discapacidad puedan vivir independientemente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a. Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
- b. Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Además los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para:

- a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;
- b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;



- c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;
- d) Dotar a los edificios y otras instalaciones públicas de señalización en formatos de fácil lectura y comprensión;
- e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, como los profesionales del lenguaje de señas, para facilitar el acceso a edificios públicos;
- f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;

Constitución del Ecuador, con respecto a las personas con discapacidad:

Art. 1.-Ámbito.- Protección a las personas con discapacidad; prevención de discapacidades, atención e integración que garantice su desarrollo y evite toda clase de discriminación y en su accesibilidad.

Art. 19.- Accesibilidad.- Se garantiza a las personas con discapacidad la accesibilidad y utilización de bienes y servicios de la sociedad, evitando y suprimiendo barreras que impidan o dificultan su normal desenvolvimiento e integración social;

Acceso a la salud y rehabilitación.- Los servicios de salud deberán ofrecerse en igualdad de condiciones a todas las personas con discapacidad que lo requieran⁶.

2.7 Discapacidad, accesibilidad y medio físico

Entorno saludable: según Restrepo E, es un escenario local donde comparativamente, las condiciones de vida y el estado de salud son más favorables en términos de oportunidades para el desarrollo individual y colectivo de los diversos grupos que integran la sociedad ²¹, en el cual un bien común es la accesibilidad que es la adopción de medidas pertinentes para asegurar el acceso



a las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con los demás, al medio físico, transportes, sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones; así como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso ¹¹.

Barreras: son aquellos factores en el entorno de una persona que cuando están presentes o ausentes limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre los que se incluyen que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas o políticas que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida ²². Entre estas tenemos:

Barreras arquitectónicas: Son los obstáculos físicos que limitan la libertad de movimientos de las personas²³. Estas pueden ser:

Urbanísticas: Se encuentran en las vías y espacios públicos.

En el transporte: Se encuentran en los diferentes medios de transporte público y privado.

En la edificación: Son las que se encuentran en el interior de los edificios, escalones, peldaños, pasillos, ascensores reducidos, etc.

Barreras sociales: Son aquellas en la convivencia con la sociedad, se expresa en la discriminación y los prejuicios.

Barreras económicas: Las barreras económicas se evidencian en la situación de exclusión y pobreza en la que vive la mayoría de las personas con discapacidades.



2.7.1 Accesibilidad

Según Stolkiner se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y los discursos de los servicios y las condiciones y las representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios²⁴.

Rojas Torralba y Santos Guerras definen a la accesibilidad como aquella: "Característica que permite el uso y disfrute de un entorno a cualquier persona, con independencia de su condición física, sensorial o intelectual."²⁵.

La accesibilidad garantiza la utilización del entorno (urbano, arquitectónico, de transporte, etc.), desde su creación y durante todo su proceso de funcionamiento, incluyendo aquellas operaciones de mejora, mantenimiento, reforma, etc.

En el Manual para un Entorno accesible²⁵, García Milá, en el análisis de accesibilidad a edificaciones públicas y de vivienda menciona puntos importantes como:

2.7.2 La relación de la Persona con su Entorno Físico.-Las actividades de la vida cotidiana son muy variadas, pero las dificultades de accesibilidad que surgen al llevarlas a cabo, se repiten. Es conveniente, por tanto, analizar estas actividades desde la óptica de la accesibilidad para detectar qué tipos de dificultades generan y tratar de buscar alternativas.

Medio o entorno físicos.-Es aquel entorno diseñado de tal modo que puede ser utilizado con seguridad y eficacia por el mayor número posible de personas, ya sean estas discapacitadas o no. Este concepto implica que se debe ampliar el término "estándar", utilizado en el diseño en general, utilizando el concepto de manera que dentro del tengan cabida la diversidad de personas que habitan o utilizan un determinado entorno.

Componentes de la actividad.-Podría decirse que, desde el punto de vista de la accesibilidad, toda actividad que desarrolla una persona tiene dos componentes:



- El Desplazamiento, es decir el traslado hasta el lugar idóneo para realizar la acción: poder moverse libremente por el entorno sin limitaciones ni obstáculos.
- El Uso, es decir el desarrollo de la acción en sí: poder disfrutar, utilizar, sacar provecho de lo que hay a nuestro alrededor.

Ambos componentes son igualmente necesarios. Es inútil poderse desplazar por el interior de un baño espacioso si no se puede usar el lavabo en silla de ruedas porque tienen mueble bajo que impide acercarse. Pero tampoco se podrá utilizar un baño perfectamente diseñado si la puerta de acceso es demasiado estrecha y obstaculiza el desplazamiento.

A su vez el desplazamiento puede ser:

- Horizontal, moviéndose por pasillos, corredores, dependencias, etc.
- Vertical, subiendo o bajando peldaños, escaleras, rampas, etc.

Mientras que el uso tiene dos estadios:

- Preparación, acercarse, situarse, poder conectar con el objeto a utilizar.
- Ejecución, realización de la actividad deseada que es el objetivo final de todo el proceso.

Tipos de usuarios.-Existe un mínimo de características comunes que permiten llegar a definir tres grandes grupos de población con necesidades de accesibilidad parecidas: Ambulantes, usuarios de silla de ruedas y sensoriales.

1. Ambulantes.-Aquellos que ejecutan determinados movimientos con dificultad, sea con la ayuda o no de aparatos ortopédicos. Los principales problemas que afectan a este colectivo son:

Dificultades de desplazamiento:

- Dificultad en salvar pendientes pronunciadas, desniveles aislados y escaleras, tanto por problemas de fuerza como de equilibrio.
- Dificultad en pasar por espacios estrechos.
- Dificultad en recorrer trayectos largos sin descansar.
- Mayor peligro de caídas por resbalones o tropiezos de los pies o los bastones.



Dificultades de uso:

- Dificultad en abrir y cerrar puertas, especialmente si tienen mecanismos de retorno.
- Dificultad para mantener el equilibrio.
- Dificultad para sentarse y levantarse.
- Dificultad para accionar mecanismos que precisen de ambas manos.

2. Usuarios de silla de ruedas.-Aquellos que precisan de una silla de ruedas para llevar a cabo sus actividades, bien de forma autónoma o con ayuda de terceras personas. Pudieran tener las siguientes dificultades:

Dificultades de desplazamiento:

- Imposibilidad de superar desniveles aislados, escaleras y pendientes pronunciadas.
- Peligro de volcar (en escaleras, travesaños, etc.).
- Imposibilidad de pasar por lugares estrechos.
- Necesidad de espacios amplios para girar, abrir puertas, etc.

Dificultades de uso:

- Limitación de sus posibilidades de alcanzar objetos.
- Limitación de sus áreas de visión.
- Dificultades por el obstáculo que representan sus propias piernas.
- Problemas de compatibilidad entre su silla de ruedas y otros elementos de mobiliario.

3. Sensoriales.-Aquellos que tienen dificultades de percepción, debido a limitaciones en sus capacidades sensitivas, principalmente las auditivas y las visuales.

2.8 Recomendaciones para la accesibilidad de PCD a medio físico de edificaciones:

Garantizar el desplazamiento por un edificio exige prever rutas accesibles que unan los diversos espacios entre sí y con el exterior. Basados en el libro “Manual para un Entorno Accesible”, el medio físico de una edificación debe reunir cuatro criterios funcionales básicos:



1. Que sean llanos o con pendiente suave. Ni los escalones ni las rampas pronunciadas son aptas para toda la población; si no pueden ser totalmente llanos, la rampa será muy suave.

2. Lo más cortos posible. Para evitar recorridos largos a las personas que más dificultades tienen. En caso de que no todos los itinerarios sean accesibles habrá que señalarlos para evitar errores y recorridos en vano.

3. Que tengan un ámbito de paso libre de obstáculos. No sólo han de ser suficientemente anchos para que quepan las sillas de ruedas, sino que estarán libres de obstáculos a media altura, muy peligrosos para los invidentes

4. Que dispongan de elementos de soporte y guía seguros. Es decir, pavimentos no resbaladizos, pasamanos que sirvan de apoyo, texturas diferenciadas para invidentes, etc.

2.9 Parámetros de referencia y normas técnicas para la accesibilidad de PCD a medio físico de edificaciones:

Para poder materializar, en un edificio, las alternativas funcionales enumeradas en las recomendaciones que permiten resolver las dificultades de accesibilidad, es necesario “traducir” los criterios funcionales a medidas técnicas. Para ello, se han recogido en tablas los principales parámetros de referencia.

Para los cuatro tipos de dificultades definidas anteriormente, éstas tablas incorporan una primera columna, a la izquierda, donde se relacionan para cada “tipo de dificultad”, las “clases” que pueden darse, asignando a cada tipo y a cada clase, de forma correlativa, una letra identificadora:

- **Maniobra.** A- En línea recta, B- Rotación, C- Giro, D- Pasar puerta y E- Transferencia que permiten componer cualquier movimiento sobre el plano horizontal.

- **Alcance.** F- Manual, G- Visual y H- Auditivo, que son las tres posibles maneras de relacionarse con el entorno.

- **Cambio de nivel.** I- Continuo, J- Brusco y K- Gran desnivel, que corresponden a los diferentes desniveles que se pueden encontrar.

- **Control.** L- Del equilibrio y M- Manipulación.

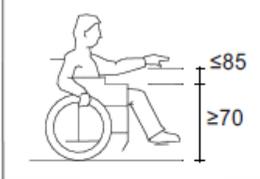
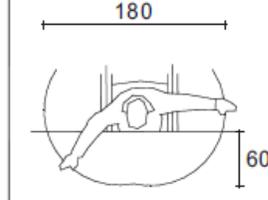
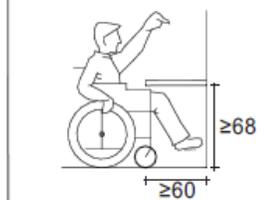
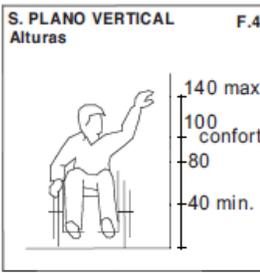
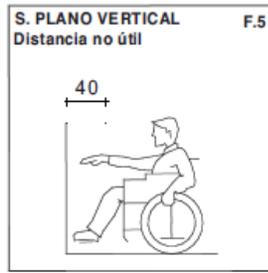
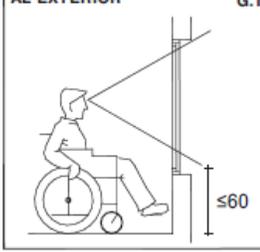
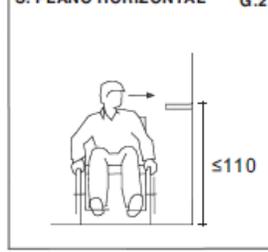
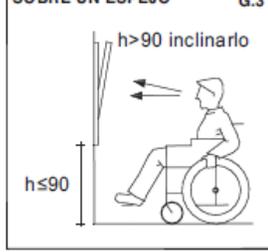


Una segunda columna incluye el pictograma del grupo de población que se beneficia, en mayor medida, de la aplicación de cada parámetro concreto.

