



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE LICENCIATURA
EN TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

TEMA:

**EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL HOSPITAL BÁSICO
ATUNTAQUI EN EL PERÍODO DE MARZO – MAYO 2016**

AUTOR:

MARÍA ISABEL SALAZAR GRIJALVA

DIRECTORA:

LCDA. DANIELA ZURITA PINTO MSC.

IBARRA - 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR.

Yo, Magister Daniela Zurita Pinto con cédula 1003019740 en calidad de tutor de la tesis titulada: “Evaluación de la accesibilidad al medio físico de las personas con discapacidad del Hospital Básico Atuntaqui en el periodo de marzo–mayo 2016”, de autoría de María Isabel Salazar Grijalva. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Atentamente.



MSC. Zurita Daniela

C.I 1003019740

Directora de Tesis



AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANÍA:	1003641709
APELLIDOS Y NOMBRES:	Salazar Grijalva María Isabel
DIRECCIÓN:	Jorge Dávila Pérez 1-43 y Av. Los Sauces
EMAIL:	mariaisabelsalazar09@gmail.com
TELÉFONO FIJO Y MÓVIL:	0997051550

TITULO:	EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL HOSPITAL BÁSICO ATUNTAQUI EN EL PERÍODO DE MARZO – MAYO 2016
AUTORA:	Salazar Grijalva María Isabel
FECHA:	2016/10/17
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Terapia Física Médica
DIRECTORA DE TESIS:	MSC. Daniela Zurita

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, María Isabel Salazar Grijalva con cédula Nro. 1003641709 en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

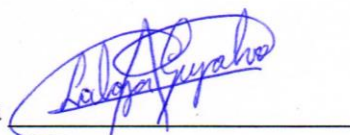
3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, 17 de Octubre de 2016

LA AUTORA:

Firma



SALAZAR GRIJALVA MARÍA ISABEL

C.C: 1003641709

Facultado por resolución de Consejo Universitario

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE
GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL
NORTE

Yo, María Isabel Salazar Grijalva con cédula Nro 1003641709 , expreso mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado; **“EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL HOSPITAL BÁSICO ATUNTAQUI EN EL PERIODO DE MARZO – MAYO 2016”**; que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciada en Terapia Física Médica**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. Suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, 17 de Octubre de 2016

LA AUTORA:

Firma 

SALAZAR GRIJALVA MARÍA ISABEL

C.C: 1003641709

DEDICATORIA

Este trabajo de grado les dedico a mis padres Carlos y Elisa, que han estado conmigo en este trayecto apoyándome en todo momento, ayudándome en toda circunstancia que se me ha presentado, gracias a ellos he podido culminar mis estudios con su esfuerzo y ejemplo.

También se lo dedico a mi novio Wilson quien me ha apoyado en todo el proceso de investigación.

Dedicado con mucho cariño también a los pacientes quienes fueron el motivo de este tema de investigación, y a quienes les sea útil la información

María Isabel

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la sabiduría y fortaleza en este periodo de estudio y así lograr culminarlos con éxito.

A la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Terapia Física Médica y por su intermedio a los docentes que con total desinterés y amor a su profesión brindaron valiosos conocimientos y experiencia.

Agradezco infinitamente mi directora de tesis MSC Daniela Zurita, quien con sus conocimientos y ayuda me ha incentivado a realizar este trabajo de investigación.

A mis padres que me han apoyado en todo momento a pesar de las circunstancias que se nos han presentado, a la persona que ha estado conmigo a mi lado apoyándome en todo momento y que es muy especial en mi vida, Wilson.

A mis hermanos que de una u otra manera han estado al pendiente de mis estudios.

María Isabel

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvi
CAPÍTULO I.....	1
EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Justificación.....	3
1.4 Objetivos	4
1.4.1 Objetivo general.....	4
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Preguntas de investigación	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Hospital Básico Atuntaqui.....	7
2.1.1 Misión	7
2.1.2 Visión.....	7
2.2 Accesibilidad	8
2.2.1 Accesibilidad universal.....	8
2.2.2 Requisitos para un diseño accesible y universal	9

2.3 Barreras arquitectónicas	10
2.3.1 Obstáculos para la deambulaci3n	13
2.3.2 Obstáculos por elemento de paso.....	14
2.4 Discapacidad	17
2.4.1 Enfermedad vs. discapacidad.....	18
2.4.2 Tipos de discapacidad.....	18
2.5 Funcionalidad CIF	22
2.2.5 Funciones	23
2.6 Marco legal y jur3dico	26
2.6.1 Constituci3n de la Rep3blica (2008)	26
2.6.2 Ley Orgánica de Discapacidades	28
2.6.3 Plan Nacional del Buen Vivir	28
CAPÍTULO III	31
METODOLOGÍA	31
3.1 Tipos de investigaci3n.....	31
3.2 Diseño de la investigaci3n.....	31
3.3 Métodos de investigaci3n.....	32
3.3.1 Deductivo.....	32
3.3.2 Analítico.....	32
3.3.3 Sistemático.....	32
3.3.4 Bibliográfico.....	32
3.3.5 Localizaci3n geográfica.....	33
3.4 Identificaci3n de variables.....	33
3.4.1 Variable Independiente:	33
3.4.2 Variable dependiente:	34
3.4.3 Operacionalizaci3n de las variables.....	34
3.5 Poblaci3n	36
3.5.1 Poblaci3n	36
3.5.2 Criterios de inclusi3n	36
3.5.3 Criterios de exclusi3n	36
3.5.4 Criterios de salida	36

3.5.5 Muestra	36
CAPÍTULO IV	37
RESULTADOS	37
4.1 Análisis de los resultados.	37
4.2 Discusión de resultados.	61
4.3 Respuestas de las preguntas de investigación	64
4.4 Conclusiones	66
4.5 Recomendaciones.....	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según el género.....	37
Tabla 2. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según la edad	38
Tabla 3. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según su ocupacion.....	39
Tabla 4. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según la frecuencia de asistencia a rehabilitación.	41
Tabla 5. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según el tipo de discapacidad.	42
Tabla 6. Caracterización de las barreras arquitectónicas	43
Tabla 7. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según las barreras arquitectónicas que causan dificultad al ingresar.....	46
Tabla 8. Distribución porcentual del nivel de satisfacción acerca de los espacios físicos asignados para las personas con discapacidad.....	47
Tabla 9. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la visibilidad de la señalética del Centro de Rehabilitación para acceder a las consultas.....	48
Tabla 10. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la comodidad y el confort que brinda el lugar de espera del Centro de Rehabilitación.	49
Tabla 11. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre el acceso asignado para las personas con discapacidad.....	50
Tabla 12. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la accesibilidad de las barras de apoyo para las personas con discapacidad.	51
Tabla 13. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los bordillos del Centro de Rehabilitación.....	52
Tabla 14. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los espacios físicos adaptados para las personas con discapacidad.	53
Tabla 15. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la adecuación de los espacios de la rampa para la movilización de los pacientes.	54
Tabla 16. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a la grifería y servicio higiénico con la adecuada adaptación a la altura de los pacientes que presentan alguna discapacidad.	55

Tabla 17. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la accesibilidad al espacio del consultorio de rehabilitación acorde a las necesidades de cada paciente.	56
Tabla 18. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre si las camillas están acordes con las necesidades y adaptadas a cada paciente que presenta discapacidad.	57
Tabla 19 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre si los mecanismos de control están correctamente centralizados en punto de fácil acceso.	58
Tabla 20 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la satisfacción en la atención que ha recibido en el centro de rehabilitación.....	59
Tabla 21. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la puntuación que le asignan a la accesibilidad de los espacios físicos para las personas con discapacidad	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Género.....	37
Gráfico 2. Edad	38
Gráfico 3. Ocupación	39
Gráfico 4. Días que frecuentan a rehabilitación.....	41
Gráfico 5. Discapacidad	42
Gráfico 6. Barreras Arquitectónicas que causan dificultad.....	46
Gráfico 7 Distribución porcentual del nivel de satisfacción acerca de los espacios físicos asignados para las personas con discapacidad.....	47
Gráfico 8 Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la visibilidad de la señalética del Centro de Rehabilitación para acceder a las consultas.	48
Gráfico 9. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la comodidad y el confort que brinda el lugar de espera del Centro de Rehabilitación	49
Gráfico 10. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre el acceso asignado para las personas con discapacidad.....	50
Gráfico 11. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la accesibilidad de las barras de apoyo para las personas con discapacidad.....	51
Gráfico 12 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los bordillos del Centro de Rehabilitación.	52
Gráfico 13 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los espacios físicos adaptados para las personas con discapacidad.	53
Gráfico 14 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la adecuación de los espacios de la rampa para la movilización de los pacientes.	54
Gráfico 15 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a la grifería y servicio higiénico con la adecuada adaptación a la altura de los pacientes que presentan alguna discapacidad.	55
Gráfico 16 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la accesibilidad al espacio del consultorio de rehabilitación acorde a las necesidades de cada paciente.	56

Gráfico 17 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre si las camillas están acordes con las necesidades y adaptadas a cada paciente que presenta discapacidad.	57
Gráfico 18 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre si los mecanismos de control están correctamente centralizados en punto de fácil acceso.	58
Gráfico 19 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la satisfacción en la atención que ha recibido en el centro de rehabilitación.....	59
Gráfico 20 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la puntuación que le asignan a la accesibilidad de los espacios físicos para las personas con discapacidad	60

TEMA DE INVESTIGACIÓN: “EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL HOSPITAL BÁSICO ATUNTAQUI EN EL PERIODO DE MARZO – MAYO 2016.”

AUTOR: María Isabel Salazar Grijalva.

RESUMEN

La accesibilidad universal es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. El objetivo de la investigación fue evaluar la accesibilidad al medio físico de las personas con discapacidad que asisten al centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui y la percepción de satisfacción de los usuarios. Es un estudio no experimental, descriptivo, cualitativo. Se trabajó con una muestra de 62 personas con discapacidad. Los resultados señalan que: el 63% de la población tiene discapacidad física y 37% discapacidad neurológica. La mayoría son adultos de 50 a 59 años que comprenden el 30%. El porcentaje de satisfacción es de un 96% en cuanto a accesos, espacios físicos y señaléticas. Se obtuvo un promedio de respuesta de bueno del 31% en cuanto a camillas y a rampas, siendo esta la más baja en puntuación de satisfacción. La descripción y análisis de las características arquitectónicas del medio físico en el centro de rehabilitación del Hospital son en base a las especificaciones técnicas de las Norma Técnica Ecuatoriana (NTE INEN 2 239:2000) y determinó que, si cumplen con las especificaciones en los siguientes aspectos: pasamanos, agarraderas, rampas, corredores de pasillos, barras de apoyo, dormitorios, mecanismos de control y espacio físico; las instancias físicas evaluadas que no cumplieron con las especificaciones requeridas fueron: bordillos, servicio higiénico y grifería. El grado de satisfacción de los pacientes acerca del acceso al medio físico en el centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui tiene una valoración de 66% como muy buena; lo que quiere decir que, a pesar de las dificultades que presentan al ingresar, están conformes con la estructura arquitectónica que el servicio del hospital presenta.

Palabras claves: discapacidad, accesibilidad, barreras arquitectónicas, satisfacción.

RESEARCH TOPIC: ASSESSMENT OF ACCESSIBILITY TO HALF PHYSICAL DISABILITY IN HOSPITAL BASIC ATUNTAQUI THE PERIOD MARCH - MAY 2016"

AUTHOR: María Isabel Salazar Grijalva.

ABSTRACT

Universal Accessibility is the condition to be met by environments, processes, goods, products and services, as well as objects or instruments, tools and devices to be understandable, usable and practicable for all persons in safety and comfort and the most autonomous and natural way possible. The aim of the research was to assess the accessibility to the physical environment of people with disabilities Hospital Básico Atuntaqui and the perception of satisfaction of users with disabilities. It is a non-experimental, descriptive, qualitative study. We worked with a sample of 62 people with disabilities. It was found that: 63% of the population has physical disability and 37% neurological disability. Most are adults who are between 50-59 years comprise 30%. It was found in average satisfaction rate of 96% of the population in terms of access, physical space and signposts that. We obtained good response of 31% was obtained regarding stretchers and ramps, being the lowest in satisfaction score. The description and analysis of the architectural characteristics of the physical environment in Hospital rehabilitation services are based on the technical specifications of Norma Técnica Ecuatoriana (NTE INEN 2 239:2000), and it was determined that, if they meet the specifications in the following aspects: handrails, grab bars, ramps, corridors hallways, grab bars, bedrooms, control mechanisms and physical space; evaluated the physical bodies that did not meet the required specifications were: curbs, toilet service and fittings. The degree of patient satisfaction on access to the physical environment in the rehabilitation service Hospital Básico Atuntaqui has a rating of very good; which it means that, despite the difficulties presented when entering; conform to the architectural structure that presents hospital service.

Keywords: disability, accessibility, architectural barriers, satisfaction

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La accesibilidad universal es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. La accesibilidad universal beneficia a todos. (1)

La OMS nos dice que hay más de mil millones de personas en todo el mundo que presentan alguna discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En Latinoamérica existen, aproximadamente, 85 millones de personas con discapacidad, equivalente al 17% de la población. Un cuarto de la población total estaría afectado directo o indirectamente por razones de discapacidad según el informe La Salud en las Américas OMS. (2)

El CONADIS nos indica que en el Ecuador existen 415.500 personas con algún tipo de discapacidad, siendo 183.097 mujeres, 231.143 hombres; en donde la discapacidad física ocupa el primer lugar de prevalencia en el 47% de los pacientes. El 35% de la discapacidad a nivel nacional es grave, el 56% con hombres. La edad donde hay más prevalencia de discapacidad es la comprendida entre los 30 a 65 años. (3)

En Imbabura los datos estadísticos del CONADIS indican que existen 11.629 personas que presentan diferentes tipos de discapacidad. En Antonio Ante específicamente existen 1303 personas registradas que representan el 11,20% del total de discapacidad provincial. El 35% de la población tiene discapacidad física, seguida de la auditiva y de la intelectual.

Para las personas que tiene una discapacidad física, las barreras arquitectónicas son trabas, impedimentos u obstáculos físicos que limitan o impiden la libertad de movimientos y autonomía de las personas; así como la accesibilidad es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.

Según el SETEDIS (Secretaría Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades) que realizó un estudio de Accesibilidad Universal en Imbabura en el año 2015, se menciona que la provincia de Imbabura, tiene un 50% de accesibilidad de las personas con discapacidad al entorno urbano, edificios públicos, transporte, entre otros. Mientras que, Santa Elena un 47% y Pastaza 38. La investigación abarcó a seis cantones de Imbabura, cuatro de Pastaza y tres de la Libertad. Esta normativa nacional establece un índice de accesibilidad con tres niveles: bajo hasta el 48%, medio hasta 70% y alto hasta 100%. Atuntaqui tiene el más alto nivel de accesibilidad de la Provincia de los Lagos, seguido por Ibarra y Otavalo. (4)

En la actualidad no existen datos sobre la dificultad de accesibilidad y de las barreras arquitectónicas en el centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui, siendo una unidad de servicio básico de salud pública a la que acuden personas con diferentes tipos de discapacidad, que tienen derechos a la igualdad y a la atención de salud.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la accesibilidad al medio físico de las personas con discapacidad del Hospital Básico Atuntaqui en el periodo de Marzo 2016 – Mayo 2016?

