



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  

---

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**LA ACCESIBILIDAD EN EL SISTEMA  
SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ, EL CASO  
DEL DISTRITO SANITARIO DE JAÉN**

**PRESENTADA POR:  
GUILLERMO LÓPEZ CALA**

**DIRIGIDA POR:  
DRA. DÑA. YOLANDA MARÍA DE LA FUENTE ROBLES  
DRA. DÑA. ROSA MARÍA FERNÁNDEZ ALCALÁ**

**JAÉN, 12 DE SEPTIEMBRE DE 2011**

**ISBN 978-84-8439-814-1**

LA ACCESIBILIDAD EN EL SISTEMA  
SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ. EL CASO DEL  
DISTRITO SANITARIO DE JAÉN.

Memoria presentada por:

D. Guillermo López Cala

V.B.

La directora de la Tesis

V.B.

La codirectora de la Tesis

Dña. Yolanda M<sup>a</sup> de la Fuente Robles

Dña. Rosa M<sup>a</sup> Fernández Alcalá

UNIVERSIDAD DE JAÉN

2011

A mi esposa Rosa M<sup>a</sup>

A mis padres Pilar y Guillermo

A mi hermana Pilar, a mi hermana Susana (DEP)

A Yolanda, mi directora de Tesis y mi amiga.

**ÍNDICE GENERAL**

<b>PRÓLOGO.....</b>	<b>1</b>
<b>GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
Capítulo 1. La Accesibilidad Universal y el Diseño para Todos.....	15
1.1 Introducción.....	17
1.2 Presentación del problema. El concepto Accesibilidad.....	20
1.3 El Diseño Universal o Diseño para Todos.....	45
1.4 Propósito del estudio.....	55
1.5 Marco del estudio.....	57
Capítulo 2. Marco Normativo.....	65
2.1 Introducción.....	67
2.2 Normativa Internacional.....	73
2.3 Normativa Europea.....	87
2.4 Normativa Nacional.....	92
2.4.1 Normas UNE. Criterios DALCO.....	101

2.5 Normativas Autonómicas.....	108
2.5.1 Normativa Andaluza.....	109
2.5.2 Normativa en el País Vasco.....	119
2.5.3 Normativa en Cataluña.....	122
Capítulo 3. Análisis de la accesibilidad en la edificación en los centros de salud y consultorios del Distrito Sanitario de Jaén. Toma de datos.....	125
3.1 Introducción.....	127
3.2 El Distrito Sanitario de Jaén.....	129
3.3 Descripción de los centros objeto de estudio.....	134
3.4 Metodología y proceso de toma de datos.....	161
3.5 Tabulación y análisis de los datos obtenidos.....	165
Capítulo 4: Resultados y Conclusiones.....	181
4.1 Introducción.....	183
4.2 Resultados de accesibilidad en el Distrito Sanitario de Jaén.....	186
4.3 Resultados de accesibilidad en el ámbito de las Zonas Básicas de Salud.....	190
4.4 Resultados de accesibilidad en el ámbito de los edificios de salud.....	196

4.5 Conclusiones.....	226
4.6 Recomendaciones y futuras líneas de investigación.....	231
BIBLIOGRAFÍA.....	239
ANEXO 1. CARTERA DE SERVICIOS DEL SAS.....	257
ANEXO 2. PLANTILLA DE TOMA DE DATOS.....	269
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	281

## PRÒLOGO

Desde la puesta en marcha de las Unidades de Trabajo Social (UTS) en los servicios de salud tanto de atención primaria como hospitalaria, las trabajadoras sociales ha ido poco a poco ahondando en sus funciones, acciones e intervenciones para la mejora de la calidad asistencial de los personas usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Prueba de ello es el interés constante y la creación de numerosos proyectos, programas y planes de salud de cara a las personas usuarias por parte de estos profesionales.

El trabajo social, exponente diario del buen hacer profesional, aunque por desgracia en muchos casos no ha llegado a brillar en su metodología, por estar en ocasiones confundido con otras disciplinas y aspectos que hacen a veces muy difícil que se constate de manera fehaciente su labor, forma parte de nuestras vidas, del día a día, es mucho más que una disciplina. Es interés, empatía, asertividad las personas que sufren o necesitan de ayuda.

El Trabajo Social (TS), es pasión por mejorar el universo cotidiano de la gente, aquel que forma parte de su calidad de vida.

Es nuestra labor colaborar con nuestros conocimientos pero sobre todo con nuestra especial sensibilidad, educada y formada tras larga experiencia, y nuestro empeño en solucionar o cambiar situaciones injustas y que pueden afectar a cualquiera de nosotros, sin tener que ver nada la condición económica, cultural o social. Prueba de ello ha sido la última Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), y el reconocimiento del derecho subjetivo a la atención a personas en situación de dependencia.

