



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**“ANÁLISIS DE ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDAD FÍSICA-MOTORA EN CIRCUITOS DEL DISTRITO 01D02
DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA ZONA RURAL EN EL
CANTÓN CUENCA - 2015.”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA.**

AUTORAS:

TANIA EULALIA ARPI FAREZ.

ANA BELÉN LEÓN PALACIOS.

DIRECTORA:

MGST. MARTHA DALILA ZHINDÓN GALÁN.

ASESOR:

DR. HUGO ANIBAL CAÑAR LOJANO.

CUENCA – ECUADOR

2015





RESUMEN.

Antecedentes: Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2010 Cuenca contó con 505.585 habitantes; el Registro Nacional de Discapacidades hasta septiembre del 2014 presentó 18.490 personas con discapacidad en el cantón Cuenca; presentando 9.996 discapacidad física-motora, siendo significativo dentro de la población, quienes como parte del buen vivir deberán tener accesibilidad a los Centros de Salud.⁽¹⁾

Objetivo general: Analizar la accesibilidad al medio físico para personas con discapacidad física-motora en los circuitos del distrito 01D02, del Ministerio de Salud Pública de la zona rural número 6 pertenecientes al cantón Cuenca - 2015.

Tipo de investigación: Observacional, descriptiva – cuantitativa.

Área de estudio: Los Centros de Salud de la zona 6, Provincia del Azuay distrito 01D02 de las parroquias rurales son: Baños- Cumbe- Chaucha- Molleturo- Turi- Valle- Victoria del Portete- Tarqui- Quingeo- Santa Ana.

Análisis de la información: La recolección de datos se realizara a través de evaluaciones que demuestren accesibilidad, elaborada en base a las normas INEN de Accesibilidad de las Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida al Medio Físico. Los datos obtenidos serán analizados y procesados en el programa SPSS statistics v-20; los resultados se presentarán en tablas y gráficos.

Resultados: Podrán ser utilizados a favor de las personas con discapacidad física-motora, y a su vez contribuir con la investigación y docencia a futuro.

PALABRAS CLAVES: ATENCIÓN EN SALUD; CALIDAD DE ATENCION EN SALUD; ACCESO A LA ATENCION DE SALUD; EVALUACION DE LA ATENCION DE SALUD; PRESTACION DE LA ATENCION DE SALUD; ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD; PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA-MOTORA; CUENCA-ECUADOR.



ABSTRACT.

Background: According to the National Institute of Statistics and Census (INEC), Cuenca had 505 585 inhabitants in 2010; the National Register of Disability through september 2014 showed 18,490 people with disabilities in the canton Cuenca; 9,996 presenting physical-motor disabilities, still significant within the population, who as part of the good life should have access to health centers.⁽¹⁾

General objective: Analyze accessibility to the physical environment for people with physical-motor disability in the district circuits 01D02, the Ministry of Public Health of the countryside No. 6 belonging to the canton Cuenca - 2015.

Type of research: Observational, descriptive - quantitative.

Study area: Health Centers in Zone 6, Azuay Province District 01D02 rural parishes are: Baños- Cumbe- Chaucha- Molleturo- Turi- Valle- Victoria del Portete- Tarqui- Quingeo- Santa Ana.

Information analysis: Data collection will through evaluations that demonstrate accessibility, developed based on the INEN standards Accessibility for People with Disabilities and Reduced Mobility the Physical Environment. The data obtained will be analyzed and processed in SPSS v-20 program; and the results will be presented in tables and graphs.

Results: They may be used for people with physical-motor disabilities, and in turn contribute to research and teaching.

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



INDICE.

RESÚMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.	16
2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Concepto de discapacidad.....	17
2.2 Historia de la discapacidad.....	19
2.3 Tipos de discapacidad.....	22
2.4 Causas de la discapacidad.....	23
2.5 Discapacidad físico-motora.....	23
2.6 Clasificación de la discapacidad físico-motora.....	23
2.7 Modelos en los que se fundamenta la discapacidad.....	25
2.8 Respaldo del sistema jurídico-político internacional.....	27
2.9 Principios básicos relacionados con la temática de la discapacidad.....	32
2.10 Accesibilidad.....	34
2.11 Accesibilidad al medio físico.....	34
2.12 Dificultades que se generan.....	35
2.13 Tipos de dificultades.....	35
2.14 Concepto de centros de salud.....	37
2.15 Tipos de centros de salud.....	38
2.16 Niveles de atención.....	40
2.17 Tipos de niveles de atención.....	40
2.18 Centros de salud zona rural.....	41



2.19 Barreras arquitectónicas.....	43
2.20 Tipos de barreras arquitectónicas.....	44
2.21 Leyes en el Ecuador que favorecen a la persona con discapacidad.....	51
2.22 Plan del buen vivir.....	52
3. OBJETIVOS:	53
3.1 Objetivo General:	53
3.2 Objetivos Específicos:	54
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	54
4.1 Tipo de estudio.....	54
4.2 Área de estudio.....	54
4.3 Universo de estudio.....	54
4.4 Criterios de Inclusión.....	54
4.5 Criterios de exclusión.....	55
4.6 nOperacionalización de las variables.....	56
5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	59
6. PROCEDIMIENTOS.....	59
6.1 Autorización.....	59
6.2 Capacitación.....	59
6.3 Supervisión.....	59
7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	59
7.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
8. RESULTADOS.....	60
Tabla N°1.....	61
Tabla N°2.....	62



Tabla N°3.....	63
Tabla N°4.....	64
Tabla N°5.....	65
Tabla N°6.....	66
Tabla N°7.....	67
Tabla N°8.....	68
Tabla N°9.....	69
Tabla N°10.....	70
Tabla N°11.....	71
Tabla N°12.....	72
9. DISCUSIÓN.....	73
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	75
11. BIBLIOGRAFIA.	79
11.1 Referencias bibliográficas.....	79
11.2 Bibliografía general.....	81
11.3 Fuentes electrónicas.....	84
12. ANEXOS.	85
Anexo 1.....	85
Anexo 2.....	88
Anexo 3.....	92



DERECHO DE AUTOR

Yo, TANIA EULALIA ARPI FAREZ autora de la tesis "ANÁLISIS DE ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA-MOTORA EN CIRCUITOS DEL DISTRITO 01D02 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA ZONA RURAL EN EL CANTÓN CUENCA - 2015", reconozco y acepto 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 mi título de LICENCIADA 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/a.

Cuenca, 29 de octubre del 2015

Tania Eulalia Arpi Farez

0106541170



DERECHO DE AUTOR

Yo, ANA BELÉN LEÓN PALACIOS autora de la tesis "ANÁLISIS DE ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA-MOTORA EN CIRCUITOS DEL DISTRITO 01D02 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA ZONA RURAL EN EL CANTÓN CUENCA - 2015", reconozco y acepto 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 mi título de LICENCIADA 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/a.

Cuenca, 29 de octubre del 2015



Ana Belén León Palacios

0104506399



RESPONSABILIDAD

Yo, TANIA EULALIA ARPI FAREZ autora de la tesis "ANÁLISIS DE ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA-MOTORA EN CIRCUITOS DEL DISTRITO 01D02 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA ZONA RURAL EN EL CANTÓN CUENCA - 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de octubre del 2015

Tania Eulalia Arpi Farez

0106541170



RESPONSABILIDAD

Yo, ANA BELÉN LEÓN PALACIOS autora de la tesis "ANÁLISIS DE ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA-MOTORA EN CIRCUITOS DEL DISTRITO 01D02 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA ZONA RURAL EN EL CANTÓN CUENCA - 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de octubre del 2015

Ana Belén León Palacios

0104506399



DEDICATORIA.

A Dios por permitir que cumpla uno de mis sueños planteados en mi vida ya que él me acompañado en todo este recorrido dándome la mano y guiándome.

A mis hermosos padres que gracias a su esfuerzo a su amor y comprensión he logrado cumplir una meta.

A mi hija Barbara quien es el motor de mi vida, la personita por la que día a día lucho por la que me esforzaré para darle lo mejor porque es el amor de mi vida.

Tania Eulalia Arpi Farez.



DEDICATORIA.

A Dios por darme salud, sabiduría y fortaleza para lograr mis objetivos.

A mi angelito a pesar de nuestra distancia física, siempre estás conmigo iluminándome en cada paso que doy.

A mi madre y mis abuelos por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien.

A mi esposo por su apoyo incondicional mantenido a través del tiempo, pero más que nada, por su amor y comprensión.

Ana Belén León Palacios.



AGRADECIMIENTO.

El presente trabajo de tesis agradecemos a Dios quien nos bendijo cada paso de nuestra carrera permitiéndonos así hacer realidad nuestro sueño.

De igual manera, un agradecimiento especial al Doctor Marco Freire director del Ministerio de Salud de la zona 6, quien nos dió la apertura para poder realizar el presente estudio en los Centros de Salud.

A nuestra directora de tesis Magister Martha Zhindón y a nuestro asesor Doctor Hugo Cañar, quienes con sus conocimientos, experiencias, dedicaciones, paciencia y motivaciones han logrado en nosotros que podamos terminar con esta investigación.

De manera especial queremos agradecer también a nuestras familias ya que con su apoyo y su amor incondicional nos han incentivado a seguir adelante a lo largo de nuestras vidas.

LAS AUTORAS.



1. INTRODUCCIÓN.

“En la actualidad los desarrollos disciplinares y profesionales de la fisioterapia, así como su objeto de estudio, han conducido a las diversas comunidades académicas a explorar los campos de acción profesional, lo que conlleva a una ampliación de los mismos.” Conduciéndonos al estudio de la accesibilidad al medio físico a personas con discapacidad física motora con el propósito de fomentar la inclusión a la sociedad, cumpliéndose con los derechos y obligaciones de los mismos.

La falta de accesibilidad en muchos edificios públicos, incluyendo centros de salud están condicionados por barreras arquitectónicas, las mismas que limitan a la persona con discapacidad a su ingreso y por lo tanto impiden su libre movilización, a pesar de existir leyes sobre la accesibilidad se confirman un bajo nivel de cumplimiento. Se dispone de poca información en formatos accesibles, además que no se satisfacen muchas necesidades de las personas con discapacidad.

Según la OMS “Discapacidad es aquella restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano la misma que se ve limitada por las barreras (sociales y físicas)”¹. Las “barreras” se consideran factores que obstaculizan la participación y el desarrollo de las personas, ya que tienen un impacto directo, tanto en el funcionamiento de los órganos y las estructuras corporales, como en la realización de las actividades de la vida diaria y en el desempeño social.

Entre estos factores se incluyen aspectos relacionados con la accesibilidad en el entorno físico, la tecnología, las actitudes de la población frente a la discapacidad y a los sistemas, servicios y políticas; las misma que impiden que las personas con discapacidad física motora se desenvuelvan en plena libertad negándose uno de sus tantos derechos y por tanto limitan e impiden su libre acceso y o movilización.