1.3. Justificación

Este estudio es importante porque se evaluará la accesibilidad al medio físico de las personas con discapacidad que asisten al centro de rehabilitación en el Hospital Básico Atuntaqui, periodo de marzo mayo 2016; para lo cual se clasificó las personas con discapacidad que acuden al centro de rehabilitación; se determinó las características arquitectónicas del medio físico en el centro de rehabilitación del hospital; y se determinó la satisfacción de los pacientes acerca de la accesibilidad al medio físico en el centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui.

El conocimiento acerca de las barreras arquitectónicas por parte del fisioterapeuta es muy importante, ya que, al tratar a un individuo con discapacidad física puede focalizar el tratamiento para vencer los obstáculos de dichas barreras y mejorar la accesibilidad la cual facilite el fácil acceso o ingreso en el servicio que ellos requieren.

Con la ejecución de este trabajo se pretende verificar el cumplimiento con lo dispuesto en el objetivo N: 2 del Plan Nacional del Buen Vivir que dice: “Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad”; este objetivo pretende mejorar el estilo de vida de las personas con discapacidad, todos merecen el mismo trato humano, sin discriminación de ningún tipo. Por lo tanto, un sentido de igualdad que entiende y acepta las diferencias en calidad de aportes y no como fuentes de antagonismo ni, mucho menos, de segregación. (5)

Este proyecto cuenta con la autorización del Hospital Básico Atuntaqui para adquirir información, dispone del sustento teórico necesario sobre el tema a investigar, con recursos humanos y recursos económicos, y además con información de la Secretaria Técnica de Discapacidad que permitió evaluar la accesibilidad de los espacios arquitectónicos del Hospital Básico Atuntaqui, es importante mencionar que esta investigación está enfocada a la evaluación de los espacios físicos de las personas con discapacidad y se convierte en un aporte a la sociedad para que tomen en cuenta la accesibilidad de estas personas y brindar un mejor servicio.

Con esta investigación se beneficia a todos los pacientes que tengan discapacidad física que necesiten atención hospitalaria y puedan acceder sin dificultad y ningún tipo de impedimento estructural, al centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui.

De esta manera se contribuye con la información necesaria para que el hospital pueda brindar un mejor servicio a las personas con discapacidad que buscan atención médica para que sean atendidos con igualdad y equidad.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Evaluar la accesibilidad al medio físico de las personas con discapacidad del centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui, en el periodo de marzo – mayo 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

- Clasificar las personas con discapacidad que acuden al centro de rehabilitación del hospital Básico Atuntaqui.
- Determinar las características arquitectónicas del medio físico en el centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui en relación a la discapacidad.
- Valorar la satisfacción de los pacientes acerca de la accesibilidad al medio físico en el centro de rehabilitación del hospital Básico Atuntaqui.

1.5. Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las personas con discapacidad que acuden al centro de rehabilitación del hospital Básico Atuntaqui?
2. ¿Cuáles son las características arquitectónicas del medio físico en el centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui en relación a la discapacidad?
3. ¿Cuál es la percepción de los pacientes acerca de la accesibilidad al medio físico en el centro de rehabilitación del hospital Básico Atuntaqui?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui

Es un sitio donde se brinda atención personalizada a través de las mejores técnicas de salud, con la finalidad de generar un bienestar en el paciente. Existe una gran variedad de tratamientos especializados para tratar: Accidentes, traumatismos, Complicaciones óseas, musculares y degenerativas, parálisis cerebral, ACV, hemiplejias, distintas patologías neurológicas, parálisis facial, lesiones deportivas (esguinces, desgarres, distensiones, contracturas, luxaciones), enfermedades metabólicas, reumáticas u ortopédicas, tratamiento a pacientes pre y post operatorios, enfermedades hereditarias o congénitas.

2.1.1 Misión

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

2.1.2 Visión

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de

atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad. (6)

2.2 Accesibilidad

Es el conjunto de características que debe disponer un entorno urbano, edificación, producto, servicio o medio de comunicación para ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad, igualdad y autonomía por todas las personas, incluso por aquellas con capacidades motrices o sensoriales diferentes. Una buena accesibilidad es aquella que pasa desapercibida a los usuarios. Esta “accesibilidad desapercibida” implica algo más que ofrecer una alternativa al peldaño de acceso: busca un diseño equivalente para todos, cómodo, estético y seguro. (7)

Es sinónimo de calidad y seguridad, siendo este último requisito fundamental en el diseño. Si carece de seguridad en el uso para un determinado grupo de personas, deja de ser accesible. La gran ventaja de la “accesibilidad desapercibida” es el valor agregado que otorga al diseño, ya que no restringe su uso a un tipo o grupo etario de personas. Los entornos, productos o servicios pueden ser usados con comodidad por todos a lo largo de la vida. (7)

2.2.1 Accesibilidad universal

La accesibilidad universal es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad, comodidad y autonomía de la forma

más natural posible, puesto que la accesibilidad universal beneficia a todos. En el Ecuador las personas, siendo el mayor impacto para: (1)

La accesibilidad universal en Ecuador beneficia a todas las personas, siendo el mayor impacto para:

- 350.000 Mujeres embarazadas por año
- 1500.000 Niños menores de 5 años
- 1229.089 Adultos Mayores
- 401.538 Personas con Discapacidad (8)

2.2.2 Requisitos para un diseño accesible y universal

Se describen algunos criterios y requisitos que logren contribuir en la apropiación de los espacios para todas las personas, independiente de su capacidad. (9)

2.2.2.1 Orientación

- a) Utilizar planos de orientación visual y táctil cercano al acceso principal (personas con discapacidad visual y auditiva) (9)

2.2.2.2 Señalización

- a) Salidas y entradas de los espacios adecuadamente señalizados y visibles para personas sentadas, de pie o caminado y donde no obstruyan la circulación.
- b) Tamaños de letras adecuadas y en contraste con colores de fondo.

- c) Superficies de las señales de terminado mate que reduzca los reflejos.
- d) Iluminación para la señalización para ser vista de día y de noche.
- e) Señales braille a una altura entre 1,20 y 1,6
- f) Simbología eficiente y fácil de recordar (9)

2.2.2.3 Iluminación

- a) Iluminación natural preferiblemente
- b) Acentuar colores facilita la orientación
- c) Pisos bien iluminados que no produzcan sombras especialmente en zonas peligrosas escaleras o cambios de nivel (9)

2.2.2.4 Seguridad

- a) Cambios de nivel como Escaleras y rampas bien señalizadas; evitar escalones aislados.
- b) Elementos de protección que puedan detectar a tiempo un obstáculo. (9)

2.3 Barreras arquitectónicas

Barreras son aquellas trabas e impedimentos sociales, económicos o arquitectónicos que dificultan la integración de las personas en la sociedad. Podemos definir las barreras arquitectónicas como todos aquellos obstáculos físicos que limitan la libertad de movimientos de las personas en dos grandes campos: La accesibilidad: vías públicas, espacios libres y edificios, entidades públicas. (9)

Las barreras físicas o comunicacionales son aquellas derivadas de la acción ya sea por negligencia, por desconocimiento o por omisión de la sociedad, que aún posee barreras sociales originadas en las mismas causas. Las barreras físicas o

comunicacionales están representadas por todas aquellas trabas, obstáculos o impedimentos que obstruyen la libre movilidad, uso y comunicación de las personas y en particular en este caso de las personas con movilidad y/o comunicación reducida. (10)

La heterogeneidad de limitaciones físicas es una de las principales dificultades para poder determinar unos parámetros válidos en el campo de la supresión de barreras físicas. Algunos parámetros, de los que un ejemplo puede ser la disposición de barras o apoyos como ayuda para la ejecución de determinados movimientos, dependen muy directamente de las condiciones particulares de cada individuo y resulta poco menos que imposible establecer criterios válidos para toda la población con limitaciones de movilidad y/o comunicación. (10)

A pesar de ello, hay que tratar de establecer grupos con unas condiciones similares mínimas. En ellos se incluyen también aquellas personas que tradicionalmente no se consideran con discapacidad pero que tienen las mismas limitaciones (a veces sólo temporalmente) que estos. En definitiva, pueden establecerse tres grandes grupos de personas con movilidad y/o comunicación reducida: (10)

Ambulantes

Aquellos que ejecutan determinados movimientos con dificultad, sea con la ayuda o no de aparatos ortopédicos, bastones, etc

Entre ellos encontramos a:

- Hemipléjicos, con parálisis total o parcial de una mitad de su cuerpo.
- Amputados, de una o ambas piernas a diversos niveles.
- Personas con insuficiencia cardíaca o respiratoria.
- Mujeres embarazadas (a partir del quinto mes).
- Aquellos que llevan cargas pesadas o voluminosas.

- Los que llevan niños pequeños en brazos o cochecito.
- Enyesados o con vendajes compresivos.
- Convalecientes de enfermedades o intervenciones quirúrgicas.
- Ancianos con degradación de su capacidad física.
- Afectados de poliomielitis, espina bífida, esclerosis, parálisis cerebral y otros tipos de enfermedades con secuelas o malformaciones, en los grados que permitan caminar. (10)

Usuarios de silla de ruedas

Aquellos que precisan de una silla de ruedas para llevar a cabo sus actividades, bien de forma autónoma, o con ayuda de terceras personas.

Entre ellos encontramos a:

- Parapléjicos, con parálisis de la parte baja del cuerpo incluidas las extremidades inferiores.
- Tetrapléjicos, con parálisis tanto de la parte alta como baja del cuerpo, incluidas piernas y brazos
 - Hemipléjicos, amputados, ancianos, etc.
 - Grandes afecciones con secuelas importantes que imposibilitan el andar como por ejemplo, polio, esclerosis o malformaciones como espina bífida, etc.. (10)

Sensoriales

Aquellos que tienen dificultades de percepción, debido a una limitación de sus capacidades sensitivas, principalmente las visuales o auditivas.

Entre ellos encontramos a:

- Ciegos, amblíopes y en general todo tipo de personas con dificultad de visión.

- Sordos, hipoacúsicos y en general todo tipo de personas con trastornos auditivos. (10)

2.3.1 Obstáculos para la deambulaci3n

2.3.1.1 Clasificaci3n:

Seg3n su origen:

Los obst3culos arquitect3nicos son aquellos, como su nombre indica, debidos al dise1o y construcci3n del edificio por lo que son los de m3s dif3cil tratamiento, ya que requerir3n de obras para su reducci3n o eliminaci3n.

A continuaci3n, se indican algunos obst3culos arquitect3nicos t3picos, ocasionados principalmente por encontrarse en hospitales antiguos, construidos sin tener en cuenta criterios b3sicos para la deambulaci3n y evacuaci3n, o por haberse realizado obras o remodelaciones en el hospital que han modificado las condiciones de evacuaci3n.

- Dimensionamiento inadecuado de las v3as de deambulaci3n (anchos y longitudes de recorrido). Contribuyendo principalmente a dificultar e incluso impedir, principalmente el tr3nsito de los pacientes en camas o camillas.
- Caracter3sticas inadecuadas de los elementos de paso. Por ejemplo, escaleras con pelda1os de diferentes tama1os o con resaltes, tramos de escaleras demasiado largos, rampas con excesiva pendiente, pavimentos deslizantes, etc. As3 mismo, algunos elementos constructivos utilizados para sectorizar, pueden constituir un obst3culo para la deambulaci3n si no se seleccionan adecuadamente, como por ejemplo las puertas resistentes al fuego que tienen elementos discontinuos en su extremo inferior

(perfil metálico, etc.) para asegurar la estanqueidad de los sectores de incendio que delimitan.

- Existencia de elementos estructurales o de instalaciones (vigas, pilares, conductos de ventilación, etc.) a una altura inadecuada o sobre paramentos verticales disminuyendo el ancho de las vías de deambulación.
- Ubicación inadecuada de servicios e instalaciones, constituyendo un obstáculo (mostradores, ventanillas de información, etc.).
- Discontinuidades en el pavimento, debido al mal estado de conservación (baldosas levantadas del suelo) o al empleo de distintos materiales.

2.3.2 Obstáculos por elemento de paso

2.3.2.1 Pasillos:

- Anchos reducidos por puertas abiertas con elementos retenedores.
- Largos recorridos, aumentando los tiempos de desplazamiento.
- Ventanas o puertas con apertura hacia el interior del pasillo.
- Escalones aislados. (11)

2.3.2.2 Escaleras:

- La escalera en sí misma como dificultad, impedimento o riesgo para personas discapacitadas.
- Longitud excesiva de tramos de escaleras.
- Peldaños de dimensiones inadecuadas o variables a lo largo de la escalera, con resaltes o sin tabica.
- Trazado curvo de las escaleras.
- Ausencia de pasamanos.

- Ausencia de señalización en escaleras y en los peldaños. (11)

2.3.2.3 Puertas, salidas y huecos de paso:

- Dimensiones inadecuadas de la/s hoja/s de las puertas.
- Apertura de puertas complicada o imposibilitada por elementos ubicados inadecuadamente.
- Puertas giratorias.
- Escalones.
- Inexistencia de elementos vidriados (o ubicados a una altura inadecuada) y apertura hacia elementos de paso, pudiendo golpear durante su apertura a las personas que se encuentren deambulando.
- Puertas o mamparas de vidrio no señalizadas.
- Menor número de salidas que las necesarias.
- Señalización deficiente. (11)

2.3.2.4 Rampas:

- Pendiente excesiva.
- Inexistencia de pasamanos.
- Ausencia de señalización de principio y fin de la misma.
- Piso deslizante (11)

2.3.2.4 Ascensores:

- Dimensiones insuficientes para el traslado de pacientes en camas o camillas.
- Apertura manual de las puertas en recinto y en cabina.
- Existencia de hueco entre suelo de piso y cabina de ascensor.