Como trabajador social en activo el principal motivo de esta tesis es la reflexión a nivel humano y profesional de los muchos inconvenientes y situaciones de falta de accesibilidad de los ciudadanos a los edificios y servicios de salud, que hacen injusta esta sociedad y provoca en ocasiones situaciones de discriminación, vulnerabilidad e incluso exclusión social.

Se trata de añadir de manera transversal la normativa sobre accesibilidad y diseño universal, conocer la realidad, pero sobre todo establecer mecanismos, sugerencias y pautas de trabajo que nos hagan mejores profesionales y personas.

Esperamos que esta Tesis Doctoral, sirva de instrumento de consulta de cierto valor a todos los profesionales de todos los niveles de salud, de esta manera el objetivo de esta memoria estará más que cumplido.

Para concluir este prólogo, me gustaría mostrar mi agradecimiento más profundo y sincero a las diferentes personas que de alguna manera han contribuido a que ese trabajo sea una realidad.

En primer lugar a la Dra. Dña. Yolanda M<sup>a</sup> de la Fuente Robles, directora de esta tesis por su gran ayuda, consejo e interés en la elaboración de la misma.

A mis padres, por sus constantes ánimos y halagos que evitaron en algún momento que desfalleciera.

A mi esposa, codirectora de esta memoria, “amiga y crítica” de inestimable valor y profesional incansable sin la que no habría sido posible esta memoria. Gracias de todo corazón.





## GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ABA Architectural Barriers Act. Ley de Barreras Arquitectónicas Americana

ADA Americans with Disabilities Act. Ley de Discapacidad Americana

ADAAG ADA Accessibility Guidelines

ACCEPLAN Plan Nacional de Accesibilidad

AENOR Asociación Española de Normalización y Certificación

ANSI American National Standard Institute. Instituto Nacional de Normalización Estadounidense.

APS Atención Primaria de Salud

BOE Boletín Oficial del Estado (España)

BOJA Boletín Oficial de la Junta de Andalucía

BOPV Boletín Oficial del País Vasco

CA Comunidad Autónoma

CCAA Comunidades Autónomas

CCPT Comisión Central de Coordinación para la Promoción de la Accesibilidad

CEPAT Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas

CS Centro de Salud

CTE Código Técnico de Edificación

CTN Comités Técnicos de Normalización

DAIEE Design for All Information Exchange Europe

DALCO Acrónimo de Deambulación, Aprehensión, Localización y Comunicación.

DOGC Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya

DSJ Distrito Sanitario de Jaén

EEUU Estados Unidos de América

EIDD European Institute for Design and Disability

FAMP Federación Andaluza de Municipios y Provincias

FEMP Federación Española de Municipios y Provincias

FHAA Fair Housing Amendment Act

HEART Horizontal European Activities in Rehabilitation Technology

HUMBLES Acrónimo de siete fases genéricas de aplicación:

1. Highlight Design for All opportunities (Descubrir las oportunidades del Diseño para Todos)
2. User identification (Identificar a las personas usuarias)
3. Monitor interaction (Monitorizar la interacción)
4. Breakthrough options (Opciones de avance)
5. Lay out Solutions (Diseñar soluciones)
6. Efficient implementation and Communication (Implementación eficiente y Comunicación)
7. Success evaluation (Evaluación del éxito)

I+D+i Investigación científica, Desarrollo e innovación tecnológica

IMERSO Instituto de Migraciones y Servicios Sociales

INCLUDE INCLUSION of *D*isabled and *E*lderly people in telematics

INE Instituto Nacional de Estadística (España)

IRANOR Instituto de Racionalización y Normalización (España)

ISO Organización Internacional de Normalización

LIONDAU Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal

LISMI Ley de Integración Social de los Minusválidos

OMS Organización Mundial de la Salud

SAS Servicio Andaluz de Salud

SSPA Sistema Sanitario Público de Andalucía

TFM Trabajo Fin de Máster

TIC Tecnologías de la Información y la Comunicación

TR Tecnologías de la Rehabilitación

TS Trabajo Social

UFAS Estándares Federales Uniformes de Accesibilidad (EEUU)

UGC Unidad de Gestión Clínica

UNE Una Norma Española

UTS Unidad de Trabajo Social

ZBS Zona Básica de Salud

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de mis 23 años de profesional en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), primero como Técnico Superior en Análisis Clínicos y actualmente como Trabajador Social en el Distrito Sanitario de Jaén (DSJ), específicamente en el Centro de Salud (CS) “San Felipe”, he tenido la oportunidad de conocer la atención especializada u hospitalaria y la Atención Primaria de Salud (APS), en la que llegas a sentirte después de tanto tiempo parte, no sólo actuante, sino integrante de las políticas de salud, de sus errores, de sus éxitos y sus propuestas.