- Los ambulantes se designan con. 
- Los usuarios de sillas de ruedas con. 
- Los sensoriales con deficiencias visuales con. 
- Los sensoriales con deficiencias auditivas con. 

1 Parámetros de referencia: Dificultad de Maniobra ²⁵				
A EN LINEA RECTA		OBSTÁCULO AISLADO A.1 	CIRCULACIÓN A.2 	DOBLE CIRCULACIÓN A.3
		90 GRADOS B.1 	180 GRADOS B.2 	360 GRADOS B.3
		LUGAR ABIERTO C.1 	PASILLO ANCHO CONSTANTE C.2 	PASILLO ANCHO VARIABLE C.3
D PASAR PUERTA		APROXIMACIÓN FRONTAL D.1 	APROXIMACIÓN LATERAL D.2 	
		1ª CONDICIÓN E.1 Barra al alcance 	2ª CONDICIÓN E.2 Nivel asiento 	3ª CONDICIÓN E.3 Espacio de aproximación
F TRANSFERENCIA				

Fuente: Manual para un entorno accesible

2 Parámetros de referencia: Dificultad de alcance ²⁵				
F MANUAL		S. PLANO HORIZONTAL F.1 Altura cómoda plano de trabajo 	S. PLANO HORIZONTAL F.2 Alcance sobre plano de trabajo 	S. PLANO HORIZONTAL F.3 Espacio bajo plano de trabajo 
		S. PLANO VERTICAL F.4 Alturas 	S. PLANO VERTICAL F.5 Distancia no útil 	
G VISUAL		AL EXTERIOR G.1 	S. PLANO HORIZONTAL G.2 	SOBRE UN ESPEJO G.3 
		PARA DETECTAR O EVITAR OBSTÁCULOS G.4 	PARA DETECTAR O EVITAR AGUJEROS G.5 	PARA DETERMINAR DIRECCIONES G.6 Disponer un elemento guía continuo. Bien sea: a) Propio del itinerario bordillo, pared, mobiliario b) Añadido al itinerario, pasamanos, franja de textura diferenciada, sonido
H AUDITIVO		PARA COMUNICARSE CON EL ENTORNO H.1 a) Complementar sistemas de aviso y alarma sonora con impactos visuales b) Disponer una clara y completa señalización e información escrita.	PARA OBTENER INFORMACIÓN GRÁFICA G.7 a) Complementar mensajes visuales con sistema táctil (relieve, braille) o acústico (habla, código sonoro). b) Adecuar tamaño, grafismo y color de la señalización a las personas con capacidad visual reducidas c) Normalizar sistemas de información.	

Fuente: Manual para un entorno accesible

3 Parámetros de referencia: Dificultad de salvar desniveles²⁵

CONTINUO	I		ITINERARIO En pendiente longitudinal I.1	
			ITINERARIO En pendiente transversal I.2	
			ITINERARIO EN PENDIENTE Dimensiones I.3	Anchura según A +10% Áreas de maniobra giro 90° según C +10% rotación según B +10% Área para franquear puerta según D en llano
BRUSCO	J		UMBRAL J.1	
			PASO DE PEATONES J.2	
			 AISLADO J.3	
GRAN DESNIVEL	K		ASCENSOR Dimensiones cabina K.1	
			ASCENSOR Disposición cabina y rellano K.2	
			ASCENSOR Otras condiciones K.3	Rellano espera dimensiones según D Botonera colocación según F sobre plano vertical Pasamanos interior cabina disponer según L
			RAMPA Pendiente longitudinal, útil para desniveles = 3m K.4	Pendiente según long. tramo 10y < 15 x=6% < 10 x=8% < 3 x=10%
			RAMPA Pendiente transversal K.5	
			RAMPA Otras condiciones K.6	Anchura según A+10% Áreas de maniobra según B, C y D en llano. Rellanos intermedios longitud en la dirección de circulación ≥150 Pasamanos disponer en rampa con pendiente ≥6% según L Pavimento antideslizante
			ESCALERA Peldaños K.7	Sin resalles ni discontinuidad entre huella y contrahuella
		ESCALERA Otras condiciones K.8	Anchura de paso ≥90 Pasamanos según L Número máximo de escalones sin rellano intermedio 12	

Fuente: Manual para un entorno accesible

4 Parámetros de referencia: Dificultades para el control²⁵

L DEL EQUILIBRIO	 	PASAMANOS L.1 Características Fijación firme por la parte inferior Sección igual o equivalente a $\phi 4$ a 5 Separación ≥ 4 	PASAMANOS L.2 	PASAMANOS L.3 Colocación en escaleras 	
		BARRAS L.4 Características Fijación firme Sección $\phi 4$ a 5 Separación obstáculos ≥ 4 	BARRAS L.5 Colocación w.c. y transferencia 	BARRAS L.6 Colocación en bañera 	
		PAVIMENTO L.7 Antideslizante Locales húmedos Al exterior En desniveles	PAVIMENTO L.8 Compacto y regular 	PAVIMENTO L.9 Fijado al elemento soporte 	
	M GRAN DESNIVEL	 	INTERRUPTORES Y MANUBRIOS M.1 Colocación Según F (alcance manual) sobre un plano vertical	INTERRUPTORES M.2 Características 	MANUBRIOS M.3 Características
			GRIFOS M.4 Colocación Según F (alcance manual) sobre un plano horizontal	GRIFOS M.5 Características 	

Fuente: Manual para un entorno accesible



2.9.1 Normas INEN

Parte de las recomendaciones para la solución de las barreras arquitectónicas en las edificaciones estaría en el cumplimiento de las Normas del Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN) de accesibilidad de las personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico²⁶.

2.9.2.1 Rampas fijas. Pendientes longitudinales máximas: a) Hasta 15 metros: 6% a 8%; b) Hasta 10 metros: 8% a 10%; c) Hasta 3 metros: 10% a 12%. El ancho mínimo libre de las rampas unidireccionales será de 900 mm. La pendiente transversal máxima se establece en el 2%. El largo del descanso debe tener una dimensión mínima libre de 1200 mm. Cuando se diseñen rampas con anchos a 1800 mm, se recomienda la colocación de pasamanos intermedios. El pavimento de las rampas debe ser firme, antideslizante y sin irregularidades.

2.9.2.2 Espacios de acceso y puertas. Ancho libre mínimo de 900 mm y la altura 2050 mm. Las agarraderas de las puertas, deben tener una barra horizontal ubicada entre 800 mm y 1200 mm del nivel del piso terminado, con una longitud de por lo menos 300 mm. Para la maniobrabilidad de los usuarios de sillas de ruedas, debe dejarse un espacio libre lateral cerca de la apertura de la puerta entre 450 mm a 550 mm; la profundidad del espacio libre debe ser de 1200 mm adicional al barrido de la puerta.

2.9.2.3 Escaleras. Ancho mínimo de 1000 mm. Contrahuella (a). Altura de 180 mm y Huella (b). Las dimensiones que resulten de aplicar la formula: $b = 640 \text{ mm} - 2 a$. Las escaleras deberán tener pasamanos a ambos lados, continuos en todo su recorrido y con prolongaciones horizontales no menores de 300 mm al comienzo y al final de aquellas. Se deben colocar pasamanos a 900 mm de altura recomendándose la colocación de otro a 700 mm de altura. En escaleras de ancho superior a 1600 mm se debe colocar pasamanos intermedios.

2.9.2.4 Corredores y pasillos. Ancho mínimo de 1200 mm. Los corredores y pasillos deben estar libres de obstáculos en todo su ancho mínimo y desde su piso hasta un plano paralelo a él ubicado a 2050 mm de altura, dentro de este espacio



no se puede ubicar elementos que lo invadan como luminarias, carteles, equipos de emergencia, extintores, etc., estos tampoco deben sobresalir más de 150 mm del plano de la pared. Los pisos deben ser firmes, antideslizantes y sin irregularidades.

2.9.2.5 Ascensores. Cabina del ascensor 1200 mm de fondo y 1000 mm de ancho. Vano de la puerta de la cabina, 900 mm de ancho y 2000 mm de alto. El tiempo de apertura no será menor a 5 segundos respondiendo a una llamada exterior y a 3 segundos, respondiendo a una llamada interior. Por lo menos una de las paredes interiores del ascensor debe tener un pasamano ubicado a 900 mm de alto. Piso antideslizante. El tablero de control a una altura máxima de 1200 mm.

2.9.2.6 Área higiénica sanitaria. Espacio libre para realizar la maniobra de giro de 360° con silla de ruedas. Espacio inferior del lavabo libre a una altura de 670 mm y una profundidad de 600 mm. La altura de colocación es 800 mm y la máxima de 900 a 950 mm. La grifería, llaves del agua y accesorios, deben ubicarse en una zona alcanzable, en un radio de acción de 600 mm. En los urinarios murales para niños, la altura debe ser de 400 mm y para adultos de 600 mm. La altura del asiento del inodoro debe ser de 450 mm. Para transferencias a los inodoros, al menos una de las barras debe ser abatible. Las barras de apoyo deben tener un diámetro entre 35 y 50 mm; recorrido continuo y de fácil agarre. Además la accesibilidad de las personas con discapacidad física motora al medio físico de edificios de uso público se viera beneficiada con la ubicación de

2.9.2.6 Itinerarios

Itinerarios adaptados, según el reglamento técnico del Consejo para la promoción de accesibilidad y supresión de barreras de la comunidad de Madrid, España, aprobado en marzo del 2007 ²⁷.

Itinerario horizontal adaptado, posee el grado de itinerario horizontal adaptado, el volumen de desarrollo continuo formado por la longitud del itinerario y un área perpendicular al suelo de 120 cm de ancho y 210 cm de altura, en el que no existe ningún obstáculo que reduzca o altere su tamaño desde el acceso a la edificación



o desde un itinerario peatonal, hasta su encuentro con las dependencias y servicios.