- Escalón entre suelo de cabina y suelo de la planta a la que accede. (11)

2.3.2.5 Habitaciones de pacientes:

- Dimensionamiento inadecuado para el movimiento de camas o tránsito de sillas de ruedas.
- Apertura de puertas (cuarto de baño, armarios, etc.) que impidan la libre deambulaci3n en el interior de la habitaci3n.
- N3mero excesivo de camas en las habitaciones.
- Altura inadecuada de instalaci3n de televisi3n. (11)

2.3.2.6 Servicios e instalaciones:

- Ubicaci3n inadecuada, por reducir o interferir el paso, de los siguientes elementos: Mostradores y ventanillas de informaci3n, tel3fonos, m3quinas de bebidas y comida, equipos o elementos que interfieren la deambulaci3n (televisores, sillas, etc.) en salas de espera, etc.
- Salas de visitas o de espera de dimensiones reducidas. (11)

2.3.2.7 Se1alizacion:

- Deficiente se1alizacion de las diferentes salas y servicios del hospital.
- Deficiente se1alizacion de recorridos de evacuaci3n. (11)

2.4 Discapacidad

La discapacidad es una deficiencia permanente de los distintos órganos, aparatos o sistemas que hace que una persona presente dificultad para realizar las actividades de la vida diaria como, por ejemplo: vestirse, comer, evitar riesgos, aseo e higiene personal, oír, ver, etc. (12)

“En cada época se ha enfrentado la cuestión moral y política de encontrar la mejor forma de incluir y apoyar a las personas con discapacidad. Este problema se agudizará a medida que cambien las características demográficas de las sociedades y aumente la cantidad de personas que llegan a la vejez.” Lógicamente los gobiernos de diferentes países tratan de desarrollar programas de inclusión ciudadana, en la actualidad, existen enfoques más interactivos que reconocen que la discapacidad en las personas se origina tanto en los factores ambientales como en el cuerpo y esto enseña a la población, las dificultades y las habilidades que tienen las personas con discapacidades y experimentarlas de tal manera que desde pequeños las personas entiendan que existe cero tolerancia para la discriminación a estas personas. (13)

Se calcula que más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

Las discapacidades son muy diversas. Si bien algunos problemas de salud vinculados con la discapacidad acarrear mala salud y grandes necesidades de asistencia sanitaria, eso no sucede con otros. Sea como fuere, todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que la población en general y, en consecuencia, necesitan tener acceso a los servicios corrientes de asistencia

sanitaria. En el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. (14)

2.4.1 Enfermedad vs. discapacidad

El tener una enfermedad no es equivalente a tener discapacidad, pese que esta es consecuencia de la primera. (12)

La enfermedad puede ser aguda o crónica y tiene solución con tratamiento clínico o quirúrgico, mientras que la discapacidad es una condición de salud crónica e irreversible que no se soluciona con tratamientos clínicos o quirúrgicos, causando una limitación funcional significativa, permanente, objetiva y comprobable, para una o varias de las actividades de la vida diaria de una persona, que son habitualmente factibles de acuerdo a su edad, género, nivel educativo y entorno cultural. (12)

La valoración de la discapacidad debe ser realizada generalmente luego de 6 meses de iniciado el proceso limitante; de ser éste intermitente, deberá valorarse en el intermedio de las crisis (periodo intercrítico). (12)

2.4.2 Tipos de discapacidad

2.4.2.1 Discapacidad motriz

Es una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas, limitando su desarrollo personal y social. Ésta se presenta cuando existen alteraciones en los músculos, huesos, articulaciones o

médula espinal, así como por alguna afectación del cerebro en el área motriz impactando en la movilidad de la persona. (15)

Comprende a las personas que tienen limitaciones para moverse o caminar debido a la falta total o parcial de sus piernas. Comprende también a aquellas que aun teniendo sus piernas no tienen movimiento en éstas, o sus movimientos tienen restricciones que provocan que no puedan desplazarse por sí mismas, de tal forma que necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento como silla de ruedas, andadera o una pierna artificial (prótesis). Incluye a las personas que tienen limitaciones para desplazarse y que no cuentan con ningún tipo de ayuda, así como a las personas que cojean para caminar. (16)

Este subgrupo también incluye a las personas que tienen limitaciones para doblarse, estirarse, agacharse para recoger objetos y todas aquellas discapacidades de movimiento de tronco, cuello, y cabeza (excepto parálisis facial); así mismo incluye a las deficiencias músculo-esqueléticas que afectan la postura y el equilibrio del cuerpo. (16)

Quedan comprendidas también en este subgrupo las personas que tienen carencia o dificultades de movimiento en tronco, cuello y cabeza combinada con la falta de movimiento en las piernas. (16)

Excluye las descripciones ambiguas, tales como: “no puede caminar bien”, “casi no anda”, “no camina bien”, entre otras, ya que no describen con precisión la gravedad o permanencia de la discapacidad motriz. (16)

2.4.2.2 Discapacidad sensorial

Es aquella que comprende cualquier tipo de deficiencia visual, auditiva, o ambas, así como de cualquier otro sentido, y que ocasiona algún problema en la

comunicación o el lenguaje (como la ceguera y la sordera), ya sea por disminución grave o pérdida total en uno o más sentidos. (15)

La discapacidad para ver se refiere a la pérdida total de la visión, a la debilidad visual (personas que sólo ven sombras o bultos), y a otras limitaciones que no pueden ser superadas con el uso de lentes, como desprendimiento de retina, acorea, facoma y otras. Se considera que hay discapacidad cuando está afectado un sólo ojo o los dos. (16)

Cabe señalar que una debilidad visual puede ser ocasionada, entre otros motivos, por una disminución severa de la agudeza visual, por la imposibilidad de percibir visión tridimensional, así como por trastornos en la visión de los colores que sólo permiten ver en blanco y negro, o por trastornos en la adaptación a la luz y en la percepción de tamaños y formas. Por ello, descripciones como éstas se incluyen en el listado. (16)

La discapacidad para oír comprende las descripciones que se relacionan con la pérdida total de la audición en uno o en ambos oídos, o con la pérdida parcial pero intensa, grave o severa en uno o en ambos oídos. (16)

Discapacidades para hablar (mudez) se refiere exclusivamente a la pérdida total del habla. Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje incluye las discapacidades que se refieren a la incapacidad para generar, emitir y comprender mensajes del habla. Comprende las limitaciones importantes, graves o severas del lenguaje, que impiden la producción de mensajes claros y comprensibles. (16)

2.4.2.3 Discapacidad cognitivo-intelectual

Es aquella caracterizada por una disminución de las funciones mentales superiores tales como la inteligencia, el lenguaje y el aprendizaje, entre otras, así como de las funciones motoras. Esta discapacidad incluye a las personas que presentan dificultades para aprender, realizar algunas actividades de la vida diaria, o en la forma de relacionarse con otras personas. Ejemplo de lo anterior son el síndrome de down y el autismo. (15)

Este grupo comprende las discapacidades intelectuales que se manifiestan como retraso o deficiencia mental y pérdida de la memoria. (16)

Comprende a las personas que presentan una capacidad intelectual inferior al promedio de las que tienen su edad, su grado de estudios y su nivel sociocultural. A ellas se les dificulta realizar una o varias de las actividades de la vida cotidiana, como asearse, realizar labores del hogar, aprender y rendir en la escuela o desplazarse en sitios públicos. No sólo interfiere con el rendimiento académico, sino también con actividades cotidianas, como leer anuncios o instrucciones, sumar o contar objetos o dinero, escribir recados y números telefónicos, etc. (16)

2.4.2.4 Discapacidad psicosocial

Se define como aquella que puede derivar de una enfermedad mental y está compuesta por factores bioquímicos y genéticos. No está relacionada con la discapacidad cognitivo-intelectual y puede ser temporal o permanente. Algunos ejemplos son la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, entre otros. (15)

“En funcionalidad el concepto de rehabilitación alude a un proceso de duración limitado, con un objetivo definido encaminado a lograr que el paciente con discapacidad alcance un nivel funcional óptimo de acuerdo con su situación clínica” (17).

“Ese objetivo definido para restablecer el equilibrio individuo-medio se alcanza mediante la aplicación de un conjunto de procedimientos dirigidos a mejorar las funciones y aptitudes remanentes del paciente, teniendo en cuenta su entorno social y medio ambiente” (17)

2.5 Funcionalidad CIF

La funcionalidad de un paciente engloba todo aquello que ejecuta de forma extrínseca como de forma intrínseca. Si se habla de forma intrínseca se refiere a todo aquello que es propio del individuo, que le afecta directamente y podemos recalcar lo siguiente:

- Funciones Mentales
- Funciones Sensoriales
- Funciones fisiológicas
- Funciones Neuromusculoesqueléticas (18)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye el marco conceptual de la OMS Organización Mundial de la Salud para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Forma parte de la Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI) junto con la CIE, siendo estas clasificaciones de referencias y las más importantes. Ambas clasificaciones son complementarias en su uso. (19)

La CIF es una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Posee 4 componentes: funciones y estructuras corporales, actividad y participación, factores ambientales y factores personales. (19)

La CIF está en la línea de incorporar a la mirada sanitaria conceptos como bienestar, estado de salud o calidad de vida relacionada con la salud, superando la mirada biomédica, al incorporar una mirada biopsicosocial a la problemática del funcionamiento y la discapacidad humana. Este aporte teórico y práctico es significativo para abordar el funcionamiento y la discapacidad incorporando el contexto en su evaluación, pero también es interesante para abordar los cambios epidemiológicos y demográficos que hemos experimentado, principalmente para enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población. (19)

2.2.5 Funciones

Funciones mentales

Hace referencia a las funciones del cerebro y del sistema nervioso central.

Funciones sensoriales

Engloba los órganos de los sentidos y la percepción del paciente tenemos los siguientes:

Funciones auditivas

Funciones auditivas relacionadas con percibir la presencia de sonidos y discriminar la localización, el tono, el volumen y la calidad de los sonidos.

Funciones visuales

Aquellas relacionadas con la percepción de luz, forma, tamaño y color de un estímulo visual.

Funciones vestibulares:

Funciones sensoriales del oído interno relacionadas con la posición, el equilibrio y el movimiento.

Funciones del sistema de fonación

Se trata de aquellas funciones implicadas en la producción de sonidos y en la producción del habla

Funciones fisiológicas

Las funciones Fisiológicas comprenden aquellas que se encargan del funcionamiento orgánico del paciente o de sus funciones corporales y estas son:

Función del sistema respiratorio

Se refiere a la función relacionada con la inhalación de aire en los pulmones, el intercambio de gases entre el aire y la sangre, y la expulsión del aire.

Sistema cardiovascular

Las funciones del sistema cardiovascular que pueden ser de interés en la evaluación de la funcionalidad son:

Funciones del corazón

Funciones relacionadas con el bombeo de sangre en la cantidad y presión adecuada para el cuerpo.

Funciones de vasos sanguíneos, venas y arterias

Funciones de transporte de la sangre a través del cuerpo.

Presión sanguínea

Funciones relacionadas con el mantenimiento de la presión sanguínea en las arterias.

Función del sistema digestivo

De las funciones del sistema digestivo se consideran las funciones relacionadas con la introducción y manipulación de sólidos o líquidos a través de la boca dentro del cuerpo. (20)

2.6 Marco legal y jurídico

2.6.1 Constitución de la República (2008)

Los Arts. 47, 48 y 49 de la Constitución, Capítulo Tercero, De los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, son específicos para personas con discapacidad. (21)

Art. 47.- El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. (21)

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

- 1.** La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
- 2.** La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.
- 3.** Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
- 4.** Exenciones en el régimen tributario.
- 5.** El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas.
- 6.** Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.

7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo.
8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos.
9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.
10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas.
11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema Braille.

Art. 48.- El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:

1. La inclusión social, mediante planes, programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.
2. La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación.
3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.
4. La participación política, que asegurará su representación, de acuerdo con la ley.
5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia.

6. El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa.

7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. (21)

La Ley sancionará el abandono de estas personas y los actos que incurran en cualquier forma de abuso, trato inhumano o degradante y discriminación por razón de la discapacidad.

Art. 49.- Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención. (21)

2.6.2 Ley Orgánica de Discapacidades

Publicada en el Registro Oficial N° 796 del 25 de septiembre de 2012, ampara a las personas con discapacidad; establece un sistema de prevención de discapacidades, atención e integración de personas con discapacidad que garantice su desarrollo y evite que sufran toda clase de discriminación, incluida la de género. (22)

2.6.3 Plan Nacional del Buen Vivir

Objetivo 3 Mejorar la calidad de vida de la población (23)

3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas

3.6. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas

3.7. Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población.

3.8. Propiciar condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente.

(23)

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipos de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva ya que se detallará ciertas características observadas, el espacio físico del objeto de estudio y percepción las personas con discapacidad física.

Según el grado de abstracción es una investigación aplicada ya que utiliza hallazgos que busca mejorar a la sociedad, resolviendo sus problemas con un carácter utilitario y un propósito inmediato.

De tipo cualitativo porque se obtendrá información descriptiva que se analizará de manera subjetiva las características y cualidades de las variables de estudio; de tipo cuantitativo ya que proporcionará información numérica que permitirá generar y analizar datos.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es de corte transversal y no experimental; de corte trasversal ya que se realiza en un período de tiempo determinado, no experimental, debido a que no se manipulan variables y se estudia en su contexto natural.

3.3. Métodos de investigación.

3.3.1 Deductivo.

Deductivo al analizar los casos individuales se podrán establecer conclusiones generales gracias al método inductivo y el método deductivo permitirá entender la accesibilidad al área objeto de estudio analizando cada una de las barreras arquitectónicas.

3.3.2 Analítico.

Analítico-sintético porque se analizará cada una de las barreras arquitectónicas y esta información permitirá generalizar la situación de accesibilidad al espacio físico de las personas con discapacidad en el lugar objeto de estudio.

3.3.3 Sistemático.

Observación sistemática ya que se agrupa la información a partir de criterios fijados previamente mediante una lista de chequeo basada en Encuesta de Satisfacción de Accesibilidad.

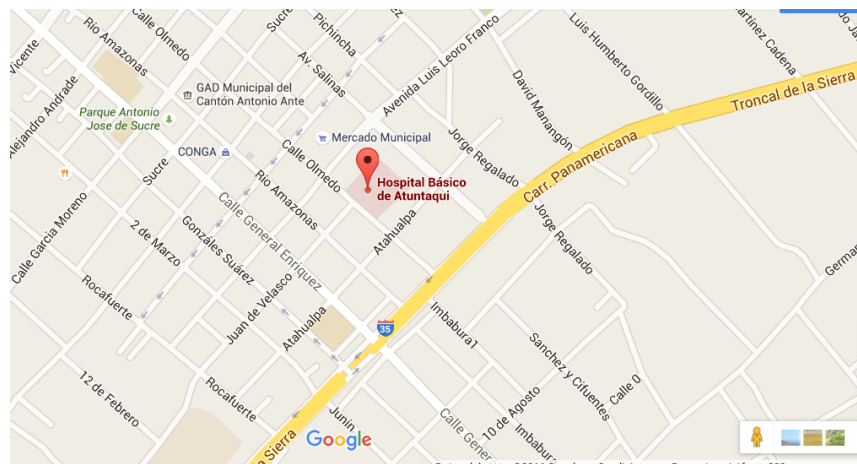
3.3.4 Bibliográfico.

Revisión bibliográfica se analizará toda la información teórica necesaria que servirá de sustento en la investigación.

Estadísticos, esta investigación utilizará herramientas informáticas como SPSS, Excel los cuales facilitarán el análisis estadístico.

3.3.5 Localización geográfica.

El lugar de estudio se realizó en el Hospital Básico Atuntaqui que se localiza en la provincia de Imbabura cantón Antonio Ante en las calles Olmedo y Velasco.



3.4 Identificación de variables

3.4.1 Variable independiente:

* **Barreras arquitectónicas:** Podemos definir que las barreras arquitectónicas son todos aquellos obstáculos físicos que limitan la libertad de movimientos de las personas en dos grandes campos: La accesibilidad: vías públicas, espacios libres y edificios, entidades públicas

3.4.2 Variable dependiente:

* **Accesibilidad:** Es el conjunto de características que debe disponer un entorno urbano, edificación, producto, servicio o medio de comunicación para ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad, igualdad y autonomía por todas las personas, incluso por aquellas con capacidades motrices o sensoriales diferentes.

* **Discapacidad:** Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

3.4.3 Operacionalización de las variables

3.4.3.1 Variable de interés

VARIABLES DE INTERÉS				
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DIMENSIONES	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Accesibilidad	Cualitativa Nominal Politómica	Encuesta de satisfacción	Deficiente Regular Bueno Muy Bueno Excelente	Verificar si el servicio de rehabilitación es accesible o no para las personas que acuden al hospital.

