

11222 35



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS BARRERAS
ARQUITECTONICAS EN INSTITUCIONES DEL
TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE
MEXICO

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA

DE REHABILITACION

P R E S E N T A :

DR. ALEJANDRO MEDINA . SALAS

DIF

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. ALEJANDRO MEDINA SALAS
RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN
AUTOR

DRA. CECILIA RUIZ LOZANO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA
ASESORA

DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA
DIRECTORA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN ZAPATA
TITULAR DEL CURSO

AGRADECIMIENTO

DRA. GUADALUPE HUICOCHEA CRUZ

JEFE DEL SERVICIO DE REHABILITACION

I.S.S.S.T.E. HOSPITAL REGIONAL IGNACIO ZARAGOZA

DEDICATORIA

A DIOS Por ser generoso conmigo

A MI MADRE Por estar siempre conmigo, apoyandome en todo lo que emprendo

A MI FAMILIA Por su apoyo en todo momento

CECILIA Y MIRIAM Mis hermanas, por darme fuerzas para continuar adelante

Alejandro, Ericka, Olívia y Mónica Por ser mis amigos y creer en mí

A MIS MAESTROS Por sus enseñanzas, consejos y entrega

A MIS COMPAÑEROS De la especialidad, especialmente a **Marcela**

AL S.N.D.I.F. Por permitirme cumplir una meta en mi vida profesional

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN..	1
ANTECEDENTES	3
MARCO DE REFERENCIA	8
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS...	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..	13
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.	13
UNIVERSO DE ESTUDIO	13
TAMAÑO DE LA MUESTRA.	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	13
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	13
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	13
METODOLOGÍA.....	14
MATERIAL	15
RESULTADOS...	16
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	37
ANEXOS	39
BIBLIOGRAFÍA.....	59

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN LAS INSTITUCIONES DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de las sociedades, la actitud de los hombres ante otros hombres física, mental o económicamente desvalidos ha cambiado de forma o de modalidad, pero siempre ha sido injusta y en ocasiones cruel. El discapacitado físico, intelectual o sensorial es tratado por la familia o la sociedad con actitudes de sobreprotección y/o rechazo lo que le impide toda independencia para actuar libremente, negándole todo derecho a participar en su entorno (12). En la actualidad las personas con discapacidad representan el grupo minoritario más numeroso del mundo, en el año de 1990 había 500 millones de personas con algún grado de discapacidad, y se estima que para el año 2000, habrá 600 millones de personas, considerando que existen 4 integrantes por cada familia (8,9,18). Entre las principales causas para el incremento de personas con discapacidad se encuentra el aumento del promedio de vida de la población, debido a los cuidados médico-quirúrgicos y el avance de la tecnología; los cuales al prevenir la muerte han dado lugar al incremento en la esperanza de vida y al aumento de padecimientos crónicos degenerativos con sus respectivas secuelas. Según la encuesta Nacional de Salud en el año de 1988, se incrementó en forma considerable la prevalencia de accidentes, cuya cifra mayor se encuentra reflejada en el período de edad más productivo del ser humano (10).

La rehabilitación significa salvar la brecha entre "la hospitalización y el trabajo" o entre "ser dependiente o ser útil", y tiene como propósito fundamental aprovechar al máximo las capacidades residuales de las personas con discapacidad para que sean útiles a sí mismas y a la sociedad, mediante acciones médicas, educacionales, laborales y recreativas (7,8) La Integración de las personas con discapacidad es un proceso difícil, complejo y lento, tanto para estas personas como para sus familias y las organizaciones que han formado. Estas organizaciones han venido exigiendo equidad en las oportunidades y una respuesta integral del Estado Mexicano para satisfacer sus necesidades y lograr su plena incorporación al desarrollo del país. Una persona con discapacidad se convierte en una persona con minusvalía cuando en su entorno no existen las facilidades que le permitan estar en igualdad de circunstancias y acceder a las mismas oportunidades que tienen los demás miembros de la sociedad.

Para lograr la equidad y la incorporación al desarrollo no bastan las medidas de rehabilitación, sino que se requiere de un gran esfuerzo para transformar actitudes y derribar barreras que impiden la integración de las personas con discapacidad a la sociedad, se requiere el fortalecimiento de la unidad de la familia como el fundamento para arraigar los valores de integración (17)

ANTECEDENTES

A partir de la segunda guerra mundial, por el enorme problema que significó el saldo de soldados y población civil discapacitada, la sociedad comenzó a valorar la necesidad de incorporarlos a la economía la cual se encontraba tremendamente comprometida por los efectos de la guerra. Desde entonces se insiste en la necesidad de rehabilitar médicamente a las personas con discapacidad haciendo hincapié fundamentalmente, en los jóvenes mutilados y en los que sufrieron accidentes de trabajo, es decir en la parte de la sociedad que podría volver a ser productiva, por lo que se realizaron los primeros programas de rehabilitación médica contando con el apoyo de radiodifusoras, empresas televisoras y medios escritos de comunicación (12,16,30)

En las diferentes sociedades el concepto de discapacidad ha evolucionado de diversas maneras, pero de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la discapacidad es **“Cualquier restricción o impedimento de una función o actividad ocasionados por una deficiencia, en la forma o dentro del ámbito considerado normal por el ser humano”** Las personas con necesidades especiales son aquellas que requieren de consideraciones al diseñar y construir inmuebles, equipo y/o mobiliario, se incluyen a personas ancianas, con discapacidad, convalecientes, enfermos, mujeres embarazadas, niños y personas acompañadas por niños pequeños

El concepto de Minusvalía es una **“Incapacidad que constituye una desventaja para una persona, en cuanto limita o impide el cumplimiento de una**

función que sería normal para la persona según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales” (11,12,13)

La Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.) nombró a 1981 como “El año Internacional de Personas con Discapacidad”, cuyo programa más importante fue el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su trigésimo séptimo período de sesiones el 3 de diciembre de 1982. En 1994 la Asamblea General de Naciones Unidas aprueba la resolución acerca de las “Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”. Estas normas señalan que es responsabilidad de los estados adoptar medidas adecuadas para eliminar obstáculos y en ese proceso las personas con discapacidad y las personas que las representan deben desempeñar una función activa como copartícipes (17,18)

En los países industrializados o del primer mundo se ha visto un avance importante en la legislación y normas para personas con discapacidad. Uno de estos países son los Estados Unidos de Norteamérica, donde en su constitución promulgada en 1788 se incluía un rubro sobre las personas con discapacidad (29). En el año 1916 aunque no se considera una legislación para personas discapacitadas se incluan varios puntos que fueron marco de referencia para la actual legislación. En 1961 la Asociación Americana de Discapacitados publicó las medidas para el diseño y construcción de edificios públicos. En 1990 se retoma el rubro de discapacitados haciendo mención que se ha incrementado el número de éstas personas por el aumento de la esperanza de vida, lo que implica aumento en la limitación para sus actividades diarias así como para laborar. Se enfatiza básicamente en 13 puntos para

integrar a las personas con discapacidad siendo tarea del médico rehabilitador, terapeuta ocupacional, físico y del lenguaje entre otros profesionales el mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad (21,22,23,27,28,31,32)

En la República Federal Alemana, se realizaron preparativos para el "Año Internacional de Personas con Discapacidad", estableciéndose la "Comisión Nacional para el año Internacional de los Discapacitados" la cual incluía representantes de gobierno, de asociaciones y grupos de trabajo, todos ellos comprometidos en proporcionar asistencia a discapacitados. El objetivo principal fue lograr la participación plena e igualdad del discapacitado (33)

En lo que respecta a nuestro país, se han observado cambios a partir del "Año Internacional de los Discapacitados", ya que se creó una verdadera Red Nacional de Personas con Discapacidad. Se han formado organizaciones para modificar las barreras mentales, sociales y arquitectónicas existentes. Las instituciones de salud, seguridad y asistencia social han desarrollado programas de prevención de discapacidad, rehabilitación médica y laboral, sin embargo estas acciones no han tenido la debida continuidad ni la cobertura a las zonas suburbanas y rurales del país (2,3,4,5,6)

Las Instituciones de Educación Pública han llevado a cabo importantes programas de educación especial, pero que requieren actualizarse con una nueva visión que marque la integración de los niños con discapacidad a las escuelas de educación regular (17).

En el sector laboral se realizan importantes acciones para capacitar e integrar en empleos remunerados a las personas con discapacidad. Sin embargo no existe

equidad en las oportunidades de acceso al trabajo incluso para personas que han destacado por sus habilidades, eficiencia y profesionalismo. En este rubro el Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia conjuntamente con empresas privadas tienen programas para incorporarlos al sistema productivo del país (14,15,17). Uno de los avances más notables, fue la creación de la Norma Oficial Mexicana (NOM-001-SSA2-1993) emitida por la Secretaría de Salud y actualizada por el Comité de Solidaridad con el Discapacitado en donde se establecen los requisitos arquitectónicos con el propósito de facilitar el acceso de las personas con discapacidad a los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud (1). En 1990 se promulgó el Reglamento para la Atención de Discapacitados en el Distrito Federal por la Asamblea de Representantes del Distrito Federal (4). Se modificó el Artículo 450 del Código Civil. Se realizó la "Primera Jornada Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad". Se creó el Fondo de Coinversión Social "Discapacitados en Solidaridad" y su apoyo irrestricto para la promoción de Leyes de Integración Social en varios estados como. Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Durango, Jalisco y Nuevo León (17). Con el propósito de dar seguimiento a lo anteriormente mencionado, se creó en la Cámara de Diputados la Comisión de Atención a Personas con Discapacidad, la 3a Asamblea de Representantes del D.F. y la Comisión Nacional de Atención a grupos Vulnerables. En la actual legislación el 28 de diciembre de 1994 se modificó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39 que se refiere a la competencia de la Secretaría de Salud, modificando su fracción XXIII en donde se estipula. "Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales,

públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención atención y tratamiento de las personas con discapacidad”(10) En mayo de 1995 se emitió el **Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad**, concebido por la Comisión Nacional Coordinadora (CONVIVE), el cual tiene como objetivo primordial "Promover la integración social de las personas con discapacidad y su incorporación a la sociedad, a fin de garantizar el pleno respeto y ejercicio de sus derecho humanos, políticos y sociales, la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso a los servicios de salud, educación, capacitación, empleo, cultura, recreación, deporte e infraestructura que permita la movilidad, el uso del transporte y todo lo que contribuya al bienestar y mejora de la calidad de vida, así como a la difusión de la nueva cultura de la integración social basada en el respeto y en la dignidad, considerando que la participación plena de las personas con discapacidad enriquecen a la sociedad en su conjunto y fortalecen los valores y la unidad de la familia (17) En este **Programa Nacional** se contemplan 8 subprogramas, de acción de los cuales solo 2 se incluirán para está investigación.

