

PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD DERIVADOS DE LAS PRESENCIA DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

Paola Vernaza Pinzón*, Elvia Mireya Castillo**, Doris Edith Vargas***

RESUMEN

Objetivo: Identificar los problemas de accesibilidad en el Hospital Universitario San José de Popayán derivados de la presencia de barreras arquitectónicas. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo en el Hospital Universitario San José de Popayán, julio-diciembre 2005. Para la recolección de la información se utilizó una matriz de asistencia que permitió realizar un chequeo sobre la presencia de barreras arquitectónicas y el porcentaje de accesibilidad. **Resultados:** Las barreras arquitectónicas que se encontraron con mayor frecuencia fueron las puertas de ingreso a la institución, las cuales son poco accesibles en un 85,5%. **Conclusiones:** Los resultados del estudio revelan que la accesibilidad a instituciones de salud se ha convertido en un problema que compete a toda la población, por la gran cantidad de barreras arquitectónicas encontradas desde el mismo acceso a la institución, restringiendo la participación social y el funcionamiento Humano.

Palabras clave: Barreras arquitectónicas, accesibilidad, hospital, discapacidad, Colombia.

ABSTRACT

Objective: to identify the problems of accessibility in the University Hospital San José of derived Popayán of the presence of architectural barriers. **Method:** the carried out study was of observational, descriptive, traverse type, in the areas of external consultation, urgencies, physiotherapy and floors of the University Hospital. For the gathering of the information

Recibido para evaluación: Diciembre 1 de 2005. Aprobado para publicación: Diciembre 27 de 2005

- * Fisioterapeuta, Especialista en Epidemiología General, Profesora Asistente, Departamento de Fisioterapia, Integrante Grupo de Investigación en Movimiento Corporal Humano Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca
- ** Fisioterapeuta, Programa de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca
- *** Estudiante X semestre, Programa de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca

Correspondencia: Paola Vernaza, Departamento de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Cra. 6 No. 14N-02, Popayán, Colombia. Teléfono: +57-2-8234118, Ext. 114. E-mail: pvernaza@unicauca.edu.co

you uses a womb of attendance that allowed to carry out a checkup it has more than enough architectural barriers. **Results:** the study hurls that the architectural barriers but you frequent they were the access doors to the institution like the different dependences. **Conclusions:** the results of the study reveal that the accessibility to institutions of health has become a problem that concerns the whole population, for the great quantity of opposing architectural barriers from the same access to the institution limiting the benefit of the services that he/she offers the Hospital.

Key Words: *Architectural Accessibility, Health Services Accessibility, Disabled Persons, Colombia.*

INTRODUCCIÓN

El acceso a lugares públicos o privados se ha convertido en un problema que compete a todos, no solo a nivel local sino nacional y mundial. Ningún ser humano esta exento de encontrarse con factores contextuales que impidan su libre funcionamiento en los diferentes lugares donde se desenvuelve socialmente.

La Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que todas las personas tienen derecho al libre acceso a los servicios públicos y a la realización económica, social y cultural. (1) Esta afirmación no limita su campo de aplicación a las grandes ciudades, sino que debe extenderse a los asentamientos, comunidades rurales y sitios de interés cultural, histórico, político, económico, social y turístico. De manera que, las propuestas del Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad, incluyen la promoción de medidas eficaces para su participación plena en la vida social, es allí, donde los profesionales de las ciencias de la Salud, las ciencias de la Ingeniería y las Ciencias Políticas confluyen para trabajar en equipo con un propósito común el mejoramiento del movimiento corporal humano como elemento esencial de la calidad de vida de las poblaciones.

Las instituciones que ofrecen servicios de salud reciben un flujo elevado de personas que por diferentes circunstancias deben ingresar a ellas, como es el caso del hospital universitario san José de Popayán al cual, en el año 2004 ingresaron 7 921 personas a la zona de hospitalización y 27 749 personas a consulta externa, razón por la cual se considera importante documentar la presencia de barreras arquitectónicas en las instituciones de salud para que se ofrezca a la población seguridad en materia de accesibilidad.