Barreras Arquitectónicas	Cualitativa Nominal Politómica	Encuesta de satisfacción	*Agarraderas *Bordillos *Pasamos *Rampa *Pasillos *SS.HH *Grifería *Barras de Apoyo *Cubículo *Camilla	Verificar si las barreras arquitectónicas están accesibles o no para las personas con discapacidad.
--------------------------	--------------------------------------	--------------------------	---	---

3.4.3.2 Variable de caracterización

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DIMENSIONES	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Cuantitativa Discreta	Años	20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69	Determinar el rango de edad asisten las personas que acuden al centro de rehabilitación.
Discapacidad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Física Neurológica	F N	Determinar el tipo de discapacidad presenta cada uno de los pacientes.
Días de la rehabilitación	Cuantitativa Discreta	Días	2 a 3 días 3 a 4 días 5 días	Comprobar cuantos días asisten a rehabilitación los pacientes que presentan discapacidades.

3.5. Población

3.5.1 Población

La población es de 62 pacientes que ingresan al centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui en el período de Marzo – Mayo 2016

3.5.2. Criterios de inclusión

- Todos los pacientes que presentan discapacidad física.
- Todos los pacientes que presentan discapacidad neurológica.

3.5.3. Criterios de exclusión

- Todos los pacientes que presentan discapacidad intelectual.
- Todos los pacientes que no presenten ningún tipo de discapacidad.
- Los niños que ingresan al centro de rehabilitación de 2 a 6 años

3.5.4. Criterios de salida

- Las personas que no acudan al centro de rehabilitación.

3.5.5. Muestra

De acuerdo a la aplicación de los criterios de inclusión, de exclusión y de salida se determinó como muestra a 62 pacientes con discapacidad física y neurológica que acuden al centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

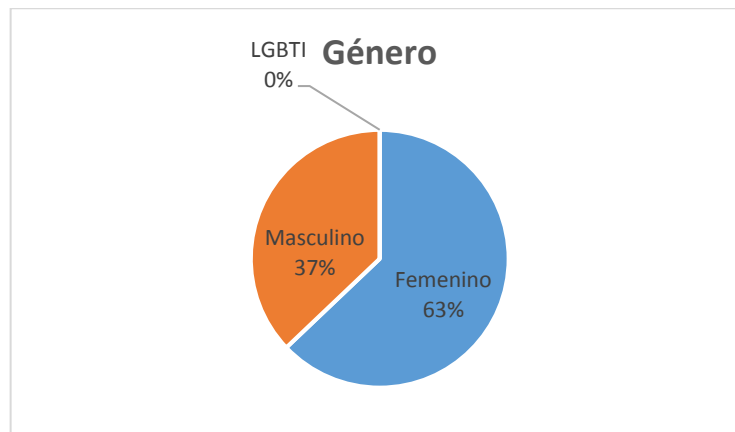
4.1 Análisis de los resultados.

Tabla 1. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según el género.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	39	62,9 %
Masculino	23	37,1 %
LGBTI	0	0 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 1. Género



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

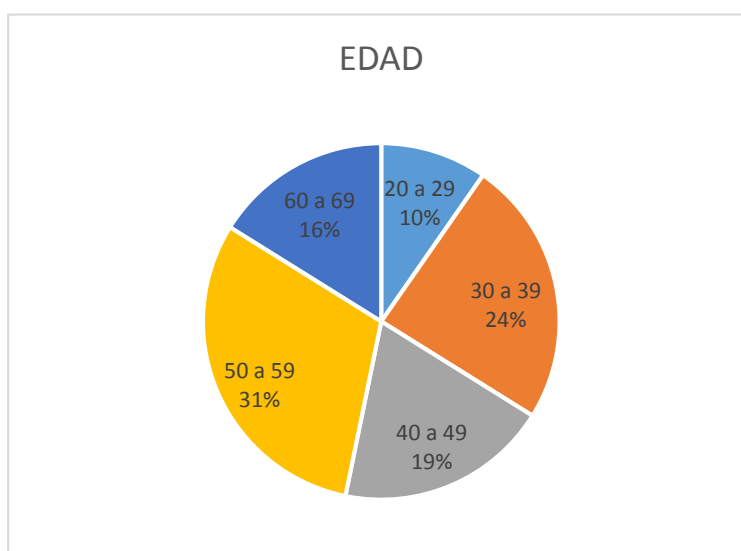
En el Hospital Básico de Atuntaqui prevalece el género femenino con un 63%, mientras que el género masculino de un 37% del total de pacientes.

Tabla 2. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según la edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
50 a 59	19,0	30,0 %
30 a 39	15,0	24,0 %
40 a 49	12,0	20,0 %
60 a 69	10,0	16,0 %
20 a 29	6,0	10,0 %
Total	62,0	100,0 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 2. Edad



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

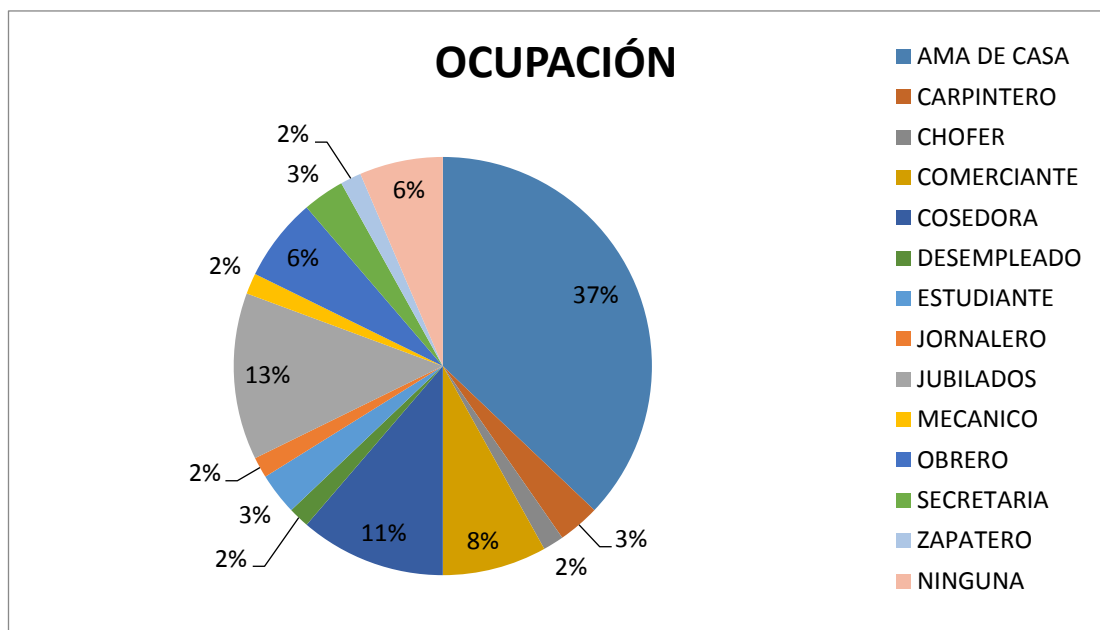
La mayoría de pacientes que acuden al centro de rehabilitación tienen la edad de 50 a 59 años, además se identificó que 2 de cada 10 pacientes que frecuentan el Hospital Básico Atuntaqui están entre las edades de 30 a 49 años y los adultos mayores destacan el 16 % de pacientes que corresponden a las edades de 60 a 69 años; cabe destacar que en menor porcentaje se encuentran los pacientes de edades entre 20 a 29 años.

Tabla 3. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según su ocupacion.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	23	37,1%
Carpintero	2	3,2 %
Chofer	1	1,6 %
Comerciante	5	8,1 %
Cosedora	7	11,3 %
Desempleado	1	1,6 %
Estudiante	2	3,2 %
Jornalero	1	1,6 %
Jubilados	8	12,9 %
Mecánico	1	1,6 %
Obrero	4	6,5 %
Secretaria	2	3,2 %
Zapatero	1	1,6%
Ninguna	4	6,5 %
Total	62	100,0 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 3. Ocupación



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

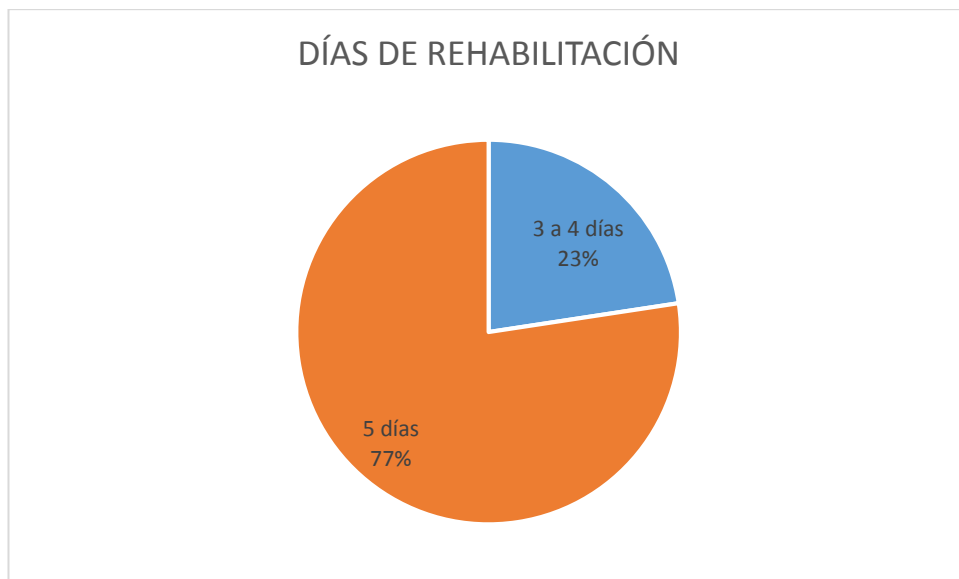
La ocupación de los pacientes que frecuentan el Hospital Básico Atuntaqui en su mayoría son amas de casa (37%) seguido de un 8% que comprende jubilados y comerciantes, un porcentaje del 6% que refieren ser obreros costureras y que no tienen ninguna ocupación; las ocupaciones en menor porcentaje como cosedoras, secretarias, carpinteros, estudiantes, jornalero, chofer, zapatero, desempleados y mecánicos que alcanza de 2% al 5%.

Tabla 4. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según la frecuencia de asistencia a rehabilitación.

DÍAS DE REHABILITACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 días	48	77,4%
3 a 4 días	14	22,6%
Total	62	100,0 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 4. Días que frecuentan a rehabilitación.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

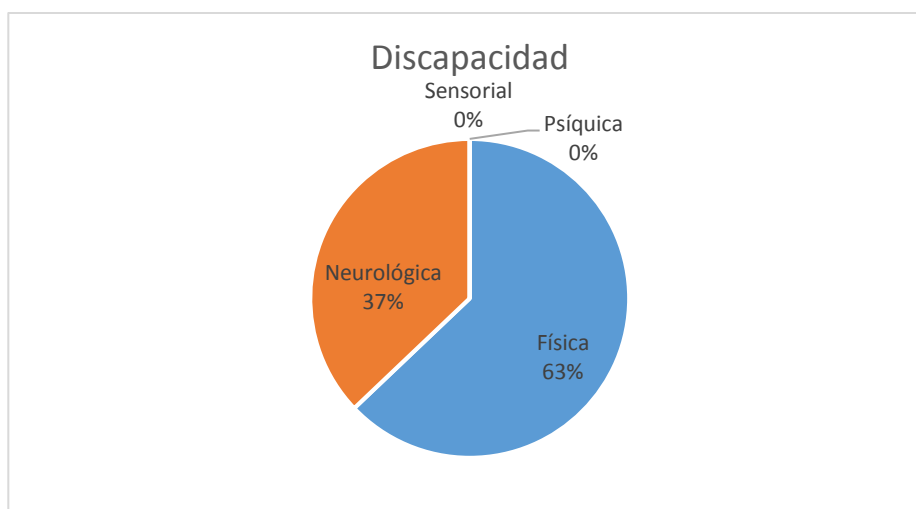
Se establece que en el HBA, 8 de cada 10 personas asisten a rehabilitación 5 días a la semana, tomando en cuenta que, en menor cantidad, 2 de cada 10 personas acuden al centro de rehabilitación de 3 a 4 días. Lo que evidencia la pertinencia de la investigación.

Tabla 5. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según el tipo de discapacidad.

DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Física	39	62,9 %
Neurológica	23	37,1 %
Psíquica	0	0%
Sensorial	0	0%
Total	62	100,0 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 5. Discapacidad



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

Se verificó que en el Hospital Básico Atuntaqui existe una mayor prevalencia en los usuarios que acuden con discapacidad física que refleja el 63%, mientras que la discapacidad neurológica con un 37%. Partiendo de este punto 6 de cada 10 usuarios tienen discapacidad física lo que de alguna manera evidencia que pueden tener problemas de acceso y movimiento dentro de la Institución. No se halló discapacidad psíquica ni sensorial.

Tabla 6. Caracterización de las barreras arquitectónicas

Elemento	INEN	HBA	SI	NO
Agarraderas	Las dimensiones de la sección transversal estar definidas por el diámetro 35 mm y 50 mm. La separación libre entre la agarradera y la pared u otro elemento debe ser a 50 mm.	40 mm de diámetro 50 mm de separación	X	
Bordillos	Bordillos de material resistente, de 100 mm de altura. Los bordillos deben tener continuidad en todas las extensiones del desnivel.	85mm de altura		X
Pasamos	Los pasamanos deben ser colocados uno a 900 mm de altura, recomendándose la colocación de otro a 700 mm de altura medidos verticalmente en su proyección sobre el nivel del piso terminado	900 mm de altura	X	
Rampa	El ancho mínimo libre de las rampas unidireccionales será de 900 mm	900 mm de ancho presenta un desnivel.	X	
Corredores pasillos	Deben tener un ancho mínimo de 1 200 mm. Donde se prevea la circulación frecuente en forma simultánea de dos sillas de ruedas, éstos deben tener un ancho mínimo de 1 800 mm.	1400 mm de ancho	X	
Servicio Higiénico	Una circunferencia de 1 500 mm de diámetro, sin obstáculo al menos hasta una altura de 670 mm, para permitir el paso de las piernas bajo el lavabo al girar la silla de ruedas.	1000 mm de diámetro 600 mm de altura		X

Grifería	La grifería y llaves de control del agua, así como los accesorios (toalleros, jaboneras, interruptores, tomacorrientes etc.), deben ubicarse por encima del plano de trabajo, en una zona alcanzable, en un radio de acción de 600 mm.	500 mm de radio		X
Barras de apoyo	En los cuartos de baño y aseo, las barras de apoyo deben ajustarse al tipo y grado de discapacidad del usuario y a sus características específicas.	No son adaptadas a los pacientes que presentan alguna discapacidad		X
Dormitorio	Las dimensiones mínimas en espacio de maniobras y de paso del dormitorio individual deben ser de 3 000 mm X 3 100 mm. Es mejor que la proporción del dormitorio sea cuadrada	3000 mm cubículo cuadrado	X	
Camilla	La altura de la cama debe ser de 400 mm, para facilitar la transferencia desde la silla de ruedas.	495 mm de altura		X
Mecanismos de Control	Sean de iluminación, ventilación extracción de humos, alarmas, etc., deben estar centralizados en un punto de fácil acceso, uno junto a la puerta de entrada a una altura de alcance entre 850 mm y 1 200 mm máximo y el otro junto a la cama dentro de la zona de alcance de 600 mm .	900mm fácil acceso	X	
Espacio físico	El espacio físico disponible, definido por sus dimensiones y			