“El ser humano es un hombre común en busca de un destino extraordinario. La persona con discapacidad es un ser extraordinario en busca de un destino común”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según el artículo del Dr. José Ortiz basado en el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, la prevalencia de discapacidad en el Ecuador hasta el 2010, es de 5,64% siendo la Físico-Motora la más frecuente (23,7x1.000 habitantes), existiendo mayor prevalencia en el área rural del (5,99%), que en el área urbana (5,42%), encontrándose la mayor población con discapacidad en las provincias de Guayas, Pichincha y Manabí conformando el 50,64% de la población con discapacidad; afectando el (6,08%) a mujeres siendo mayor que a hombres (5,2%), La prevalencia general de discapacidad es 4 veces más en el adulto mayor.⁽³⁾

“La provincia del Azuay cuenta con 712,127 habitantes, de los cuales 140,258 personas pertenecen a las zonas rurales según el Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos en el año 2010”⁽²⁾; sin embargo el Registro Nacional de Discapacidades indicó que 28,109 personas presentan discapacidad hasta el mes de septiembre del 2014, entre los mismos se encuentran 15,505 habitantes con discapacidad física motora representando de ésta manera un segmento significativo de la población.

El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos en el año 2010 indicó que el cantón Cuenca posee 18,490 personas con discapacidad físico-motora; de los cuales según los diez Centros de Salud estudiados pertenecientes al distrito 01D02 en el ámbito rural pertenecen a: Baños 368, Cumbe 220, Chaucha 54, Molleturo 315, Quingeo 288, Santa Ana 158, Tarqui 242, Turi 237, El Valle 601 y Victoria del Portete 124 personas.⁽⁴⁾

Las barreras de accesibilidad más comunes que limitan el ingreso a las personas con discapacidad suelen ser las físicas que se encuentran a nivel de cada construcción, pudiendo estar en el interior, o en los accesos de los



centros de salud, viviendas, escuelas, etc., y entre las que podemos encontrar: escalones, pasillos y puertas estrechas, baños sin adaptaciones para personas con discapacidad; las mismas que no fueron edificadas en condiciones, apropiadas ya que no consideran la discapacidad, concentrándose aún más en la zona rural, excluyendo en forma parcial o total a las personas con movilidad reducida.⁽⁵⁾

La guía de accesibilidad al medio físico cita: “La Accesibilidad Universal consiste en planear, proyectar, construir, rehabilitar y conservar el entorno de modo que tenga en cuenta la envolvente de necesidades y requerimientos de cualquier persona sea cual sea su edad, circunstancia o capacidades.”

Motivo por el que es de suma importancia que fueran verificadas y controladas por servidores para hacer cumplir con las normas INEN establecidas para Accesibilidad de las Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida al Medio Físico.

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Mediante este estudio se dará a conocer cuan accesibles son los centros de salud en la zona rural para las personas con discapacidad física-motora de la ciudad de Cuenca, con el propósito de informar a las autoridades quienes se encargan de la planificación, diseño, ejecución de los planes y políticas de salud; para que intervengan en beneficio de las personas con discapacidad físico-motora de la zona rural, haciéndoles partícipes a sus derechos y obligaciones, disminuyendo así la exclusión de los mismos en el medio de la salud.

Según el estudio de “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” realizada por los autores Carabajo J. y Carangui J. demostraron que la accesibilidad a los centros de salud del área urbana se da de forma parcial resultando: accesibilidad completa en pasillos del (5.92%), moderada en escaleras (86.66%) y en rampas (68.18%), nula en baños (88.89%) y puertas (50%)



dando una participación condicionada para el desenvolvimiento en los centros de salud.⁽⁶⁾

Siendo importante para el Ministerio de Salud Pública y autoridades conocer la realidad actual del medio físico rural, quienes están abiertos a recibir estudios o información sobre las barreras arquitectónicas pertenecientes a los centros de salud, siendo a la vez la zona más desamparada en comparación con la zona urbana; las mismas que limitan la accesibilidad de las personas con discapacidad físico-motora excluyéndoles del ámbito de la salud; y así establecer las soluciones respectivas.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 CONCEPTO DE DISCAPACIDAD.

Discapacidad es un “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)”⁽⁷⁾.

Es decir discapacitado “es aquella persona que presente de forma temporal o permanente, alguna deficiencia parcial o total en sus facultades físicas, psicosocial (mental), intelectuales y sensoriales, que limitan la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria y que con ello puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás y que puede ser agravada por su entorno”⁽⁸⁾.

El Día Internacional de las Personas con Discapacidad (3 de diciembre de 2008) tuvo como tema central la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: dignidad y justicia para todos.

Las clasificaciones de las discapacidades han sido diversas; durante la 54 Asamblea Mundial de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se optó por cambiar el nombre de la segunda edición de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM-2):



Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y se insta a los Estados miembros de la OMS, cuando proceda, a usar la CIF en investigación, vigilancia y notificación.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La CIF fue concebida como medida estándar para evaluar salud y discapacidad tanto individual como poblacional; fue aceptada por los 191 países miembros de la OMS, el 22 de mayo de 2001, durante la citada Asamblea de la OMS se admitió como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas, que incorpora las normas uniformes para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

Distingue entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, definidas por esta organización de la siguiente manera, en la Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas:

- Deficiencia (impairment) se refiere a "Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones". Ejemplos de estas deficiencias son la sordera, la ceguera o la parálisis; en el ámbito mental, el retraso mental y la esquizofrenia crónica, entre otras.
- Discapacidad (disability) se define como la "restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia". Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. Algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras; para bañarse, comer o ir al servicio.



- Minusvalía (handicap) hace referencia a una "situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y/o culturales)". El término es también una clasificación de "las circunstancias en las que es probable que se encuentren las personas discapacitadas". La minusvalía describe la situación social y económica de las personas deficientes o discapacitadas, desventajosa en comparación con la de otras personas. Esta situación de desventaja surge de la interacción de la persona con entornos y culturas específicos.

2.2 HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD.

En la antigua Grecia (siglo IV a.C.), las personas con discapacidad, malformaciones o debilidad notoria eran sacrificadas a los dioses.

Durante la Edad Media se reemplazó al médico por el monje y se conservó la creencia de que los trastornos mentales se relacionaban con lo diabólico y lo demoniaco, motivo por lo que la inquisición apoyó la exterminación de las personas con discapacidad.

La Iglesia, la familia y los señores feudales tomaron partido por el cuidado de las personas con discapacidad y coincidió con el establecimiento de hospitales, asilos, cofradías o hermandades.

Durante el siglo XVI, se desarrollaron las primeras prótesis de mano; Juan Luis Vives postuló el trabajo y la educación como medios de rehabilitación, Pedro Ponce de León inició la educación especial y San Juan de Dios fundó en Granada una de las primeras instituciones para personas con discapacidad; sin embargo todos estos desarrollos seguían estando "habitadas por Satanás".

En los siglos XVIII y XIX se dieron cambios, Denis Diderot con las primeras escuelas para sordomudos y otras para ciegos, donde se formó Louis Braille, quien en 1878 desarrolló un sistema universal para enseñar a personas ciegas;



Nicolás André acuñó el término ortopedia y empezó a evitar las frecuentes amputaciones que se daban por las guerras. En 1884, el canciller alemán Otto von Bismarck aprobó la primera ley que reconocía los accidentes de trabajo y se publicaron tratados de discapacidad, entre los cuales se resalta *Diagnosis and Prognosis of Idiocy and Imbecility*, de William Wetherspoon, sobre discapacidad intelectual.

En el siglo XX se recrudeció la persecución contra los discapacitados, aun cuando la más visible fue la perpetrada por Adolf Hitler, bajo el pretexto de mejorar la raza; así mismo, las dos guerras mundiales y otros enfrentamientos bélicos (guerras de Corea, Vietnam, etc.) dejaron un sinnúmero de personas discapacitadas física y mentalmente que indujeron a crear cierta conciencia sobre el problema.

En 1948, se dio la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en 1955 se aprobó el Programa Internacional de Rehabilitación de Minusválidos Físicos; en 1971 la Asamblea General de las Naciones Unidas, mediante la Resolución 2856, proclamó la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Este mismo organismo, en 1975, en su Resolución 3447, adoptó la Declaración de los Derechos de los Impedidos. Por su parte, en 1980, la OMS aprobó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

En 1982, las Naciones Unidas lanzaron el programa de Acción Mundial para los impedidos; en 1983, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lanzó el convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, y la Subcomisión de Prevención de Discriminación y Protección de Minorías de las Naciones Unidas elaboró los principios, directivas y garantías para la protección de las personas detenidas que padezcan o sufran trastornos mentales.

En 1991, las Naciones Unidas adoptaron los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, y en 1993, publicó las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.



En el ámbito regional y local se adoptó la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, suscrita en 1999 en Guatemala e incorporada a nuestra legislación por medio de la Ley 762 de 2002, y declarada exequible en 2003.

En Colombia en 1994, en el Ministerio de la Protección Social se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental, y en 1997 se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación.

Todo ello conlleva a la organización cada vez más fuerte de agrupaciones de personas con diferentes tipos de discapacidades en diferentes partes del mundo, que además de propender por su bienestar, crean conciencia acerca de sus derechos. Así mismo, se evidencia cómo a través de la historia se han ido incorporando los derechos de las personas discapacitadas en lo civil, lo penal, lo laboral, la seguridad social y la educación, al igual que en el ámbito de los derechos fundamentales, con un predominio de los derechos a la dignidad, igualdad y solidaridad.

El Premio Nobel de Economía Amartya Sen dice: “Una comprensión de las demandas morales y políticas de la discapacidad es importante, no sólo porque es un rasgo de la humanidad tan amplio y deficitario, sino también porque las consecuencias trágicas de la discapacidad pueden ser superadas sustancialmente con una ayuda social determinada e intervenciones creativas.”

Las políticas que trabajen con esta habilidad pueden tener un dominio grande, incluyendo el aminoramiento de los efectos de la minusvalía, por un lado, y programas para prevenir el desarrollo de las discapacidades por el otro. Es extremadamente importante el poder comprender que la mayoría de las discapacidades son prevenibles, y mucho puede hacerse no sólo para disminuir el sufrimiento de la discapacidad, sino también para reducir la prevalencia de la discapacidad.



2.3 TIPOS DE DISCAPACIDAD.

Existen diferentes tipos de discapacidades los mismos que se mencionarán a continuación:

- **Discapacidad física.**

Las personas que presentan este tipo de discapacidad tienen una limitación física que impide el desempeño motor de la persona, resultante de una afección en cualquier órgano o sistema corporal.

- **Discapacidad visual (sensorial).**

Las personas con discapacidad visual, presentan deficiencias del sistema de la visión, en la estructura y funciones asociadas con él. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, visión de los colores o profundidad.

- **Discapacidad intelectual.**

Las personas que presentan esta discapacidad, se caracterizan por presentar limitaciones en el funcionamiento intelectual: razonamiento, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia.

- **Discapacidad mental (psicosocial).**

Las personas que presentan esta discapacidad tienen alteraciones o deficiencias en el sistema neuronal, que aunado a una sucesión de hechos que la persona no puede manejar, detona una situación alterada de la realidad, afectando la funcionalidad y su comportamiento, que puede interferir con su capacidad de sentir, pensar o relacionarse con los demás.



2.4 CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD.

- **Factores congénitos.**

Alteraciones durante el proceso de gestación, como malformaciones congénitas (esпина bífida, amputaciones, agenesias, tumores, Parálisis Cerebral, etc).

- **Factores hereditarios.**

De padres a hijos, como Distrofia Muscular de Duchenne, Osteogénesis Imperfecta, entre otras.

- **Factores adquiridos en la etapa post-natal.**

Traumatismos, infecciones, anoxia, asfixia, accidentes vasculares, Parálisis Cerebral, etc.

2.5 DISCAPACIDAD FÍSICO-MOTORA.

La discapacidad motora se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas.

Las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve las personas no depende solo de las características físicas o biológicas, sino se trata más bien de una condición que emerge producto de la interacción de esta dificultad personal con un contexto ambiental desfavorable.