En materia de accesibilidad existen normas Internacionales en lo que se refiere a la Construcción de Edificios, como es el caso de la normatividad ICONTEC que en su norma ISO/TC 59 presenta la Guía de Diseño de las "Necesidades de las Personas con Discapacidad en Edificios".(2) En la actualidad ISO/IEC Internacional esta realizando el estudio de una Guía para dirigir las necesidades de adultos mayo-

res y personas con discapacidad, en materia de barreras arquitectónicas y accesibilidad con el objetivo de ofrecer una matriz de asistencia, listas de verificación y recursos, aportes importantes para los estudiosos de la discapacidad, accesibilidad y barreras arquitectónicas.(3)

Investigaciones que a nivel Internacional han dado las pautas para una normativa global son los realizados en España donde se realizó un estudio en el cual se destaca que el grado de accesibilidad del entorno condiciona la eficacia y seguridad del desplazamiento independiente de las personas con discapacidad visual(4). Otro estudio en el mismo país logro avances importantes en lo concerniente a medidas de control en la planeación urbanística y otorgamiento de licencia en la construcción de edificaciones.(5)

El único estudio documentado en la región sur occidental de Colombia en materia de accesibilidad, fue el realizado en la ciudad de Cali encontrando que, el 36% de los edificios analizados es poco o nada accesible interiormente, principalmente por la ausencia de alternativas como rampas y ascensores.(6)

Teniendo en cuenta que la falta de accesibilidad es un factor que afecta a la población en general, se hace necesario suprimir y evitar toda clase de barreras arquitectónicas en el diseño y ejecución de los espacios públicos. La resolución 04445 de 1996 del Ministerio de Salud Colombiano dicta normas concernientes a la construcción de edificios y determinan como obligatorio contemplar ciertos servicios y dimensiones mínimas tendientes a integrar a la gente. Adicionalmente la Ley de discapacidad(7) dicta normas en materia de Barreras arquitectónicas y accesibilidad con el objetivo de formar una sociedad integral con iguales derechos. De alguna manera la "Política Publica Nacional en Discapacidad"(8) , permite interiorizar el concepto de discapacidad no como expresión concebida desde el modelo biológico si no, como un problema secundario a una realidad social que involucra el entorno, la sociedad y la cultura. Esta integración social convierte a la discapacidad en un problema individual, familiar y/o social definida por un sin numero de condiciones ambientales, económicas y culturales.

Es entonces importante analizar como la presencia de Barreras Arquitectónicas limita la accesibilidad de los individuos y por ende se constituyen en factores contextuales negativos para el adecuado funcionamiento Humano independientemente de la presencia de deficiencia funcional. (9)

La poca documentación de estudios en materia de barreras arquitectónicas y accesibilidad y teniendo en cuenta las políticas nacionales e internacionales el objetivo de este estudio fue Identificar los problemas de accesibilidad en un Hospital de la Ciudad de Popayán derivados de la presencia de barreras arquitectónicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal se llevo a cabo en el hospital Universitario San José de Popayán, durante el periodo Julio – Diciembre de 2005. Para la presente investigación se realizo una observación directa de la institución de acuerdo a los parámetros generales de barreras arquitectónicas, teniendo en cuenta la normatividad para Colombia: la resolución 04445 de 1996 y la ley 361 de 1997. Para la recolección de la información se utilizo una matriz de asistencia que permitió describir el porcentaje de accesibilidad derivado de la presencia de barreras arquitectónicas. El modelo de matriz utilizada, fue suministrado por el área de Salud Ocupacional de la Universidad del Cauca. Adicionalmente se construyo una lista de chequeo sobre la matriz de asistencia que permitió cuantificar el número de barreras existentes, esta lista de chequeo se formulo con base en las normas existentes. Para cada barrera evaluada se diseño una lista, de manera que para las puertas se chequearon 13 aspectos, para los ascensores 12, para la señalización 6, para las escaleras 8, para los pisos 2, para los baños 7, para los corredores 1, para las rampas 7, para los consultorios 1, para las salas de reanimación 3, para las salas de observación 1, y para las habitaciones 3.

Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se construyo una base de datos en el programa EXCEL de Microsoft Office 2002. Las variables discretas se expresaron en frecuencias y proporciones.

RESULTADOS

El estudio arrojó los siguientes resultados: Tal como se indica en la Tabla 1, la presencia de barreras arquitectónicas para las áreas de Fisioterapia, consulta externa, Hospi-

talización y urgencias la constituyen en un 100% las Puertas de acceso, puertas interiores, señalización y baños. Adicionalmente en el área de Urgencias las rampas presentan barreras arquitectónicas en un 75%. Los ascensores, escaleras y corredores están libres en un 100% de la presencia de barreras arquitectónicas.

En la Tabla 2, se describe el porcentaje de accesibilidad por áreas teniendo en cuenta las barreras existentes. En Fisioterapia, Urgencias y Hospitalización las puertas de acceso no son accequibles en un 85,8%, las puertas interiores no son accequibles en un 60%, mientras que los ascensores de las áreas de Fisioterapia y Hospitalización permiten accesibilidad del 100%. La señalización en las áreas de Fisioterapia, consulta externa, urgencias y Hospitalización hace difícil el acceso a las diferentes dependencias. Las escaleras de las áreas de Fisioterapia, consulta externa y hospitalización no son accequibles en un 25%, mientras que los baños de todas las dependencias evaluadas no son accequibles en un 85,8%. Respecto a las rampas en el área de consulta externa no son accequibles en un 85,8%, en Urgencias en un 71,4% y en el área de Fisioterapia no son accequibles ni permiten accesibilidad porque no existen.

DISCUSIÓN

La accesibilidad -en forma genérica- es la condición que debe cumplir un ambiente, objeto o instrumento para ser utilizable por todas las personas, en forma segura, confortable y de la manera más autónoma posible. La referencia a “todas las personas”, se asocia a una realidad esencial: la diversidad individual, la diversidad contextual y la diversidad de las situaciones, limitaciones o condiciones de cada ser humano durante su proceso vital. La accesibilidad facilita a las personas su movilidad permitiendo que logren llegar a la institución de destino, ingresar, poder utilizar los servicios y poder egresar, es por eso que la accesibilidad debe ser considerada en la generación de los parámetros de diseño de edificios, escuelas, Universidades, Hospitales y Clínicas entre otros.

Investigaciones realizadas por Rimmer y colaboradores, (10) identificaron las barreras arquitectónicas asociadas a la participación de las personas con limitaciones funcionales en programas de salud y recreación, encontrando que el mayor problema de acceso se presentaba en el ingreso a la institución. En el presente estudio se encontró que en la infraestructura física del Hospital Universitario San José el principal problema de acceso al que se enfrenta una persona con o sin alguna limitación lo constituyen en un 100% las puertas principales, las cuales son poco accesibles al ser de

Tabla 1.

Barreras arquitectónicas en las áreas de Fisioterapia, Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización en un Hospital de la Ciudad de Popayán.