A veces, después de tantos años, llegas a situaciones de desmotivación laboral y te preguntas hasta que punto estamos colaborando en la mejora de la calidad de tu centro de trabajo y del propio sistema sanitario.

Algo parecido fue lo que me ocurrió a mí personalmente, y fruto de ello fue la oportunidad que me encontré cuando supe que se ponía en marcha el I Máster en Dependencia e Igualdad en la Autonomía personal en la Universidad de Jaén. Un Máster en el marco del nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), que fue puesto con mucho éxito en marcha por un grupo de profesores de Trabajo Social y Enfermería con una gran ilusión y con un terrible trabajo.

Así fue como por motivos personales, decidí subirme al barco del reciclaje profesional y del aprendizaje, con todo el sacrificio que llevaba consigo, pero con una gran ilusión por mejorar como profesional para poder ofertar una mejor calidad asistencial a las personas usuarias.

De esta forma fue como durante el transcurso de este Máster, tuve la oportunidad y la suerte de conocer durante una conferencia magistral al experto internacional en Accesibilidad Universal y Diseño para Todos, Sr. Francesc Aragall i Clavé.

Recuerdo que durante la conferencia que nos ofreció, y que me entusiasmó desde el comienzo, me di cuenta que apenas si conocía la realidad de estos términos y su aplicación y posibilidades de mejora de cara a las personas usuarias del SSPA.

Durante un breve descanso pude intercambiar algunas opiniones con él y esto me planteó la posibilidad de realizar un estudio real sobre la accesibilidad a los edificios de salud de cualquier persona usuaria que acudiese a ellos. Y al decir de cualquier usuario esto es en el sentido más amplio de la expresión.

Como trabajador social, me propuse estudiar este tipo de accesibilidad y desde el mismo día siguiente que acudí a mi puesto de trabajo me daba cuenta de multitud de pequeños detalles que no facilitaban precisamente la accesibilidad a las personas usuarias.

Esto se convirtió en mi motivación, y posteriormente en el Trabajo Fin de Máster (TFM), donde tuve la oportunidad de plasmar todo lo estudiado aunque de forma muy específica y a un nivel menor en mi propio Centro de Salud.

Tras la defensa de mi TFM, del que salí airoso con una nota excelente, me animaron a continuar en esta línea de trabajo y fue así como me planteé realizar la Tesis Doctoral que ahora presento.

Se trata de un estudio muy largo e intenso pero hecho desde el corazón y con gran ilusión.

Durante la elaboración de esta memoria, hemos tenido la oportunidad de participar en el **Congreso Internacional ENSACT** (European Network for Social Action) Acción Social en Europa: Desarrollo Sostenible y Desafíos Económicos, celebrado en abril de este año 2011, con la presentación de la comunicación titulada: “La Accesibilidad en los Centros Públicos de Salud en Andalucía. Estudio de un Caso”.

También como aportación a esta memoria han sido admitidos **dos capítulos de libros**, uno de ellos realizado en la Universidad de Jaén titulado: “Experiencias del Espacio Europeo de Educación Superior: grado y postgrado en Trabajo Social de la Universidad de Jaén”, actualmente en trámites de edición. El otro capítulo en la publicación de la Universidad Portuguesa de Evora, Handbook of Research on ICTs for Healthcare and Social Services:

Developments and Applications, cuyo título es “Reality of Accessibility in the Public Health Systems”, actualmente en prensa.

En este sentido creemos que esta nueva línea de investigación de accesibilidad en los edificios de salud, de la que no tenemos constancia que se haya realizado nada parecido, nos da verdadera ilusión para acometer cuantos estudios sean necesarios en aras de la mejora de la accesibilidad en salud a cualquier nivel.

El objetivo de esta tesis, has sido por tanto, analizar la realidad actual de los edificios de salud en materia de accesibilidad del Distrito Sanitario de Jaén. Para ello hemos estructurado esta memoria de la siguiente forma.

En el Capítulo 1, comenzamos por una descripción amplia y diversa de los conceptos Accesibilidad Universal y Diseño para Todos, con numerosas referencias bibliográficas y con una información lo más actualizada posible. A continuación nos adentramos en el propósito del estudio que detallamos en más profundidad y el marco donde éste se desarrolla.