1) SALUD, BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL Tiene como objetivo general promover la salud y prevenir la discapacidad, ampliar la cobertura de los servicios de rehabilitación, optimizando la capacidad instalada de los centros de rehabilitación.

2) ACCESIBILIDAD, TELECOMUNICACIONES Y TRANSPORTE Su objetivo general es transformar y adaptar la infraestructura urbana para garantizar el libre tránsito y el acceso a todos los espacios y edificios públicos Promover el uso de

medios y tecnologías para la transmisión de mensajes dirigidos a las diversas discapacidades. Además de facilitar el transporte público a las personas con discapacidad.

La **ACCESIBILIDAD** se refiere a las facilidades de las personas para poder llegar, hacer uso de las instalaciones y desarrollar las actividades que les sean necesarias.

Una **BARRERA FÍSICA** es cualquier elemento que se interpone a que una persona tenga accesibilidad o que no pueda hacer uso de las instalaciones o del desarrollo de actividades habituales que se realizan en un lugar específico.

La gran mayoría de barreras son de tipo **ARQUITECTÓNICO**, pero no todas, por lo cual se debe emplear el término de barreras físicas (8)

MARCO DE REFERENCIA

En nuestro país la discapacidad se asocia con bajas condiciones de bienestar, como la ignorancia, la pobreza extrema, la marginación social, la mal nutrición, el analfabetismo, el crecimiento acelerado de la población y su dispersión en el territorio nacional, lo que restringe la prestación de los servicios sanitarios.

Existen diferentes porcentajes de discapacidad, y se mencionan a continuación:

Discapacidad por secuelas músculo esqueléticas	53%
Discapacidad en la comunicación humana	18%
Ceguera y debilidad visual	9%
Deficiencia mental	20%

medios y tecnologías para la transmisión de mensajes dirigidos a las diversas discapacidades. Además de facilitar el transporte público a las personas con discapacidad.

La **ACCESIBILIDAD** se refiere a las facilidades de las personas para poder llegar, hacer uso de las instalaciones y desarrollar las actividades que les sean necesarias.

Una **BARRERA FÍSICA** es cualquier elemento que se interpone a que una persona tenga accesibilidad o que no pueda hacer uso de las instalaciones o del desarrollo de actividades habituales que se realizan en un lugar específico.

La gran mayoría de barreras son de tipo **ARQUITECTÓNICO**, pero no todas, por lo cual se debe emplear el término de barreras físicas (8)

MARCO DE REFERENCIA

En nuestro país la discapacidad se asocia con bajas condiciones de bienestar, como la ignorancia, la pobreza extrema, la marginación social, la mal nutrición, el analfabetismo, el crecimiento acelerado de la población y su dispersión en el territorio nacional, lo que restringe la prestación de los servicios sanitarios.

Existen diferentes porcentajes de discapacidad, y se mencionan a continuación:

Discapacidad por secuelas músculo esqueléticas	53%
Discapacidad en la comunicación humana	18%
Ceguera y debilidad visual	9%
Deficiencia mental	20%

Acorde a las estadísticas que se tiene en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, del 48% al 52% de estas personas tienen menos de 1 año de edad (8,15,17)

En nuestro país se han realizado algunos estudios encaminados a realizar diagnósticos de las barreras físicas o arquitectónicas pero podemos mencionar los hechos por las Dras. Avendaño y Valencia en 1996 donde describieron las barreras existentes tanto en **SALAS DE CINE** como en **TIENDAS DE AUTOSERVICIO** de la Ciudad de México respectivamente y la Dra Aguirre en 1997 en **BIBLIOTECAS PUBLICAS** del D.F. demostrando en las investigaciones la presencia de barreras físicas y arquitectónicas que limitan la utilización de los inmuebles (6,7,41).

Cabe hacer mención que en los hospitales de los Estados Unidos de Norteamérica una de las barreras físicas más importantes son los baños, ya que se encuentran en menos de 10% con adecuaciones necesarias para ser utilizados por las personas con discapacidad, (19,20,24,25,26,32,34).

La Organización Mundial de la Salud (O M S) define la salud como "Un estado de completo bienestar biológico, Psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedad". En 1978 se llevo a cabo en Alma Ata una reunión internacional donde se define a la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia para alcanzar la SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" (35,38)

La atención médica es uno de los servicios básicos de un programa integrado a la salud. La O.M S considera a la atención médica "El conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familias los recursos del diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno, de la

rehabilitación, de la prevención médica y del fomento de la salud" (39). Para atender los problemas de salud de la población Los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención, en orden decreciente de complejidad, son dinámicos y cambian con el tiempo, pudiendo expandirse o contraerse Las acciones de los mismos son a favor de la salud y de los recursos específicos con que cuenta el Sistema Nacional de Salud (36) Habitualmente se consideran tres niveles de atención médica:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Es el más importante por la magnitud de las necesidades de salud, por ser el sitio de entrada de un sistema y por coordinar todas las acciones, en él se previenen, tratan y curan padecimientos crónicos, su enfoque es integral y forma parte de la atención primaria a la salud, en él los recursos deben estar debidamente integrados basándose en las necesidades del individuo, la familia y/o la comunidad Todo esto señala que los servicios médicos deben planearse a partir de la base y no del vértice y que los pacientes deben recibir tratamiento lo más cerca a su domicilio

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN Por lo general se otorga consulta a pacientes referidos del primer nivel de atención. Se identifica con servicios de consulta externa y hospitalización general, en los que se encuentran médicos generales y/o especialistas Su enfoque no es integrador, es en función de individuos, órganos, aparatos o sistemas aislados.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN Se identifica con la atención médica especializada y con los problemas de salud que requieren solución quirúrgica o la participación de los servicios altamente tecnificados En este nivel de atención se llevan a cabo

actividades de docencia e investigación Requiere de valoración del segundo nivel de atención excepto para el servicio de Urgencias

Acorde a la Norma Oficial Mexicana No. 90 la **Rehabilitación** es una especialidad que debe estar localizada en los tres niveles de atención para prevenir, curar y corregir secuelas en la medida de lo posible (40).

JUSTIFICACION

La Ciudad de México cuenta con mas de 20 millones de habitantes, de los cuales según la O.M.S. el 10% presenta algún tipo de discapacidad y al menos 1 vez al año acuden a los servicios de salud

Con el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, surge la necesidad de informar a la población sobre los avances en materia de accesibilidad y servicios de salud para las personas con discapacidad

El presente estudio se enfoca a realizar un diagnóstico situacional de las barreras arquitectónicas en las instituciones del tercer nivel de la Ciudad de México para conocer la accesibilidad para las personas con discapacidad a estos edificios públicos con el fin de difundir entre las autoridades competentes las necesidades reales de cada inmueble.

Debido a los diferentes tipos de discapacidad existente y en concordancia con los requerimientos mínimos que deben existir para suplir las deficiencias de cada una de ellas, es necesario considerar los siguientes elementos: rampas, puertas, pasillos,

actividades de docencia e investigación Requiere de valoración del segundo nivel de atención excepto para el servicio de Urgencias

Acorde a la Norma Oficial Mexicana No. 90 la **Rehabilitación** es una especialidad que debe estar localizada en los tres niveles de atención para prevenir, curar y corregir secuelas en la medida de lo posible (40).

JUSTIFICACION

La Ciudad de México cuenta con mas de 20 millones de habitantes, de los cuales según la O.M.S. el 10% presenta algún tipo de discapacidad y al menos 1 vez al año acuden a los servicios de salud

Con el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, surge la necesidad de informar a la población sobre los avances en materia de accesibilidad y servicios de salud para las personas con discapacidad

El presente estudio se enfoca a realizar un diagnóstico situacional de las barreras arquitectónicas en las instituciones del tercer nivel de la Ciudad de México para conocer la accesibilidad para las personas con discapacidad a estos edificios públicos con el fin de difundir entre las autoridades competentes las necesidades reales de cada inmueble.

Debido a los diferentes tipos de discapacidad existente y en concordancia con los requerimientos mínimos que deben existir para suplir las deficiencias de cada una de ellas, es necesario considerar los siguientes elementos: rampas, puertas, pasillos,

elevadores, escaleras, mostradores, regaderas, señalizaciones, pisos y baños públicos entre otros

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la accesibilidad existente para las personas con discapacidad a las Instituciones del tercer nivel de atención en la Ciudad de México

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el diagnóstico situacional en las Instituciones del tercer nivel de atención en la Ciudad de México.
- Identificar las principales barreras arquitectónicas existentes en las Instituciones del tercer nivel de atención en la ciudad de México por institución
- Determinar cuales son las principales facilidades de acceso a las Instituciones del tercer nivel de atención en la Ciudad de México
- Dar a conocer los resultados a las instituciones donde se elaboró el presente estudio.

elevadores, escaleras, mostradores, regaderas, señalizaciones, pisos y baños públicos entre otros

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la accesibilidad existente para las personas con discapacidad a las Instituciones del tercer nivel de atención en la Ciudad de México

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el diagnóstico situacional en las Instituciones del tercer nivel de atención en la Ciudad de México.
- Identificar las principales barreras arquitectónicas existentes en las Instituciones del tercer nivel de atención en la ciudad de México por institución
- Determinar cuales son las principales facilidades de acceso a las Instituciones del tercer nivel de atención en la Ciudad de México
- Dar a conocer los resultados a las instituciones donde se elaboró el presente estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya que las barreras arquitectónicas limitan el acceso a personas con discapacidad a las construcciones públicas en la Ciudad de México, entonces los hospitales del tercer nivel tienen barreras arquitectónicas que impiden la utilización de sus instalaciones para personas con discapacidad

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

El estudio es descriptivo, prospectivo, transversal y observacional

UNIVERSO DE ESTUDIO

Instituciones del tercer nivel de atención en la Ciudad de México.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

29 Instituciones del tercer nivel de atención en la Ciudad de México.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Instituciones del tercer nivel de atención en la Ciudad de México

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Instituciones del tercer nivel de atención que no se ubiquen en la Ciudad de México.