	<p>forma, determina la distribución de los aparatos. Para ello hay que partir de que la ocupación del equipamiento y del mobiliario de desarrollo en la que debe quedar un espacio libre que permita una maniobra de giro de 360°, lo que equivale a una circunferencia de 1 500 mm de diámetro, libre hasta una altura de 700 mm del suelo como mínimo por debajo de los aparatos.</p>	<p>1500 mm de circunferencia 700 de altura</p>	<p>X</p>	
--	---	--	----------	--

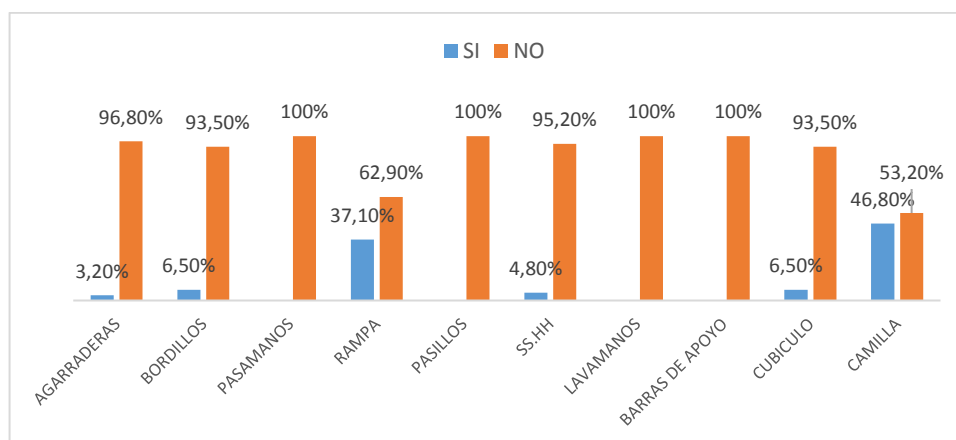
El estudio se realizó según la Norma Técnica Ecuatoriana (NTE INEN 2 239:2000) para la accesibilidad al espacio físico. Se caracterizaron 12 elementos arquitectónicos y de ellos el 41,67% (5 elementos) no cumplen con las especificaciones de la norma, y estos fueron: las camillas, la grifería, barras de apoyo, servicio higiénico y los bordillos. Mientras que el restante 58,33% (7 elementos) si las cumplen. Y estos son: agarraderas, rampas, pasamanos, pasillos, dormitorio, mecanismos de control y espacio físico; considerando que El Hospital Básico Atuntaqui tiene una buena estructura según la descripción técnica de los espacios.

Tabla 7. Distribución de los pacientes que acuden al HBA según las barreras arquitectónicas que causan dificultad al ingresar.

BARRERA ARQUITECTONICA	SI	PORCENTAJE	NO	PORCENTAJE
AGARRADERAS	2,0	3,2 %	60,0	96,8 %
BORDILLOS	4,0	6,5 %	58,0	93,5 %
PASAMANOS	0	0 %	62	100 %
RAMPA	23	37,1 %	39	62,9 %
PASILLOS	0	0 %	62	100 %
SS.HH	3	4,8 %	59	95,2 %
LAVAMANOS	0	0 %	62	100 %
BARRAS DE APOYO	0,0	0 %	62	100 %
CUBICULO	4,0	6,5 %	58,0	93,5 %
CAMILLA	29	46,8 %	33	53,2 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 6. Barreras Arquitectónicas que causan dificultad



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

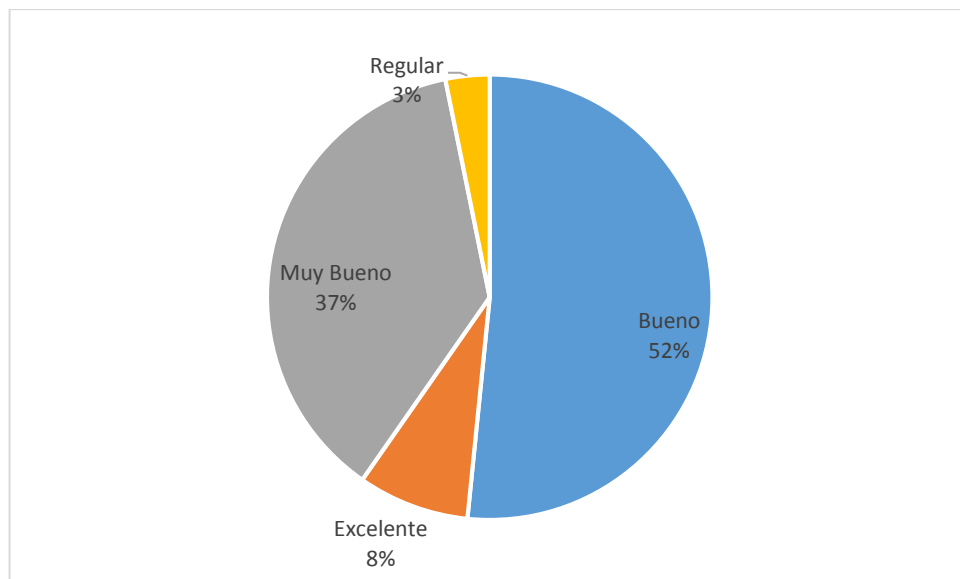
Se verificó que en el HBA para los pacientes la barrera arquitectónica que tiene una mayor dificultad es la camilla en el 29% de los casos, seguido de la rampa que es la segunda barrera arquitectónica que causa dificultad al ingresar en el 23% de la población, y en menor porcentaje entre el 4 y 2% que corresponde los bordillos, el cubículo, los servicios higiénicos y las agarraderas.

Tabla 8. Distribución porcentual del nivel de satisfacción acerca de los espacios físicos asignados para las personas con discapacidad.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	32	51,6 %
Excelente	5	8,1 %
Muy Bueno	23	37,1 %
Regular	2	3,2 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 7 Distribución porcentual del nivel de satisfacción acerca de los espacios físicos asignados para las personas con discapacidad.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

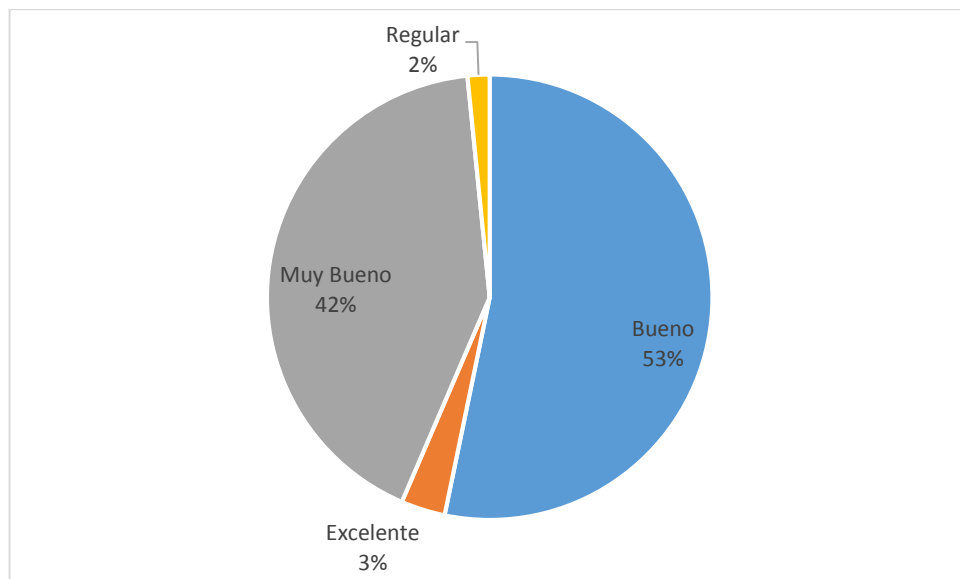
Se estableció que el nivel de satisfacción el más relevante es bueno y reflejó un 52%, seguido del 37% que corresponde a muy bueno, manifestándose con un 8% de respuesta excelente y con menor porcentaje la respuesta regular con el 3%. A percepción general se ubica una cierta conformidad y satisfacción con los espacios físicos.

Tabla 9. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la visibilidad de la señalética del Centro de Rehabilitación para acceder a las consultas.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	33	53,2 %
Excelente	2	3,2 %
Muy Bueno	26	41,9 %
Regular	1	1,6 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 8 Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la visibilidad de la señalética del centro de rehabilitación para acceder a las consultas.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

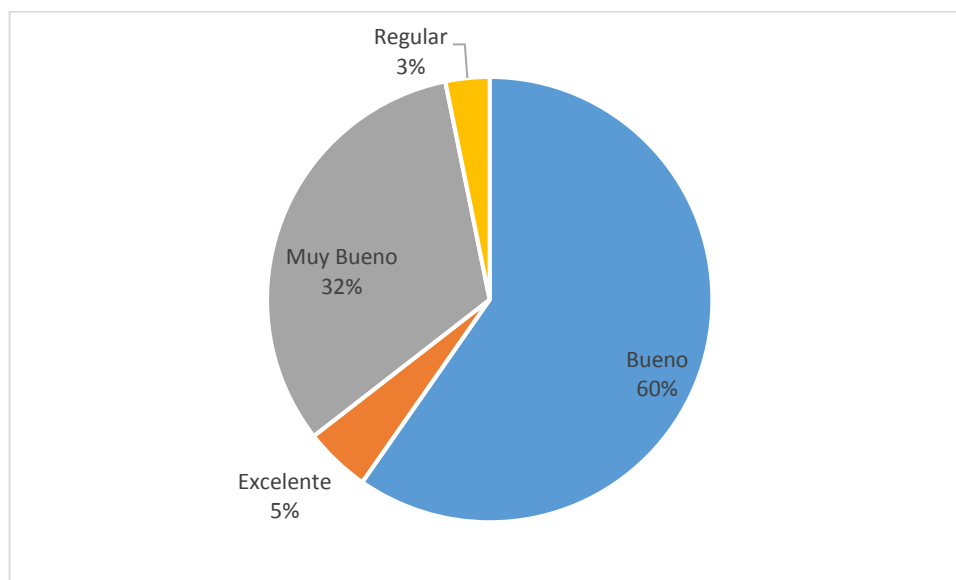
Se determinó que el nivel de satisfacción de la segunda pregunta el más relevante es la puntuación de bueno que refleja un 53%, seguido del 42% con respuesta de muy bueno, manifestándose con el 3% con respuesta de excelente y con menor porcentaje la respuesta de regular con 2%.

Tabla 10. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la comodidad y el confort que brinda el lugar de espera del centro de rehabilitación.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	37	59,7 %
Excelente	3	4,8 %
Muy Bueno	20	32,3 %
Regular	2	3,2 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 9. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la comodidad y el confort que brinda el lugar de espera del centro de rehabilitación



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

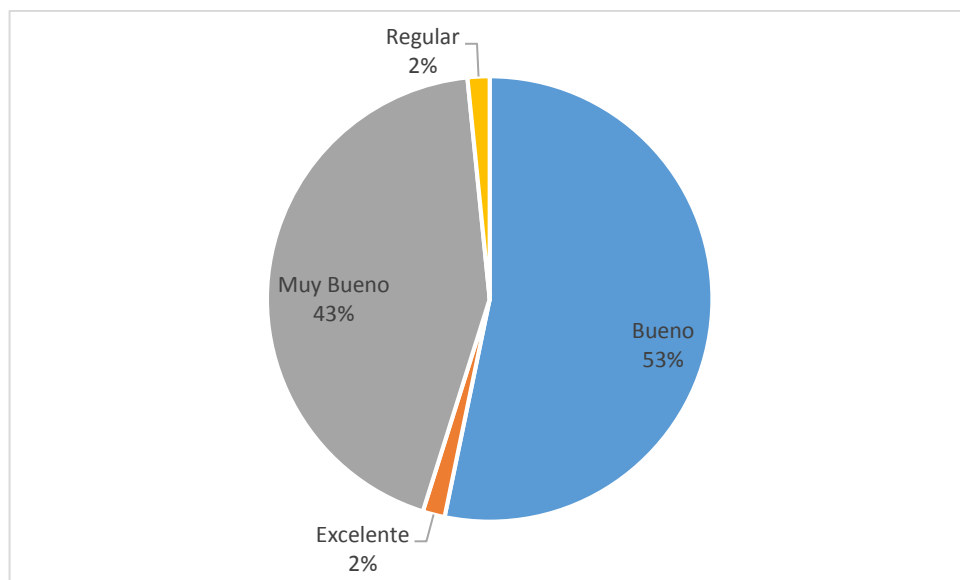
Se estipuló que el nivel de satisfacción de la percepción del usuario sobre la comodidad y el confort, el más relevante la respuesta es buena, que refleja un 60%, seguido del 32% con respuesta de muy bueno, manifestándose con el 5% de respuesta excelente y en menor porcentaje de respuesta regular con 3%.

Tabla 11. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre el acceso asignado para las personas con discapacidad.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	33	53,2 %
Excelente	1	1,6 %
Muy Bueno	27	43,5 %
Regular	1	1,6 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 10. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre el acceso asignado para las personas con discapacidad.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

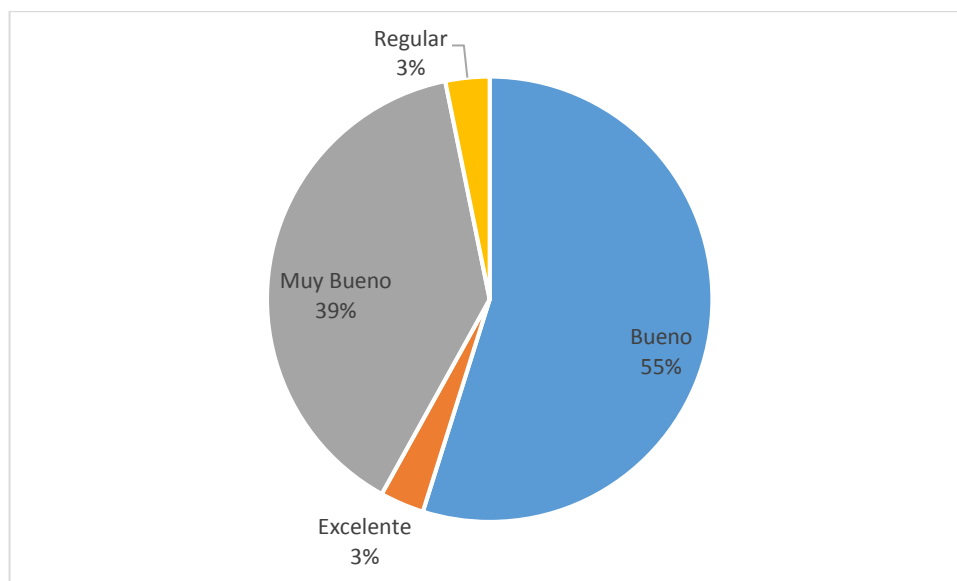
Se determinó que el nivel de satisfacción de la percepción del usuario sobre el acceso el más relevante es la respuesta de bueno que refleja un 53%, seguido del 43% con respuesta de muy bueno, manifestándose el 2% con respuesta excelente y en menor porcentaje de respuesta regular con 2%.