En el Capítulo 2, estudiamos a fondo la normativa sobre accesibilidad, primero a nivel internacional sobre normas y leyes norteamericanas, europeas, nacionales y posteriormente a nivel de nuestra comunidad andaluza y otras como Cataluña y País Vasco que hemos tomado como referencia comparativa.

Por último en este segundo capítulo, nos referimos a la Agencia Española para la Normalización y la Certificación y a sus famosos criterios

DALCO, que hemos tomado como reseña de calidad pero no de cumplimiento obligatorio.

A través del Capítulo 3, hemos desarrollado el cuerpo de la tesis, nos referimos a la toma de los datos referentes a la accesibilidad a los edificios de salud del Distrito Sanitario de Jaén, objeto de estudio, además de la descripción de los diferentes centros, la metodología y el proceso de la toma de datos, y finalmente la organización de estos y su estudio.

Finalmente, en el Capítulo 4, presentamos los resultados obtenidos en el DSJ de forma global, por bloques de estudio y por criterios DALCO, e igualmente se realiza un estudio comparativo entre las 6 Zonas Básicas de Salud del DSJ y los edificios que las compone.

Tras los resultados, hemos procedido a expresar nuestras conclusiones y las propuestas de mejora para la accesibilidad a los edificios de salud del DSJ, así como diversas sugerencias y líneas de investigación en accesibilidad en salud.

Por último nos ha parecido interesante aportar en los anexos la Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud, que nos dará una idea aproximada de la amplitud e importancia de la aplicación de la mejora de la accesibilidad a nuestros edificios y personas usuarias. Además de la plantilla elaborada para la toma de 186 ítems, en 39 centros (finalmente sólo se han utilizado en el estudio 19 centros) tras recorrer cerca de 950 kilómetros visitando cada uno de ellos para la toma directa de datos.



## CAPÍTULO 1

# LA ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y EL DISEÑO PARA TODOS



## 1.1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Todos estos son problemas de accesibilidad en diferentes vertientes o formas.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia<sup>1</sup> del año 2008, tomando como fuente datos al Instituto Nacional de Estadística, en cifras absolutas, la población con alguna discapacidad o limitación en España es de 7.635.100 personas. Si a esta cifra le añadimos el número de personas mayores de 65 años que son 6.958.516, según datos del INE de 2008, tendríamos un total de 14.593.616 personas susceptibles de sufrir alguna situación de inaccesibilidad, de una población total española según el Instituto Nacional de Estadística de 46,6 millones de habitantes al 1 de enero de 2008.

Nos encontramos en un país con un modelo de atención y bienestar basado en los derechos humanos cuyo objetivo es la no discriminación y la igualdad de oportunidades. Tradicionalmente las personas con discapacidad han estado sujetos de prejuicios, encontrándose en muchas circunstancias en

---

<sup>1</sup> Datos del Instituto Nacional de Estadística, 2008.

situación de vulnerabilidad social, sufriendo discriminación y exclusión con una disminución en su calidad de vida y con problemas para acceder a determinados servicios y lugares.

Es necesario por tanto reflexionar sobre si nuestra sociedad está siendo capaz de realizar acciones e intervenciones o políticas que aseguren el mantenimiento de los derechos de estas personas usuarias.

Cualquier persona con dificultades en su movilidad y/o entendimiento, se enfrenta diariamente a una verdadera carrera de obstáculos que el resto de las personas usuarias no vemos en la mayoría de las ocasiones.

En todos estos casos y situaciones planteadas, la persona puede tener problemas de accesibilidad. Para mejorar, solucionar y facilitar la accesibilidad, vamos a trabajar también con el término y concepto de Diseño Universal o Diseño para Todos (Design for All) que desarrollaremos más adelante, y que nos permitirá dar otro punto de vista y mejoras a diferentes situaciones con falta de accesibilidad.

Finalmente, creemos interesante comentar las proyecciones de población a medio y largo plazo, tomando datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2010.

Nos encontramos en nota de prensa del INE con fecha 28 de enero de 2010, que la proyección de la población de España a largo plazo, del año 2009 al 2049, llevaría a nuestro país a una reducción progresiva de la población en las

próximas décadas. Esta proyección constituye una simulación estadística del tamaño y estructura demográfica de la población que residiría en España en los próximos 40 años, en caso de mantenerse las tendencias y comportamientos demográficos actuales.