Itinerario vertical adaptado, al menos uno de los itinerarios que unan las dependencias y servicios en sentido vertical deberá ser accesible, teniendo en cuenta para ello, y como mínimo, el diseño y trazado de escaleras, ascensores, tapices rodantes y espacios de acceso. Posee el grado de itinerario vertical adaptado, aquel que permite el acceso y evacuación con eficiencia y fiabilidad, tal como aquel que dispone de rampas y/o ascensores.



3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General:

Analizar la accesibilidad para personas con discapacidad física-motora al medio físico en unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública en el cantón Cuenca 2014.

3.2 Objetivos Específicos:

- Evaluar las características de accesibilidad para las personas con discapacidad física motora al medio físico en unidades de salud, aplicando una ficha de comprobación de accesibilidad cuyas variables son: Itinerario horizontal adaptado, itinerario vertical adaptado, pasillo, cuarto de baño y aseo, puerta, ascensor, rampa fija y escalera.
- Determinar la presencia de barreras o facilitadores arquitectónicos en el acceso de personas con discapacidad física motora al medio físico en unidades de salud.
- Describir la calidad de acceso de las personas con discapacidad física motora al medio físico en unidades de salud.
- Elaborar un informe de la calidad de acceso de las PCDFM al medio físico en las unidades de salud, y las recomendaciones necesarias para eliminar barreras arquitectónicas, dirigidas a los responsables de la planificación, diseño y ejecución de planes y políticas de salud.



4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 Tipo de Estudio. El presente estudio corresponde a un diseño observacional, descriptivo – cuantitativo.

4.2 Área de estudio. El estudio se realizó en las unidades de salud de primer nivel pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, de la zona 6, de las áreas Pumapungo, Miraflores, y Tomebamba del área urbana del cantón Cuenca.

4.3 Criterios de Inclusión. Se incluyó a todas las unidades de salud de primer nivel pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, de la zona 6, de las áreas Pumapungo, Miraflores, y Tomebamba del área urbana del cantón Cuenca.

4.4 Criterios de exclusión.

Servicios de salud que no otorgaron el permiso para el estudio.

Servicios de salud que se encontraban en trabajos de reconstrucción.



4.5 Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
1) Itinerario horizontal adaptado	Descripción de una ruta, camino o recorrido horizontal adaptado dentro de la estructura física o edificio.	Presencia de itinerario horizontal adaptado en la estructura física o edificio.	Ficha de recolección de la información	Nominal: 1 Si Existe 2 No Existe
2) Itinerario vertical adaptado	Descripción de una ruta, camino o recorrido vertical adaptado dentro de la estructura física o edificio.	Presencia de itinerario vertical adaptado en la estructura física o edificio.	Ficha de recolección de la información	Nominal: 1 Si Existe 2 No Existe
3) Pasillos	Espacios cuya función principal es la circulación, y sirven para comunicar diferentes habitaciones o estancias, o incluso diferentes elementos en una misma estancia.	Norma INEN <ul style="list-style-type: none"> • Ancho mínimo de 1200 mm. • Deben estar libres de obstáculos en todo su ancho mínimo y desde su piso hasta un plano paralelo a él ubicado a 2050 mm de altura. • Pisos deben ser firmes, antideslizantes y sin irregularidades. • Elementos de emergencia como extintores y señales no deben sobresalir de 150mm de la pared. 	Ficha de recolección de la información según cumplimiento norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: Pasillos.	Ordinal: 1 Accesibilidad nula 2 Accesibilidad ligera 3 Accesibilidad moderada 4 Accesibilidad completa



4)Cuarto de baño y aseo	Áreas adaptadas para las personas con discapacidad, destinadas al aseo personal, o para satisfacer una determinada necesidad biológica.	Norma INEN: <ul style="list-style-type: none"> •Todo edificio de uso público debe contar con 1 baño adaptado para personas con discapacidad. 	Ficha de recolección de la información según cumplimiento norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: Cuarto de baño y aseo	Ordinal: 1 Accesibilidad nula 4 Accesibilidad completa
5)Puertas	Vano de forma regular abierto en una pared, una cerca, una verja, etc., desde el suelo hasta una altura conveniente, para poder entrar y salir por él.	Norma INEN: <ul style="list-style-type: none"> •Ancho mínimo de 900 mm. •Agarradera tipo palanca, instalada a una altura de 900 mm desde el piso. •Altura mínima de 2000 mm. 	Ficha de recolección de la información según cumplimiento norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico : Puertas	Ordinal: 1 Accesibilidad nula 2 Accesibilidad ligera 3 Accesibilidad moderada 4 Accesibilidad completa
6)Ascensores	Sistema de transporte vertical diseñado para movilizar personas o bienes entre diferentes niveles. Cuya utilidad es ascender o descender en un edificio o una construcción subterránea.	Norma INEN: <ul style="list-style-type: none"> •Interior de la cabina del ascensor, deben ser 1200 mm de fondo y 1000 mm de ancho. •Dimensiones de la puerta de la cabina, deben ser 900 mm de ancho y 2000 mm de alto desde el piso. •Una de las paredes interiores del ascensor debe tener un pasamano 	Ficha de recolección de la información de cumplimiento norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: Ascensores	Ordinal: 1 Accesibilidad nula 2 Accesibilidad ligera 3 Accesibilidad moderada 4 Accesibilidad completa



		<p>ubicado a 900 mm de alto.</p> <ul style="list-style-type: none"> •La cabina del ascensor debe estar provista de piso antideslizante. •Tablero de mandos ubicado a altura de 1200 mm desde el piso. 		
7) Rampas fijas	Plano inclinado dispuesto para subir y bajar por él.	<p>Norma INEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ancho mínimo de 1000 mm. •Pendientes longitudinales. 10 a 12 grados por cada metro. •Pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm, y el segundo a 700 mm. •Superficie de material antideslizante. 	<p>Ficha de recolección de la información según cumplimiento de norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico:</p> <p>Rampas fijas</p>	<p>Ordinal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Accesibilidad nula 2 Accesibilidad ligera 3 Accesibilidad moderada 4 Accesibilidad completa
8) Escaleras	Serie de escalones que sirven para subir a los pisos de un edificio o a un plano más elevado, o para bajar de ellos.	<p>Norma INEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ancho mínimo de 1000 mm. •Huella de 280 mm. •Contrahuella altura de 180 mm. •Pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm, y el segundo a 700 mm desde el piso. 	<p>Ficha de recolección de la información según cumplimiento de norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico:</p> <p>Escaleras</p>	<p>Ordinal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Accesibilidad nula 2 Accesibilidad ligera 3 Accesibilidad moderada 4 Accesibilidad completa



4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Para la recolección de la información se acudió a las unidades de salud que cumplieran con los criterios de inclusión antes mencionados, y se constató la existencia de itinerarios de acceso y la calidad de accesibilidad para personas con discapacidad mediante la aplicación de una ficha de comprobación de accesibilidad creada por los investigadores, elaborada en base a las normas INEN de Accesibilidad de las Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida al Medio Físico. (Anexos), y el reglamento técnico del Consejo para la promoción de accesibilidad y supresión de barreras de la comunidad de Madrid, España, 2007.

4.7 PROCEDIMIENTOS.

Autorización. Se procedió a solicitar la autorización al Director de la Zona 6 de Salud, así como a los directores de las áreas Pumapungo, Miraflores, y Tomebamba del área urbana del cantón Cuenca.

Capacitación. Para la aplicación de la ficha de comprobación de accesibilidad se capacitó a los investigadores mediante ensayos y pruebas previas en diferentes centros de atención públicos de la ciudad de Cuenca.

Supervisión.

Director: Lcdo. Diego Fernando Cobos Cobos.

Asesora: Dra. Nancy Eulalia Auquilla Díaz.

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS. Para el análisis de la información se utilizaron los programas Spss Statistics V-18 y Microsoft Excel 2010. Con la información obtenida mediante la aplicación de las fichas de comprobación de accesibilidad; se procedió a crear una base de datos en el programa Spss Statistics V18, que luego fue procesada. Las estadísticas que se manejaron en el



desarrollo de la tabulación nos permitieron exhibir la información en tablas y en gráficos en el programa Microsoft Word 2010.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS. La presente investigación no requirió la aprobación de un consentimiento informado porque su aplicación fue en edificios públicos de salud. La información y los datos obtenidos fueron manejados de manera confidencial, y utilizados para el presente trabajo investigativo exclusivamente.



5. RESULTADOS

En la recolección de datos del presente estudio se encontró 14 unidades de salud que cumplen los criterios de inclusión, los mismos, que de acuerdo al sitio web www.geosalud.com del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se agrupan en 3 áreas, Pumapungo, Miraflores y Tomebamba.

Además algunas de las unidades de salud del presente grupo de estudio presentaron la característica de pertenecer al Ministerio de Salud Pública, y otras de prestar sus servicios de salud en edificaciones arrendadas o prestadas.

Al iniciar la aplicación de la ficha de análisis de accesibilidad, se pudo observar que las variables itinerario horizontal al igual que itinerario vertical son términos desconocidos o no definidos, por lo que nos han indicado que no existe, pero las personas encargadas de cada centro nos guiaron por las rutas o itinerarios que pueden seguir las personas con discapacidad física motora para recibir servicios de salud.

Algo muy importante que nos mencionaron durante nuestra visita a los edificios de la unidad de salud es el hecho de que las personas con discapacidad física severa reciben atención médica a domicilio, pero en el caso de presentarse una persona con discapacidad física motora en las edificaciones de las unidades de salud de más de una planta, preferían su trato trasladando al profesional o profesionales de salud a la primera planta, razón por la cual se aplicó la ficha de análisis de accesibilidad en dicha planta. La posterior categorización, según nivel de accesibilidad general, de los edificios públicos de servicios de salud, se basó en el nivel de accesibilidad de cada una de las variables que aparecieron en diferente orden en el itinerario de acceso a los servicios.

Por último la variable ascensores de la ficha de análisis de accesibilidad, no pudo ser aplicada por que ésta característica no estuvo presente en ninguna de las edificaciones de las unidades de salud del grupo de estudio.



5.1 GRUPO DE ESTUDIO.

Unidades de salud de primer nivel pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, de la zona 6, de las áreas Pumapungo, Miraflores, y Tomebamba del área urbana del cantón Cuenca.