Tabla 12. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la accesibilidad de las barras de apoyo para las personas con discapacidad.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	34	54,8 %
Excelente	2	3,2 %
Muy Bueno	24	38,7 %
Regular	2	3,2 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 11. Distribución porcentual de la percepción del usuario sobre la accesibilidad de las barras de apoyo para las personas con discapacidad.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

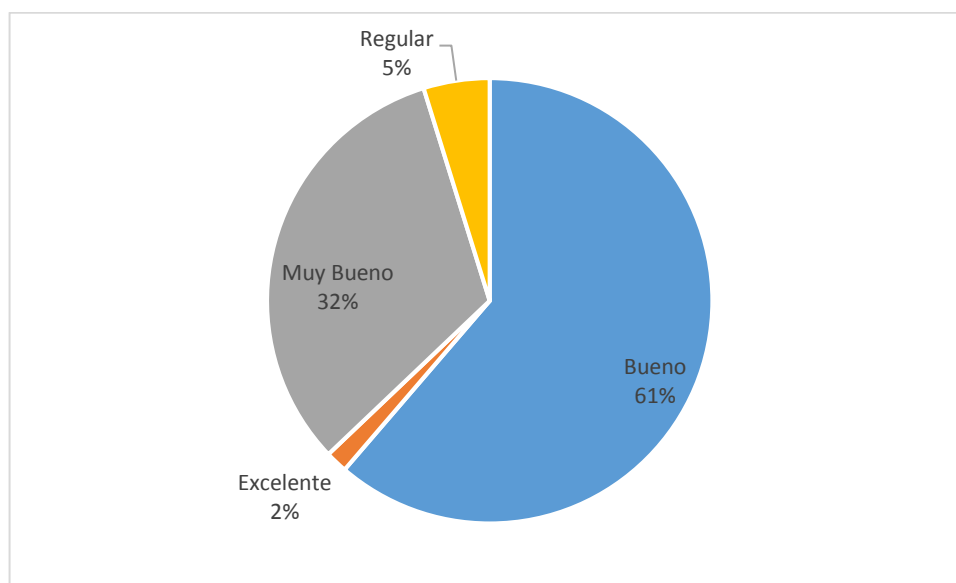
Se verificó que el nivel de satisfacción de la percepción del usuario sobre la accesibilidad de las barras de apoyo el más relevante es la respuesta de bueno que refleja un 55%, seguido del 39% con respuesta de muy bueno, manifestándose el 3% con respuesta excelente y en menor porcentaje la respuesta regular con 3%.

Tabla 13. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los bordillos del centro de rehabilitación.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	38	61,3 %
Excelente	1	1,6 %
Muy Bueno	20	32,3 %
Regular	3	4,8 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 12 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los bordillos del centro de rehabilitación.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

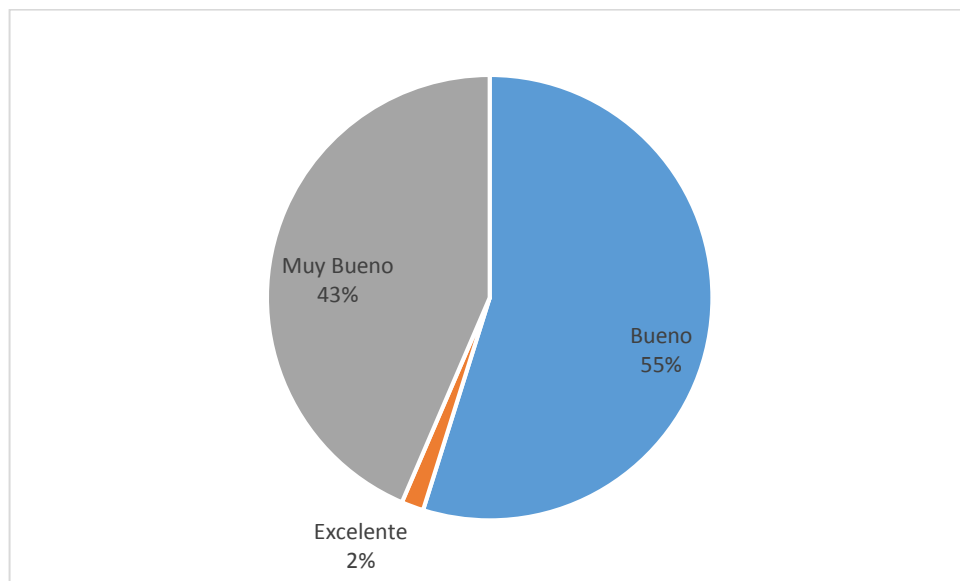
Se estableció que el nivel de satisfacción de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los bordillos el más relevante es la respuesta de bueno que refleja un 61%, seguido del 32% con respuesta de muy bueno, manifestándose el 2% con respuesta de excelente y en menor porcentaje de respuesta regular con 5%.

Tabla 14 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los espacios físicos adaptados para las personas con discapacidad.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	34	54,8 %
Excelente	1	1,6 %
Muy Bueno	27	43,5 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 13 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los espacios físicos adaptados para las personas con discapacidad.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

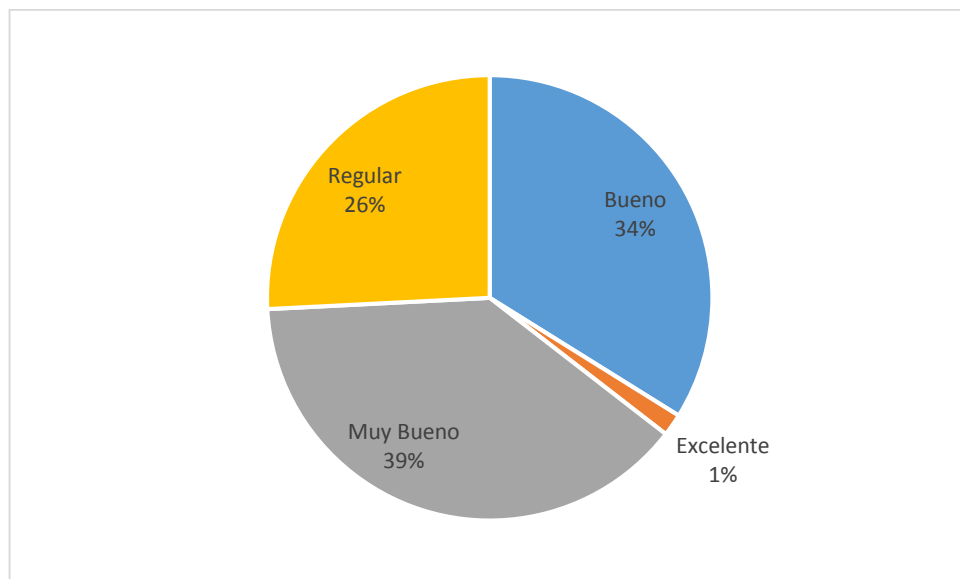
Se determinó que el nivel de satisfacción de la percepción de los usuarios sobre el acceso a los espacios físicos el más relevante es la respuesta de bueno que refleja un 55%, seguido del 43% de respuesta de muy bueno, y con menor porcentaje la respuesta excelente con 2%.

Tabla 15. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la adecuación de los espacios de la rampa para la movilización de los pacientes.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	21	33,9
Excelente	1	1,6
Muy Bueno	24	38,7
Regular	16	25,8
Total	62	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 14 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la adecuación de los espacios de la rampa para la movilización de los pacientes.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

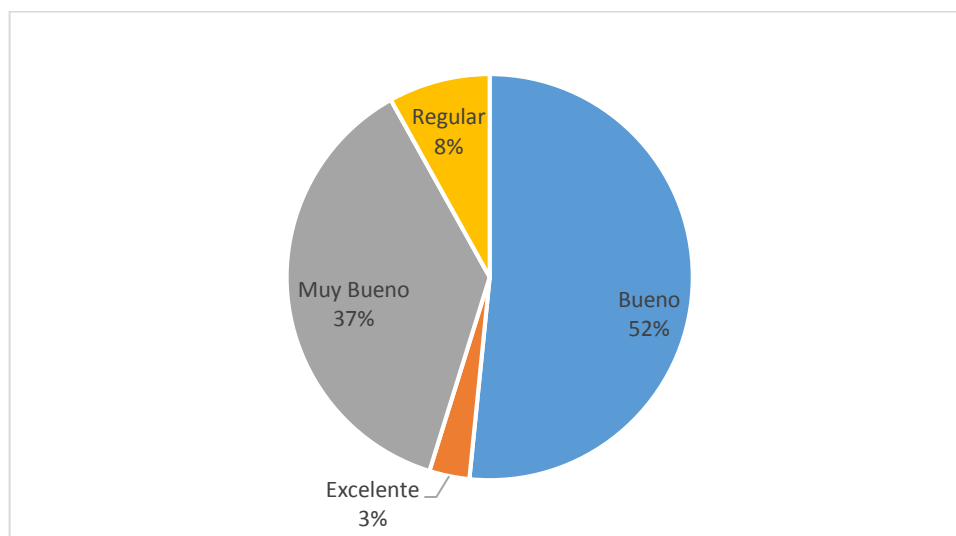
Se verificó que el nivel de satisfacción de la percepción de los usuarios sobre la adecuación de los espacios de la rampa el más relevante la respuesta es muy buena, en el 39% de los casos, seguido del 34% con respuesta de bueno, manifestándose el 1% con respuesta de excelente, y en menor porcentaje de respuesta regular con 26%.

Tabla 16. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a la grifería y servicio higiénico con la adecuada adaptación a la altura de los pacientes que presentan alguna discapacidad.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	42	51,6 %
Excelente	2	3,2 %
Muy Bueno	23	37,1 %
Regular	5	8,1 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 15 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre el acceso a la grifería y servicio higiénico con la adecuada adaptación a la altura de los pacientes que presentan alguna discapacidad.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

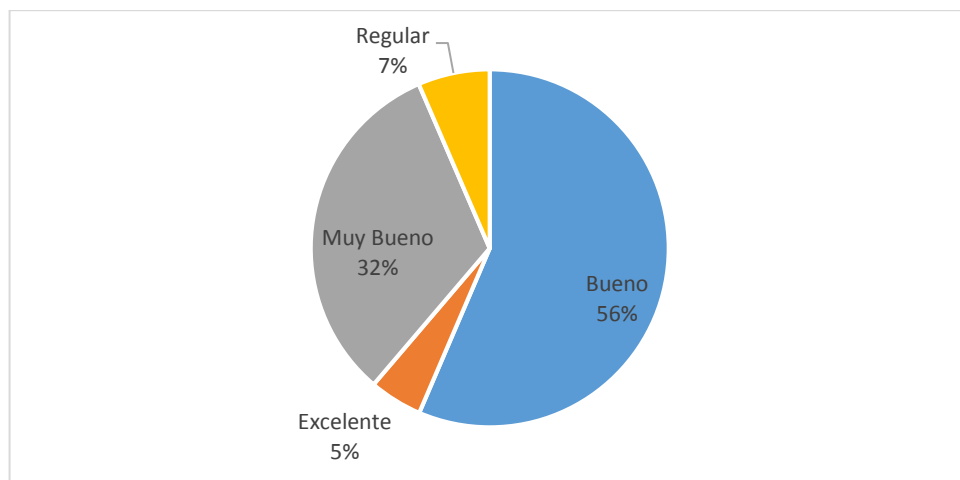
Se verificó que el nivel de satisfacción de la percepción de los usuarios sobre el acceso a la grifería y servicio higiénico el más relevante es la respuesta de bueno que refleja un 58%, seguido del 32% con respuesta de muy bueno, manifestándose con el 7% de regular, y en menor porcentaje la respuesta de excelente con 3%.

Tabla 17. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la accesibilidad al espacio del consultorio de rehabilitación acorde a las necesidades de cada paciente.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	35	56,5 %
Excelente	3	4,8 %
Muy Bueno	20	32,3 %
Regular	4	6,5 %
Total	62	100,0 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 16 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la accesibilidad al espacio del consultorio de rehabilitación acorde a las necesidades de cada paciente.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

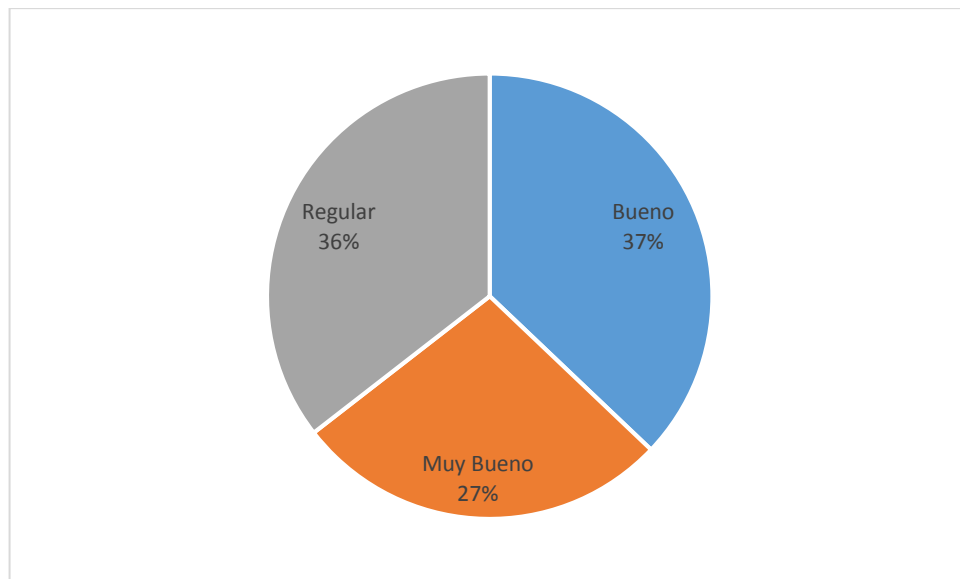
Se estableció que el nivel de satisfacción de la percepción de los usuarios sobre la accesibilidad al espacio del consultorio el más relevante la respuesta es bueno, que refleja un 57%, seguido del 32% con respuesta de muy bueno, manifestando un 6% con respuesta de regular, y en menor porcentaje la respuesta de excelente con 5%.

Tabla 18. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre si las camillas están acordes con las necesidades y adaptadas a cada paciente que presenta discapacidad.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	23	37,1 %
Muy Bueno	17	27,4 %
Regular	22	35,5 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 17 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre si las camillas están acordes con las necesidades y adaptadas a cada paciente que presenta discapacidad.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

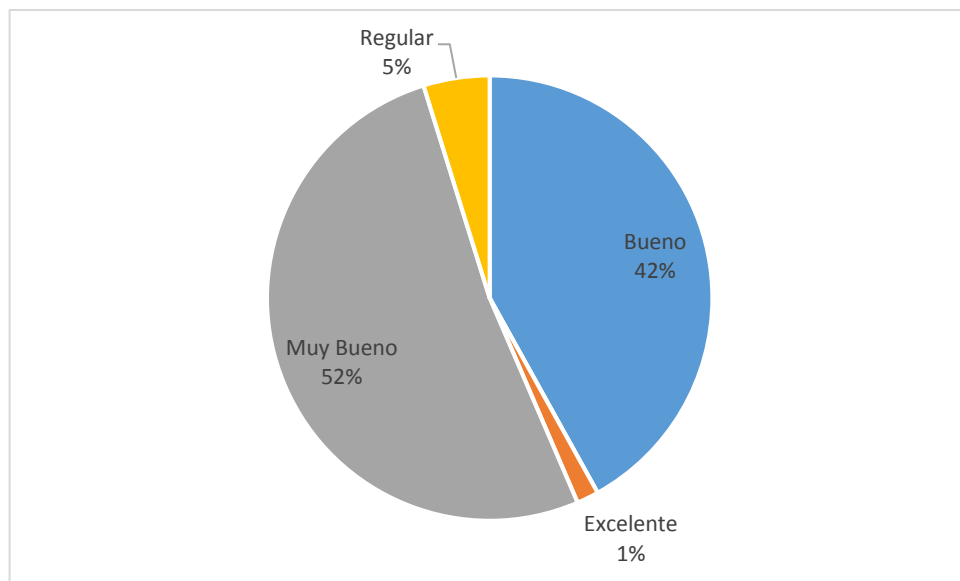
Se verificó que el nivel de satisfacción de la percepción de los usuarios sobre si las camillas, el más relevante la respuesta es de bueno que refleja un 37%, seguido de 36% con respuesta de regular, y en menor porcentaje con respuesta de muy bueno con 27%.