Instituciones del tercer nivel de atención privados

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Instituciones del tercer nivel de atención que por alguna razón no permitan realizar la evaluación dentro de sus instalaciones

Instituciones del tercer nivel de atención que no estén funcionando.

METODOLOGÍA

Se tomará una muestra representativa de las instituciones del tercer nivel de atención de salud en la Ciudad de México que integran el Sistema Nacional de Salud (37) (Anexo 1) Se acudirá a cada Institución seleccionado, presentando una carta de presentación (Anexo 2) dirigida al Director de la institución en donde se explicaran los objetivos del estudio y el procedimiento del mismo, asimismo se notificara los días en que se acudirá al inmueble una vez que se apruebe la solicitud y se evaluarán los siguientes elementos.

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1) Accesos | 2) Circulación |
| 3) Atención al público | 4) Teléfonos |
| 5) Sala de espera | 6) Vestidores (Sala de Radiología) |
| 7) Sanitarios públicos | 8) Hospitalización |
| 9) Elevadores | 10) Rampas |
| 11) Escaleras | 12) Estacionamiento (Cajón) |
| 13) Comedor (Trabajadores) | 14) Auditorio |
| 15) Señalizaciones | |

Se utilizo para la evaluación un cuestionario basado en la N.O.M. 001-SSA2-1993 Criterios de Diseño del ISSSTE y Elementos de apoyo para el Discapacitado Físico del IMSS (Anexo 3) Al terminar la investigación, se recopilaron los datos y se tuvieron porcentajes a cada reactivo, con lo que se estableció el diagnóstico situacional de los hospitales del tercer nivel de atención en la Ciudad de México, tanto

en forma individual como por institución, además de conocer cual de los elementos utilizados es el que se encuentra como barrera principal para las personas con discapacidad

MATERIAL

RECURSOS HUMANOS

1 Médico residente del tercer año de la especialidad de Medicina de Rehabilitación

1 Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación

RECURSOS MATERIALES

29 Cuestionarios para evaluar ELEMENTOS arquitectónicos

29 Oficios dirigidos a los Directores de cada institución

1 Goniómetro

1 Cinta métrica

1 Cinta metálica

2 lápices, gomas, sacapuntas

1 Computadora con impresora.

200 hojas blancas

RECURSOS FINANCIEROS

Subsidiados por el Médico Residente becario del Sistema Nacional Para el Desarrollo

Integral de la Familia

en forma individual como por institución, además de conocer cual de los elementos utilizados es el que se encuentra como barrera principal para las personas con discapacidad

MATERIAL

RECURSOS HUMANOS

1 Médico residente del tercer año de la especialidad de Medicina de Rehabilitación

1 Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación

RECURSOS MATERIALES

29 Cuestionarios para evaluar ELEMENTOS arquitectónicos

29 Oficios dirigidos a los Directores de cada institución

1 Goniómetro

1 Cinta métrica

1 Cinta metálica

2 lápices, gomas, sacapuntas

1 Computadora con impresora.

200 hojas blancas

RECURSOS FINANCIEROS

Subsidiados por el Médico Residente becario del Sistema Nacional Para el Desarrollo

Integral de la Familia

RESULTADOS

Se realizó la evaluación de accesibilidad en inmuebles de salud en el tercer nivel de atención, en la Ciudad de México conforme a la N.O M 001 S S A2 1993. (NT No. 345), Del primero de marzo al primero de agosto de 1998 conforme a la metodología expuesta anteriormente. Acudiendo a 29 instituciones comprendiendo Centros, Clínicas, Hospitales e Institutos de Salud, obteniéndose los siguientes resultados

1 De las 29 instituciones programadas solamente 16 aceptaron (55.1%) y NO aceptaron 13 (44.9)

2 De las instituciones que NO permitieron la evaluación fueron

I.M.S.S Centro Médico Nacional Siglo XXI (cuatro hospitales)

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación (Norte, Centro, Siglo XXI)

S.S.A Instituto Nacional de Ortopedia

Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación

P.E.M.E.X Central Sur de Alta Especialidad

Central Norte de Concentración Nacional.

S.D.N. Hospital Central Militar

A.M. Centro Médico Naval

3 De las instituciones que permitieron la evaluación se encuentran

I.M.S.S Centro Médico Nacional La Raza

S.S.A. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Hospital Juárez de México

Hospital General de México

I S S S T E. Centro Médico 20 de Noviembre

Hospital Regional 1º De Octubre

Hospital Regional Ignacio Zaragoza

Clínica de Medicina Física y Rehabilitación

S N D I F Centro de Rehabilitación Zapata

Centro de Rehabilitación y Educación Integral "Iztapalapa"

Centro de Rehabilitación "Tlazocihualpilli"

Instituto Nacional de Rehabilitación de niños ciegos y débiles visuales

4 De los inmuebles que cuentan con mejores adecuaciones se encuentran: Hospital Juárez de México (S S A.) con 32.5%, seguido del Centro de Rehabilitación y Educación Especial Iztapalapa (S N.D.I.F) y la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación (I.S S S T E) con un 32.4%

5. De los inmuebles que cuentan con menos adecuaciones podemos referir: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (S S A) con 24.6%, Hospital de Gineco-Obstetricia 3-A (I.M.S S) con 26.4% y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (S.S A.) con 26.3%

6 De forma global se puede mencionar que la institución que cuenta con más adecuaciones es el I S S T E con 30 5%, seguida del S.N.D I F con 30 3%, en tercer lugar el I M S S con 28.9% y por último la S.S A. con 27 6%.

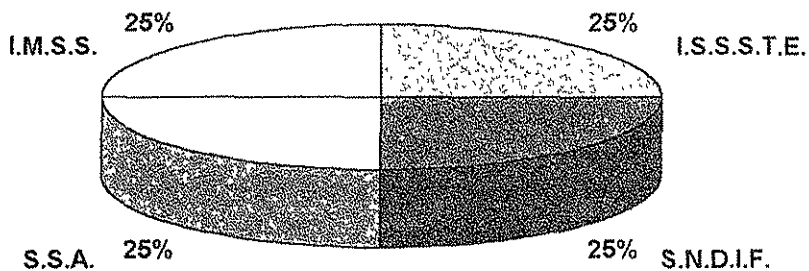
7. El sistema de salud en su tercer nivel de atención en la Ciudad de México cuenta con el 29 2% de adecuaciones, 33 8% inadecuadas y no existe en un 37%

8. Los accesos a inmuebles es adecuada en 42%, Las salidas de emergencia son adecuadas en el 25%, la circulación en los inmuebles es adecuado en 33%, el modulo de atención al publico es adecuado en el 56%, el teléfono publico es adecuado en el 19%, las salas de espera son adecuadas solamente en el 4%, la hospitalización es adecuada en el 29%, los elevadores son adecuados en el 29%, los vestidores son adecuados en el 3%, los sanitarios públicos son adecuados en el 29%, las rampas son adecuadas en el 47%, las escaleras son adecuadas en el 41%, los comedores (trabajadores) son adecuados en el 32%, los estacionamientos son adecuados en el 23%, en auditorios no existen las adecuaciones y con lo que respecta a las señalizaciones son adecuadas en el 15%

DISTRIBUCIÓN POR INSTITUCIÓN

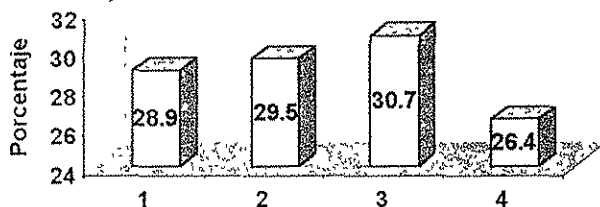
SITUACIÓN INSTITUCIÓN	ACEPTARON	RECHAZARON	TOTAL
I.M.S.S	4	7	11
S.S.A	4	2	6
I.S.S.S.T.E	4	0	4
S.N.D.I.F	4	0	4
A.M	0	1	1
S.D.N	0	1	1
P.E.M.E.X.	0	2	2
TOTAL	16	13	29

**PORCENTAJE DE INSTITUCIONES
QUE ACEPTARON PARTICIPAR EN EL
ESTUDIO**

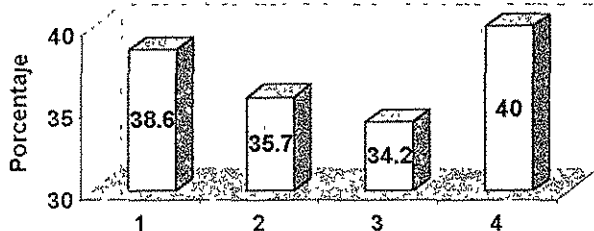


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

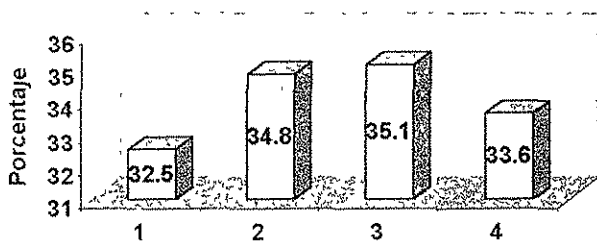
ELEMENTOS ADECUADOS EN LOS INMUEBLES DEL I.M.S S



ELEMENTOS INADECUADOS EN LOS INMUEBLES DEL I.M.S.S.



ELEMENTOS NO EXISTENTES EN INMUEBLES DEL I.M.S.S.