NOMBRE	CODIGO DE AREA	AREA
BARRIAL BLANCO	01A02	MIRAFLORES
BUENA ESPERANZA	01A01	PUMAPUNGO
CENTRO DE SALUD Nro. 1	01A01	PUMAPUNGO
CENTRO DE SALUD Nro. 2	01A02	MIRAFLORES
CENTRO Nro. 3	01A03	TOMBAMBAMBA
CEPRONDI	01A03	TOMBAMBAMBA
EL CEBOLLAR	01A02	MIRAFLORES
EL PARAISO	01A01	PUMAPUNGO
MACHANGARA	01A01	PUMAPUNGO
SAN PEDRO DEL CEBOLLAR	01A02	MIRAFLORES
TERMINAL TERRESTRE	01A02	MIRAFLORES
TOMBAMBAMBA (MONAY)	01A03	TOMBAMBAMBA
TOTORACUCHA	01A01	PUMAPUNGO
UNCOVIA	01A02	MIRAFLORES

Fuente: Geo-salud

Elaborado por: Los autores



5.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO.

TABLA Nro.1

Distribución de las unidades de salud de primer nivel pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, de la zona 6, de las áreas de Tomebamba, Miraflores y Pumapungo del área urbana del cantón Cuenca, según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo adaptado, puertas, rampas y escaleras. Cuenca 2014.

NIVEL DE ACCESIBILIDAD	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Ligera		Accesibilidad moderada		Accesibilidad completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	4	7.69	1	1.92	20	38.46	27	51.92	52	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	16	88.89	0	0	0	0	2	11.11	18	100
PUERTAS	73	50	1	0.68	71	48.63	1	0.68	146	100
RAMPAS	4	18.18	0	0	15	68.18	3	13.64	22	100
ESCALERAS	0	0	1	6.67	13	86.66	1	6.67	15	100

FUENTE: BASE DE DATOS
 REALIZADO POR: LOS AUTORES



ANÁLISIS:

La evidencia de la clasificación del nivel de accesibilidad en unidades de salud del cantón Cuenca, muestra que 27 pasillos (51.92%) ofrecen accesibilidad completa, 13 escaleras (86.66%) y 15 rampas (68.18%) son de accesibilidad moderada. Mientras la accesibilidad en 16 baños (88.89%) y 73 puertas (50%), es nula.



TABLA Nro. 2

Distribución de las Unidades de salud de primer nivel pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, de la zona 6, de las áreas Pumapungo, Miraflores, y Tomebamba del área urbana del cantón Cuenca. Según el nivel de accesibilidad general al medio físico de edificios públicos de servicios de salud.

UNIDAD DE SALUD	NIVEL DE ACCESIBILIDAD GENERAL	AREA
BARRIAL BLANCO	Nula	MIRAFLORES
BUENA ESPERANZA	Moderada	PUMAPUNGO
CENTRO DE SALUD Nro. 1	Moderada	MIRAFLORES
CENTRO DE SALUD Nro. 2	Moderada	MIRAFLORES
CENTRO Nro. 3 NICANOR MERCHAN	Moderada	TOMEBAMBA
CEPRONDI	Moderada	TOMEBAMBA
EL CEBOLLAR	Moderada	MIRAFLORES
EL PARAISO	Moderada	PUMAPUNGO
MACHANGARA	Moderada	PUMAPUNGO
SAN PEDRO DEL CEBOLLAR	Moderada	MIRAFLORES
TERMINAL TERRESTRE	Moderada	MIRAFLORES
TOMEBAMBA	Completa	TOMEBAMBA
TOTORACOCHA	Moderada	PUMAPUNGO
UNCOVIA	Nula	MIRAFLORES

Fuente: Anexo

Elaborado por: Los autores



ANÁLISIS:

De los catorce edificios públicos de servicios de salud analizados, dos son de accesibilidad general nula, solamente uno es de accesibilidad general completa, y el resto son de accesibilidad general moderada.



6. DISCUSIÓN.

Rojas Torralba y Santos Guerras definen a la accesibilidad como aquella: “Característica que permite el uso y disfrute de un entorno a cualquier persona, con independencia de su condición física, sensorial o intelectual.”²⁵. En el caso de las personas con discapacidad física-motora, la accesibilidad al medio físico que ofrece un edificio público de salud debiera garantizar la entrada, la atención de salud y egreso sin barreras arquitectónicas.

En Estambul, en el estudio descriptivo “Accesibilidad para sillas de ruedas a los edificios públicos de Estambul”²⁸, que uso el instrumento adaptado de Useh, Moyo y Munyonga, para la recolección de datos y análisis de 26 edificios. Se evidenció que el mayor problema de accesibilidad para usuarios de sillas de ruedas está presente en 79% de las entradas, este hecho se corrobora con el presente estudio ya que en las 14 edificaciones investigadas, se evidenció que el 50% (73) de las puertas son de accesibilidad nula para usuarios con discapacidad física-motora.

El análisis de la accesibilidad de las personas con deficiencia física de las escuelas de Chapecó-SC y el rol del fisioterapeuta en el ambiente escolar, de Cerutti, Orso y Fióro, del 2010 ²⁹. La observación se baso en la Norma Brasileña (NBR) 9050 de la ABNT cuando se visitaron 27 escuelas, los resultados revelaron que 10 edificaciones (37,03%) poseían rampa de las cuales el total cumplían con la norma del ancho ideal, y una no cumplió con la norma de inclinación. La presente investigación, el 68.18% de rampas del total de los edificios de uso público (14), a pesar de cumplir normas INEN de ancho e inclinación, carecen de pasamanos a dos alturas. En las dos investigaciones a pesar de existir rampas, éstas no cumplieron las especificaciones.

Rodrigues Vasconcelos y Freitag Paigluca en el estudio “Demarcación de accesibilidad de los discapacitados a los servicios básicos de salud”, 2006 ³⁰, basándose en una lista de verificación de NBR 9059 de la Asociación Brasileña de



Normas Técnicas (ABNT), describieron que en 9 de 12 edificios analizados, sus pasillos fueron de ancho accesible, y poseían pisos antideslizantes de superficie continua, firme y estable. También resultó que 10 edificios poseían escaleras sin pasamanos. La presente investigación evidenció que de la totalidad de edificios, el 51.92% de los corredores cumplen las normas INEN de accesibilidad, y el 86.66% de las escaleras carecen pasamanos a dos alturas. En ambos casos los estándares de accesibilidad tanto en pasillos como en escaleras se cumplen parcialmente.

Los autores Golestani-Bakht, Rabiei y Mojtahedzadeh de “La calidad de edificios públicos para personas con discapacidad”, Irán, 2010 ³¹, desarrollaron un test basado en estándares gubernamentales de accesibilidad, y analizaron 212 edificios públicos, de los cuales el 95% de 75 edificaciones relacionadas con la salud tuvieron servicios sanitarios inapropiados para las personas con discapacidad. La presente investigación reveló que 88.89%(16) de cuartos de baño y aseo incumplen la norma INEN. Este hecho evidencia que el seguimiento al cumplimiento de normas de accesibilidad a este servicio es común a nivel mundial.



7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

Ecuador cuenta con una constitución de la república en donde se halla implícito el marco legal cuya finalidad es proveer las condiciones para la inclusión de las personas con discapacidad, pero no se aplica de manera adecuada en materia de accesibilidad al medio físico de edificaciones de salud.

El cumplimiento parcial o nulo de las Normas INEN de accesibilidad al medio físico en los 14 edificios públicos de salud de áreas de salud de Pumapungo, Miraflores y Tomebamba del Ministerios de Salud Pública del Ecuador evidenció que, según la clasificación del nivel de accesibilidad, ésta es completa en 27 pasillos (51.92%), es moderada en 13 escaleras (86.66%) y 15 rampas (68.18%). Y nula en 16 baños (88.89%) y 73 puertas (50%), factores que condicionan la participación y autonomía de las personas con discapacidad física-motora, y generan inequidad, trato desigual y costos evitables.

En el proceso de la presente investigación la falta de documentación en temas de accesibilidad al medio físico, salud y personas con discapacidad física motora, a nivel local y nacional fue la mayor limitante. Pensamos que éste estudio puede convertirse en un aporte a la investigación ecuatoriana, la salud de los pueblos, y generación de políticas y programas que a la final satisfagan las necesidades de salud y autonomía de todas las personas sin importar la diversidad funcional.



Recomendaciones:

El presente estudio, muestra la realidad actual de la accesibilidad de las personas con discapacidad física-motora al medio físico de las unidades de Salud de primer nivel del Área Urbana de la ciudad de Cuenca, con el fin de que la inclusión y autonomía de este segmento de la población sea facilitada desde la acción y supervisión de la ciudadanía en general, las entidades de carácter social y profesionales de la salud, legislación, arquitectura y economía que están en formación o realizando investigación.

Es indispensable que todos los conceptos de diseño universal sean incorporados en todos los edificios públicos, existentes y por construirse, pensando en sus costos como inversión social, para garantizar que estos espacios sirvan para todos los usuarios, en especial: personas con discapacidad física-motora, discapacidad sensorial, personas cuidadoras, mujeres embarazadas y adultos mayores.

Es imperativo que los organismos gubernamentales y no gubernamentales de control de calidad verifiquen el cumplimiento de las medidas de accesibilidad, y adicionen normas específicas, por ejemplo señalización de itinerarios accesibles, accesibilidad al transporte público, etc. Y, se normen y validen instrumentos para la evaluación y fiscalización de la accesibilidad universal al medio físico en los diversos entornos.

Se recomienda que la Universidad de Cuenca promueva la investigación, por ejemplo el impacto social, psicológico, económico, epidemiológico, etc. de la accesibilidad al medio físico en los diferentes entornos. Estimular el trabajo multidisciplinario de sus estudiantes y docentes, para vigilar el cumplimiento de los derechos, mejorar el proceso de inclusión de las personas con discapacidad a todos los campos y entidades de la sociedad, y planear el óptimo funcionamiento humano en el entorno, como piedras angulares para el desarrollo del Ecuador.



8. Informe general de la calidad de accesibilidad de acuerdo a Normas INEN de accesibilidad de personas con discapacidad al medio físico en las Unidades de Salud del Ministerio de Salud pública del Ecuador de primer nivel del área urbana del cantón Cuenca 2014.

Pasillos:

Del total de pasillos de las 14 edificaciones públicas de servicios de salud analizadas, de acuerdo a las normas INEN de accesibilidad al medio físico: 27 (51.92%) pasillos cumplen con el ancho mínimo de 1200 mm, están libres de obstáculos en todo su ancho mínimo y desde su piso hasta un plano paralelo a él ubicado a 2050 mm de altura, tienen pisos firmes, antideslizantes y sin irregularidades, y los elementos de emergencia como extintores y señales no sobresalen de 150mm de la pared. 4 (7.69%) incumplen los requerimientos anteriores. 1(1.92%) cumple sólo con el requerimiento de ancho mínimo. Y el resto (20) a pesar ofrecer el acceso a una persona con discapacidad física-motora en todo su ancho, presentan pisos y/o paredes con obstáculos que limitan la movilidad.