| | Presencia de Barreras | | Ausencia de Barreras | |
|-------------------------|-----------------------|-----|----------------------|-----|
| | n | % | n | % |
| FISIOTERAPIA | | | | |
| Puertas principales | 2 | 100 | 0 | 0 |
| Puertas interiores | 12 | 100 | 0 | 0 |
| Consultorios | 2 | 40 | 3 | 60 |
| Ascensores | 0 | 0 | 2 | 100 |
| Señalización | 3 | 100 | 0 | 0 |
| Escaleras | 0 | 0 | 1 | 100 |
| Baños | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Corredores | 0 | 0 | 3 | 100 |
| CONSULTA EXTERNA | | | | |
| Puertas principales | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Puertas interiores | 51 | 100 | 0 | 0 |
| Consultorios | 0 | 0 | 37 | 100 |
| Señalización | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Escaleras | 0 | 0 | 1 | 100 |
| Baños | 6 | 100 | 0 | 0 |
| Corredores | 0 | 0 | 23 | 100 |
| URGENCIAS | | | | |
| Puertas principales | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Puertas interiores | 24 | 96 | 1 | 4 |
| Consultorios | 2 | 40 | 3 | 60 |
| Señalización | 11 | 100 | 0 | 0 |
| Baños | 6 | 100 | 0 | 0 |
| Corredores | 0 | 0 | 5 | 100 |
| Rampas | 3 | 75 | 1 | 25 |
| HOSPITALIZACION | | | | |
| Puertas principales | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Puertas interiores | 82 | 100 | 0 | 0 |
| Ascensores | 0 | 0 | 2 | 100 |
| Señalización | 27 | 100 | 0 | 0 |
| Escaleras | 0 | 0 | 1 | 100 |
| Baños | 41 | 100 | 0 | 0 |
| Corredores | 0 | 0 | 5 | 100 |
| Habitaciones | 0 | 0 | 41 | 100 |

doble hoja, adicionando que uno de sus lados permanece completamente cerrado, para desbloquear el ala de la puerta hay que quitar pestillos arriba y abajo, cuando se abren lo hacen hacia un solo lado y con una apertura limitada. Otro fallo bastante común es la escasa amplitud de las puertas, la norma indica que las puertas principales deben tener un ancho mínimo de 1.20 m y una altura de 2.10m, ser giratorias y deben permitir el fácil acceso a todas las personas.

Nuestro estudio identifico que los baños se constituyen en una barrera arquitectónica que limita la accesibilidad en un 85,8%. En los baños se encontró que la altura de lavamanos e inodoros no son adecuadas según la normatividad existente, adicionalmente, no cumplen con los requerimien-

Tabla 2.

Porcentaje de accesibilidad según barreras existentes en las áreas de Fisioterapia, consulta Externa, Urgencias y Hospitalización.

| | NO ES ACCEQUIBLE % | PERMITE ACCESIBILIDAD % |
|----------------------------|--------------------|-------------------------|
| PUERTAS DE ACCESO | | |
| Fisioterapia | 85,8 | 14,2 |
| Consulta externa | 71,5 | 28,5 |
| Urgencias | 85,8 | 14,2 |
| Área de hospitalización | 85,8 | 14,2 |
| PUERTAS INTERIORES | | |
| Fisioterapia | 60,0 | 40,0 |
| Consulta externa | 60,0 | 40,0 |
| Urgencias | 20,0 | 80,0 |
| Área de hospitalización | 60,0 | 40,0 |
| ASENSORES | | |
| Fisioterapia | 0 | 100 |
| Área de hospitalización | 0 | 100 |
| SEÑALIZACION | | |
| Fisioterapia | 66,66 | 33,33 |
| Consulta externa | 100 | 0 |
| Urgencias | 83,4 | 16,6 |
| Área de hospitalización | 83,4 | 16,6 |
| ESCALERAS | | |
| Fisioterapia | 25 | 75 |
| Consulta externa | 25 | 75 |
| Urgencias | 0 | 0 |
| Área de hospitalización | 25 | 75 |
| BAÑOS | | |
| Fisioterapia | 85,8 | 14,2 |
| Consulta externa 1y 2 piso | 85,8 | 14,2 |
| Urgencias | 85,8 | 14,2 |
| Área de hospitalización | 85,8 | 14,2 |
| RAMPAS | | |
| Fisioterapia | 0 | 0 |
| Consulta externa 1y 2 piso | 85,8 | 14,2 |
| Urgencias | 71,4 | 28,6 |
| Área de hospitalización | 0 | 0 |

tos mínimos para las personas con limitaciones y/o discapacidades y los espacios de ingreso y utilización restringen el movimiento corporal humano. Si se tiene en cuenta la normatividad, las dimensiones mínimas del cuarto del baño son 1.50 m de ancho por 2.00 m de largo con barras de apoyo instaladas a 0.50 m sobre el nivel del piso.