2.6 CLASIFICACION DE LA DISCAPACIDAD FÍSICO-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 deambulaci3n, y apenas pueden controlar sus extremidades y lenguaje muy afectado.

d) Según su origen:

- Poliomiелitis: enfermedad infecciosa producida por un virus que ataca la medula espinal. Puede producir parálisis motora sin trastorno de las sensaciones y de las funciones vegetativas.



- Lesión Medular: daño presentado en la médula espinal, ocasionado por una enfermedad o un accidente y origina pérdida en algunos movimientos y/o sensibilidades por debajo del lugar donde ocurrió la lesión.
- Paraplejía: es una lesión completa en el área dorsal produce parálisis completa en las piernas pero no afecta los brazos.
- Tetraplejía: una lesión completa entre la vértebra cervical 4 y cervical 7 produce debilidad en los brazos y parálisis completas en las piernas.
- Espina bífida: anomalía congénita cuyo común denominador es un defecto en el desarrollo de la columna vertebral, manifestado por una falta de fusión entre los arcos vertebrales. Influencias desconocidas durante la vida del embrión cuando se está formando la columna, la medula y sus cubiertas.
- Miopatías: grupo de enfermedades caracterizadas por el debilitamiento y degeneración progresiva de los músculos voluntarios.
- Parálisis Cerebral: trastorno de la postura y del movimiento, debido a una lesión no degenerativa del encéfalo, antes de que su crecimiento y su desarrollo se completen. Resulta de problemas antes o en el momento o después del nacimiento.
- Accidente cerebro-vascular: es la pérdida de las funciones cerebrales producto de interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada (SNC).

2.7 MODELOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD.

- **Modelo médico-biológico.**

La discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales. El tratamiento de la



discapacidad está destinado a obtener la cura o una mejor adaptación de la persona o un cambio de su conducta.

- **Modelo de discapacidad social.**

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/ entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social.

- **Modelo de las minorías colonizadas.**

El modelo de las minorías colonizadas de la discapacidad es semejante al de discapacidad social; no obstante, incorpora las luchas por los derechos de las personas con discapacidad. Desde esta perspectiva, se considera a la persona discapacitada como sistemáticamente discriminada, marginada y explotada por la sociedad, esto es, miembro de un grupo minoritario.

- **Modelo universal de la discapacidad.**

El modelo universal de la discapacidad fue planteado por Irving Kenneth Zola y establece que se debe ir desde una lucha para superar la marginación y la discriminación de unas minorías colonizadas en búsqueda de sus derechos hacia un planteamiento en el que la discapacidad sea un fenómeno universal y para el cual todos estamos en posición de riesgo.

- **Modelo biopsicosocial.**

Este modelo se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. El funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y mental) y los factores ambientales. Este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona.



2.8 RESPALDO DEL SISTEMA JURÍDICO-POLÍTICO INTERNACIONAL.

- **Organización de las Naciones Unidas (ONU).**

Fundada en 1945, conformado por 192 países, actualmente considerada como la organización internacional del mundo; ya que facilita la cooperación en asuntos relacionados con el derecho internacional, la paz, la seguridad, el desarrollo económico y social, y los asuntos humanitarios y de derechos humanos.

En 2007 su interés por el bienestar y los derechos de las personas con discapacidad se basa en los derechos humanos, las libertades fundamentales y la igualdad de todas las personas.

En 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos 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”.

En 1969 se respaldó la Convención Americana de Derechos Humanos, que busca proteger y garantizar las libertades y los derechos de todas las personas que poblamos este continente.

En 1982 se aprueba el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, como resultado del Año Internacional de los Impedidos; resaltando así el derecho de las personas con discapacidad a las mismas oportunidades y definiendo la discapacidad como resultado de la relación entre la persona y su entorno; así mismo, 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 un instrumento normativo y de acción para personas con discapacidad y para sus organizaciones.



En el siglo XXI se dio el Primer Tratado de Derechos Humanos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Su propósito fue “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 el respeto de su dignidad inherente”. El Ecuador ratificó este tratado el 3 de abril del 2008.

- **Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).**

Fundada en 1945, su objetivo es contribuir a la paz y la seguridad en el mundo mediante la educación, la cultura y las comunicaciones.

A finales del siglo pasado y en el presente milenio, el tema de la educación se considera como un derecho por encima de las diferencias particulares de los seres humanos, la misma que se está respaldada en:

- *La Conferencia Mundial de Educación para Todos* (Jontiem, Tailandia, 1990). Dejó sentado el interés de la comunidad mundial por garantizar el derecho a la educación para todos, independientemente de sus diferencias.
- *La Conferencia Mundial sobre las Necesidades Educativas Especiales, Acceso y Calidad* (Salamanca, España, 1994). Se centra en el acceso de la población con necesidades educativas especiales a una educación de calidad, mediante la inclusión.
- *El Foro Consultivo Internacional sobre Educación para Todos* (Dakar, Senegal, 2000). Su marco de acción compromete a todos los gobiernos a garantizar una educación de calidad hacia el año 2015, conducidos por la Unesco. En su primer artículo dice:

Las necesidades básicas de aprendizaje abarcan tanto las herramientas esenciales para el mismo como los contenidos básicos del aprendizaje, necesarios para que los seres humanos puedan sobrevivir, desarrollar plenamente sus capacidades, vivir y trabajar con dignidad, participar plenamente en el desarrollo,



mejorar la calidad de vida, tomar decisiones fundamentales y continuar aprendiendo.

Los centros de educación especial o centros de recursos tienen un papel relevante con las personas, sus familias y el entorno, por lo que es fundamental que el trabajo se oriente en dos ejes:

- Ofrecer servicios de apoyo para que la persona logre, no solo conocimientos académicos, sino el máximo nivel de autonomía personal, autodeterminación y calidad de vida.
 - Promover en la comunidad acciones tendientes a la participación plena, para que la persona con discapacidad haga uso de los deberes y derechos que, como ciudadano, le corresponden. Se trata de unas acciones orientadas a romper con las barreras actitudinales, de comunicación y arquitectónicas.
- **Organización Internacional del Trabajo (OIT).**

Se fundó en 1919 y en la actualidad cuenta con 178 países miembros; está consagrada a la promoción de oportunidades de trabajo decente y productivo, en condiciones de libertad, igualdad y dignidad humana. Sus objetivos son promover los derechos laborales, fomentar oportunidades de empleo dignas, mejorar la protección social y fortalecer el diálogo al abordar temas de trabajo.

Desde 1955, con la adopción de la Recomendación sobre la Adaptación y la readaptación Profesional de los Inválidos (recomendación 99), se han registrado progresos en la lucha contra la discriminación en el empleo y los recursos humanos, progresos reflejados en el Convenio 142 y la Recomendación 150 del año 1975.

Dentro de estos planteamientos se debe asumir la responsabilidad principal en invertir en una educación y formación de calidad, previa al empleo, reconociendo que es fundamental disponer de docentes y formadores cualificados que trabajen en condiciones decentes y desarrollar estrategias,



medidas y programas en materia de igualdad de oportunidades con el objetivo de reducir las desigualdades.

El Convenio 159 sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de las Personas Inválidas (1983) y la Recomendación 168, ponen énfasis en las oportunidades de empleo en el mercado regular, aspecto reflejado en el art. 4 que indica que “dicha política se basará en el principio de igualdad de oportunidades y de trato”.

En el este milenio se cuenta con el Repertorio de Recomendaciones Prácticas sobre la Gestión de las Discapacidades en el Lugar de Trabajo (2001), diseñado por la OIT para “guiar a los empleadores a adoptar una estrategia positiva de gestión de las cuestiones relacionadas con la discapacidad en el lugar de trabajo”.

Considera la participación e iniciativa de las personas con discapacidad en la implementación de dichas reformas, también la Recomendación 195 sobre el Desarrollo de los Recursos Humanos.

- **Organización Mundial de la Salud (OMS).**

Fundada en 1948, es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en la ONU. La salud ha sido medida, tradicionalmente, basándose en estadísticas de mortalidad y en la incidencia y prevalencia de enfermedades.

Sin embargo, la condición de salud está influida por la combinación de factores relacionados con las diferencias individuales en cuanto a experiencias, antecedentes y bases emocionales, así como con el contexto físico, social y cultural en que vive cada persona.

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

En el año 2001 se difundió la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), siendo 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 la salud y los factores contextuales, es la que produce determinada discapacidad.

- **Organización de Estados Americanos (OEA).**

Fundada en 1948, es una organización internacional, de carácter regional, compuesta por 35 países.

En la década de los 70 del siglo pasado se fortaleció el concepto tradicional de la discapacidad, y los organismos que hacían parte de la OEA formularon una concepción diferente, relacionada con las limitaciones cotidianas experimentadas por los discapacitados, con el objeto de dejar más en evidencia las dificultades que han tenido que enfrentar día a día, a causa de las barreras impuestas por el medio social.

Actualmente se cuestiona 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, es decir, poner énfasis en una sociedad accesible para todos.

En 1970 la Convención Americana de los Derechos Humanos se compromete a 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 y en 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 sometidas a discriminación fundamentada en la discapacidad”⁽¹⁰⁾.



En Iberoamérica se dio un gran avance con la aprobación de la “declaración del decenio de las Américas por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad 2006-2016” bajo el lema: Igualdad, Dignidad y Participación.

2.9 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. Por esta razón es importante citar los siguientes conceptos:

- **El derecho a la no discriminación a personas con discapacidad.**

Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; estos derechos, nacen de la dignidad y la igualdad que es innato en todo ser humano.

El término "discriminación contra las personas con discapacidad" significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto de impedir o anular el ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

- **Igualdad de oportunidades.**

Reconoce la importancia de las diversas necesidades del individuo, las cuales deben constituir la base de la planificación de la sociedad con el fin de asegurar el empleo de los recursos para garantizar que las personas disfruten de iguales oportunidades de acceso y participación en idénticas circunstancias.

Para lograr esto se debe contar con la inclusión del discapacitado en todos los ámbitos y sean políticas, sociales y culturales garantizando que el entorno, los bienes, los servicios y las instalaciones de atención al público sean accesibles para que las personas los usen y disfruten, eliminando las acciones y disposiciones que, directa o indirectamente, promueven la discriminación.



- **Igualdad de derechos.**

“En el mundo hay más de 650 millones de personas que viven con alguna discapacidad. Si a esa cifra se agregan los familiares cercanos que conviven con ellos se pasa a la asombrosa cifra de dos mil millones de habitantes que, de una forma u otra, viven a diario con discapacidad.”

Las personas con discapacidad viven con frecuencia al margen de la sociedad, privadas de algunas experiencias de la vida (como el asistir a la escuela, centros médicos, obtener empleo, poseer su propio hogar, etc.); sufriendo con frecuencia discriminación y marginación.

Olvidándonos que estas personas tiene los mismos derechos y capacidades de ser persona que pueda llevar una vida normal, obtener empleo y vivir con independencia.

- **Derecho a una vida autónoma.**

El anhelo de una vida plena y la necesidad de realización personal mueven a todas las personas, pero esas aspiraciones no pueden ser satisfechas si se hallan restringidos sus derechos básicos y libertades condicionando u obstaculizando su desarrollo personal, así como el disfrute de los recursos y servicios disponibles para toda la población y la posibilidad de contribuir con sus capacidades al progreso de la sociedad, este es el caso en que se encuentran aún hoy mujeres y hombres con discapacidad.