Puertas:

Se analizaron 146 puertas, de las cuales 73 (50%) incumplen las normas INEN de accesibilidad de: ancho mínimo de 900 mm, solo 1(0.68%) cumple con el requerimiento de ancho, altura mínima de 2000 mm, agarradera tipo palanca instalada a una altura de 900 mm desde el piso. 1 (0.68%) cumple sólo el requerimiento de ancho y 71 (48.63%) a pesar de cumplir con la norma de ancho y altura, requieren agarradera tipo palanca.

Rampas Fijas:

Las normas INEN para este ítem son: ancho mínimo de 1000 mm, pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm y el segundo a 700 mm, superficie de material antideslizante, y pendientes longitudinales. 10 a 12 grados por cada metro. De las 22 rampas analizadas: 3 (13.64%) cumplen los requerimientos, 4 (18.18%) los



incumplen. Mientras que 15 no poseen pasamanos a 2 alturas, pero ofrecen accesibilidad en su ancho, pendiente y calidad de piso.

Escaleras:

Como se indicó anteriormente, los servicios de salud dirigidos a las personas con discapacidad física-motora pueden ser ofrecidos en la primera planta de los edificios públicos analizados, pero los servicios administrativos funcionan en la segunda planta por lo que las Normas INEN de accesibilidad en escaleras indican que éstas deben poseer características de: ancho mínimo de 1000 mm, huella de 280 mm, contrahuella de 180 mm y pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm, y el segundo a 700 mm. Se analizaron 15 escaleras de las cuales solo 1 (6.67%) cumple con todos los requerimientos mencionados, y el resto requiere de pasamanos a dos alturas.

Cuarto de Baño y Aseo:

En los 14 edificios analizados se encontraron 18 de éstos ítems, la norma INEN de accesibilidad indica que debe existir mínimo un baño adaptado en cada edificio público, se evidenció que solo un edificio ofrece este servicio al poseer 2 (11.11%) cuartos de baño y aseo.



9. Recomendaciones de accesibilidad de personas con discapacidad al medio físico en las Unidades de Salud del Ministerio de Salud pública del Ecuador de primer nivel del área urbana del cantón Cuenca 2014.

Según el informe anterior sumado a la bibliografía^{18, 25}, se recomienda que los edificios públicos de salud dispongan rutas de acceso que estén debidamente señalizadas mediante paneles informativos exteriores, de manera que permitan a cualquier usuario ubicarse y comprender el itinerario adaptado de forma lógica y sencilla. Dichos paneles informativos deben tener cumplir estándares de diseño y ubicación para su fácil localización y consulta sin obstaculizar la accesibilidad y circulación universal. Es necesario que la Universidad de Cuenca promueva estudios e implementación de itinerarios adaptados en los edificios de uso público.

En lo que respecta a rampas fijas se recomienda que se adecuen para que el ancho mínimo libre sea de 900 mm, que presenten pasamanos de dos alturas y el piso sea firme, antideslizante y sin irregularidades, y deben estar libres de obstáculos como por ejemplo vehículos estacionados.

Las recomendaciones para puertas accesibles en los centros de salud son: Ancho de 900 mm y altura de 2050 mm, agarraderas de barra horizontal ubicada a 800 mm y 1 200 mm del nivel del piso, con una longitud de 300 mm.

Sería ideal que los pasillos tengan un ancho de 1200 mm y estén libres de obstáculos tales como sillas, camillas, floreros, carteles, extintores, etc. Los pisos deben ser firmes, antideslizantes y sin irregularidades.

Se recomienda que exista por lo menos un baño adaptado para personas con discapacidad en cada centro de salud, los cuales se deben identificar con el símbolo internacional de accesibilidad y cumplir con todas las normas INEN dispuestas para cuarto de baño y aseo. La apertura de la puerta será preferiblemente hacia el exterior o se instalará una puerta corredera.



10. BIBLIOGRAFIA.

10.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1 Kisner C. Ejercicio terapéutico: fundamentos y técnicas. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2012.
- 2 O.M.S. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. España: Grafo SA; (2001).
- 3 Peralta, J. H., Arquitectónico, D., & Bustamante. DISCAPACIDAD Y DISEÑO ACCESIBLE. A. R. R [Internet]. 2010 [23 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2012/07/discapacidad-y-diseno-accesible-peru.pdf>
- 4 Ortiz José. La Discapacidad en el Ecuador en Cifras. RCMUCuenca. 2013; 31(1):74-81.
- 5 Consejodiscapacidades.gob.ec [Internet]. Ecuador: Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades [actualizado 22 de marzo 2014; citado 22 de marzo 2014]. Disponible en: <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec>
- 6 Corporación de estudios y Publicaciones. Legislación sobre Discapacidades. Primera Edición. Quito-Ecuador: Talleres de la Corporación de Estudios y Publicaciones; 2011.
- 7 Valarezo P, Esparza S. Guía de accesibilidad al medio físico. Ecuador: Prosar; 2009.
- 8 Brogna P. Visiones y revisiones de la discapacidad. Primera Edición. México: Fondo de Cultura Económica: 2009.
- 9 Vernaza P, Castillo E, Vargas D. Problemas de accesibilidad derivados de las presencia de barreras arquitectónicas. [Internet]. Colombia; 27/12/2005. [Citado 22 marzo 2014]. Disponible en: http://sistemamid.com/panel/uploads/biblioteca/2014-06-16_08-19-50105375.pdf



10 Hinestroza H, Roqueme M. Discapacidad y barreras arquitectónicas un problema de exclusión social. [Internet]. Colombia; 2013. [Citado 1 noviembre 2014]. Disponible en:
<http://www.corposucre.edu.co/sites/default/files/pdfs/DISCAPACIDAD%20Y%20BARRERAS%20ARQUITECTONICAS%20UN%20PROBLEMA%20SOCIAL.pdf>

11 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. INFORME MUNDIAL DE LA DISCAPACIDAD. [Internet]. (2011). [citado el 22 de marzo 2014]. Disponible en:
http://cdrwww.who.int/entity/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

12 Hernández R. Antropología de la Discapacidad y la dependencia: Un enfoque humanístico de la discapacidad. [Internet]. Madrid; 2001. [Citado 20 de septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.peritajemedicoforense.com/RHERNADEZ.htm>

13 Ledesma, J. A. La imagen social de las personas con discapacidad: estudio en homenaje a José Julián Barriga Bravo. [Internet]. (2008). [Citado 22 marzo 2014]. Disponible en:
http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=EivYreljoNsC&oi=fnd&pg=PA211&ots=F_JpVVfP0t&sig=EpOleX6Wkm-gxRJcKqmIPF0cpVE

14 López R. Evolución Histórica y conceptual de la discapacidad y el respaldo jurídico-político internacional: El paradigma de los Derechos Humanos y la Accesibilidad. REA.2011; 6(2):102-108.

15 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, La Incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México: Editorial S.E.; 1999

16 García Padilla W. Barreras arquitectónicas en los planteles educativos que impiden la inclusión de estudiantes con deficiencias motoras. [Internet]. Cuenca; 2010 (citado 26 junio 2014). Disponible en:
<http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/tps428.pdf>



17 Velástegui L. Estudio de turismo accesible: para discapacitados motrices en la ciudad de Cuenca. [Tesis de ingeniería en turismo]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2011.

18 Rovira-Beleta E, Libro Blanco de la Accesibilidad. Primera Edición. Barcelona: Ediciones UPC; 2003.

19 Ministerio de Salud Pública [Internet]. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Ecuador; 2013 [citado 15 mayo 2014]. Disponible en: <http://msp.gov.ec>

20 Discapacidadonline.com [Internet].Ecuador: Discapacidad Ecuador; 2010 [actualizado 11 de junio 2010; citado 1 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://issuu.com/jcampbell1/docs/accesibilidad-al-medio-fisico-discapacidad-ecuador?e=0>

21 Restrepo E. <et al>. Promoción de Salud: cómo construir una vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2001.

22 Derechoshumanosdf.gob.mx [Internet].México: Tribunal Superior de justicia del Distrito Federal [actualizado en 2010; citado 25 de abril 2014]. Disponible en: http://www.derechoshumanosdf.gob.mx/work/models/DOCDH/PDFs/Glosario_discapacidad.pdf

23 Polo M. López D. Barreras de acceso al medio físico de los estudiantes con discapacidad motora de la Universidad de Granada. [Internet]. (2013). [actualizado en 15 de diciembre 2005; citado el 25 de abril 2014].Disponible en: <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?93>

24 Faraone S, Valero A, Torricelli F, Rosendo E, Méndez M, &Geller Y. Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención



alternativos al modelo asilar en santa fe y tierra del fuego. (2012). *Rev Argent Salud Pública*; 3(12): 28-34.

25 Benito J, García Milà J, Juncà Ubierna J, de Rojas Torralba C, Santos Guerras J. Manual para un entorno accesible. [Internet]. Décima Edición. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, con la colaboración de la Fundación ACS; Junio de 2010. [Actualizado 30 Sep. 2011; citado 20 Jun. 2014]. Disponible en: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/55702111/Biblioteca/Manual%20entorno%20aaccesible-baja.pdf>

26 Normalizacion.gob.ec [Internet]. Ecuador: Instituto Ecuatoriano de Normalización [actualizado 14 de marzo 2014; citado 14 de marzo 2014]. Disponible en: <http://www.normalizacion.gob.ec>

27 Consejería del Medio Ambiente. Boletín oficial de la Comunidad de Madrid (Número: 96,24/04/2007, Disposición Nro.1521, Páginas: 4-38) [Internet]. Madrid: Servicio de información sobre discapacidad [citado: 1 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://sid.usal.es/leyes/discapacidad/11043/3-2-2/decreto-13-2007-de-15-de-marzo-del-consejo-de-gobierno-por-el-que-se-aprueba-el-reglamento-tecnico-de-desarrollo-en-materia-de-promocion-de-la-accesib.aspx>

28 Nilay Evcil. Wheelchair accessibility to public buildings in Istanbul 2009. [Internet]. Turquía: 2009. [Citado 29 noviembre 2014]. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/17483100802543247>

29 Cerutti M, Orso K, Fiório F. Análisis de la accesibilidad de las personas con deficiencia física de las escuelas de Chapecó-SC y el rol del fisioterapeuta en el ambiente escolar. [Internet]. Sao Paulo: Bvsms; 2011. [Actualizado 1 de febrero 2012; citado 29 noviembre 2014]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/analise_acessibilidade_pessoas_deficiencia_fisica_escolas.pdf



30 Rodrigues V, Freitag. Demarcación del acceso del portador de limitación física a los servicios básicos de salud. [Internet].Brasil; 2006. [Actualizado 11 de enero 2011; citado 29 noviembre 2014]. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a19.pdf>

31 Mehdi Golestani-Bakht, Khadijeh Rabiei, Mehran Mojtahedzadeh. The Quality of public Facilities for the Disabled, Sari, Iran, 2010. [Internet].Alemania: RealCorp; 2010. [Actualizado 2 de mayo 2010; citado 29 noviembre 2014].Disponible en:
http://programm.corp.at/cdrom2011/papers2011/CORP2011_40.pdf

10.2 BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

Eespecial.sev.gob.mx [Internet].México: Secretaria de Educación del Estado de Veracruz [actualizado 2014; consulta 9 abril 2014]. Disponible en:
<http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/motriz.php>

OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009.Francia.OMS.2009.