Otro resultado interesante de nuestro estudio fue encontrar que las rampas no se constituyen en facilitadores contextuales del movimiento humano si no, que por el contrario están restringiendo y limitando la participación del individuo por su excesiva pendiente, la falta de espacio para maniobrar y la ausencia de pasamanos para apoyarse. Ninguna de las rampas en el hospital disponía de estos

requerimientos. Fue curioso encontrar que el área de Fisioterapia no contaba con rampas para el desplazamiento de pacientes, usuarios y/o funcionarios.

Esta investigación, al igual que la desarrollada por Junca, (11) deja entrever la realidad actual en las sociedades, con el fin de aportar herramientas que generen políticas y acciones de accesibilidad universal, con miras a un desarrollo económico y social, para facilitar así, la movilidad de todos los seres humanos con o sin limitaciones en la actividad.

El gran aporte que la fisioterapia puede efectuar a la salud, bienestar integral del individuo y las comunidades en campos tan específicos como los problemas de accesibilidad, es realizar trabajos de investigación acerca de la existencia de barreras arquitectónicas en la infraestructura física tanto de instituciones públicas como privadas, las infraestructuras físicas poco o nada accesibles alteran el libre movimiento de las personas, lo que permitirá la formulación de políticas y estrategias de intervención y así garantizar la accesibilidad y calidad de vida de la población.

Una de las grandes limitantes de nuestro estudio fue la escasa documentación en materia de barreras arquitectónicas y accesibilidad, es por esto que esta investigación puede convertirse en un instrumento de gran utilidad local, nacional e internacional a partir del cual las personas y organismos responsables de velar por el cumplimiento de la normatividad vigente, puedan dirigir de forma más eficiente y selectiva todos sus esfuerzos para el mejoramiento de la estructura física de las instituciones permitiendo la accesibilidad de todas las personas, en forma segura, comfortable y de la manera más autónoma posible.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su gratitud al personal administrativo del Hospital Universitario San José de Popayán, y al área de salud Ocupacional de la Universidad del Cauca.

REFERENCIAS

1. **ONU.** Manual de elaboración de información estadística para políticas y programas relativos a personas con discapacidad. New York 1997.
2. Organización Internacional para la estandarización (ISO) [Internet]. Disponible en <http://www.iso.org/iso/en/ISOOnline.frontpage>. Consultado en Octubre de 2005.
3. Mesa Redonda Sobre Accesibilidad Organizada por el BID. Washington D.C. Julio 6 y 7 de 2000.
4. **Martínez, A.** Accesibilidad en el medio físico para personas con ceguera o deficiencia Visual. Documento Técnico. Madrid 1994 Organización Nacional de ciegos españoles.
5. **Rodríguez, R.** Informe estudio sobre barreras arquitectónicas y urbanísticas para deficientes visuales. En: Actas 6 conferencia Internacional de Movilidad. Madrid. 1991, I: 184-217.
6. Universidad del Valle [Internet]. Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/informes/noviembre97/boletin53/laciudad.html>. Consultado Junio del 2005.
7. Ley 361/97. Ley de Discapacidad. Información legislativa [Internet]. Disponible en: www.secretariasenado.gov.co consultado mayo del 2005.
8. Consejo Nacional de Política Económica y social -Documento CONPES SOCIAL. Política Pública Nacional de Discapacidad. Julio 2004. Departamento Nacional de Planeación. Republica de Colombia.
9. **Álvarez E.** Segundo Congreso Virtual- "Integración sin Barreras en el siglo XXI. Ponencia Normalización Internacional Como soporte técnico de la accesibilidad. Uruguay 2002 .
10. **Rimmer JH, Riley B, Wang E, Rauworth A, Jurkowski J.** Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *Am J Prev Med* 2004; 26(5):419-25.
11. **Junca U, Jose A.** Universal access. A necessity of the 21st Century society. *Rev Enferm* 2004; 27(4):50-7, 59-60.