A pesar de los innegables progresos sociales alcanzados se ven limitados esos derechos, servicios, etc., que no han sido concebidos teniendo en cuenta sus necesidades específicas.

- **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



2.10 ACCESIBILIDAD.

El término accesibilidad, proviene de acceso, acción de llegar y acercarse, o bien entrada o paso. La accesibilidad es una característica básica del entorno construido. Como concepto, "es la condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar para el objetivo con que fueron construidos, las casas, las tiendas, los teatros, los parques y espacios públicos, las oficinas públicas, los lugares de trabajo, etc., y en caso necesario ser evacuado en condiciones de seguridad"⁽¹²⁾.

La accesibilidad es la condición necesaria para permitir a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que la infraestructura construida ha sido concebida. Es curioso mencionar que cuando la accesibilidad forma parte o está integrada al diseño arquitectónico, se percibe como algo natural en el contexto urbano.

Recién cuando no existe es que las personas se vuelven conscientes de los obstáculos que ello significa para su desplazamiento y que esta falta de accesibilidad implicará marginación y pérdida en la calidad de vida, sobre todo en el caso de las personas con discapacidad. La accesibilidad podemos entenderla en relación con tres formas básicas de la actividad humana: movilidad, comunicación y comprensión.

Todas las personas, según sean sus capacidades funcionales o mentales, se encontrarán con barreras en su capacidad de movimiento, en sus comunicaciones o fuentes de información y en su posibilidad de comprensión de mensajes, instrucciones, instrumentos o sistemas. Los efectos de dichas barreras pueden llegar a causar hasta la exclusión social de las personas afectadas.

2.11 ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO.

La "accesibilidad al medio físico" es un derechos a ejercer por todos las personas en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades. Cuando



hablamos de planificar para que una ciudad sea accesible, generalmente se habla de diseñar o adecuar un medio cultural para que todos tengan acceso al mismo.

Todos los edificios que por su actividad pública o privada, presten un servicio a los ciudadanos en las diferentes actividades sociales, medicinales, culturales y recreativas, deben cumplir con condiciones de accesibilidad que permitan la integración de todos los ciudadanos y las personas con discapacidad así logrando una independencia.

2.12 DIFICULTADES QUE SE GENERAN.

Si la persona tiene alguna limitación que la hace “diferente del individuo medio” que sirve de referencia para determinar las necesidades de la población y proyectar los edificios, surgen las dificultades.

2.13 TIPOS DE DIFICULTADES.

Dificultades de maniobra.

Son las 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 silla que obligan a prever espacios más amplios, como por las características de desplazamiento que tiene una silla de ruedas.

Se definen cinco clases de maniobra fundamentales que se ejecutan con la silla de ruedas para desplazarse sobre el plano horizontal:

- Desplazamiento en línea recta, es decir, maniobra de avance o retroceso.
- Rotación o maniobra de cambio de dirección sin desplazamiento, es decir, sin mover prácticamente de sitio el centro de gravedad.
- Giro o maniobra de cambio de dirección en movimiento.



- Franquear una puerta. Maniobra específica que incluye los movimientos necesarios para aproximarse a una puerta, abrirla, traspasar el ámbito y cerrarla.
- Transferencia o movimiento para instalarse o abandonar la silla de ruedas.

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 superar un obstáculo aislado dentro de un itinerario horizontal.

Afectan tanto a usuarios de silla de ruedas como a los ambulantes. Básicamente se distinguen tres clases de desniveles:

- 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.
- Bruscos y aislados, que responden generalmente a una clara intención proyectual: evitar la entrada de agua o aire (en los accesos desde el exterior a locales cubiertos), separar y proteger (aceras) o conseguir un determinado efecto compositivo (escalinata, basamento, etc.).
- Grandes desniveles, que corresponden bien a condiciones topográficas o, más asiduamente, a superposición de desniveles (edificios de más de una planta).

Dificultades de alcance.

Son aquellas que aparecen como consecuencia de una limitación en las posibilidades de llegar a objetos y percibir sensaciones.

Se diferencian tres clases de dificultades de alcance:

- Manual, que afecta de forma primordial a los usuarios 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 que para la aproximación representan las propias piernas y la silla de ruedas.

- Visual, que incide principalmente en las personas con deficiencia en el sentido de la vista generando problemas de deambulación, localización y comunicación y, en menor medida, en los usuarios de silla de ruedas disminuyendo altura y ángulo de visión.
- Auditivo, que repercute de forma primordial en los individuos con disminución o pérdida de las capacidades auditivas limitando sus posibilidades de comunicarse con el entorno.

Dificultades de control.

Son las que aparecen como consecuencia de la pérdida de capacidad para realizar acciones o movimientos precisos con las extremidades.

Se distinguen dos clases de dificultades de control:

- Del equilibrio, que se manifiesta tanto en la obtención como en el mantenimiento de una determinada postura, e incide en los usuarios de silla de ruedas y, más intensamente, en los ambulantes como consecuencia de la afectación de los miembros inferiores.
- 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 o ambulante de la persona, sino por la limitación en las extremidades superiores.

2.14 CONCEPTO DE CENTROS DE SALUD.

Son aquellos establecimientos o instituciones en el cual se imparten los servicios y la atención de salud más básica y principal. Los centros de salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones,



no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales.

El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas.

2.15 TIPOS DE CENTROS DE SALUD.

- Centro de Salud Tipo A.- Este tipo está destinado a cubrir la demanda de salud de una población que oscila entre 2001 y 10000 habitantes, los servicios que brinda son:
 - Atención integral de medicina familiar.
 - Promoción de salud y prevención de la enfermedad.
 - Salud oral.

Este tipo de Centros debe poseer una cantidad de talento humano específico, la cantidad está determinada en función de la población a la que se brinda atención.

Para su correcto funcionamiento requiere:

- Sala de procedimientos..... 73.78 m2.
- Administración..... 89.93 m2.
- Consulta externa..... 93.44 m2.
- Laboratorio..... 32.45 m2.
- Vestidor..... 47.45 m2.
- Circulación..... 174.19 m2.
- Total..... 511.24 m2.

- Centro de Salud Tipo B.- Este tipo está destinado a cubrir la demanda de salud de una población que oscila entre 10001 y 25000 habitantes, los servicios que brinda son:
 - Atención integral de medicina familiar.
 - Promoción de salud y prevención de la enfermedad.



- Salud oral.
- Salud mental.
- Pediatría de interconsulta (itinerante).
- Imágenes: Rayos X y ecografía.

Este tipo de Centros debe poseer el talento humano específico, la cantidad está determinada en función de la población a la que atiende.

Para su correcto funcionamiento requiere:

- Sala de procedimientos..... 117.60 m2.
- Laboratorio..... 214.16 m2.
- Imagenología..... 182.92 m2.
- Administración..... 348.33 m2.
- Consulta externa..... 318.50 m2.
- Circulación..... 361.99 m2.
- Áreas verdes..... 130.50 m2.
- Total..... 1674.00 m2.

- Centro de Salud Tipo C.- Este tipo está destinado a cubrir la demanda de salud de una población que oscila entre 25001 y 50000 habitantes, los servicios que brinda son:
 - Atención integral de medicina familiar.
 - Promoción de salud y prevención de la enfermedad.
 - Salud oral.
 - Salud mental.
 - Pediatría de interconsulta (itinerante).
 - Imágenes: Rayos X y ecografía.
 - Rehabilitación.
 - Atención de urgencias y parto.

Además debe poseer una cantidad de talento humano específico, determinada en función de la población a la que el Centro atiende.



Para su correcto funcionamiento requiere:

· Emergencia.....	354.64 m2.
· Unidad de tratamiento de partos.....	285.20 m2.
· Sala de procedimientos.....	117.60 m2.
· Laboratorio.....	214.16 m2.
· Imagenología.....	182.92 m2.
· Administración.....	348.33 m2.
· Consulta externa.....	318.50 m2.
· Circulación.....	507.55 m2.
· Áreas verdes.....	284.70 m2.
· Total.....	2613.60 m2.

2.16 NIVELES DE ATENCIÓN.

Conjunto de Establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad; constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población.

2.17 TIPOS DE NIVELES DE ATENCION.

- **Primer nivel de atención o atención primaria:**

Son los centros que se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad. Ejemplos de primer nivel: centros de salud, centros comunitarios, salas de primeros auxilios.

- **Segundo nivel de atención:**

Hospitales generales -con áreas programáticas- (son zonas geográficas con una población definida que está a cargo de un hospital general) que atienden pacientes derivados de los “Centros del Primer Nivel de atención” y se ocupan



del diagnóstico y del tratamiento de patologías que no pueden ser solucionadas en ese nivel.

- **Tercer nivel de atención:**

Hospitales o centros especializados en donde se tratan patologías más complejas que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticadas.

2.18 CENTROS DE SALUD ZONA RURAL.

El Centro de Salud es el establecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud y de complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud, en sus componentes de: promoción, prevención y recuperación. Brinda consulta médica ambulatoria diferenciada en los consultorios de medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y odontología. Además, cuenta con internamiento, prioritariamente en las zonas rurales y urbano-marginales.

De acuerdo a la oferta de servicios, los Centros de Salud serán de 2 tipos:

- Tipo I: centro de Salud sin Unidad de Internamiento y con unidad de ayuda al diagnóstico.
- Tipo II: centro de salud con unidad de internamiento y con unidad del centro obstétrico y quirúrgico, con énfasis en la atención madre-niño.

OBJETIVOS DE LOS CENTROS DE SALUD.

- Brindar servicios de salud a una determinada población jurisdiccional a través de una atención integral de salud.
- Desarrollar actividades preventivo-promocionales en la población, a través de la participación de la comunidad organizada.
- Revalorar al Sector Salud en una determinada localidad, mejorando la calidad de atención de salud.



- Desarrollar actividades de coordinación intersectorial buscando la participación de los actores sociales identificados con la problemática de salud.

FUNCIONES DE LOS CENTROS DE SALUD.

- Organizar, coordinar, dirigir, controlar, supervisar y evaluar la ejecución de todas las acciones de salud de su ámbito jurisdiccional.
- Promover la participación activa de la comunidad para la ejecución de las acciones de salud y de desarrollo integral.
- Desarrollar actividades de promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad, y de rehabilitación del paciente, de acuerdo a la tecnología disponible.
- Realizar el análisis situacional de salud de la población y llevar a cabo la programación local de actividades, con la participación de todos los actores sociales relevantes de la comunidad; así como formular la propuesta de presupuesto.
- Promover la concertación con otros sectores públicos y privados, con el gobierno local y con la comunidad, para compartir la responsabilidad de la ejecución de las acciones relacionadas con las condiciones de salud de la población y del medio ambiente.
- Hacer la referencia y contra-referencia de pacientes según complejidad del caso y de acuerdo a las normas establecidas.
- Registrar, consolidar y analizar la información bio-estadística de los establecimientos de salud de su área de responsabilidad, incluyendo los hechos vitales de los registros civiles, y enviar el resumen respectivo a las instancias superiores correspondientes
- Realizar visita domiciliaria integral en forma sistemática, priorizando de acuerdo a las necesidades de los programas.