Sánchez I, Ferrero A, Aguilar J.Climent J.M, Conejero J.A., Flórez M.T. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. España: Editorial Médica Panamericana; 2008.

Zamora Méndez, R. Manual de accesibilidad para hoteles en Cuenca. [Tesis de ingeniería en turismo]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2011.MuntanerGuasp J, Escuela y discapacidad intelectual. Propuestas para trabajar en el aula ordinaria. Bogotá: Ediciones de la Universidad de Bogotá; 2010



Fuentes electrónicas:

Alonso López F. Libro verde. La accesibilidad en España. Madrid. IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Internet]. (2002). [citado el 22 de marzo 2014]. Disponible en:

<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/docu/LibroVerdeAccesibilidad.pdf>

Brea J, González A, & Vila T. La accesibilidad como nexo de unión entre la universidad y la sociedad: la creación de mercados globales e integradores. Universidad, Sociedad y Mercados Globales [Internet]. (2008). [citado 13 marzo 2014]; 409-420. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2752495.pdf>

Geosalud.msp.gob.ec [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador [actualizado en 2012; citado 14 de marzo 2014]. Disponible en:

<http://geosalud.msp.gob.ec>

Inec.gob.ec [Internet]. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [actualizado 8 de abril 2014; citado 8 de abril 2014]. Disponible en:

<http://www.inec.gob.ec>

Torres Holguín J F. Inclusión por vía de entorno en campus educativos. Categoría espacio público y arquitectura: evaluación, priorización y adecuación: estudio de caso: documento diagnóstico estado actual y recomendaciones de accesibilidad en la Universidad Nacional de Colombia (DDRASUN). [Internet]. (2012). [citado 13 marzo 2014]. Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/10159/1/jorgefernandotorresholguin.201211.pdf>

Zamora Méndez, R. Manual de accesibilidad para hoteles en Cuenca. [Internet] (2011). [citado el 22 de marzo 2014]. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/1684/1/tur43.pdf>



Alonso López F. Libro verde. La accesibilidad en España. Madrid. IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Internet]. (2002). [citado el 22 de marzo 2014]. Disponible en:

<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/docu/LibroVerdeAccesibilidad.pdf>

Velástegui L, & Patricio M. Estudio de turismo accesible: para discapacitados motrices en la ciudad de Cuenca. [Internet]. (2011). [citado el 22 de marzo 2014]. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/1662/1/tur23.pdf>

Fernández-López J, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, & Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). [Internet]. (2013). [citado 22 marzo 2014]. Disponible en:

http://riberdis.cedd.net/xmlui/bitstream/handle/11181/3530/funcionamiento_y_discapacidad_clasificacion_internacional_funcionamiento.pdf?sequence=1

Geosalud.msp.gob.ec [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador [actualizado 2012; citado 14 Mar 2014]. Disponible en: <http://geosalud.msp.gob.ec>



11. ANEXOS. ANEXO 1

FICHA DE COMPROBACION DE ACCESIBILIDAD PARA EDIFICIO DE LAS UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE LOS DISTRITOS 01A01, 01A02, 01A03 URBANAS DEL AREA 6 CORRESPONDIENTES AL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Fecha:	Nombre de Unidad de Salud:			Ficha de Evaluación #:	
1 Itinerario Horizontal adaptado	Existe		No Existe	Si existen ambos itinerarios se analiza la calidad de accesibilidad de los componentes respectivos en formularios individuales Si existe solo un itinerario se analiza calidad de accesibilidad de los componentes.	
2 Itinerario Vertical adaptado	Existe		No Existe		
Cuando No Exista itinerario alguno, se indagará sobre accesibilidad de personas con discapacidad a la persona encargada de la unidad de salud, y se analizara la ruta referida: ¿Cuál es la forma de acceso de las personas con discapacidad física motora a la estructura física de la unidad de salud a su cargo? _____ _____ _____					
1.1 Norma INEN de accesibilidad de personas al medio físico: Pasillo #: _____ de _____ Nota: En caso existir más de un pasillo se utilizaran igual cantidad de formularios para su evaluación individual	•1.1.a Ancho mínimo de 1200 mm.			ACCESIBILIDAD NULA No cumple 1.1.a	ACCESIBILIDAD MODERADA Cumple 1.1.a y 1-2 normas
	•1.1.b Deben estar libres de obstáculos en todo su ancho mínimo y desde su piso hasta un plano paralelo a él ubicado a 2050 mm de altura.				
	•1.1.c Pisos deben ser firmes, antideslizantes y sin irregularidades.			ACCESIBILIDAD LIGERA Solo cumple 1.1.a	ACCESIBILIDAD COMPLETA Cumple 4 normas
	•1.1.d Elementos de emergencia como extintores y señales no deben sobresalir de 150mm de la pared.				
1.2 Norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: Cuarto de Baño y aseo	1.2•Todo edificio de uso público debe contar con 1 baño adaptado para personas con discapacidad.			ACCESIBILIDAD NULA No cumple norma	
				ACCESIBILIDAD COMPLETA Cumple norma	
1.3 Norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: Puerta #: En caso existir más de una puerta se utilizaran igual cantidad de formularios para su evaluación individual	•1.3.a Ancho mínimo de 900 mm.			ACCESIBILIDAD NULA No cumple 1.3.a	ACCESIBILIDAD MODERADA Cumple 1.3.a y 1 norma
	•1.3.b Altura mínima de 2000 mm.				
	•1.3.c Agarradera tipo palanca, instalada a una altura de 900 mm desde el piso.			ACCESIBILIDAD LIGERA Solo cumple 1.3.a	ACCESIBILIDAD COMPLETA Cumple 3 normas
2.1 Norma INEN de accesibilidad de	•2.1.a Dimensiones de la puerta de la cabina, deben ser mínimo 900			ACCESIBILIDAD	ACCESIBILIDAD



<p>personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: Ascensor #: _____ de _____ En caso existir más de una rampa fija, se utilizaran igual cantidad de formularios para su evaluación individual.</p>	mm de ancho.		NULA No Cumple 2.1.a	MODERADA Cumple 2.1.a y 1-2 normas
	•2.1.b Interior de la cabina del ascensor, dimensiones mínimo 1200 mm de fondo y 1000mm de ancho.			
	•2.1.c Una de las paredes interiores del ascensor debe tener un pasamano ubicado a 900 mm de alto.		ACCESIBILIDAD LIGERA Solo cumple 2.1.a	ACCESIBILIDAD COMPLETA Cumple 4 normas
	•2.1.d Tablero de mandos ubicado a altura de 1200 mm desde el piso.			
<p>2.2 Norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: Rampa Fija #: _____ de _____ En caso existir más de una rampa fija, se utilizaran igual cantidad de formularios para su evaluación individual</p>	•2.2.a Ancho mínimo de 1000 mm.		ACCESIBILIDAD NULA No cumple 2.2.a	ACCESIBILIDAD MODERADA Cumple 2.2.a y 1-2 normas
	•2.2.b Pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm, y el segundo a 700 mm			
	•2.2.c Superficie de material antideslizante.		ACCESIBILIDAD LIGERA Solo cumple 2.2.a	ACCESIBILIDAD COMPLETA Cumple 4 normas
	•2.2.d Pendientes longitudinales. 10 a 12 grados por cada metro.			
<p>2.3 Norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: Escalera # _____ de _____ En caso existir más de una escalera, se utilizaran igual cantidad de formularios para su evaluación individual</p>	•2.3.a Ancho mínimo de 1000 mm.		ACCESIBILIDAD NULA Cumple 0 normas	ACCESIBILIDAD MODERADA Cumple 2-3 normas
	•2.3.b Huella de 280 mm.			
	•2.3.c Contrahuella, altura de 180 mm.		ACCESIBILIDAD LIGERA Cumple 1 norma	ACCESIBILIDAD COMPLETA Cumple 4 normas
	•2.3.d Pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm, y el segundo a 700 mm.			

Fuente: Normas INEN

Realizado por los autores



ANEXO 2

Cuenca, 8 de julio del 2014

Sr. Dr.

Marco Freire

DIRECTOR DE LA ZONA 6 DE SALUD

Presente.

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos en sus funciones, quienes suscribimos el presente solicitamos muy comedidamente nos conceda el permiso escrito para el ingreso a las unidades de salud de primer nivel pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, de la zona 6, de los distritos 01A01, 01A02, 01A03 del área urbana del cantón Cuenca, con el propósito de desarrollar la tesis previa a la obtención del título de licenciados en Terapia Física de la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, la misma que se denomina “accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad física-motora en las unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública en el cantón Cuenca 2014”. Durante el período comprendido entre el 4 de agosto hasta el 10 de octubre del presente año, cabe recalcar que la presente investigación no representa costos para la institución bajo su acertada dirección y la información obtenida será confidencial.