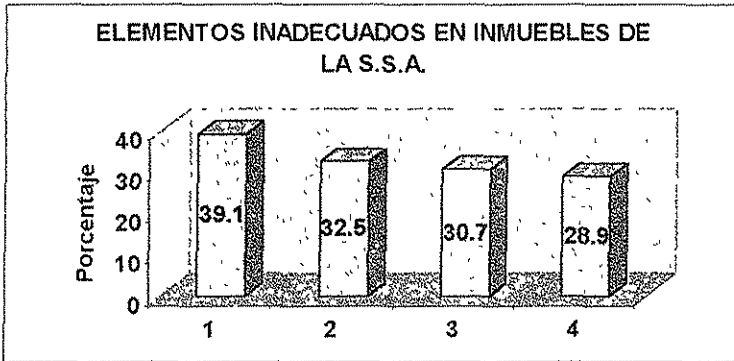
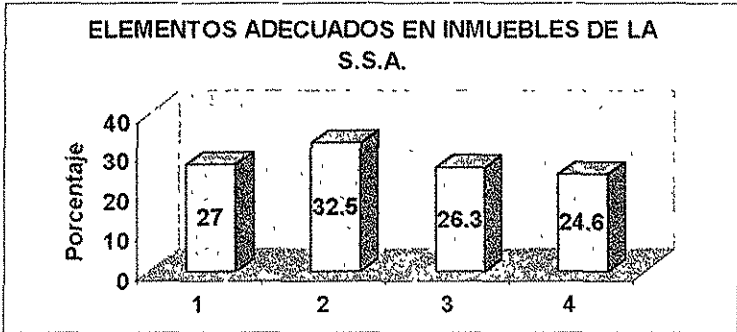


I M S S

**C.M.
"La Raza"**

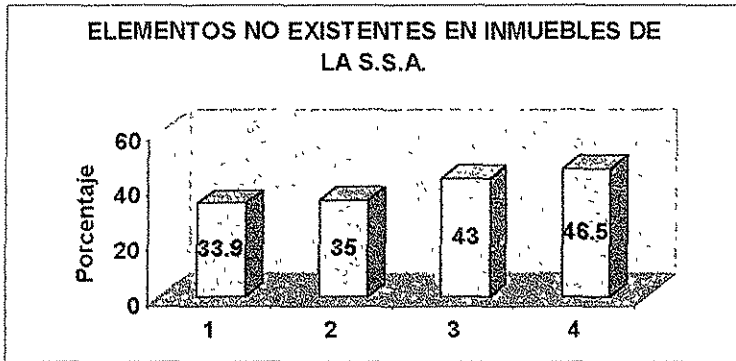
- 1) Infectología
- 2) General
- 3) Especialidades
- 4) Gineco -
Obstetricia -
3 - A

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

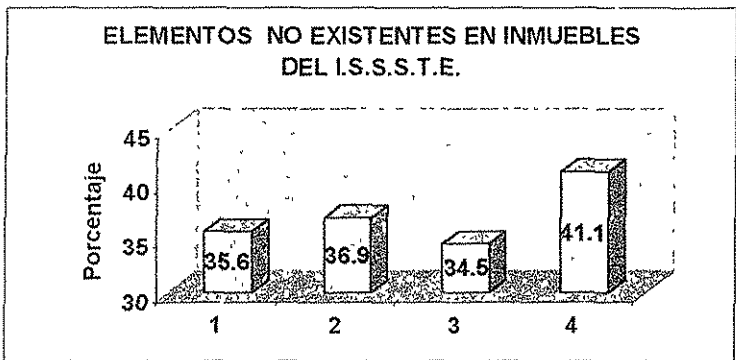
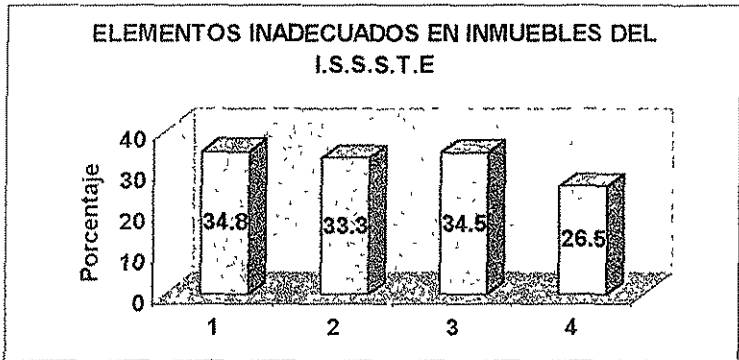
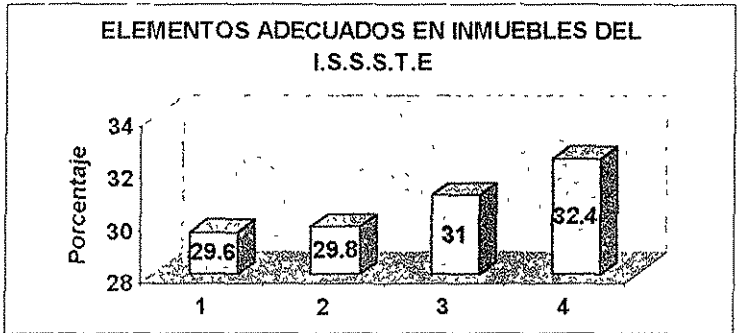


S.S.A.

- 1) H G México
- 2) H Juárez
- 3) INN y N
- 4) INER

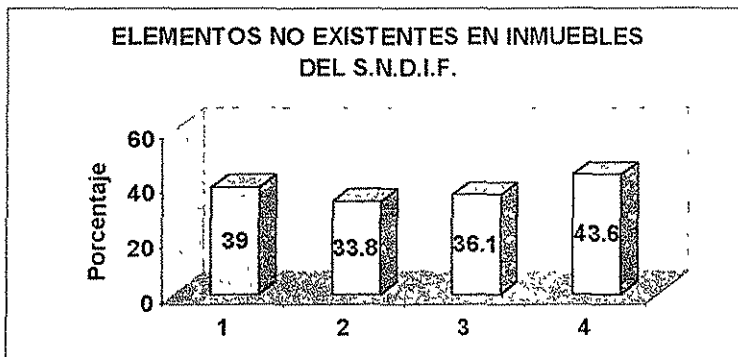
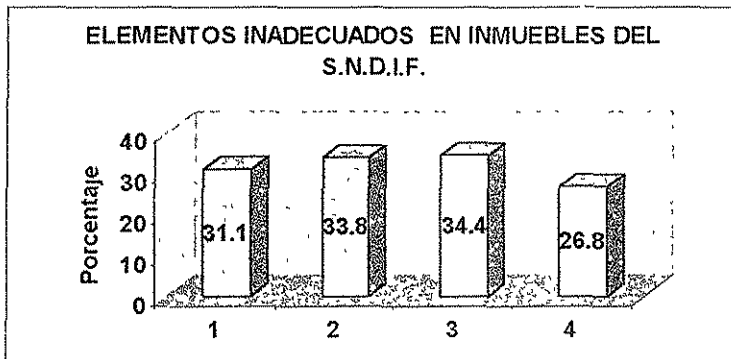
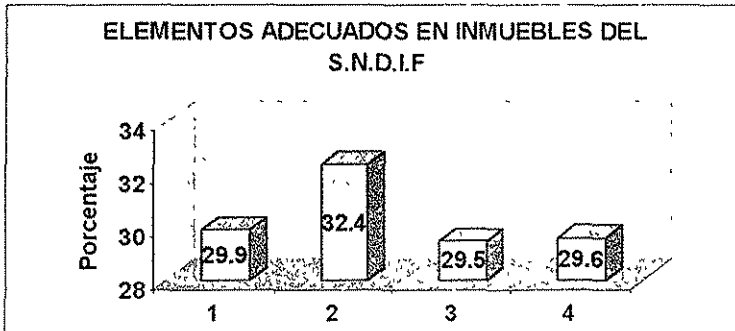


TESIS CON FALLA DE ORIGEN



- I.S.S.S.T.E.**
- 1) HR "Ignacio Zaragoza"
 - 2) CMN "20 de Noviembre"
 - 3) HR "1o de Octubre"
 - 4) Clínica de Medicina Física y Rehabilitación

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

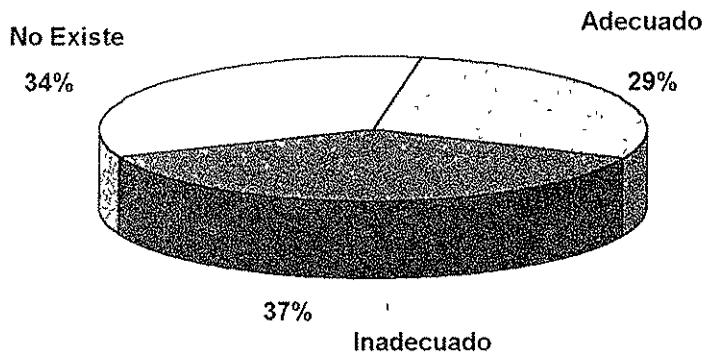


S.N.D.I.F.

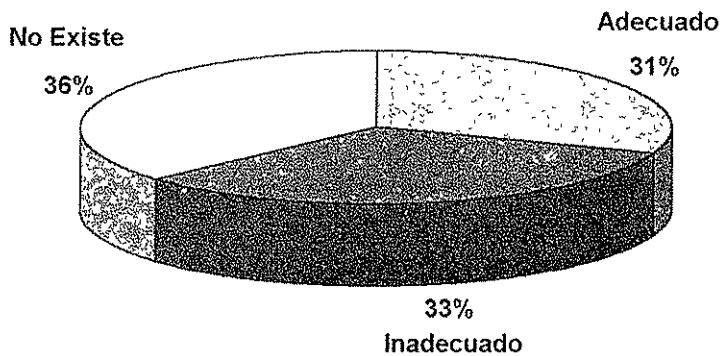
- 1) Centro de Rehabilitación "Zapata"
- 2) CREE "Iztapalapa"
- 3) CRI "Tlazocihualpilli"
- 4) INRNCDV

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION DE ACCESIBILIDAD EN EL I.M.S.S.

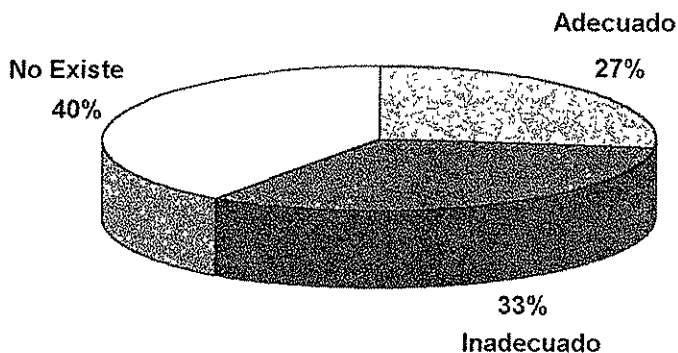


DISTRIBUCION DE ACCESIBILIDAD EN EL I.S.S.S.T.E.