- Participar conjuntamente con representantes de la comunidad y de otros sectores públicos y privados de su ámbito, en la administración del establecimiento y en las gestiones orientadas a la obtención y optimización de los recursos financieros, técnicos, logísticos y otros, a través de los canales respectivos.
- Capacitar al personal del establecimiento de los puestos de salud y a los agentes voluntarios de la comunidad, en forma permanente, y de acuerdo a las necesidades del servicio.
- Supervisar, monitorear y evaluar [as actividades de su establecimiento y de los puestos de salud de su jurisdicción
- Facilitar y participar en la integración docencia-servicio, cuando las condiciones así lo requieran.
- Desarrollar actividades que promuevan la salud del ambiente.
- Efectuar vigilancia epidemiológica de las enfermedades más prevalentes de la localidad.

2.19 BARRERAS ARQUITECTÓNICAS.

Son aquellos obstáculos o impedimentos físicos que limita la libertad de movimientos o de autonomía de las personas; es decir supone un límite en los derechos de las personas al uso y disfrute de los espacios públicos y también de los privados. Las barreras arquitectónicas deben ser eliminadas para garantizar los derechos de las personas con diversidad funcional, así como mejorar su calidad de vida y su accesibilidad

- **Antecedentes sobre las barreras arquitectónicas.**

No obstante la existencia de antecedentes en el país sobre la aplicación de criterios de diseño de elementos arquitectónicos en apoyo a las personas con necesidades especiales (PCD), entre ellos el “Manual para el diseño libre de barreras arquitectónicas” desde la década de los setenta, después de la



determinación del “Decenio de las personas con discapacidad” por la asamblea general de las Naciones Unidas, fundamentalmente en el sector salud, se asume seriamente la tarea de considerar en todas las edificaciones elementos de apoyo para estas personas.

La dirección ejecutiva de normas técnicas para infraestructura en salud del MINSA, elabora las “Normas técnicas para el diseño de elementos de apoyo para personas con discapacidad en los establecimientos de salud”; estableciéndose los requisitos mínimos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de las personas con discapacidad en los establecimientos de atención médica del sector salud.

2.20 TIPOS DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS.

- **Barreras arquitectónicas urbanísticas (BAU).**

Las barreras de tipo urbanístico son las que se encuentran en las vías públicas y en los espacios públicos: aceras, pasos a distinto nivel, obstáculos en la vía pública, parques y jardines no accesibles, muebles urbanos inadecuados.

- **Barreras arquitectónicas en el transporte (BAT).**

Son aquellas que se encuentran en los diferentes medios de transporte: inaccesibilidad al transporte público, dificultades para el estacionamiento del transporte privado.

- **Barreras arquitectónicas en la edificación (BAE).**

Son las que se encuentran en el interior de los edificios; escalones, pasillos y puertas estrechas, ascensores reducidos, servicios de pequeñas dimensiones.

Las mismas que dentro de nuestro país están dadas por la normas INEN, las que nos ayudan a dar un estándar para cumplir dando una accesibilidad para todas las personas con sus capacidades diferentes siendo respaldadas por la ley del ecuador que recalcamos a continuación.



Normas del Instituto Ecuatoriano de Normalización (INEN) de accesibilidad de las personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico en lo que se refiere a:

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



Fuente: Centro de Salud Chaucha

Realizado por: Las autoras



Espacios de acceso y puertas. Ancho libre mínimo de 900mm y la altura 2050mm. Las agarraderas de las puertas, deben tener una barra horizontal ubicada entre 800 mm y 1 200mm del nivel del piso terminado, con una longitud de por lo menos 300mm. Para la maniobrabilidad de los usuarios de sillas de ruedas, debe dejarse un espacio libre lateral cerca de la apertura de la puerta entre 450mm a 550mm; la profundidad del espacio libre debe ser de 1200mm adicional al barrido de la puerta.



Fuente: Centro de Salud: Turi

Realizado por: Las autoras



Pavimentos. Las superficies deben ser homogéneas, libres de imperfecciones y de características antideslizantes en mojado, para los espacios exteriores. Si el pavimento está compuesto de piezas, los materiales empleados no deben tener una separación mayor a 11mm en una profundidad máxima de 3mm. La diferencia de los niveles generados por el grano de textura no debe exceder a 2mm. Si los espacios de circulación peatonal son lisos, la señalización de piso debe realizarse mediante un cambio de textura.



Fuente: Centro de Salud Victoria Portete

Realizado por: Las autoras



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



Fuente: Centro de Salud Turi

Realizado por: Las autoras



Corredores y pasillos. Ancho mínimo de 1200mm. 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 2050mm 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 150mm del plano de la pared. Los pisos deben ser firmes, antideslizantes y sin irregularidades.



Fuente: Centro de Salud Molleturo

Realizado por: Las autoras



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 670mm y una profundidad de 600mm. La altura de colocación es 800mm y la máxima de 900 a 950mm. La grifería, llaves del agua y accesorios, deben ubicarse en una zona alcanzable, en un radio de acción de 600mm. En los urinarios murales para niños, la altura debe ser de 400mm y para adultos de 600mm. La altura del asiento del inodoro debe ser de 450mm. 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 50mm; recorrido continuo y de fácil agarre.



Fuente: Centro de Salud Chaucha

Realizado por: Las autoras



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 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 120cm de ancho y 210cm 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.

2.21 LEYES EN EL ECUADOR QUE FAVORECEN A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.

Las leyes relacionadas con la accesibilidad, tratan de promover la construcción de espacios sin barreras y la eliminación de las existentes, con mayor o menor éxito entre las cuales en nuestro país tenemos: Los artículos 3 y 4 de la Constitución de la República del Ecuador tratan sobre:

Artículo 3.- Procurar el cumplimiento de mecanismos de exigibilidad, protección y restitución, que puedan permitir eliminar, entre otras, las barreras físicas, actitudinales, sociales y comunicacionales, a que se enfrentan las personas con discapacidad.⁽⁸⁾

Artículo 4.- Accesibilidad: se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las



comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales; así como, la eliminación de obstáculos que dificulten el goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y se facilitará las condiciones necesarias para procurar el mayor grado de autonomía en sus vidas cotidianas.⁽⁸⁾

Artículo 19.- Derecho a la salud.- El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.⁽⁸⁾

Artículo 58.- Accesibilidad.- Se garantizará a las personas con discapacidad la accesibilidad y utilización de bienes y servicios de la sociedad, eliminando barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social. En toda obra pública y privada de acceso público, urbana o rural, deberán preverse accesos, medios de circulación, información e instalaciones adecuadas para personas con discapacidad.⁽⁸⁾

2.22 PLAN DEL BUEN VIVIR.

Objetivo 2: el reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos implica la consolidación de políticas de igualdad que eviten la exclusión y fomenten la convivencia social y política. El desafío es avanzar hacia la igualdad plena en la diversidad, sin exclusiones. Para lograr una vida digna, con acceso a salud, educación, protección social especializada y protección especial.



Objetivo 3: habla de mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. Para su logro, éste objetivo plantea mejorar la calidad y calidez de los servicios sociales de atención, garantizar la salud de la población desde la generación de un ambiente y prácticas saludables; fortalecer el ordenamiento territorial, considerando la capacidad de acogida de los territorios y el equilibrio urbano-rural para garantizar el acceso a un hábitat adecuado y una vivienda digna; avanzar en la gestión integral de riesgos y formentar la movilidad sustentable y segura.

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 requieran.

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General:

- Analizar la accesibilidad para personas con discapacidad físico-motora al entorno físico en unidades de salud de primer nivel del Ministerio de Salud Pública del área rural del cantón Cuenca 2015.



3.2 Objetivos Específicos:

- Analizar la accesibilidad para las personas con discapacidad física motora en unidades de salud de la zona rural perteneciente al distrito 01D02 del cantón Cuenca, mediante evaluaciones teniendo como variables: itinerario horizontal adaptado, itinerario vertical adaptado, pasillos, cuartos de baño, puertas, pavimentos, rampas y escaleras.
- Comprobar la existencia de barreras arquitectónicas para el acceso de personas con discapacidad física motora en el medio físico de las unidades de salud de la zona rural.
- Describir la calidad en cuanto el acceso de las personas con discapacidad física motora relacionadas al medio físico en pertenecientes a las unidades de salud de la zona rural.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 Tipo de estudio.- El presente estudio corresponde a un diseño observacional, descriptivo – prospectivo.

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 la provincia del Azuay, del distrito 01D02 del área rural del cantón Cuenca.

4.3 Universo de estudio: los centros de salud de la zona 6, provincia del Azuay distrito 01D02 de las parroquias rurales son 10, los mismos que conforman: Baños- Cumbe- Chaucha- Molleturo- Turi- Valle- Victoria del Portete- Tarqui- Quingeo- Santa Ana.

4.4 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 la provincia del Azuay, del distrito, 01D02 del área rural del cantón Cuenca.



4.5 Criterios de exclusión.

Centros de salud que no concedieron el permiso para el estudio.

Centros de salud que se encontraban en trabajos de restauración del mismo.



4.6 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.	Evaluación para 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.	Evaluación para 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 • Ancho mínimo de 1200mm. •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.	Evaluación para 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 adaptado	Habitación generalmente utilizada para el aseo personal de persona con discapacidad el baño y la evacuación de desechos humanos.	Norma INEN: •Todo edificio de uso público debe contar con 1 baño adaptado para personas con discapacidad.	Evaluación para recolección de la información, según cumplimiento norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y	Ordinal: 1 Accesibilidad nula 2 Accesibilidad ligera 3 Accesibilidad moderada 4 Accesibilidad completa



			movilidad reducida al medio físico: cuarto de baño	
5) Puertas	Vacío 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: •Ancho mínimo de 900mm. •Agarradera tipo palanca, instalada a una altura de 900 mm desde el piso. •Altura mínima de 2000mm.	Evaluación para 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) Pavimentos	Capas de materiales apropiadas, comprendidas entre el nivel superior de los pisos.	Norma INEN: • Superficies antideslizantes. •Espacios de circulación lisos. •Piezas con separación no mayor a 11mm y profundidad máxima de 3mm •Grano de textura no mayor a 2mm	Evaluación para recolección de la información, según cumplimiento norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: pavimentos.	Ordinal: 1 Accesibilidad nula 2 Accesibilidad ligera 3 Accesibilidad moderada 4 Accesibilidad completa
7) Rampas fijas	Superficies normalmente planas, con pendientes continuas.	Norma INEN: •Ancho mínimo de 1000mm. •Pendientes longitudinales. 10 a 12 grados por cada metro. •Pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm, y el segundo a 700mm. •Superficie de material antideslizante.	Evaluación para recolección de la información, según cumplimiento de norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: rampas fijas.	Ordinal: 1 Accesibilidad nula 2 Accesibilidad ligera 3 Accesibilidad moderada 4 Accesibilidad completa



8)Escaleras	Elementos constructivos que proporcionan acceso entre dos planos situados a distintos nivel, constituida por peldaños o escalones.	Norma INEN: •Ancho mínimo de 1000mm. •Huella de 280mm. •Contrahuella altura de 180mm. •Pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm, y el segundo a 700 mm desde el piso.	Evaluación para recolección de la información, según cumplimiento de norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico: Escaleras	Ordinal: 1 Accesibilidad nula 2 Accesibilidad ligera 3 Accesibilidad moderada 4 Accesibilidad completa
--------------------	--	---	--	--



5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Para la recolección de la información se visitaran a las unidades de salud que cumplen con los criterios de inclusión mencionados anteriormente, para comprobar la existencia de itinerarios de acceso y la calidad de accesibilidad para personas con discapacidad físico-motora por medio de evaluaciones que demuestren accesibilidad, elaborada en base a las normas INEN de Accesibilidad de las Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida al Medio Físico. (Ver anexo 1).