Por la favorable acogida que sepa brindar le anticipamos nuestros agradecimientos

Atentamente:

Jhonathan David Carabajo Marcillo

Estudiante de fisioterapia

C. C 0104741657

José Miguel Carangui Lojano

Estudiante de fisioterapia

C.C 0301644662



ANEXO 3

PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	NOMBRE	TELEFONO	DIRECCION	PERTENECE A:	SECTOR	NIVEL	TIPÒ	URBANO/RURAL	CODIGO DE AREA	AREA
AZUAY	CUENCA	CUENCA	BARRIAL BLANCO	2845015	BARRIAL BLANCO S/N	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A02	MIRAFLORES
AZUAY	CUENCA	CUENCA	BUENA ESPERANZA			MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A01	PUMAPUNGO
AZUAY	CUENCA	CUENCA	CENTRO DE SALUD NO 1	72869642	AVE. HUAYNA-CAPAC 1-270	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A02	MIRAFLORES
AZUAY	CUENCA	CUENCA	CENTRO DE SALUD NO 2		BORRERO 13-08 ENTRE VEGA MUÑOZ Y P-O BRAVO*CORRECCIÓN	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A02	MIRAFLORES
AZUAY	CUENCA	CUENCA	CENTRO N. 3 NICANOR MERCHAN	2836352	AV. 12 DE ABRIL 6-99	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A03	TOMEBAMBA
AZUAY	CUENCA	CUENCA	CEPRONDI			MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A03	TOMEBAMBA
AZUAY	CUENCA	CUENCA	EL CEBOLLAR	2857525	AVENIDA ABELARDO J. ANDRADE Y MIÑARICA	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A02	MIRAFLORES
AZUAY	CUENCA	CUENCA	EL PARAISO	72861858	JOSE BUSTAMANTE Y JUAN BENIGNO VELA	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A01	PUMAPUNGO
AZUAY	CUENCA	CUENCA	MACHANGARA	72890765	AVE. VICTORIA DEL PORTETE Y BATALLON VENCEDORES	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A01	PUMAPUNGO
AZUAY	CUENCA	CUENCA	SAN PEDRO DEL CEBOLLAR	2857199	SAN PEDRO DEL CEBOLLAR Y ABELARDO J. ANDRADE	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A02	MIRAFLORES
AZUAY	CUENCA	CUENCA	TERMINAL TERRESTRE	2843888	INTERIOR DEL TERMINAL TERRESTRE, AVENIDA ESPAÑA	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A02	MIRAFLORES
AZUAY	CUENCA	CUENCA	TOMEBAMBA (MONAY)	2802867	RÍO DE JANEIRO Y POPAYAN	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A03	TOMEBAMBA
AZUAY	CUENCA	CUENCA	TOTORACOCHA	*28622115	AVE. YANAHURCO E IGNACIO CORDERO ESQUINA	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A01	PUMAPUNGO
AZUAY	CUENCA	CUENCA	UNCOVIA	2900059*	CIUDADELA UNCOVÍA	MSP	PUBLICO	PRIMER NIVEL	CENTRO DE SALUD	U	01A02	MIRAFLORES

Fuente: Geo-salud

Elaborado por: Los autores



ANEXO 4

TABLA Nº 1

Distribución de la Unidad de Salud Barrial Blanco según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas, rampas y escaleras. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad ligera		Accesibilidad Moderada		Accesibilidad Completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	1	33.30	0	0	2	66.70	3	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
PUERTAS	5	71.40	0	0	2	28.60	0	0	7	100
RAMPAS	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
ESCALERAS	0	0	0	0	3	100	0	0	3	100

FUENTE: BASE DE DATOS
 REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En la unidad de Salud Barrial Blanco se evidenció que: en 66.7% (2) pasillos la accesibilidad es completa según la clasificación por niveles de accesibilidad. En 71.4% (5) de las puertas la accesibilidad es nula, la totalidad (3) de escaleras son de accesibilidad moderada. La rampa y el cuarto de baño son de accesibilidad nula.



TABLA Nro. 2

Distribución de la Unidad de Salud Buena Esperanza según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas y rampas. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Moderada		Accesibilidad completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	1	20	0	0	4	80	5	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	0	0	1	100
PUERTAS	3	16.67	14	77.77	1	5.56	18	100
RAMPAS	0	0	2	66.7	1	33.30	3	100

FUENTE: BASE DE DATOS

REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En la unidad de Salud de Buena Esperanza, según la clasificación del nivel de accesibilidad, se determinó que: la accesibilidad completa está presente en 4 pasillos (80%), en 14 (77.77%) de sus 17 puertas y 2 rampas (66.7%) accesibilidad moderada, y la accesibilidad nula en cuarto de baño y aseo.



TABLA Nro. 3

Distribución del Centro de Salud Nro. 1 según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas, rampas y escaleras. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Moderada		Accesibilidad completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	2	25	6	75	8	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	2	100	0	0	0	0	2	100
PUERTAS	3	27.30	8	72.70	0	0	11	100
RAMPAS	1	25	2	50	1	25	4	100
ESCALERAS	0	0	1	100	0	0	1	100

FUENTE: BASE DE DATOS

REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

La clasificación por niveles de accesibilidad en el Centro de Salud Nro.1 evidenció que: la accesibilidad en 75% (6) pasillos es completa, en los 2 cuartos de baño y aseo es nula; y es moderada en 72.70% (8) de las puertas, en la escalera y en 50% (2) de las rampas.



TABLA Nro. 4

Distribución del Centro de Salud Nro. 2 según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas y escaleras. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Moderada		Accesibilidad completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	2	50	2	50	4	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	0	0	1	100
PUERTAS	4	66.70	2	33.30	0	0	6	100
ESCALERAS	0	0	3	100	0	0	3	100

FUENTE: BASE DE DATOS

REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

La clasificación de nivel de accesibilidad en la Unidad de Salud Nro.2 observó que: en 4 pasillos, 50% (2) son de accesibilidad completa y 50% (2) son de accesibilidad moderada. La accesibilidad en el cuarto de baño y aseo, y en 66.70% (4) de las puertas es nula; y, en la totalidad de las escaleras (3) es moderada.



TABLA Nro. 5

Distribución del Centro de Salud Nro. 3 según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas y rampas. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Moderada		Accesibilidad completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	1	50	1	50	2	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	0	0	1	100
PUERTAS	11	78.60	3	21.40	0	0	14	100
RAMPAS	0	0	1	100	0	0	1	100

FUENTE: BASE DE DATOS
 REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud Nro. 3 se determinó, según la clasificación por niveles de accesibilidad, que: uno de los pasillos (50%) presenta accesibilidad completa y el otro (50%) accesibilidad moderada. La accesibilidad en cuarto de baño y aseo, y en 11 puertas (78,60%) es nula, mientras que en la rampa es moderada.



TABLA Nro. 6

Distribución del CEPRONDI según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas, rampas y escaleras. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Moderada		Accesibilidad completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	1	14.30	6	85.70	7	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	33.33	0	0	2	66.67	3	100
PUERTAS	12	54.50	10	45.50	0	0	22	100
RAMPAS	0	0	2	100	0	0	2	100
ESCALERAS	0	0	1	50	1	50	2	100

FUENTE: BASE DE DATOS
 REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

La clasificación por niveles de accesibilidad evidenció que en el CEPRONDI 85.70% (6) de 7 pasillos son de accesibilidad completa. La accesibilidad en 66.67% (2) cuartos de baño y aseo es completa. En 54.50% (12) de 22 puertas la accesibilidad es nula, las 2 rampas son de accesibilidad moderada; y en escaleras, 50% (1) es de accesibilidad completa y 50% (1) es de accesibilidad moderada.



TABLA Nro. 7

Distribución de la Unidad de Salud El Cebollar según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas, y rampas. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad moderada		Accesibilidad completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	1	33.30	2	66.70	3	100
BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	0	0	1	100
PUERTAS	3	37.50	5	62.50	0	0	8	100
RAMPAS	0	0	1	100	0	0	1	100

FUENTE: BASE DE DATOS
 REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

Se determinó que en la Unidad de Salud El Cebollar, según la clasificación por niveles de accesibilidad, en 2 (66.7%) de los 3 pasillos la accesibilidad es completa, en el cuarto de baño y aseo es nula, y, en 5 (62.5%) de las 8 puertas y en la rampa es moderada.



TABLA Nro. 8

Distribución de la Unidad de Salud El Paraíso según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas y rampas. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Moderada		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	1	25	3	75	4	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	1	100
PUERTAS	3	30	7	70	10	100
RAMPAS	0	0	1	100	1	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En la unidad de salud El Paraíso se evidenció que: 3 pasillos (75%), 7 puertas (70%) y 1 rampa califican como accesibilidad moderada, y el cuarto de baño y aseo es de accesibilidad nula.



TABLA Nº 9

Distribución de la Unidad de Salud Machángara según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas y rampas. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad ligera		Accesibilidad moderada		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	0	0	4	100	4	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	0	0	1	100
PUERTAS	2	22.22	0	0	7	77.73	9	100
RAMPAS	0	0	0	0	1	100	1	100
ESCALERAS	0	0	1	100	0	0	1	100

FUENTE: BASE DE DATOS
 REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En la unidad de salud Machángara se observó la presencia de 4 pasillos, 7 puertas (77.73%) y 1 rampa calificadas como accesibilidad moderada. La escalera es de accesibilidad ligera, y el cuarto de baño y aseo presenta accesibilidad nula.



TABLA Nro. 10

Distribución de la Unidad de Salud San Pedro del Cebollar según nivel en accesibilidad de pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas y rampas. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad moderada		Accesibilidad Completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	0	0	2	100	2	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	0	0	1	100
PUERTAS	7	70	3	30	0	0	10	100
RAMPAS	0	0	3	100	0	0	3	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En la unidad de salud San Pedro del Cebollar se evidenció que: la totalidad de pasillos (2) calificaron como accesibilidad completa, 70% (7) de las 10 puertas y el cuarto de baño y aseo son accesibilidad nula; y la totalidad (3) de las rampas calificaron como accesibilidad moderada.



TABLA Nro. 11

Distribución de la Unidad de Salud Terminal Terrestre según nivel en accesibilidad de pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas y escaleras. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Moderada		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	2	100	2	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	1	100
PUERTAS	4	66.67	2	33.33	6	100
ESCALERAS	0	0	1	100	1	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En la unidad de salud Terminal Terrestre se observó la presencia de 2 (100%) pasillos de accesibilidad moderada, 4 (66.66%) de sus 6 puertas y el cuarto de baño y aseo son de accesibilidad nula, y la escalera es de accesibilidad moderada.



TABLA Nro. 12

Distribución de la Unidad de Salud Tomebamba según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas, rampas y escaleras. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Ligera		Accesibilidad Moderada		Accesibilidad Completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	1	33.3	0	0	1	33.3	1	33.3	3	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100
PUERTAS	2	40	1	20	2	40	0	0	5	100
RAMPAS	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
ESCALERAS	0	0	0	0	3	100	0	0	3	100

FUENTE: BASE DE DATOS
 REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En la unidad de salud Tomebamba se evidenció que de sus 3 pasillos, 1 (33.3%) califica como accesibilidad completa, otro (33.3%) como accesibilidad moderada y un tercero (33.3%) como accesibilidad nula. De sus 5 puertas, 40% (2) presentan accesibilidad nula y 40% (2) accesibilidad nula. El cuarto de baño y aseo es de accesibilidad nula. La totalidad de las escaleras (3) son de accesibilidad moderada, y la rampa califica como accesibilidad completa.