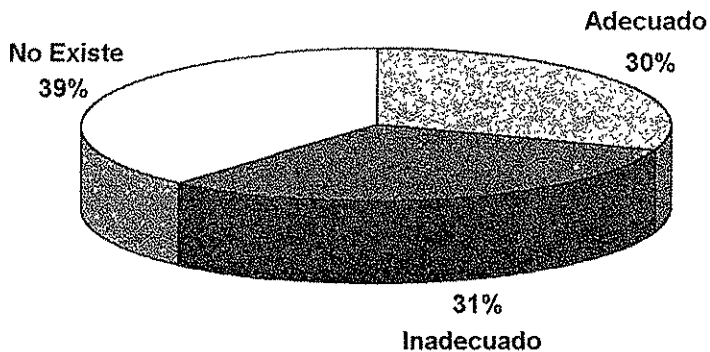


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

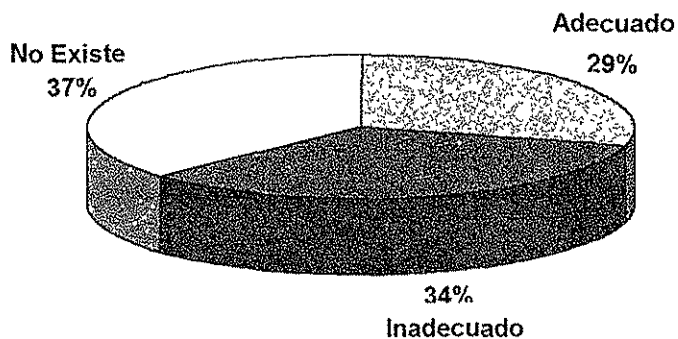
DISTRIBUCION DE ACCESIBILIDAD EN S.S.A.



DISTRIBUCION DE ACCESIBILIDAD EN EL S.N.D.I.F.

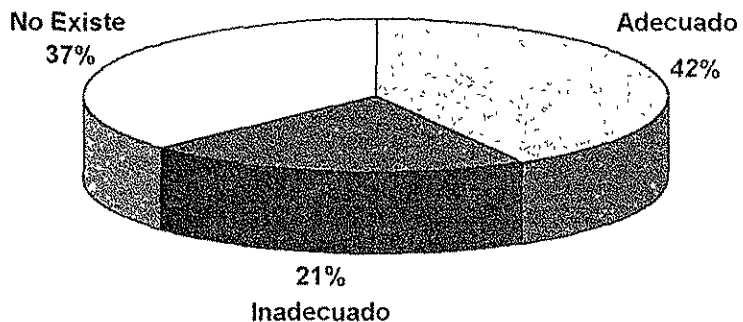


ACCESIBILIDAD EN INMUEBLES DEL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO

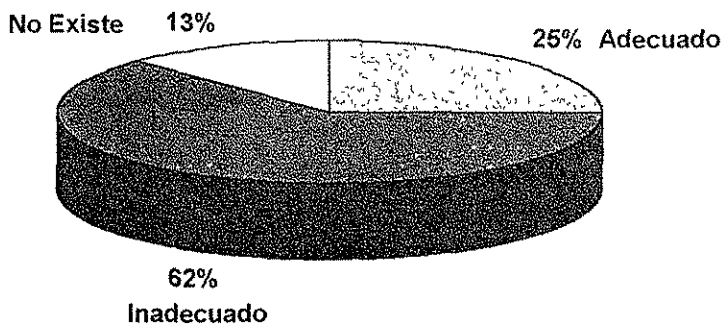


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ACCESOS EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION DE LA CIUDAD DE MEXICO

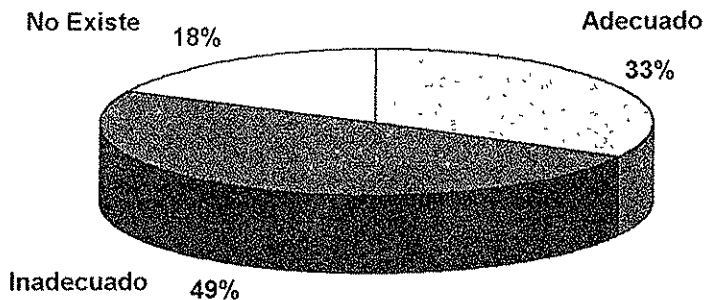


SALIDAS DE EMERGENCIA EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO

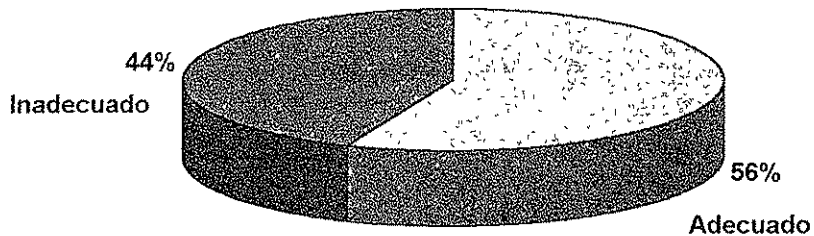


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CIRCULACION EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO

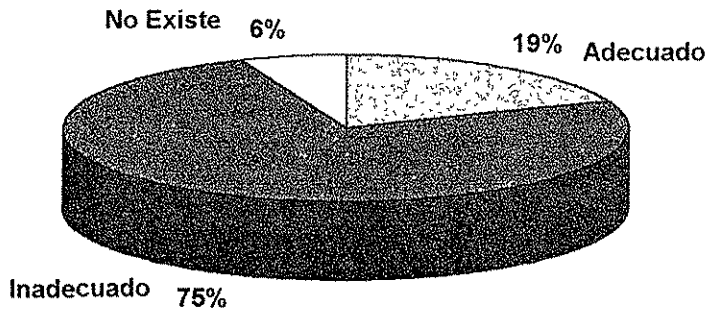


MODULO DE ATENCION AL PUBLICO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO

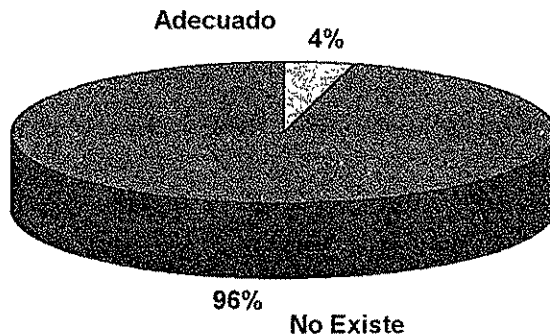


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

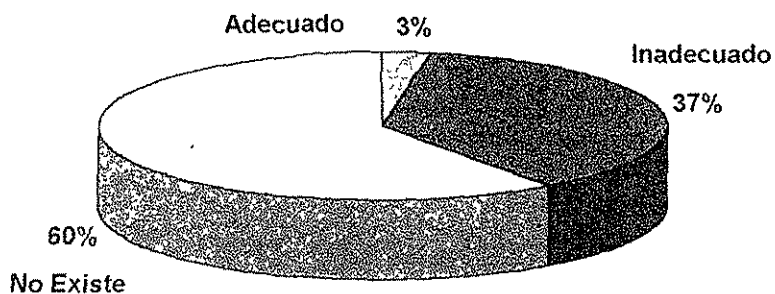
MODULO DE TELEFONO PUBLICO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO



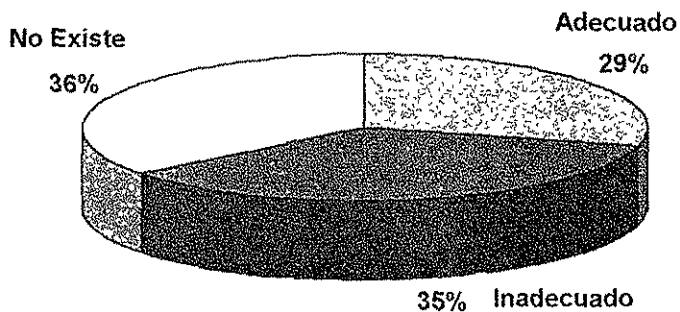
SALAS DE ESPERA EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO



VESTIDORES DEL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO

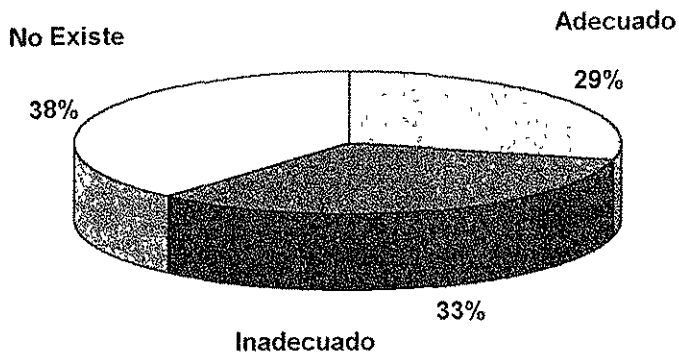


SANITARIOS PUBLICOS EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO

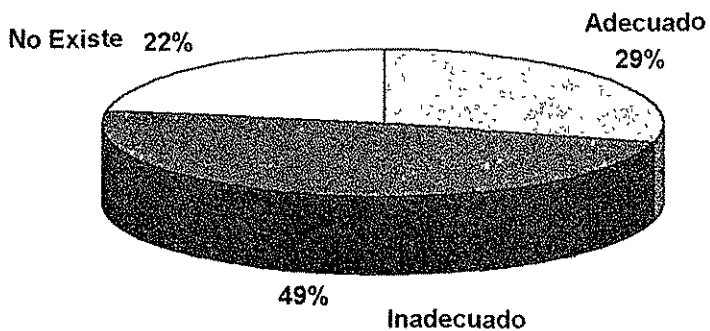


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

HOSPITALIZACION EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO

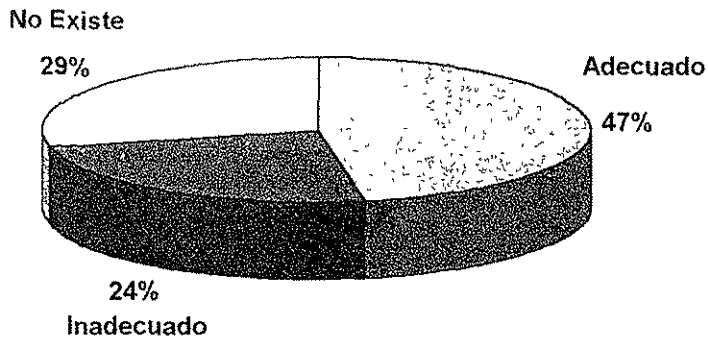


ELEVADORES EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO

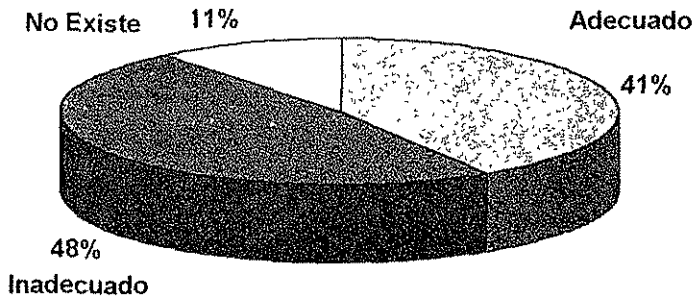


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

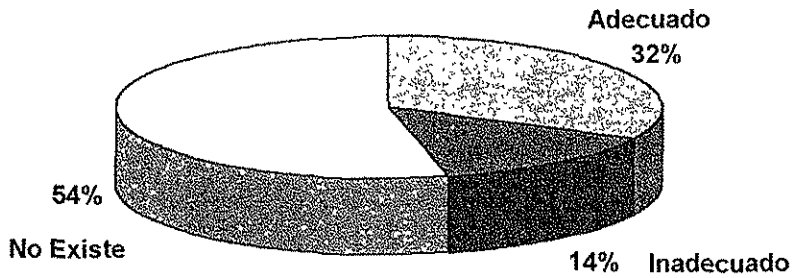
RAMPAS EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO



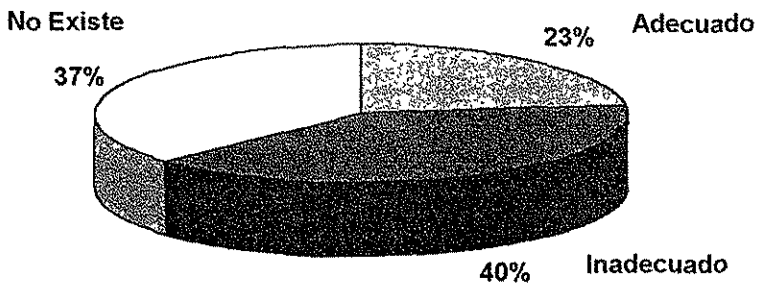
ESCALERAS EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO



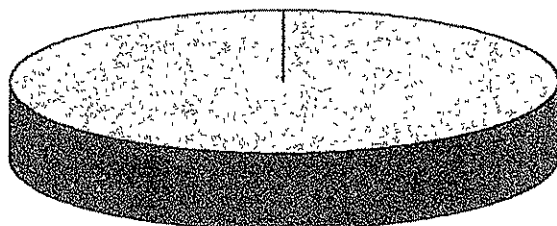
COMEDORES EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO



CAJONES EN ESTACIONAMIENTOS EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO

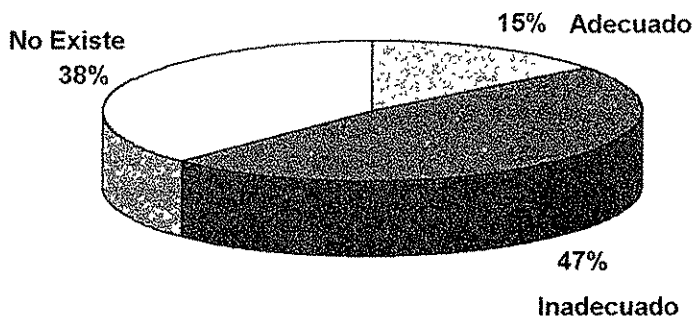


AUDITORIOS DEL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO



100%
No Existe

SEÑALIZACIONES EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE MEXICO



DISCUSIÓN

En la bibliografía Norteamericana se hace mención específica sobre un artículo publicado en Marzo de 1996, donde se realiza la evaluación de accesibilidad para sanitarios en 4 hospitales, observando que solamente en un hospital se contaba con las especificaciones adecuadas y que menos del 10% de los sanitarios tenían accesibilidad (34).

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que los sanitarios en los hospitales son adecuados en el 29%, el resto es inadecuado o no existe. En comparación con la bibliografía Norteamericana podemos mencionar que los sanitarios en los hospitales evaluados son más adecuados en un 19%.

Dentro de la literatura nacional no se encontraron referencias para poder comparar los resultados obtenidos con estudios similares con el realizado

CONCLUSIONES

1. En este sexenio el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad fue concebido para integrar a las personas con discapacidad a la sociedad, difundir una nueva cultura basada en el respeto y en la dignidad de las personas
2. Existen como sabemos 8 subprogramas, dentro de los que destacan. Salud, Bienestar y seguridad Social, Así como Accesibilidad, Telecomunicaciones y Transporte, para lo cual la subcomisión de salud como de accesibilidad deben interactuar para lograr en un esfuerzo conjunto por bien de personas con discapacidad.
3. Difundir el presente estudio que tiene como principal finalidad poner de manifiesto las barreras arquitectónicas que impiden a las personas con discapacidad la utilización adecuada del inmueble.
4. Al interior de cada institución es importante unificar criterios para permitir o no la realización de estudios como el presente, ya que existe divergencia de criterios dentro de una misma institución.
5. Durante la realización del estudio fue relevante el observar que aparte de las barreras físicas en las instituciones, las barreras mentales por parte de las personas y de las mismas instituciones son un obstáculo más difícil de derribar que las propias barreras arquitectónicas.
6. Las señalizaciones específicas para ciegos están ausentes en todas las instituciones, cabe hacer mención que en donde más se requiere por las

características y funciones que incluye es el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales.

7. Como Médico Rehabilitador debo considerar integrar a las personas con discapacidad al entorno social, laboral y educativo luego entonces el presente estudio refuerza mi percepción del individuo como unidad Biopsicosocial

A N E X O S

ANEXO No.1

SECRETARIA DE SALUD

- 1 Instituto Nacional de Ortopedia
2. Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación
3. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
4. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
5. Hospital General de México
6. Hospital Juárez de México

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

- 1 Centro Médico Siglo XXI Cardiología
2. Centro Médico Siglo XXI Pediatría
3. Centro Médico Siglo XXI Oncología
4. Centro Médico Siglo XXI Especialidades
5. Centro Médico la Raza General
6. Centro Médico la Raza Especialidades
- 7 Centro Médico la Raza Infectología
8. Centro Médico la Raza Gineco- Obstetricia No 3
9. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte
10. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Centro
11. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES

DEL ESTADO

- 1 Centro Médico "20 de Noviembre"
- 2 Hospital Regional "Ignacio Zaragoza"
- 3 Hospital Regional "1o de Octubre"
- 4 Clínica de Medicina Física y Rehabilitación

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

1. Centro de Rehabilitación Zapata
- 2 Centro de Rehabilitación y Educación Especial Iztapalapa"
3. Centro de Rehabilitación Integral "Tlazocihualpilli"
- 4 Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales

PETRÓLEOS MEXICANOS

- 1 Central Sur de Alta Especialidad
2. Central Norte de Concentración Nacional

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

1. Hospital Central Militar

ARMADA DE MÉXICO

1. Centro Médico Naval

ANEXO No. 2

DR. (A):

DIRECTOR:

PRESENTE

Por medio de la presente me permito solicitar a usted, su autorización para acudir a las instalaciones del hospital a su cargo para realizar la evaluación de la accesibilidad y barreras arquitectónicas, las cuales constan de: ACCESOS, CIRCULACION, ATENCION AL PUBLICO, TELÉFONOS, SALAS DE ESPERA, TELÉFONOS, AUDITORIOS, SANITARIOS PÚBLICOS, HOSPITALIZACIÓN, COMEDOR, ESTACIONAMIENTO, SEÑALIZACIONES. Al término de la evaluación se acudirá nuevamente con usted para dar un informe específico sobre cuantas y cuales son las barreras con que cuenta el hospital y que pueden impedir el acceso y el utilizar las instalaciones por personas discapacitadas. Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus atenciones prestadas a la presente, queda de usted.

ATENTAMENTE

DR. ALEJANDRO MEDINA SALAS

R III MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION



ANEXO 3

HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS Para llevar a cabo la evaluación se

tomarán los siguientes parámetros:

1) **ADECUADO** Aquellos que cumplen con las características estipuladas por la N O M No 345

2) **INADECUADO.** Está presente, pero no cumple con las especificaciones de la N O.M. No 345

3) **NO EXISTENTE:** Cuando no cuenta el inmueble con la adecuación.

NO VALORABLE: Cuando el inmueble no cuenta con el servicio

ACCESOS

EXTERIOR

1 Entrada al nivel de piso cuando sea posible y /o tener rampa.

1____ 2____ 3____

2, Cambio de textura del piso a 120 cm de distancia de rampas o escaleras

1____ 2____ 3____

3. En consulta externa y área administrativa, señalamiento que indique el acceso a perros guía

1____ 2____ 3____

4. Color de alto contraste entre puerta y/o marco y muro

1____ 2____ 3____

5. Puertas de 100 cm de ancho libre mínimo

1____ 2____ 3____

6. Chapas con manija tipo palanca, perillas y cerraduras a 90 cm de altura sobre el nivel piso

1____ 2____ 3____

7. Señalamiento que indique el acceso a las personas discapacitadas

1____ 2____ 3____

INTERIOR

8. Color de alto contraste entre puerta o marco y muro.

1____ 2____ 3____

9. Puertas de 100 cm de ancho libre mínimo.

1____ 2____ 3____

10. Chapas con manija tipo palanca, perillas y cerraduras sobre el nivel del piso

1____ 2____ 3____

11. Puertas con abatimiento hacia el muro más cercano, si están en esquina

1____ 2____ 3____

SALIDAS DE EMERGENCIA

12. Las puertas de emergencia estarán marcadas claramente con letreros de color contrastante y señalización Braille y éstos deben abatirse hacia afuera.