Tabla 19 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre si los mecanismos de control están correctamente centralizados en punto de fácil acceso.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	26	41,9 %
Excelente	1	1,6 %
Muy Bueno	32	51,6 %
Regular	3	4,8 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 18 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre si los mecanismos de control están correctamente centralizados en punto de fácil acceso.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

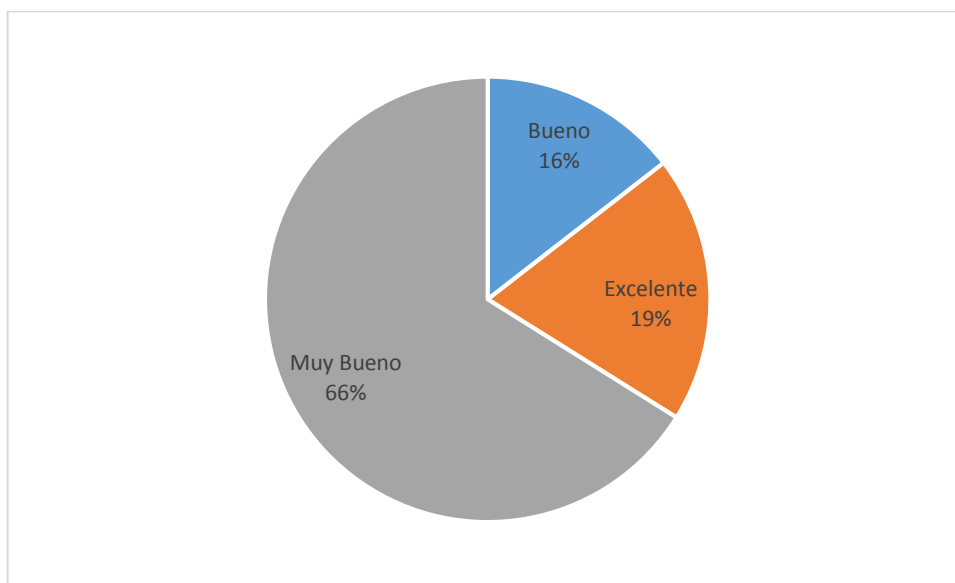
Se determinó que el nivel de satisfacción de la percepción de los usuarios sobre si los mecanismos, el más relevante es la respuesta de muy bueno que refleja un 51%, seguido del 42% con respuesta de bueno, manifestándose con el 5% de respuesta regular, y en menor porcentaje con respuesta de excelente con 2%.

Tabla 20 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la satisfacción en la atención que ha recibido en el centro de rehabilitación.

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	9	14,5 %
Excelente	12	19,4 %
Muy Bueno	41	66,1 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 19 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la satisfacción en la atención que ha recibido en el centro de rehabilitación.



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

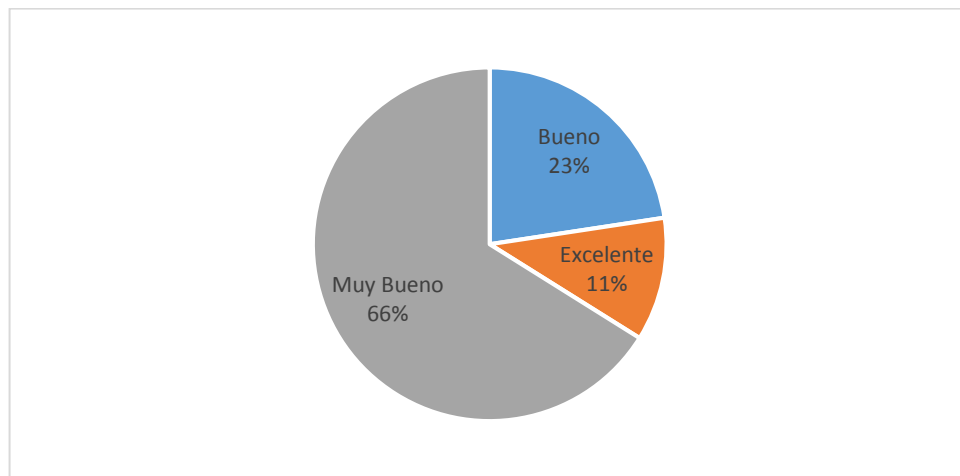
Se estableció que el nivel de satisfacción de la percepción de los usuarios sobre la satisfacción en la atención que ha recibido, el más relevante la respuesta es muy bueno, que refleja un 66%, seguido del 19% con respuesta de excelente y en menor porcentaje la respuesta de muy bueno con 15%.

Tabla 21. Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la puntuación que le asignan a la accesibilidad de los espacios físicos para las personas con discapacidad

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bueno	14	22,6 %
Excelente	7	11,3 %
Muy Bueno	41	66,1 %
Total	62	100 %

Fuente: Encuesta de Satisfacción de la Accesibilidad

Gráfico 20 Distribución porcentual de la percepción de los usuarios sobre la puntuación que le asignan a la accesibilidad de los espacios físicos para las personas con discapacidad



Elaborado por: María Isabel Salazar Grijalva

Se verificó que el nivel de satisfacción de la percepción de los usuarios sobre la puntuación que le asignan a la accesibilidad de los espacios físicos, el más relevante es la respuesta de muy bueno que refleja un 66%, seguido del 23% con respuesta de bueno, y en menor porcentaje la respuesta de excelente con 11%.

4.2 Discusión de resultados.

En el Ecuador la discapacidad se encuentra en aumento, el órgano que regula a estas personas es el CONADIS, al último censo realizado se hallan registradas 415.500 personas con discapacidad y de este dato el 47,19% de la población tiene discapacidad física, es decir, que de cada 10 personas con discapacidad casi 5 presentan discapacidad física; la discapacidad que sigue en importancia estadística es la intelectual con 22,45%, auditiva 12,77%, visual 11,80%, psicosocial 4,44% y la de lenguaje 1,35%. De estos datos se hace referencia al grado de discapacidad en donde el de mayor prevalencia es el grave con el 35,27%; el género más afectado es el masculino con el 55,58% de prevalencia; el grupo etáreo más afectado es el de 30 a 65 años que constituye parte de la PEA (población económicamente activa) 48,01%, seguida de los adultos mayores. En Antonio Ante se encuentra una prevalencia de discapacidad física del 35,99%, seguida de la discapacidad auditiva 24,56% y la intelectual el 23%. Cuando se discrimina por género, el masculino sigue siendo el más afectado, y dentro de la discapacidad física el 58% es mayoritariamente masculino, en la discapacidad auditiva el 50,3% es femenino, en la discapacidad intelectual el 54% es del género masculino, y en las otras discapacidades con menores porcentajes como la visual, psicosocial y de lenguaje el género masculino es el más afectado inclusive en proporciones de casi 2:1. El grupo etáreo más afectado es la PEA 30 a 65 años (3). En la población estudiada únicamente se hallan personas con discapacidad física y neurológica; con prevalencias de 62,9% y 37,1%, respectivamente. Haciendo énfasis en que al ser una Institución de Salud que cuenta con centro de rehabilitación las personas con las otras discapacidades no acuden a este servicio; la edad más afectada es la de 50 a 59 años (30%), el género más afectado es el femenino que supera al masculino en 25.8 pp; datos muy similares a la realidad del Cantón, provincia y país a excepción del género y la edad.

La población en su mayoría percibe que los espacios físicos están dentro de calificación buena y muy buena. Desde esta perspectiva se evidencia que no todas las personas con discapacidad tienen conocimiento de lo que implica la accesibilidad

universal. Como se menciona en el artículo de Alonso en el año 2007 el Diseño Universal significa simplemente diseñar todos los productos, edificios y espacios exteriores para ser utilizables por todas las personas en la forma más amplia posible, se introduce aquí como una forma razonable y económica de reconciliar la integridad artística de un diseño con las necesidades humanas en el entorno. (24)

Así mismo Alonso, percibe que el hecho de intervenir paralelamente eliminando las barreras creadas y previniendo la creación de otras nuevas. Realizar progresivamente los cambios necesarios es una tarea que requiere muchos recursos, humanos y económicos, mediante una acción y planificación coherente y continuada. (24)

En un estudio realizado por Aceldo y Col. se muestra gran aceptación en la población investigada, en donde se ubican la mayoría de respuestas como “adecuada” y se evidencia que hay gran aceptación y actitud positiva de los sujetos de investigación, aunque en casi todas las cuestiones esa adecuación es inferior a los déficits planteados (25). En comparación, este estudio arroja similitudes a la presente investigación en donde en los parámetros investigados como: nivel de satisfacción de espacios físicos adecuados para discapacidad en donde solo el 3% lo considera regular; en la visualización de la señalética solo el 2% la considera regular; el 3% no tiene buena percepción sobre la comodidad y confort; el 2% considera regular el acceso a los espacios; el 3% considera regular la accesibilidad a las barras de apoyo, el 5% considera regular el acceso a los bordillos, el 8% de la población considera regular el uso de grifería y servicios higiénicos, el 7% considera regular el espacio destinado a rehabilitación, el 5% califica de regular los mecanismos de control.

En el presente estudio se encontró una media de 4,22% de la población que tiene algo de inconformidad con los aspectos valorados. Siendo un porcentaje poco significativo, ya que el 96% muestra percepciones de satisfacción con escala de valoración buena, muy buena y excelente; a excepción de las rampas y las camillas en dónde; desde el punto de vista del usuario en la adecuación de las rampas que

tuvo una apreciación de regular en el 26% de la población y el 36% no están conformes con las camillas. Y finalmente la atención y la puntuación final recibieron calificaciones de bueno, muy bueno y excelente en su totalidad.

En el estudio de Aceldo y col se evidenció que hay necesidades por ser atendidas, y el estudio también evidencia la falta de estudios de este tipo. (25) Mientras que en el estudio presentado en los usuarios con discapacidad del Hospital Básico de Atuntaqui se ve cierta conformidad, debida muy probablemente a la edad de los pacientes en donde solamente el 16% son adultos mayores, aunque el 63% de los sujetos de investigación tienen discapacidad física.

En otro estudio realizado por Ramírez en una universidad de Costa Rica donde se evidenció la falta de señalética, si hay buena aceptación en cuanto a los servicios higiénicos. También se halló que las nuevas estructuras físicas “accesibles” son deficientes y no potencializan la vida independiente; sin embargo, está en continuo cambio de proceso. (26) En contraste a la investigación en donde la señalética, obtuvo una buena valoración de satisfacción.

En el estudio de Polo y López, en donde se evaluó la accesibilidad de universitarios discapacitados se evidenció que el 50% de los estudiantes consideran que son adecuados los servicios y los accesos de a las distintas dependencias de los centros universitarios, aunque el 47,8% expresa que no se respeta las plazas reservadas para minusválidos en el estacionamiento. (27) Situación similar al estudio presentado en donde la mayoría de la población muestra conformidad con los espacios y su accesibilidad, aun cuando en algunas instancias arquitectónicas no se cumpla con la norma **NTE INEN 2 239:2000**.

La accesibilidad es un concepto amplio, suficientemente abstracto y poco acotado como para favorecer una escasa percepción de sus costes y beneficios, y de los motivos racionales que pueden justificar su permanente mejora. La importancia y necesidad de aumentar el nivel de accesibilidad (física, sensorial, cognitiva) de los

espacios, productos y servicios no se deriva de una sola causa principal y poderosa. El Diseño Universal (...) no es sólo más accesibilidad en su sentido tradicional; es realmente una redefinición de los objetivos de planificación y diseño. Y concluye que todo el mundo comparte la inversión, no sólo las personas con discapacidad (24)

4.3 Respuestas de las preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las personas con discapacidad que acuden al centro de rehabilitación del hospital Básico Atuntaqui?

Se halló el 63% de personas con discapacidad física y el restante porcentaje con discapacidad neurológica. La mayoría son adultos jóvenes y de edad media, la población adulta mayor la comprenden el 16% de los mismos.

2. ¿Cuáles son las características arquitectónicas del medio físico en el centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui en relación a la discapacidad?

Se hizo una descripción y análisis de las características arquitectónicas del medio físico en el centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui en base a las especificaciones técnicas de las Norma Técnica Ecuatoriana (NTE INEN 2 239:2000) (Ver Anexo 3) y se halló que si cumplen con las especificaciones requeridas por cada uno de ellos para el uso de las personas con discapacidad los siguientes aspectos:

1. Pasamanos
2. Agarraderas
3. Rampas
4. Corredores de pasillos
5. Dormitorios

6. Mecanismos de control y
7. Espacio físico

Las otras instancias físicas evaluadas que no cumplieron con las especificaciones requeridas fueron:

1. Bordillos
2. Servicio higiénico y
3. Grifería.
4. Barras de apoyo
5. Camillas

3. ¿Cuál es la percepción de los pacientes acerca de la accesibilidad al medio físico en el centro de rehabilitación del hospital Básico Atuntaqui?

La percepción en general es buena. Se halló en promedio un porcentaje de aceptabilidad del 98% de la población en cuanto a accesos, espacios físicos y señaléticas.

La atención y la percepción global tuvo buena valoración en todos los sujetos investigados

Se halló un promedio de percepción regular del 31% de sujetos en promedio en cuanto a camillas y a rampas dentro de la atención destinada a ellos.

4.4 Conclusiones

- Se concluye que los pacientes que acuden al centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui tienen discapacidad física y neurológica recalando que en su mayoría son personas que presentan discapacidad física.
- Las personas que ingresan al centro de rehabilitación presentan las edades en su mayoría adultos mayores de 50 a 59 años, tomando en cuenta que en menor cantidad de pacientes son los que comprenden las edades de 20 a 29; recalando que cada uno tiene ocupación, siendo el más relevante las amas de casa.
- Se ha determinado que las barreras arquitectónicas que se caracterizaron y afectan la accesibilidad en el centro de rehabilitación según las especificaciones de la Norma Técnica Ecuatoriana (NTE INEN 2 239:2000) son: la grifería, servicio higiénico, barras de apoyo, bordillos y camillas.
- El grado de satisfacción de los pacientes acerca del acceso al medio físico en el centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui tiene una valoración de muy buena; lo que quiere decir que, a pesar de las dificultades que presentan al ingresar, están conformes con la estructura arquitectónica que el servicio del hospital presenta.