6. PROCEDIMIENTOS.

6.1 Autorización.- Se procedió a solicitar la autorización al Director de la zona 6 de Salud, de igual forma a los directores distritales de cada unidad de salud de la zona rural que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio.

6.2 Capacitación.- Se realizó mediante revisión bibliográfica, ensayos y pruebas previas, basado en las evaluaciones de comprobación de accesibilidad en diferentes centros de atención públicos de la ciudad de Cuenca.

6.3 Supervisión.

Directora: Mgst. Martha Dalila Zhindón Galán.

Asesor: Dr. Hugo Aníbal Cañar Lojano.

7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Para el análisis de los datos realizados por medio del estudio descriptivo – prospectivo, se utilizó el programa SPSS statistics V-20.



Las estadísticas que se trabajaron en el desarrollo de la tabulación, nos permitieron presentar la información en tablas y gráficos mediante el programa Microsoft Word 2010.

7.1 ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación no requiere la aplicación de un consentimiento informado, debido a que no se trabajará con seres humanos; la información y los datos obtenidos serán utilizados únicamente para el trabajo investigativo, siendo la misma confidencial.

8. RESULTADOS

GRUPO DE ESTUDIO.

UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL PERTENECIENTES AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DE LA ZONA 6, DEL DISTRITO 01D02 DEL ÁREA RURAL DEL CANTÓN CUENCA 2015.

NOMBRE	CODIGO DE AREA
BAÑOS	01D02
CUMBE	01D02
CHAUCHA	01D02
EL VALLE	01D02
MOLLETURO	01D02
SANTA ANA	01D02
QUINGEO	01D02
TURI	01D02
TARQUI	01D02
VICTORIA DEL PORTETE	01D02

Fuente: Geo-salud

Elaborado por: Las autoras



TABLA Nº 1

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
BAÑOS – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	3	30	-	-	2	20	5	50	10	100
CUARTO DE BAÑO	2	100	-	-	-	-	-	-	2	100
PUERTAS	10	77	-	-	3	23	-	-	13	100
PAVIMENTOS	-	-	-	-	-	-	10	100	10	100
RAMPAS	-	-	-	-	1	100	-	-	1	100
ESCALERAS	1	17	-	-	5	83	-	-	6	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de Baños, se observó que el 30% de los pasillos tienen accesibilidad nula, moderada el 20% y el 50% de los pasillos tienen accesibilidad completa. El 100% de los baños tienen accesibilidad nula; en puertas existe el 77% de accesibilidad nula y solo el 23% tienen una accesibilidad moderada; en pavimentos existe el 100% de accesibilidad completa. El 100% de las rampas tienen accesibilidad moderada y por último el 17% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad nula y moderada el 83%. (Ver anexo 3).



TABLA Nº 2

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
CUMBE – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	-	-	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100
CUARTO DE BAÑO	2	100	-	-	-	-	-	-	2	100
PUERTAS	8	80	-	-	2	20	-	-	10	100
PAVIMENTOS	1	33,3	-	-	-	-	2	66,6	3	100
RAMPAS	1	50	-	-	1	50	-	-	2	100
ESCALERAS	1	50	-	-	1	50	-	-	2	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de Cumbe, se observó que el 33.3% de los pasillos tienen accesibilidad ligera, 33.3% tienen accesibilidad moderada y 33.3% tienen accesibilidad completa. El 100% de los baños tienen accesibilidad nula; en puertas existe el 80% de accesibilidad nula y solo el 20% tienen una accesibilidad moderada; en pavimentos existe el 33.3% de accesibilidad nula y el 66.6% tienen accesibilidad completa. El 50% de las rampas tienen accesibilidad nula y el otro 50% tienen accesibilidad moderada; y por último el 50% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad nula y el otro 50% tienen una accesibilidad moderada. (Ver anexo 3).



TABLA Nº 3

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
CHAUCHA – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	-	-	-	-	4	57,15	3	42,85	7	100
CUARTO DE BAÑO	-	-	-	-	-	-	2	100	2	100
PUERTAS	3	23,1	-	-	10	76,9	-	-	13	100
PAVIMENTOS	4	57,14	-	-	-	-	3	42,86	7	100
RAMPAS	-	-	-	-	3	100	-	-	3	100
ESCALERAS	-	-	-	-	1	50	1	50	2	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de Chaucha, se observó que el 57.15% de los pasillos tienen accesibilidad moderada y el 42.85% de los pasillos tienen accesibilidad completa. El 100% de los baños tienen accesibilidad completa; en puertas existe el 23.1% con accesibilidad nula y el 76.9% tienen una accesibilidad moderada; en pavimentos existe el 57.14% con accesibilidad nula y el 42.86% tienen accesibilidad completa. El 100% de las rampas tienen accesibilidad moderada y por último el 50% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad moderada y el otro 50% tienen accesibilidad completa. (Ver anexo 3).



TABLA Nº 4

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
EL VALLE – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	-	-	-	-	1	33,33	2	66,67	3	100
CUARTO DE BAÑO	2	100	-	-	-	-	-	-	2	100
PUERTAS	2	10,16	-	-	17	89,84	-	-	19	100
PAVIMENTOS	2	66,67	-	-	-	-	1	33,33	3	100
RAMPAS	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100
ESCALERAS	-	-	-	-	4	100	-	-	4	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de El Valle, se observó que el 33.33% de los pasillos tienen accesibilidad moderada y el 66.67% tienen accesibilidad completa. El 100% de los baños tienen accesibilidad nula; en puertas existe el 10.16% con accesibilidad nula y el 89.84% tienen una accesibilidad moderada; en pavimentos existe el 66.67% con accesibilidad nula y el 33.33% tienen accesibilidad completa y por último el 100% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad moderada. (Ver anexo 3).



TABLA Nº 5

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
MOLLETURO – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	1	25	-	-	3	75	-	-	4	100
CUARTO DE BAÑO	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
PUERTAS	5	50	-	-	5	50	-	-	10	100
PAVIMENTOS	2	50	2	50	-	-	-	-	4	100
RAMPAS	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
ESCALERAS	-	-	-	-	2	100	-	-	2	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de Molleturo, se observó que el 25% de los pasillos tienen accesibilidad nula y el 75% tienen accesibilidad moderada. El 100% de los baños tienen accesibilidad nula; en puertas existe el 50% de accesibilidad nula y el 50% tienen una accesibilidad moderada; en pavimentos existe el 50% de accesibilidad nula y el 50% tienen accesibilidad ligera. El 100% de las rampas tienen accesibilidad nula; y por último el 100% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad moderada. (Ver anexo 3).



TABLA Nº 6

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
SANTA ANA – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	2	22	-	-	6	67	1	11	9	100
CUARTO DE BAÑO	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
PUERTAS	10	67	-	-	5	33	-	-	15	100
PAVIMENTOS	7	78	1	11	1	11	-	-	9	100
RAMPAS	-	-	1	50	1	50	-	-	2	100
ESCALERAS	1	50	1	50	-	-	-	-	2	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de Santa Ana, se observó que el 22% de los pasillos tienen accesibilidad nula, el 67% tienen accesibilidad moderada, y solo el 11% tienen accesibilidad completa. El 100% de los baños tienen accesibilidad nula; en puertas existe el 67% de accesibilidad nula y el 33% tienen una accesibilidad moderada; en pavimentos existe el 78% con accesibilidad nula, el 11% tienen accesibilidad ligera y el otro 11% tienen accesibilidad moderada. El 50% de las rampas tienen accesibilidad ligera y el otro 50% tienen accesibilidad moderada; y por último el 50% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad nula y el otro 50% tienen accesibilidad ligera. (Ver anexo 3).



TABLA Nº 7

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
TURI – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	1	17	-	-	3	50	2	33	6	100
CUARTO DE BAÑO	2	100	-	-	-	-	-	-	2	100
PUERTAS	9	64	-	-	4	29	1	7	14	100
PAVIMENTOS	3	50	-	-	-	-	3	50	6	100
RAMPAS	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100
ESCALERAS	-	-	-	-	6	100	-	-	6	100

FUENTE: BASE DE DATOS

REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de Turi, se observó que el 17% de los pasillos tienen accesibilidad nula, el 50% tienen accesibilidad moderada, y el 33% tienen accesibilidad completa. El 100% de los baños tienen accesibilidad nula; en puertas existe el 64% que tienen accesibilidad nula, el 29% tienen accesibilidad moderada y solo el 7% tienen accesibilidad completa; en pavimentos existe el 50% con accesibilidad nula, el otro 50% tienen accesibilidad completa; y por último el 100% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad moderada. (Ver anexo 3).



TABLA Nº 8

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
TARQUI – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	-	-	-	-	2	50	2	50	4	100
CUARTO DE BAÑO	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
PUERTAS	10	83	-	-	2	17	1	8	12	100
PAVIMENTOS	1	25	-	-	-	-	3	75	4	100
RAMPAS	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100
ESCALERAS	-	-	-	-	2	100	-	-	2	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de Tarqui, se observó que el 50% de los pasillos tienen accesibilidad moderada y el otro 50% tienen accesibilidad completa. El 100% de los baños tienen accesibilidad nula; en puertas existe el 83% con accesibilidad nula, el 17% tienen accesibilidad moderada y solo el 8% tienen accesibilidad completa; en pavimentos existe el 25% con accesibilidad nula y el 75% tienen accesibilidad completa; y por último el 100% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad moderada. (Ver anexo 3).



TABLA Nº 9

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
VICTORIA DEL PORTETE – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	2	67	-	-	1	33	-	-	3	100
CUARTO DE BAÑO	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
PUERTAS	9	82	-	-	2	18	-	-	11	100
PAVIMENTOS	-	-	-	-	-	-	3	100	3	100
RAMPAS	-	-	-	-	-	-	-	-	0	100
ESCALERAS	1	50	1	50	-	-	-	-	2	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de Victoria del Portete, se observó que el 67% de los pasillos tienen accesibilidad nula y el 33% tienen accesibilidad moderada. El 100% de los baños tienen accesibilidad nula; en puertas existe el 82% con accesibilidad nula y el 18% tienen accesibilidad moderada; el 100% de pavimentos tienen accesibilidad completa; y por último el 50% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad nula y el otro 50% tienen accesibilidad ligera. (Ver anexo 3).



TABLA Nº 10

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DEL CENTRO DE SALUD DE
QUINGEO – CUENCA – 2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	2	25	-	-	4	50	2	25	8	100
CUARTO DE BAÑO	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
PUERTAS	10	77	-	-	3	23	-	-	13	100
PAVIMENTOS	6	75	-	-	1	12,5	1	12,5	8	100
RAMPAS	-	-	-	-	3	100	-	-	3	100
ESCALERAS	-	-	-	-	4	100	-	-	4	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En el Centro de Salud de Quingeo, se observó que el 25% de los pasillos tienen accesibilidad nula, el 50% tienen accesibilidad moderada y el 25% tienen accesibilidad completa. El 100% de los baños tienen accesibilidad nula; en puertas existe el 77% con accesibilidad nula y el 23% tienen accesibilidad moderada; el 75% de pavimentos tienen accesibilidad nula, el 12.5% tienen accesibilidad moderada y el otro 12.5% tienen accesibilidad completa; y por último el 100% de las escaleras de éste Subcentro tienen una accesibilidad moderada. (Ver anexo 3).