1____ 2____ 3____

CIRCULACIÓN

PASILLOS

13 Ancho mínimo de 150 cm

1____ 2____ 3____

14. Pasamanos continuos de 4 cm de diámetro, colocados a 90 cm de altura, separados de la pared a 50 cm, color contraste con la misma

1____ 2____ 3____

15 Sistemas de emergencia de señalizaciones audibles y visuales, de sonido intermitente y lampara de destellos respectivamente, ambas de acuerdo a las normas internacionales

1____ 2____ 3____

16. Sistema de señalizaciones, con letra en relieve tipo helvética médium de 6 cm de alto como mínimo, fondo contrastante con letra

1____ 2____ 3____

17. Señales de aviso de precaución como alarmas de fuego o temblor, que deben ser audibles y visibles

1____ 2____ 3____

18 Señalamiento que indique prohibición, así como el acceso inadecuados

1____ 2____ 3____ 4____

19. La circulación interna en sanitarios, auditorios, comedor, regaderas, vestidores tendrá 150 cm mínimo de ancho.

1____ 2____ 3____

ATENCIÓN AL PÚBLICO

20 Mostradores de atención al público con una altura de 90 cm

1____ 2____ 3____

21 Area de atención de 150 cm de ancho

1____ 2____ 3____

MODULO DE TELÉFONO PÚBLICO

22. Teléfono colocado a una altura de 120 cm al nivel de piso en su parte superior

1____ 2____ 3____

SALAS DE ESPERA

23. Se destina un área de 100 x 125 cm para silla por cada dos consultorios

1____ 2____ 3____

24 Se reservara un asiento para discapacitados con muletas o bastón por cada 16

1____ 2____ 3____

25 Gancho o mensual para colgar muletas o bastones a 160 cm de altura, mínimo

1.1____ 2____ 3____

VESTIDORES (Mínimo 1 par personas con discapacidad)

26. Considerar un vestidor con 185 cm de frente x 170 cm de fondo

1____ 2____ 3____

27 Banca de 90 cm x 40 cm con base de concreto acabado en azulejos antiderrapantes, cuando el vestidor se encuentre en zona húmeda

1____ 2____ 3____

28. Barras de apoyo de acero inoxidable, cromado o aluminio de 3.2 cm de diámetro

1____ 2____ 3____

29. Barra vertical a 4.5 cm en su lado inferior y a 190 cm en su lado superior, 2 barras horizontales de 150 cm de longitud, una en la pared frontal al acceso y la otra en la pared lateral contra la banca colocada a 85 cm de altura

1____ 2____ 3____

30 Gancho o ménsula para colocación de muletas o bastones a 160 cm de altura y 12 cm de longitud, colocados junto a la banca

1____ 2____ 3____

SANITARIOS PÚBLICOS

DISCAPACITADOS DE PIE (Adaptar mínimo 1 sanitario)

31. Puertas de 90 cm de ancho mínimo

1____ 2____ 3____

32. Barras laterales de acero inoxidable, cromadas o de aluminio de 3.2 en las paredes laterales del retrete colocadas una a 90 cm, otra a 70 cm y la otra a 50

1____ 2____ 3____

33 Separación mínima a la pared de 6cm

1____ 2____ 3____

34. Gancho o ménsula a 160 cm de altura en el muro lateral librando las barras de apoyo 1____ 2____ 3____

DISCAPACITADOS EN SILLA DE RUEDAS (Adaptar mínimo 1 sanitario)

35. Con 200 cm de fondo x 160 cm de frente

1____ 2____ 3____

36. Piso antiderrampante

1____ 2____ 3____

37. Puertas de 100 cm de ancho como mínimo

1____ 2____ 3____

38. Barras de apoyo de acero inoxidable, cromado o aluminio de 3.2 cm de diámetro, en la pared lateral más cercana al retrete colocado a 90 cm, 70 cm y 50 cm del nivel de piso del lado de la pared más cercana

1____ 2____ 3____

39. Barra vertical de apoyo en la pared posterior al retrete a una altura de 80 cm en la parte inferior y a 150 cm parte superior

1____ 2____ 3____

40. El retrete debe tener un asiento de 0 52 cm de altura.

1____ 2____ 3____

41. El retrete debe estar colocado a 56 cm de distancia del paño de la pared al centro del mueble.

1____ 2____ 3____

MINGITORIOS (Mínimo 1)

42 Piso antiderrapante

1____ 2____ 3____

43 La distancia a ambos lados de 45 cm del eje del mingitorio hacia cualquier obstáculo

1____ 2____ 3____

44. Las barras de apoyo vertical de acero inoxidable, cromado o aluminio de 3 2 cm de diámetro, en la pared posterior a ambos lados del mingitorio, a una distancia de 30 cm al eje del mismo a una separación de 20 cm en su parte inferior y a 160 cm parte superior

1____ 2____ 3____

45 Gancho o ménsula colocado a 160 cm de altura y 12 cm de longitud

1____ 2____ 3____

LAVABOS

46 Altura de 76 cm sobre el nivel del piso

1____ 2____ 3____

47 La distancia entre lavabos será de 90 cm de eje a eje

1____ 2____ 3____

48 Desagüe posterior para permitir el acceso de las piernas por abajo del lavabo.

1____ 2____ 3____

49. Deberá existir 35 cm de espacio como mínimo entre el grifo y la pared que queda por detrás del lavabo, cuando se instalen dos grifos, deberán estar separados entre sí a 20 cm de distancia como mínimo

1____ 2____ 3____

50. El grifo izquierdo del agua caliente, deberá señalarse con rojo.

1____ 2____ 3____

51. Deberá existir por lo menos un lavabo con llaves largas tipo aleta seca.

1____ 2____ 3____

52. Los accesorios como toalleros y secadores deben estar colocados a una altura máxima de 100 cm.

1____ 2____ 3____

53 Gancho o ménsula para colgar muletas o bastones colocados a 160 cm y 12 cm de longitud junto al lavabo

1____ 2____ 3____

54. El mueble debe tener un empotre de fijación y ménsula sostén para soportar 100 Kg de peso.

1____ 2____ 3____

HOSPITALIZACIÓN

ENCAMADOS

55. Espacio entre cama y cama de 100 cm de ancho como mínimo.

1____ 2____ 3____

BAÑOS PACIENTES

REGADERAS

56. Con 110 cm de frente x 130 cm de ancho.

1____ 2____ 3____

57. Piso antiderrapante

1____ 2____ 3____

58 Puerta de 100 cm de ancho mínimo.

1____ 2____ 3____

59. Banca de concreto empotrada a la pared de 40 cm de ancho por 110 cm de largo con pendiente de 1% hacia la pared.

1____ 2____ 3____

60. Barras de apoyo tipo esquinero de acero inoxidable, cromado o aluminio con diámetro de 3.2 cm, situadas a la esquina mas cercana a regadera a una altura de 80 cm, 120 cm y 150 cm del nivel del piso.

1____ 2____ 3____

61. Timbre (Alarma, zumbador, visual o ambos) a 60 cm del nivel a nivel del piso como máximo.

1____ 2____ 3____

62. Gancho o ménsula colocados a una distancia de 160 cm de altura y 12 cm de longitud en el muro lateral

1____ 2____ 3____

63 Regadera tipo teléfono

1____ 2____ 3____

LAVABOS

64. Altura de 76 cm sobre el nivel del piso

1____ 2____ 3____

65. La distancia entre lavabos será de 90 cm de eje a eje.

1____ 2____ 3____

66. Desagüe posterior para permitir el acceso de las piernas abajo del mismo

1____ 2____ 3____

67 Deberán existir 3.5 cm de espacio como mínimo entre el grifo y la pared que queda por detrás del lavabo, cuando existan dos grifos deberán estar colocados entre sí a 20 cm mínimo

1____ 2____ 3____

68. El grifo izquierdo del agua caliente deberá señalarse con rojo

1____ 2____ 3____

69 Deberá haber por lo menos un lavabo con grifo tipo aleta

1____ 2____ 3____

70. Los accesorios como toalleros o secador deberán estar colocados a 100 cm de altura como máximo.

1____ 2____ 3____

71. Gancho o ménsula a una distancia de 160 cm de altura y 12 cm de longitud junto al lavabo.

1____ 2____ 3____



72 El mueble debe tener un empotre de fijación y ménsula de sostén para soportar 100 Kg de peso

1____ 2____ 3____

MINGITORIO

73. Piso antiderrapante

1____ 2____ 3____

74 La distancia a ambos lados de 45 cm del eje del mingitorio hacia cualquier obstáculo.

1____ 2____ 3____

75 Las barras de apoyo vertical de acero inoxidable, cromado o aluminio de 3.2 cm de diámetro, en la pared posterior a ambos lados del mingitorio, a una distancia de 30 cm al eje del mismo a una separación de 20 cm y a una altura de 90 cm en la parte inferior y a 160 cm en su parte superior

1____ 2____ 3____

76 Gancho o ménsula para muletas o bastones colocados a 160 cm de altura y 12 cm de longitud

1____ 2____ 3____

SANITARIO

77. Con 200 cm de fondo por 160 cm de frente.

1____ 2____ 3____

78. Piso antiderrapante

1____ 2____ 3____

79 Puertas de 100 cm de ancho como mínimo

1____ 2____ 3____

80 Barras de apoyo de acero inoxidable, cromado o aluminio de 3 2 cm de diámetro, en la pared lateral más cercana al retrete colocado a 90 cm,70 y 50 cm del nivel del piso de la pared más cercana

1____ 2____ 3____

81 Barras vertical de apoyo en la pared posterior al retrete a una altura de 80 cms en la parte inferior, y 150cms parte superior

1____ 2____ 3____

82. El retrete debe tener un asiento de 52 cm de altura

1____ 2____ 3____

83 El retrete debe estar colocado a 56 cm de distancia del baño de la pared al centro del mueble.

1____ 2____ 3____

ELEVADORES

84 Ubicación cercana a la entrada principal y señalización clara

1____ 2____ 3____ 4____

85. Puertas con ancho mínimo de 100 cm

1____ 2____ 3____

86. Controles de llamadas, deben ser colocados a 120 cm parte superior.

1____ 2____ 3____

87 Dos tableros de control, uno a cada lado de la puerta y a una altura de 120 cm como máximo en su parte superior, los botones del control deben tener números arábigos en relieve, además de caracteres en Braille

1____ 2____ 3____

88. Los mecanismos automáticos de la puerta tendrán 15 segundos de apertura como mínimo.

1____ 2____ 3____

89 Area interior libre de 150 cm x 150 cm, de profundidad En caso de contar con un área mínima de 120 x 140 cm de fondo deberá contar con tablero de control en alguna de las paredes laterales del elevador.