4.5 Recomendaciones

- Se recomienda que exista una evaluación semestral para valorar la satisfacción de accesibilidad de los pacientes acerca el espacio físico
- Se recomienda realizar evaluaciones de satisfacción a los pacientes para determinar si están de acuerdo con la calidad de atención que ofrece el servicio.
- Se establece que las autoridades deben valorar el espacio físico y la accesibilidad para que puedan adaptar los espacios a las necesidades de cada paciente y brindar un mejor servicio a la comunidad.
- Se recomienda al servicio público una mejor adecuación de los espacios físicos de los hospitales y así no generar más barreras arquitectónicas a los pacientes que presentan algún tipo de discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Asociación Española para la calidad.** Accesibilidad. [En línea] 2016. [Citado el: 01 de 10 de 2016.] <http://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/accesibilidad>.
2. **Organización Mundial de la Salud.** Informe Mundial sobre la discapacidad. [En línea] 2011. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/.
3. **CONADIS.** Información estadística para personas con discapacidad. [En línea] 2016. [Citado el: 12 de 07 de 2016.] <http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadistica/index.html>.
4. **Rosales, José Luis.** Setedis entregó un estudio en Imbabura sobre accesibilidad de las personas con discapacidad. *El Comercio* . 2015 de 05 de 2015.
5. **Asamblea Nacional Ecuador.** *Plan Nacional del Buen Vivir*. Ecuador : s.n., 2013.
6. **Área de Salud N° 2. Atuntaqui. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** Descripción del Área n° 2. [En línea] s/f. <https://salud2atuntaqui.wordpress.com/>.
7. **Cooperación Ciudad Accesible .** Manual de accesibilidad universal . [En línea] 2010. http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2012/06/manual_accesibilidad_universal1.pdf.
8. **SETEDIS.** [En línea] 2015. <http://www.setedis.gob.ec/la-secretaria-tecnica/ejes-estrategicos/accesibilidad-universal/>.
9. **Pulido, Lilian.** DISMINUCIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL ESPACIO PÚBLICO EN ESCENARIOS DEPORTIVOS DE LA CIUDAD DE CALI. [En línea] 2014. <http://www.fadp.edu.co/documentos/produccion/PROYECTO%20INVESTIGACION%202014-1.pdf>.
10. **CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES.** *Plan Nacional de Accesibilidad. Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas.*
11. **Fundación Mapfre.org.** Hospitales. Obstáculos para la deambulaci3n . [En línea] s/f.

https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1030501.

12. **Dirección Nacional de Discapacidades.** Discapacidad. [En línea] s/f. <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-discapacidades/>.

13. **National Joint Committee on Learning Disabilities, .** Learning disabilities and young children: identification and intervention. *LD online*. [En línea] 2 de mayo de 2006.

http://www.ldonline.org/article/Learning_Disabilities_and_Young_Children%3A_Identification_and_Intervention?theme=print.

14. **Organizacion Mundial de la salud.** *Discapacidad y salud*. s.l. : OMS, 2011.

15. **Comisión Nacional de los Derechos Humanos México. .** DISCAPACIDAD - TIPOS DE DISCAPACIDAD. [En línea] 2014. http://www.cndh.org.mx/Discapacidad_Tipos.

16. **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).** *Clasificación de Tipo de Discapacidad*. Salud, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Departamento Federal : s.n., 2014. pág. 13.

17. **Nuñez, Bernadet Hugo.** *discapacidad: lo que todos debemos saber*. s.l. : panamericana, 2006.

18. **Organizacion Mundial de la salud.** Sitio Web OMS. [En línea] Diciembre de 2014. [Citado el: 23 de Abril de 2015.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.

19. **Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud .** Clasificación internacional del funcionamiento de la Discapacidad y la Salud. [En línea] 2001.

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>.

20. **OMS - OPS.** *Clasificación Internacional del Funcionamiento, De La Discapacidad y de La Salud*. Santander : IMERSO, 2014.

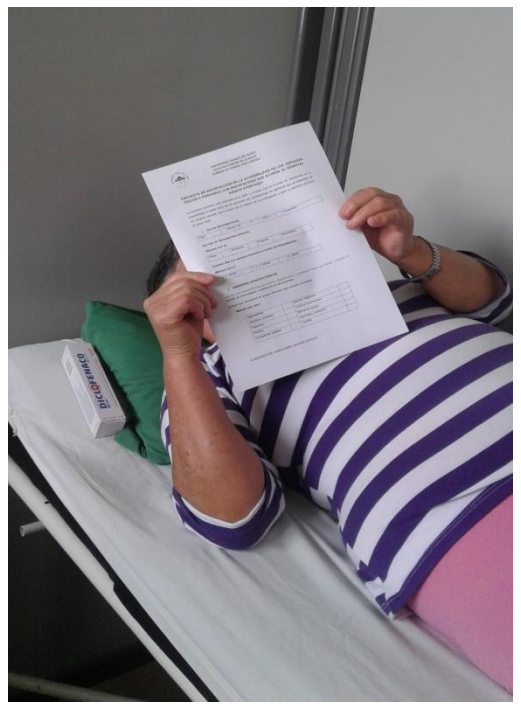
21. **Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador.** Constitución del Ecuador. [En línea] 2008.

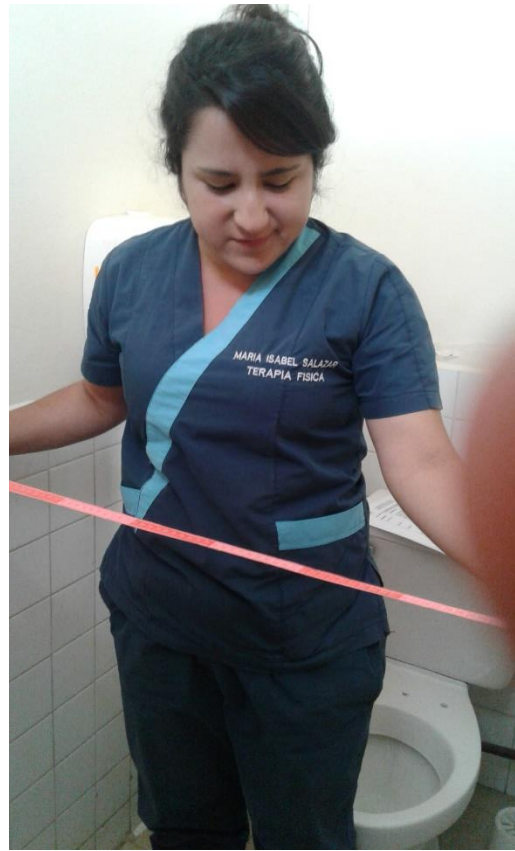
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.

22. —. Ley Orgánica de Discapacidades. [En línea] 2012. http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf.
23. **Gobierno del Ecuador.** Plan Nacional del Buen Vivir. [En línea] 2007. <http://www.buenvivir.gob.ec/>.
24. **Alonso, Fernando.** Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal. [En línea] 2007. http://www.trans.uma.es/pdf/Trans_11/T.15-30.FernandoAlonso.pdf.
25. **Aceldo, M, y otros.** Una revisión actualizada de la situación de los estudiantes con discapacidad en la Universidad. [En línea] 2007. http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_3_esp_7-18.pdf.
26. **Ramírez, Marcela.** LAS DIMENSIONES DE ACCESIBILIDAD EN LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA SEDE RODRIGO FACIO, UN ACERCAMIENTO DESDE LAS PERSPECTIVAS DE DISCAPACIDAD Y GÉNERO. [En línea] 2010. <file:///C:/Users/PORTA/Downloads/Dialnet-LasDimensionesDeAccesibilidadEnLaUniversidadDeCost-4796169.pdf>.
27. **Polo, Tamara y López, Dolores.** Barreras de acceso al medio físico de los estudiantes con discapacidad motora de la Universidad de Granada. . [En línea] 2005. http://investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/7/espanol/Art_7_93.pdf.

ANEXOS

Anexo 1. Fotografías relatorías





Anexo 2. Encuesta de satisfacción de la accesibilidad de los espacios físicos a personas con discapacidad que acuden al Hospital Básico Atuntaqui

La presente encuesta está enfocada para medir y conocer cuál es el grado de satisfacción en la accesibilidad al medio físico de los pacientes con discapacidad; las opiniones que se obtendrán de los usuarios servirán para cumplir con el objetivo de la investigación y para la obtención del título de tercer nivel.

1. DATOS INFORMATIVOS

Edad:	Género: M () F () LGBTI. ()	Ocupación:
-------	--------------------------------	------------

Qué tipo de discapacidad presenta:

(Marque con x)

Física		Sensorial		Psíquica		Neurológica	
--------	--	-----------	--	----------	--	-------------	--

Cuantos días a la semana frecuenta al Centro de Rehabilitación.

(Marque con x)

1 a 2 (DÍAS)		3 a 4 (DÍAS)		5 (DÍAS)	
--------------	--	--------------	--	----------	--

2. BARRERAS ARQUITECTÒNICAS

Las barreras arquitectónicas son trabas, impedimentos u obstáculos físicos que limitan o impiden la libertad de movimientos y autonomía de las personas.

Indique que elementos le causan dificultad para acceder al hospital.

Marque con una x

Agarraderas		Servicio Higiénico	
Bordillos (veredas)		Grifería (lavamanos)	
Pasamos		Barras de apoyo	
Rampa		Dormitorio (cubículo)	
Corredores pasillos		Camilla	

3. PREGUNTAS DE SATISFACCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD A LOS ESPACIOS FÍSICOS DEL HOSPITAL. (Marque con x)

Indique el nivel de satisfacción de la accesibilidad a los espacios asignados a personas con discapacidad que frecuentan el centro de salud, según la escala que se detalla a continuación:

1. DEFICIENTE (D)	2. REGULAR (R)	3. BUENO (B)	4. MUY BUENO (MB)	5. EXCELENTE (E)
------------------------------	---------------------------	-------------------------	------------------------------	-----------------------------

PREGUNTA	1 D	2 R	3 B	4 MB	5 E
P1. Indíquenos su nivel de satisfacción acerca de los espacios físicos asignados para las personas con discapacidad.					
P2. La visibilidad de la señalética del Centro de Rehabilitación le permite acceder a las consultas de manera.					
P3. La comodidad y el confort que brinda el lugar de espera del Centro de Rehabilitación es.					
P4. El acceso asignado para las personas con discapacidad					
P5. Indique si la altura de las barras de apoyo es accesible para las personas con discapacidad.					
P6. El acceso a los bordillos del Centro de Rehabilitación es.					
P7. El acceso a los espacios físicos es adaptado para las personas con discapacidad.					
P8. El espacio de la rampa es adecuado para la movilización de los pacientes.					
P9. El acceso a la grifería y servicio higiénico es adaptado a la altura de los pacientes que presentan alguna discapacidad.					
P10. La accesibilidad al espacio del consultorio de rehabilitación piensa que está acorde a las necesidades de cada paciente.					
P11. Las camillas están acorde con las necesidades y adaptadas a cada paciente que presenta discapacidad.					
P12. Los mecanismos de control están correctamente centralizados en punto de fácil acceso.					
P13. La atención que ha recibido en el centro de rehabilitación es					
P14. Si tuviera que poner una nota global a la accesibilidad de los espacios físicos para las personas con discapacidad ¿qué puntuación le daría?					

“Agradecemos sinceramente su esfuerzo y colaboración”

Anexo 3. Revisión del cumplimiento de la NORMA NTE INEN 2 239:2000 de los espacios físicos del centro de rehabilitación del Hospital Básico Atuntaqui



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

**ENCUESTA DE ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS AL MEDIO FÍSICO
NORMA TECNICA ECUATORIANA INEN**

ELEMENTO	DESCRIPCION	SI	NO
Agarraderas	Las dimensiones de la sección transversal estar definidas por el diámetro 35 mm y 50 mm. La separación libre entre la agarradera y la pared u otro elemento debe ser a 50 mm.	X	
Bordillos	Bordillos de material resistente, de 100 mm de altura. Los bordillos deben tener continuidad en todas las extensiones del desnivel.		X
Pasamos	Los pasamanos deben ser colocados uno a 900 mm de altura, recomendándose la colocación de otro a 700 mm de altura medidos verticalmente en su proyección sobre el nivel del piso terminado	X	
Rampa	El ancho mínimo libre de las rampas unidireccionales será de 900 mm	X	
Corredores pasillos	Deben tener un ancho mínimo de 1 200 mm. Donde se prevea la circulación frecuente en forma simultánea de dos sillas de ruedas, éstos deben tener un ancho mínimo de 1 800 mm.	X	
Servicio Higiénico	una circunferencia de 1 500 mm de diámetro, sin obstáculo al menos hasta una altura de 670 mm, para permitir el paso de las piernas bajo el lavabo al girar la silla de ruedas.		X
Grifería	La grifería y llaves de control del agua, así como los accesorios (toalleros, jaboneras, interruptores, tomacorrientes etc.), deben ubicarse por encima del plano de trabajo, en una zona alcanzable, en un radio de acción de 600 mm.		X

85 mm

1000 mm diámetro
600 mm altura

500 mm

Norma Técnica Ecuatoriana NTE INEN 2 239:2000



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Barras de apoyo	En los cuartos de baño y aseo, las barras de apoyo deben ajustarse al tipo y grado de discapacidad del usuario y a sus características específicas.		X
Dormitorio	Las dimensiones mínimas en espacio de maniobras y de paso del dormitorio individual deben ser de 3 000 mm X 3 100 mm. Es mejor que la proporción del dormitorio sea cuadrada	X	
Camilla	La altura de la cama debe ser de 400 mm, para facilitar la transferencia desde la silla de ruedas.		X
Mecanismos de Control	Sean de iluminación, ventilación extracción de humos, alarmas, etc., deben estar centralizados en un punto de fácil acceso, uno junto a la puerta de entrada a una altura de alcance entre 850 mm y 1 200 mm máximo y el otro junto a la cama dentro de la zona de alcance de 600 mm .	X	
Espacio físico	El espacio físico disponible, definido por sus dimensiones y forma, determina la distribución de los aparatos. Para ello hay que partir de que la ocupación del equipamiento y del mobiliario de desarrollo en la que debe quedar un espacio libre que permita una maniobra de giro de 360°, lo que equivale a una circunferencia de 1 500 mm de diámetro, libre hasta una altura de 700 mm del suelo como mínimo por debajo de los aparatos.	X	

no son
 adaptada

495mm

SUMMARY

Universal accessibility is the condition that environment, processes, goods, products and services, as well as objects, instruments and devices must fulfill to be understandable, usable and viable for everybody, in conditions of safety, comfort and in the most autonomous and natural way. The objective of this research was to evaluate the accessibility to physical environment of persons with disabilities, who are attended in the "Attitude" Rehabilitation Center in the basic Hospital from Atuntaqui and the perception of user's satisfaction. It is a non-experimental, descriptive and qualitative study, it was worked with a sample of 62 disabled people. The results showed that 63% of the population has physical disability and 37% has neurological disability. Most of them are adults between 50 and 59 years old who represented 30%. The percentage of satisfaction is 96% in terms of spaces, physical spaces and signage. 31%, a good response rate was obtained in terms of stretchers and ramps, it was the lowest satisfaction score. The description and analysis of the architectural characteristics of the physical environment of the Rehabilitation Center in the basic Hospital from Atuntaqui are based on the technical specifications of the Ecuadorian Technical Standard (NTE INEN 2 239: 2000) and it was determined that meet with the following specifications: handrails, handles, ramps, corridor hallways, bars of support, bedrooms, control mechanisms and physical space; the evaluated physical elements, which did not meet the required specifications were: curbs, toilets and faucets. The patients' satisfaction degree about the access to the physical environment in the Rehabilitation Centre of the Basic Hospital from Atuntaqui is 66% as very good; which means that, in the despite of observed difficulties, they are satisfied with the architectural structure that the hospital has.

Key words: disability, accessibility, architectural barriers, satisfaction.