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO.**

TABLA Nro.11

**NIVEL DE ACCESIBILIDAD EN PASILLOS, CUARTO DE BAÑO, PUERTAS,
PAVIMENTOS, RAMPAS Y ESCALERAS DE LOS CENTRO DE SALUD
PERTENECIENTES A LA ZONA 6, DISRITO 01D02 DEL ÁREA RURAL DEL
CANTÓN CUENCA-2015.**

LUGAR	ACCESIBILIDAD								TOTAL	
	Nula		Ligera		Moderada		Completa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
PASILLOS	11	19,30	1	1,75	27	47,37	18	31,58	57	100
CUARTO DE BAÑO	13	86,67	-	-	-	-	2	13,33	15	100
PUERTAS	76	58,02	-	-	53	40,46	2	1,527	131	100
PAVIMENTOS	27	46,55	3	5,17	2	3,45	26	44,83	58	100
RAMPAS	2	16,67	1	8,33	9	75	-	-	12	100
ESCALERAS	4	12,50	2	6,25	25	78,13	1	3,125	32	100

FUENTE: BASE DE DATOS
REALIZADO POR: LAS AUTORAS

ANÁLISIS:

En los Centros de Salud del área rural pertenecientes a la zona 6 se pudo identificar diferentes niveles de accesibilidad observándose lo siguiente: el 47.37% de los pasillos tienen una accesibilidad moderada, el 86.67% de los baños tiene accesibilidad nula, en puertas el 58.02% tienen accesibilidad nula, el 46.55% de los pavimentos tienen accesibilidad nula, en cuanto a rampas el 75% tienen accesibilidad moderada y por último el 78.13% de las escaleras de los Centros de Salud tienen una accesibilidad moderada.



TABLA Nro.12

Distribución de las Unidades de salud de primer nivel pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, de la zona 6, distrito 01D02 del área rural 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	CODIGO DE AREA
BAÑOS	MODERADA	01D02
CUMBE	NULA	01D02
CHAUCHA	MODERADA	01D02
EL VALLE	NULA	01D02
MOLLETURO	NULA	01D02
SANTA ANA	MODERADA	01D02
QUINGEO	NULA	01D02
TURI	MODERADA	01D02
TARQUI	NULA	01D02
VICTORIA DEL PORTETE	NULA	01D02

Fuente: Anexo

Elaborado por: Loas autoras

ANÁLISIS:

De los 10 edificios públicos pertenecientes a los Centros de Salud, se pudieron observar que 6 tiene accesibilidad nula y 4 tiene accesibilidad moderada.



9. DISCUSIÓN.

Toledo, sostiene que “accesibilidad es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o hacer uso de un servicio, independientemente de sus capacidades cognitivas, técnicas o físicas”.

La relevancia de la accesibilidad para las personas con discapacidad físico-motora es lograr la igualdad de oportunidades y la no discriminación en todos los ámbitos garantizando la eliminación de las barreras arquitectónicas para el individuo.

Según el artículo del Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades); el objetivo del diseño universal es simplificar la vida de todos a través de productos, dispositivos o medios de comunicación y entornos físicos más fáciles de aprovechar por la mayor cantidad de personas al menor costo posible o a ningún costo adicional. El diseño universal beneficia a las personas de cualquier edad y con todo tipo de destrezas.

La accesibilidad arquitectónica contribuye a una vida más independiente para las personas con discapacidad físico-motora. Por ejemplo: la ausencia de escaleras y la presencia de rampas facilitará a éstas personas el ingreso a las unidades de salud; las puertas con manijas en lugar de perillas redondeadas son más fáciles de manipular, etc.

Guía legal sobre Inclusión social de personas con discapacidad refiere que “Todos los edificios de uso público o que presten un servicio a la comunidad deberán ser accesibles y transitables sin dificultad para personas con discapacidad, especialmente con movilidad reducida. Esto es extensible, entre otros, a los accesos a los medios de transporte público de pasajeros y a los bienes nacionales de uso público (como parques o plazas)”.



La presente investigación revelo que de las 10 edificios públicos pertenecientes a los Centros de Salud rural de la zona 6, se pudieron observar que 6 tiene accesibilidad nula y 4 tiene accesibilidad moderada.



10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

Nuestro país cuenta con normas y leyes donde se halla explícito los derechos que poseen las personas con discapacidad, cuya finalidad es proveer las condiciones para la inclusión de las personas con discapacidad, pero dichas leyes y normas no se cumple de manera adecuada de esta forma limitando el ingreso de dichas personas a los diferentes centros de salud.

Se pudo identificar diferentes niveles de accesibilidad desde parcial o nulo según las Normas INEN, en los 10 Centros de Salud del área rural pertenecientes a la zona 6 del Ministerios de Salud Pública del Ecuador se evidenció que, según la clasificación del nivel de accesibilidad, el 47.37% de los pasillos tienen una accesibilidad moderada, el 86.67% de los baños tiene accesibilidad nula, en puertas el 58.02% tienen accesibilidad nula, el 46.55% de los pavimentos tienen accesibilidad nula, en cuanto a rampas el 75% tienen accesibilidad moderada y por último el 78.13% de las escaleras de los Centros de Salud tienen una accesibilidad moderada.

Se analizaron 57 pasillos correspondientes a los 10 Centros de Salud, analizados anteriormente de acuerdo a las normas INEN de accesibilidad al medio físico: 31.58% pasillos cumplen con el ancho mínimo de 1200mm, están libres de obstáculos en todo su ancho mínimo y desde su piso hasta un plano paralelo a él ubicado a 2050mm 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. A pesar de ofrecer el acceso a una persona con discapacidad física-motora en todo su ancho, el 47,37% presentan pisos y/o paredes con obstáculos que limitan la movilidad; sin embargo el 1.75% cumplen sólo con el requerimiento de ancho mínimo; y el 19,30% incumplen los requerimientos anteriores.



Se analizaron 15 cuartos de baños pertenecientes a los Centros de Salud mencionado anteriormente, en los que se observaron: solo un edificio que ofrece este servicio al poseer el 13.33% que cumplen con la norma INEN de accesibilidad, el mismo que indica que debe existir mínimo un baño adaptado en cada edificio público; mientras que el 86,67% de baños referente a las 9 Unidades de Salud restantes incumplen con la norma

Se analizaron 131 puertas de los Centros de Salud del área rural pertenecientes a la zona 6, en las cuales se observaron: el 1,52% cumplen con el ancho mínimo de 900mm, altura mínima de 2000mm, agarradera tipo palanca instalada a una altura de 900mm desde el piso. A pesar de cumplir con la norma de ancho y altura el 40,46% requieren agarradera tipo palanca. El 58,02% de las puertas incumplen con las normas INEN de accesibilidad de ancho mínimo de 900mm.

Se analizaron 58 pavimentos pertenecientes a los Centros de Salud de la zona 6, Distrito 01D02 del área rural, de los cuales el 44,83% de los pavimentos cumplen con la norma INEN de accesibilidad en las cuales las superficies deben ser antideslizantes, los espacios de circulación deben ser lisos, las piezas con separación no tienen que ser mayor a 11mm y profundidad máxima de 3mm y el grano de textura no debe ser mayor a 2mm; mientras que el 3,45% de pavimentos cumplen con superficies antideslizantes y espacios de circulación lisos; sin embargo el 5,17% de pavimentos solo tienen superficies antideslizantes; y por último el 46,55% de pavimentos incumplen con las normas INEN.

Se analizaron 12 rampas correspondientes a los 10 Centros de Salud, analizados anteriormente; según las normas INEN de accesibilidad al medio físico deben presentar un ancho mínimo de 1000mm, pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm y el segundo a 700mm, superficie de material antideslizante, y pendientes longitudinales de 10 a 12 grados por cada metro. El 75% de rampas no poseen pasamanos a 2 alturas, pero ofrecen accesibilidad en su ancho, pendiente y calidad de piso; el 8.33% poseen accesibilidad solo en su ancho y el 16.67% incumplen con las normas



Se analizaron 32 escaleras pertenecientes a los 10 Centros de Salud anteriormente mencionados, en los que se observaron: el 3,12% cumple con las Normas INEN de accesibilidad en escaleras que indican que éstas deben poseer características de ancho mínimo de 1000mm, huella de 280mm, contrahuella de 180mm y pasamanos a 2 alturas: el primero a 950mm, y el segundo a 700mm. Requieren de pasamanos a dos alturas el 78,13%; mientras que el 6,25% no poseen con el ancho mínimo de 1000mm y el 12,50% incumplen con las normas. (Ver anexo 2).

En el transcurso de la actual investigación la mayor limitante fue la falta de documentación en temas con respecto a la accesibilidad al medio físico al igual que de la salud y de personas con discapacidad en la zona rural.

El presente estudio realizado en los centros de salud de la zona rural, puede ser un aporte a la investigación de la salud enfocada en la accesibilidad para las personas con discapacidad, siendo un aporte a la investigación de nuestra ciudad.

Recomendaciones:

El propósito de este estudio es dar a conocer cuan limitado s se encuentran las personas con discapacidad para el ingreso a los centros de salud del área rural de la ciudad de Cuenca, y de esta forma dar a enterar a, las entidades de carácter social y profesionales de la salud, legislación, arquitectura y economía para que se dé una actuación y se dé la inclusión y autonomía de dichas personas

Es importante que todas las normas sean incorporadas en la práctica, en todo los edificios públicos y privados existentes y los que se encuentren en construcción de esta forma se garantizara que estos espacios sirvan de igual manera para todos sus usuarios recalcando que así las personas con discapacidad, tercera edad y embarazadas podrán moverse de una forma libre y completa



Es sumamente importante que exista la participación de los organismos gubernamentales y no gubernamentales con respecto a la verificación del cumplimiento de las normas y leyes existentes con respecto a la accesibilidad en los edificios, por ejemplo la existencia de rampas, pisos lisos y firmes, etc.

Concienciar a la gente en general de la problemática, conociendo a profundidad el tema y aprendiendo que al construir ciudades aptas para las personas discapacitada, están construyendo ciudades aptas para todos, ya que nadie está libre de tener alguna discapacidad a lo largo de su vida.



11. BIBLIOGRAFÍA

11.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización mundial de la salud. Informe mundial de la discapacidad. Suiza: OMS; 2011. Disponible en: http://cdrwww.who.int/entity/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador; 2014. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>
3. Ortiz R. La Discapacidad en el Ecuador en cifras, año 2010. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médica; 2013; 31(1):74-81. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20629>
4. Ministerio de Salud Pública. Registro nacional de discapacidades. Ecuador; 2014.
5. Ríos JC. Condiciones de inclusión de la discapacidad frente a las barreras arquitectónicas. Revista de investigaciones UGCiencia. Oct 2013 Vol. (19), 38 - 56. Disponible en: <http://revistas.ugca.edu.co/index.php>
6. Carabajo J., Carangui J. 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. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.



7. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. España: Grafo SA; (2002).
8. Asamblea nacional república del Ecuador. Ley orgánica de discapacidades. Quito; 2012.
9. Instituto Ecuatoriano de Normalización. Ecuador; 2014. Disponible en: <http://www.normalizacion.gob.ec>
10. Organización Mundial de la Salud. CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. MSERSO, España 2001. Disponible en: http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf
11. Comisión nacional asesora para la integración de personas discapacitadas: Plan Nacional de Accesibilidad. Buenos Aires 2003. Disponible en: http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/access/manual_accesibilidad.pdf
12. Huerta J. Discapacidad y accesibilidad. La dimensión desconocida. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú; 2006. 189 p. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/920_GOB422.pdf
13. Comisión nacional asesora para la integración de personas discapacitadas: Plan Nacional de Accesibilidad. Buenos Aires; 2003. Disponible en: http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/access/manual_accesibilidad.pdf



11.2 BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

- OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009. Francia. OMS. 2009.
- Cruz I., Hernández J. Exclusión social y discapacidad. Colombia: Universidad del Rosario; 2006.
- Padilla A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos. Rev. Colomb. Derecho Int. n.16 Bogotá ene./jun.2010. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-81562010000100012&lng=es&nrm
- Nigro V., Rodriguez C., Ducasse G., Sergent V. Accesibilidad e integración una mirada crítica a la arquitectura social. 1ª ed. Buenos Aires: Nobuko; 2008.
- Barranco M. Situación de dependencia, discapacidad y derechos. Madrid: Dykinson; 2010.
- Guías de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de Educación Parvularia. Necesidades educativas especiales asociadas a Discapacidad Motora. Primera Edición, Santiago de Chile, Diciembre, 2007. Disponible en: <http://www.educacionespecial.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/GuiaMotora.pdf>
- Figini L., Arch M. Espacio libre de barreras. 1ª ed. Buenos Aires: Nobuko 2006.



- Rodriguez C. Diseño para Todos. Características, origen y retos, Minusval, N° 133, marzo-abril, 2002, pag. 17-20.
- Diaz A. Dirección ejecutiva de normas técnicas para infraestructura en salud. Reglamento MINSA para Centros de Salud. Normas técnicas para la elaboración de proyectos arquitectónicos de Centros de Salud.
- Diez Juan. Hacia una geografía comunitaria. Abordajes desde la cartografía social y los sistemas de información geográfica. 2^{da} ed. Argentina; 2014. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=xDTvAwAAQBAJ&pg=PA129&dq=concepto+accesibilidad+a+salud&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=concepto%20accesibilidad%20a%20salud&f=false
- Nigro Viviana., Rodríguez Cristian., Ducasse Gustavo., Sergent Víctor. Accesibilidad e integración. Una mirada crítica a la arquitectura social. 1^{ra} ed. Buenos Aires: Nobuko, 2008. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=xD0q9gG7pycC&pg=PA57&dq=concepto+de+barreras+arquitect%C3%B3nicas&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIwbHb2qKHyaIVBlseCh1c5QDf#v=onepage&q=concepto%20de%20barreras%20arquitect%C3%B3nicas&f=false>
- INDEPENDI: Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad. México, D.F. 23 de abril del 2014. Disponible en: http://www.indepedi.df.gob.mx/assets/circular-uno_indepedi-%28version-final%29-.pdf



- PRONIEM: Programa Nacional de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento. Eliminación de barreras arquitectónicas para personas con necesidades especiales salud y discapacidad. Perú; 2003. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgiem/cendoc/pdfs/barreras%20arquitectonicas%20para%20personas%20con%20necesidades%20espec.pdf>
- Corda María., Ferrante Mariana. Servicios bibliotecarios accesibles para personas con discapacidad visual en la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Vol. 4, Núm. 1 (2014). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/eciencias/article/view/12860/12473>
- Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades). Atlanta; 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/accessibility.html>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN. Guía legal sobre: Inclusión social de personas con discapacidad. Chile; 2013. Disponible en: <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/inclusion-social-de-personas-con-discapacidad>
- Programa Nacional de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad (PASDIS). Guía 5. Atención Comunitaria para las Personas con Discapacidad. Venezuela; 2008. Disponible en: http://pasdis.mpps.gob.ve/pasdis/contenidos/atencion_comunitaria/guias/guias_5/guia_5_v13.pdf



11.3 FUENTES ELECTRÓNICAS:

- Ilustre Municipalidad de Cuenca. Plan de desarrollo y ordenamiento territorial del cantón Cuenca. 2ª ed. Cuenca; 2011.
- Secretaría nacional de planificación y desarrollo. Registro oficial. Quito; 2012.
- Instituto ecuatoriano de normalización. Reglamento técnico ecuatoriano. 1ª ed. Quito; 2009.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador; 2014. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Geosalud. Ecuador; 2014. Disponible en: <http://geosalud.msp.gob.ec>
- Corporación de estudios y Publicaciones. Legislación sobre Discapacidades. Primera Edición. Quito-Ecuador 2011.
- López R. Tema Central: Políticas, cultura y prácticas de educación inclusiva. Evolución histórica y conceptual de la discapacidad y el respaldo jurídico-político internacional. Rev. de Educación, 6(2) 2011: 102–108. Disponible en: http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3882/evolucion_historica_y_conceptual_de_la_discapacidad.pdf?sequence=1&rd=0031495078137516
- Benito J., García J., Juncá J., Rojas C. y Santos J. Manual para un entorno accesible. Real Patronato sobre Discapacidad, con la colaboración de la Fundación ACS. Novena edición. Madrid; 2005. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO17241/manualparaunentornoaccesible.pdf>



12. ANEXOS.

ANEXO 1

Ficha de comprobación de accesibilidad para edificio de las unidades de salud de primer nivel de los distritos 01d02 rurales del área 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
2 Itinerario Vertical adaptado	Existe		No Existe		
Si existe solo un itinerario se analiza calidad de accesibilidad de los componentes.					
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?					
<hr/> <hr/> <hr/>					
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 1200mm.			ACCESIBILIDAD NULA	ACCESIBILIDAD MODERADA
	•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	ACCESIBILIDAD COMPLETA
	•1.1.d Elementos de emergencia como extintores y señales no deben sobresalir de 150mm de la pared.			Solo cumple 1.1.a	



<p>1.2 Norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico:</p> <p>Cuarto de Baño</p>	<p>1.2•Todo edificio de uso público debe contar con 1 baño adaptado para personas con discapacidad.</p>	ACCESIBILIDAD NULA			
		No cumple norma			
<p>1.3 Norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico:</p> <p>Puerta #:</p> <p>En caso existir más de una puerta se utilizaran igual cantidad de formularios para su evaluación individual</p>	•1.3.a Ancho mínimo de 900mm.	ACCESIBILIDAD NULA	ACCESIBILIDAD MODERADA		
	•1.3.b Altura mínima de 2000mm.	No cumple 1.3.a	Cumple 1.3.a y 1 norma		
	•1.3.c Agarradera tipo palanca, instalada a una altura de 900 mm desde el piso.	ACCESIBILIDAD LIGERA	ACCESIBILIDAD COMPLETA		
		Solo cumple 1.3.a		Cumple 3 normas	
<p>2.1 Norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico:</p> <p>Pavimento #: ____ de ____</p> <p>En caso existir más de un pavimento, se utilizaran igual cantidad de formularios para su evaluación individual.</p>	•2.1.a Superficies antideslizantes.	ACCESIBILIDAD NULA	ACCESIBILIDAD MODERADA		
	•2.1.b Espacios de circulación lisos.	No Cumple 2.1.a	Cumple 2.1.a y 1-2 normas		
	•2.1.c Piezas con separación no mayor a 11mm y profundidad máxima de 3mm.	ACCESIBILIDAD LIGERA	ACCESIBILIDAD COMPLETA		
	•2.1.d Grano de textura no mayor a 2mm	Solo cumple 2.1.a		Cumple 4 normas	
<p>2.2 Norma INEN de accesibilidad de personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico:</p> <p>Rampa Fija #: ____ de ____</p>	•2.2.a Ancho mínimo de 1000mm.	ACCESIBILIDAD NULA	ACCESIBILIDAD MODERADA		
	•2.2.b Pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm, y el segundo a 700 mm	No cumple 2.2.a	Cumple 2.2.a y 1-2 normas		



En caso existir más de una rampa fija, se utilizaran igual cantidad de formularios para su evaluación individual	•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.			
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	•2.3.a Ancho mínimo de 1000mm.		ACCESIBILIDAD NULA No cumple 2.3. a	ACCESIBILIDAD MODERADA Cumple 2.3.a y 1-2 normas
	•2.3.b Huella de 280mm.			
	•2.3.c Contrahuella altura de 180mm.		ACCESIBILIDAD LIGERA Solo cumple 2.3.a	ACCESIBILIDAD COMPLETA Cumple 4 normas
	•2.3.d Pasamanos a 2 alturas: el primero a 950 mm, y el segundo a 700mm.			

Fuente: Carabajo.J. y Carangui.J

Realizado por: Los autores



ANEXO 2

Clasificación del nivel de accesibilidad general al medio físico en los edificios públicos de los centros de salud de primer nivel del área rural del cantón Cuenca 2015.

Para la siguiente clasificación se tomara en cuenta las barreras que existen para el ingreso hacia el centro de salud para esto se categorizó a las variables según la importancia de accesibilidad al medio físico en los diferentes centros de salud del estudio, luego de manera análoga se analizó la accesibilidad para las personas con discapacidad física motora desde su entrada al centro de salud, para esto el paciente tiene ir pasando rampas fijas, por los pasillos, pavimentos y/o escaleras hasta la puerta del consultorio destinado para recibir atención médica, como último el baño. Con el resultado obtenido, se concluyó el nivel de accesibilidad que mantienen los diferentes centros de salud para las personas con discapacidad física motora.

Centro de Salud Baños

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



Centro de Salud Cumbe

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Escalera	Nula
2	Rampa	Moderada
3	Puerta	Nula
4	Pasillo	Moderada
5	Pavimentos	Completa
6	Baño	Nula
Resultado		Nula

Centro de Salud Chaucha

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Escalera	Moderada
2	Rampa	Moderada
3	Puerta	Moderada
4	Pasillo	Moderada
5	Pavimentos	Nula
6	Baño	Completa
Resultado		Moderada

Centro de Salud El Valle

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Escalera	Moderada
2	Pasillo	Completa
3	Pavimento	Nula
4	Puerta	Moderada
5	Baño	Nula
Resultado		Nula



Centro de Salud Molleturo

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Rama	Nula
2	Pasillo	Moderada
3	Pavimento	Nula
4	Escalera	Moderado
5	Puerta	Nula
6	Baño	Nula
Resultado		Nula

Centro de Salud Quingeo

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Escalera	Moderada
2	Pasillo	Moderada
3	Pavimento	Nula
4	Rampa	Moderada
5	Puerta	Completa
6	Baño	Nula
Resultado		Moderada

Centro de Salud Santa Ana

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Pasillo	Moderada
2	Pavimento	Nula
3	Escaleras	Ligera
4	Rampa	Moderada
5	Puerta	Nula
6	Baño	Nula
Resultado		Nula



Centro de Salud Turi

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

Centro de Salud Tarqui

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Puerta	Nula
3	Pasillo	Moderada
4	Pavimentos	Completa
5	Escalera	Moderada
6	Baño	Nula
Resultado		Nula

Centro de Salud Victoria del Portete

Orden de aparición	Categorización según accesibilidad	Nivel de Accesibilidad
1	Pasillo	Nula
2	Pavimento	Completa
3	Escalera	Moderada
4	Puerta	Nula
5	Baño	Nula
Resultado		Nula



ANEXO 3

Edificios públicos de los centros de salud de primer nivel del área rural del cantón Cuenca 2015.

Centro de Salud Baños



Centro de Salud Cumbe





Centro de Salud Chaucha



Centro de Salud El Valle





Centro de Salud Molleturo



Centro de Salud Quingeo





Centro de Salud Santa Ana



Centro de Salud Turi





Centro de Salud Tarqui



Centro de Salud Victoria del Portete