1____ 2____ 3____

90. El interior debe tener barandales de 90 cm de altura en sus tres lados y separados de la pared a 5 cm

1____ 2____ 3____

91 Los marcos de la puerta del elevador en cada piso deben tener el No del piso en Braille y estar colocados a 120 cm de altura

1____ 2____ 3____

92. El elevador debe tener exactitud en la parada con relación al nivel del piso

1____ 2____ 3____

RAMPAS

93 El ancho mínimo de 100 cm libre entre pasamanos

1____ 2____ 3____



94. Pendiente no mayor de 6 grados

1____ 2____ 3____

95. Bordos laterales a nivel del piso de 5 cm de altura

1____ 2____ 3____

96. Pasamanos laterales colocados a 90 cm de altura un segundo a 75 cm a nivel del piso

1____ 2____ 3____

97. Piso firme, uniforme y antiderrapante

1____ 2____ 3____

98. Las rampas no deberán exceder a 300 cm de largo

1____ 2____ 3____

99. Los descansos entre rampas deberán tener una longitud mínima de 150 cm

1____ 2____ 3____

ESCALERAS

100. Ancho mínimo de 100 cm libres

1____ 2____ 3____

101. Quince peldaños como máximo entre descansos

1____ 2____ 3____

102. Contar con pasamanos en ambos lados, colocados a 90 cm del nivel del piso, continuos y prolongados 60 cm de largo con respecto a los escalones superior e inferior.

1____ 2____ 3____

103 En todas las huellas se coloca una tira antiderrapante de color contraste a 2.5 cm de la arista del escalón

1____ 2____ 3____

104. El escalón debe tener una huella de 32 cm, altura de 14 cm, piso antiderrapante y ausencia de salientes en su parte superior

1____ 2____ 3____

ESTACIONAMIENTO (Mínimo 1 por cada 25 cajones)

105 Ubicación lo más cerca a la entrada del edificio

1____ 2____ 3____

106 Las medidas del cajón serán de 500 cm por 380 cm

1____ 2____ 3____

107 Señalamiento pintado en el piso con símbolo internacional de acceso a discapacitados a 160 cm x 160 cm en medio del cajón, letrero colocado a 200 cm de altura en su parte inferior de 40 x 60 cm

1____ 2____ 3____

COMEDOR

108 Deberá dejar un espacio preferente 224 cm x 100 cm para los discapacitados, cercano al acceso

1____ 2____ 3____

109. Área libre bajo la mesa de 76 cm de alto por 80 cm de ancho.

1____ 2____ 3____

110 Con sillas removibles

1____ 2____ 3____

111 Un lugar por cada 20 con un mínimo de uno para las personas discapacitadas

1____ 2____ 3____

AUDITORIO

112 Area destinada a silla de ruedas sin pendiente de 100 cm por 125 cm, a nivel del acceso y cercano a salida de emergencia, con el símbolo internacional pintado en el piso de color amarillo (pintura reflejante)

1____ 2____ 3____

113.-Habrá un área para discapacitados en silla de ruedas por cada 100 asistentes, a partir de 60 lugares.

1____ 2____ 3____

114 -Considerar dos asientos por cada 25 lugares ubicados en pasillo preferente para discapacitados de pie marcados con simbología.

1____ 2____ 3____

SEÑALIZACIONES

115 Los letreros visuales deberán tener letras de 6 cm de alto como mínimo, con tipo Helvética médium y en color contrastante al fondo

1____ 2____ 3____

116 - Los símbolos internacionales de ubicación e identificación deberán ser color blanco contraste con el fondo azul 294 del Código Internacional Pantone

1____ 2____ 3____

117 - Los letreros táctiles tendrán de 2.5 cm de alto deben colocarse a una altura de 140 cm sobre el nivel del piso terminando en su parte superior, sobre la pared adyacente a la manija, a 20 cm del marco de la puerta la señalización Braille Debera marcarse entre líneas de cualquier letrero o gráfico táctil

1____ 2____ 3____

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Diario Oficial de la Federación Norma Oficial Mexicana (N O M -001- SSA2-1993) México D.F.
- 2 Subdirección General de Obras y Patrimonio Inmobiliario Elementos de apoyo para el Discapacitado Físico I M S.S 1a de México D F 1991
- 3 Subdirección General de Obras y Mantenimiento Criterios de Diseño, I S.S S T E 1991
4. Asamblea de representantes del Distrito Federal, Reglamento para la atención del Minusválido en el Distrito Federal, Ciudad de México 1991
- 5 Solidaridad con la Población Minusválida , Memorias I M S S México 1990
- 6 Valencia CR. Tesis "Accesibilidad para las personas con discapacidad en tiendas de autoservicio en la delegación Coyoacán del D.F" S N D I F, 1997.
- 7 Avendaño B.D Tesis "Diagnóstico situacional de las barreras arquitectónicas en las salas de cine de la Ciudad de México" S N D.I F. 1997
8. Mayagoitia G; Fleishman LF Conferencia Magistral El discapacitado y las barreras Arquitectónicas Rev Med. Fis. Rehabil 1992 Oct-Dic; 4 (4):6-9
9. Velasco LE Barreras Arquitectónicas Primer Congreso Mundial de Discapacidad México D F.
- 10.Valencia S. C.C Secretarios de la H. Cámara de Diputados Presente Rev Fis Rehabil. 1990 Oct-Dic; 2 (2)·10-12

- 11 Fleishman LF Conferencia Barreras Físicas, Culturales y Sociales que impiden la integración del Discapacitado Primer congreso mundial de Discapacidad México D F
- 12 Bravo BJ El minusvalido y las barreras Arquitectónicas que se oponen a su integración social Rev Med I M S S 1982, 20: 203-6
- 13 Ricalde N R, Conde GD Barreras Arquitectónicas que obstaculizan la integración de los inválidos Documento Biblioteca U M F R R N., México D.F
- 14 Convive D I F Accesibilidad, Telecomunicaciones y Transporte Año 1 No 2, Agosto de 1996.
- 15 Convive D I F. Servicios especializados para personas con discapacidad Año 1, No 1, Mayo 1996,
- 16 Comisión Panamericana de Normas Técnicas Accesibilidad de las personas al medio físico Espacios Urbanos y Rurales Señalizaciones. Octubre de 1996
- 17.S.N D I.F Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, Comisión Nacional Coordinadora Los Pinos, Mayo 1995 México D F
- 18 S.N D.I.F Acuerdo para el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad 1995 Mayo Los Pinos México D F
- 19 Iwarsson S, Isacsson A Basic accessibility in modern housing a key to the problems of care in the domestic setting. Scand J. Caring Sci 1993, 7 (3) 1559
- 20.Jones DL, et al Responses within nonfederal hospital in Pennsylvania to the Americans with Disabilities Act of 1990 Phys Ther 1996, 76 (1): 49-60

- 21 McGinty BJ, List HC Implications of the Americans with Disabilities Act of 1990 for Elderly Persons Am J Occup Ther 1994 Jan, 48 (1): 73-81
22. Wittmeyer MB, Stolov WC Educating Wheelchair Patients on Home Architectural Barriers . Am J Occup Ther 1978 October; 32 (9). 557-564
- 23 Eppler C, Levine K. Eliminating Barriers to the Disabled Am J Occup Ther 1984 Nov, 38 (11): 748-753
- 24 Kirby DL, O'Keefe JS et al Does the architectural design of burn center comply with the Americans with Disabilities Act J Burn Care Rehabil 1996 Mar-Apr 17 (2): 155-60.
- 25 TRAVERS et Ramps and Rails BMJ 1991 Apr, 302 (6782) 951-4
- 26 McClain I, et al. Restaurant Wheelchair Accessibility. Am J Occup Ther 1993 Jul, 47(7), 619-23
- 27 Reed KL History of Federal Legislation for Persons with Disabilities Am J Occup Ther 1992 May; 46 (5): 397-408
28. Francis RD Development of Federal Accessibility Law J Rehabil 1983, Jan-March 20-32.
- 29 Witt JC The role of technology in removing barriers. Milk Bank 1991, 69 Supp 1-2 313-32.
- 30 Shaw JA Architectural Barriers: A Medical Problem. Am J Occup Ther 1971 Jan-Feb, 25 1 23-5.
- 31 Acheson Cooper B, et al. Barriers Free Design. A Review and Critique of the Occupational Therapy Perspective. Am J Occup Ther 1991; 45(4). 344-50.

- 32 Martin L. Wheelchair Accessibility of Public Buildings in Utica, New York. Am J Occup Ther 1987 Jan, 41 (4) 217-21
- 33 Rehabilitación en la República Federal Alemana. Social- Report 1981. Rep. Fed. Alemana
- 34 Travers AF, Burns E et al. A Survey of hospital toilet facilities. BMJ 1992 Apr 4, 304 (6801): 878-9
- 35 Organización Panamericana de Salud. Niveles de atención en Rehabilitación. Rev. Med. Fis. Reh. 1990 Julio-sept; 2 (3):19-24
- 36 Dirección General de Fomento de la Salud. Organización del sistema de servicios de salud 1994. México D.F.
37. Censo Nacional de Unidades de atención Médica 1994 México D.F.
38. Cordero Armando. Administración de Sistemas Tomo I 1a ed 1983.
- 39 San Martín Hernán. Salud y Enfermedad 1981 4a ed. La Prensa Médica Mexicana.
- 40 Secretaría de Salud. Normas Técnicas para la prestación de servicios en Rehabilitación a inválidos y extrahospitalarios 1990
41. Aguirre G L. Tesis. "Accesibilidad y Barreras Arquitectónicas para las Personas con Discapacidad en las Bibliotecas Públicas del Distrito Federal" S.N.D.I.F. 1998.