TABLA Nro. 13

Distribución de la Unidad de Salud Totoracocha según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas, rampas y escaleras. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad moderada		Accesibilidad completa		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	0	0	2	66.7	1	33.3	3	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	2	100	0	0	0	0	2	100
PUERTAS	2	20	8	80	0	0	10	100
RAMPAS	2	100	0	0	0	0	2	100
ESCALERAS	0	0	1	100	0	0	1	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En la unidad de salud Totoracocha se determinó que: 2 (66.7%) de sus 3 pasillos, 8 puertas (80%) y una escalera son de accesibilidad moderada. La totalidad de rampas (2), y el cuarto de baño y aseo son de accesibilidad nula.



TABLA Nro. 14

Distribución de la Unidad de Salud Uncovía según nivel de accesibilidad en pasillos, cuarto de baño y aseo, puertas y rampas. Cuenca 2014.

	Accesibilidad Nula		Accesibilidad Moderada		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	1	50	1	50	2	100
CUARTO DE BAÑO Y ASEO	1	100	0	0	1	100
PUERTAS	7	70	3	30	10	100
RAMPAS	0	0	2	100	2	100

FUENTE: BASE DE DATOS
 REALIZADO POR: LOS AUTORES

ANÁLISIS:

En la unidad de salud Uncovía se determinó que de los 2 pasillos, 1 (50%) calificó como accesibilidad moderada y el otro (50%) como accesibilidad nula; la totalidad (2) de las rampas calificaron como accesibilidad moderada. Y, 7 de las 10 puertas y el cuarto de baño y aseo son de accesibilidad nula.



ANEXO 5

Clasificación del nivel de accesibilidad general al medio físico en los edificios públicos de las unidades de salud de primer nivel del área urbana del cantón Cuenca 2014.

Para la siguiente clasificación en primer lugar se categorizó a las variables según la importancia de accesibilidad al medio físico en edificios públicos de las unidades de salud, luego de manera análoga se analizó accesibilidad para las personas con discapacidad física motora desde su entrada al edificio, pasando rampas fijas, por los pasillos, y/o escaleras hasta la puerta del consultorio destinado para recibir atención médica. Con el resultado, se concluyó por categorizar el nivel de accesibilidad general al medio físico.

Unidad de Salud Barrial Blanco:

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rampas	Nula
2	Puertas	Nula
3	Pasillos	Completa
4	Escaleras	Moderada
5	Baño	Nula
Resultado		Nula



Unidad de Salud Buena esperanza:

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rampas	Moderada
2	Pasillos	Completa
3	Puertas	Moderada
4	Baño	Nula
Resultado		Moderada

Centro de Salud Nro.1

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rampas	Moderada
2	Pasillos	Completa
3	Puertas	Moderada
4	Escaleras	Moderada
5	Baño	Nula
Resultado		Moderada

Centro de Salud Nro.2

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Escaleras	Moderada
2	Puertas	Nula
3	Pasillos	Moderada
4	Baño	Nula
Resultado		Moderada



Centro de Salud Nro.3

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Puertas	Nula
2	Rampas	Moderada
3	Pasillos	Moderada
4	Baño	Nula
Resultado		Moderada

Ceprondi

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rampas	Moderada
2	Puertas	Nula
3	Pasillos	Completa
4	Escaleras	Moderada
5	Baño	Completa
Resultado		Moderada

Unidad de Salud El cebollar

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rampas	Moderada
2	Puertas	Moderada
3	Pasillos	Completa
4	Baño	Nula
Resultado		Moderada



Unidad de Salud El Paraíso

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rampas	Moderada
2	Pasillos	Moderada
3	Puertas	Moderada
4	Baño	Nula
Resultado		Moderada

Unidad de Salud Machángara

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rampas	Moderada
2	Puertas	Moderada
3	Pasillos	Moderada
4	Escaleras	Ligera
5	Baño	Nula
Resultado		Moderada

Unidad de Salud San Pedro del Cebollar

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Puertas	Nula
2	Rampas	Moderada
3	Pasillos	Completa
4	Baño	Nula
Resultado		Moderada



Unidad de Salud Terminal terrestre

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Puertas	Nula
2	Pasillos	Moderada
3	Escaleras	Moderada
4	Baño	Nula
Resultado		Moderada

Unidad de Salud Tomebamba

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rampas	Completa
2	Escaleras	Moderada
3	Pasillo	Completa
4	Puertas	Completa
5	Baño	Nula
Resultado		Completa

Unidad de Salud Totoracocha

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Puertas	Moderada
2	Rampas	Nula
3	Pasillos	Moderada
4	Escaleras	Moderada
5	Baño	Nula
Resultado		Moderada



Unidad de Salud Uncovia

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rampas	Moderada
2	Puertas	Nula
3	Pasillos	Nula
4	Baño	Nula
Resultado		Nula

ANEXO 6

Propuesta de edificio de uso público accesible para personas con discapacidad física-motora



Ilustración Nro. 1
Realizado por: Los autores

Simbología de las propuestas:

Itinerario horizontal adaptado		Presencia de panel informativo con rutas de acceso horizontal Fácil comprensión Fácil localización
Itinerario vertical adaptado		Presencia de panel informativo con rutas de acceso vertical Fácil comprensión Fácil localización
Rampas fijas		Ancho mínimo de 1000mm Pendientes longitudinales de 10 a 12 grados por cada metro. Pasamanos a una altura de 950mm y otro a 700mm Superficie de material antideslizante
Puertas		Ancho mínimo de 900mm Altura mínima de 2000mm Agarradera tipo palanca a una altura de 900mm
Pasillos		Ancho mínimo de 1200mm Libres de obstáculos en todo su ancho mínimo Pisos firmes y antideslizantes Elementos no sobresalen de la pared 150mm
Escaleras		Ancho mínimo de 1000mm Huella de 280mm Contrahuella altura de 180mm Pasamanos a una altura de 950mm y otro a 700mm
Ascensores		Interior de 1200mm de fondo y 1000mm de ancho Puerta de 900mm de ancho y 2000mm de altura Pasamano en una de las paredes interiores a 900mm de altura Tablero de mandos a una altura de 1200mm desde el piso.
Cuarto de baño y aseo		Cuenta con baño adaptado para personas con discapacidad

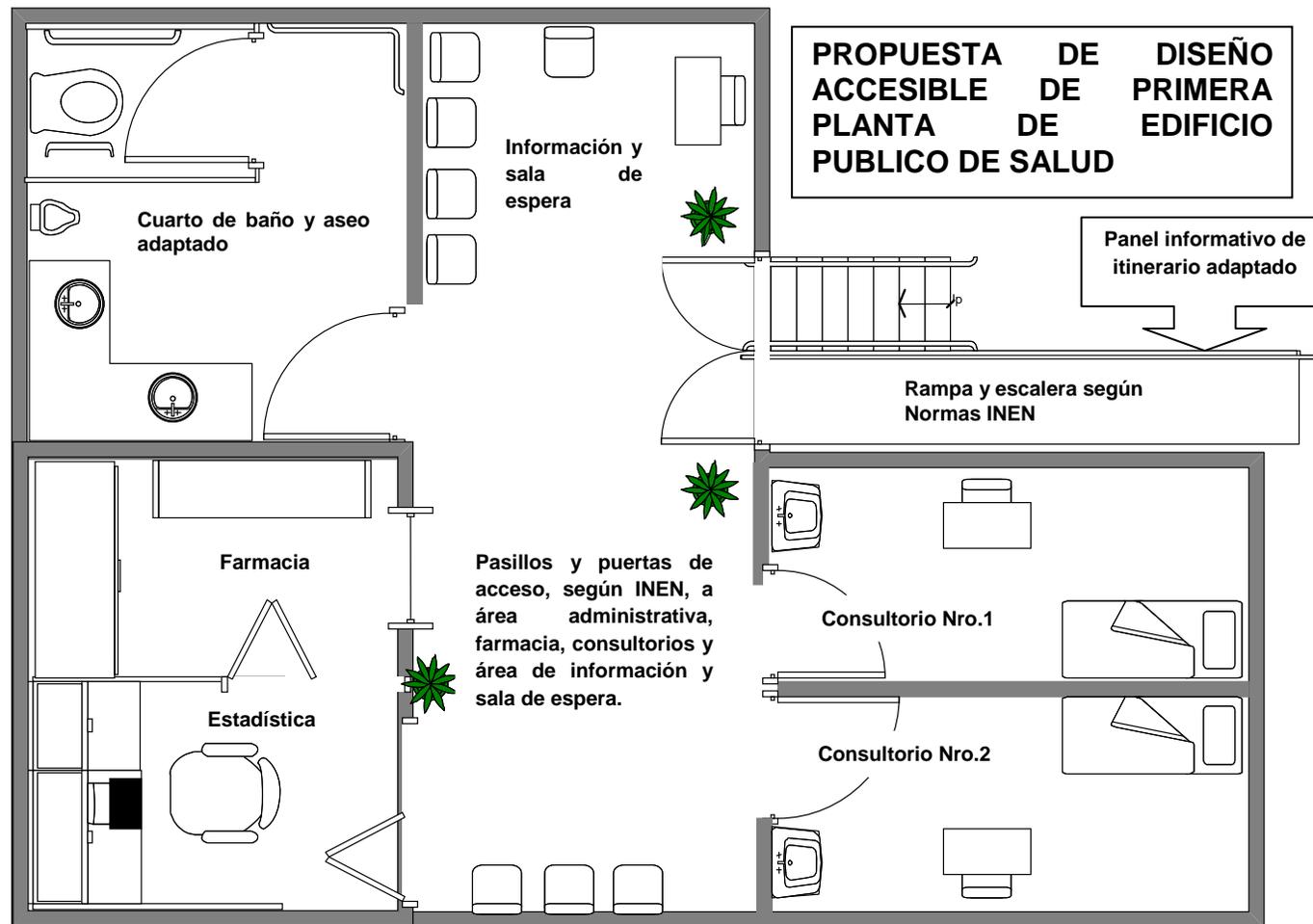


Ilustración Nro.2
Realizado por: Los Autores