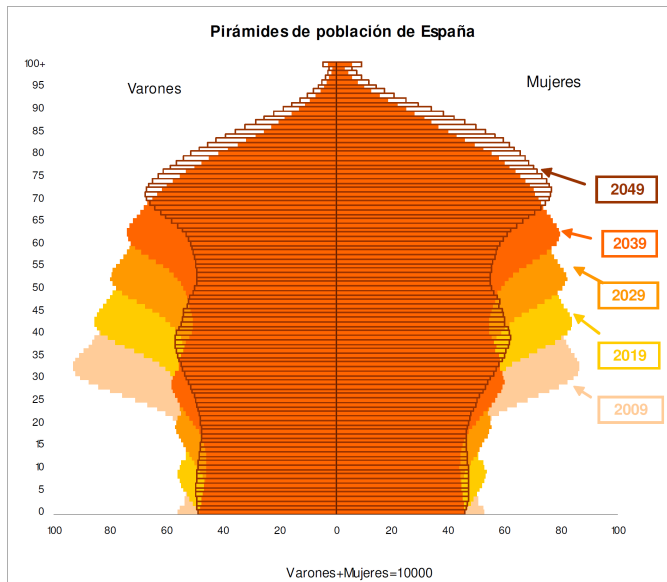
Así, a partir del año 2020 el crecimiento sería negativo y la población mayor de 64 años se duplicaría en 40 años y pasaría a representar más del 30% del total debido al envejecimiento de la pirámide de población. Además, la simulación se ha elaborado en base a un flujo inmigratorio anual constante de 400.000 personas desde 2019.

Nos encontraríamos en un futuro con un escenario de reducidas tasas de crecimiento poblacional, con aproximadamente 2.1 millones de habitantes en los próximos 40 años, siendo progresivamente esta tasa decreciente en las próximas décadas.

En esta pirámide de población tomada de fuentes del INE del año 2010, observamos el aumento progresivo de la población mayor de 64 años, pensemos en este sentido la capital importancia del término accesibilidad, dado el constante aumento de las personas susceptibles de necesitar la máxima accesibilidad a todos los niveles, y específicamente en lo referente a nuestro estudio en esta tesis donde nos referimos a la accesibilidad a los edificios de salud, algo de primera necesidad para estas futuras personas usuarias.

Estos datos sólo son los referidos a las personas mayores, pero recordemos el resto de personas que precisan también de esta accesibilidad y

que de forma progresiva también puede aumentar, con lo que nos encontramos ante una situación de verdadera necesidad.



Fuente: Proyección de Población a Largo Plazo

Figura 1.1. Pirámide de población de España. Fuente INE

## 1.2 Presentación del problema. El concepto “accesibilidad”.

Ya por el año 1974, en la “Reunión del Grupo de Expertos sobre el Diseño Libre de Barreras” celebrada en la ciudad de New York, se encuentran los primeros antecedentes sobre la necesidad de eliminar obstáculos físicos a las personas con discapacidad para que estas puedan participar plenamente de la vida en sociedad.

Aquí se establecen los primeros requisitos en la formación de los arquitectos, ingenieros, urbanistas y paisajistas acerca de la importancia de la accesibilidad y el diseño para todos y surgen así los primeros documentos para la eliminación de las barreras físicas.

A partir de aquí se plantea no derribar las barreras, sino construir sin barreras, naciendo los conceptos de accesibilidad a los edificios públicos, en el transporte, etc., que quedan planteados en el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas en el año 1982.

Se instala entonces el concepto de “accesibilidad física integral” como condicionante para la integración y normalización de la población involucrada en la denominación de personas con movilidad y comunicación reducida.

El desarrollo de las tecnologías de las telecomunicaciones y la informática ampliaron el tema de la accesibilidad a estos medios que han invadido el mundo del trabajo, la recreación y la interacción social.

La accesibilidad es un tema que desde hace muchos años es comentado en los círculos académicos y profesionales pero que en la actualidad, en el caso de España, a partir de la implementación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante, Ley de la Dependencia) es cuando se convierte en un tema de necesario cumplimiento y de más interés para las administraciones públicas.

El marco legal de la accesibilidad es bastante profuso en España, y esto hace que a veces la comprensión de ella por parte de las organizaciones, instituciones y establecimientos, sea complicada y no se llegue a abordar suficientemente.

Según la Real Academia Española de la Lengua, nos referimos al término accesibilidad como adjetivo o cualidad de accesible, aquello que es de fácil acceso, trato o comprensión<sup>2</sup>.

Tal como se indica en el Libro Verde de la accesibilidad, editado por el IMSERSO<sup>3</sup> (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales),

*“el término accesibilidad, proviene de <<acceso>>, acción de llegar y acercarse, o bien entrada o paso. Aplicado al uso del espacio o de los objetos y tecnologías, y especialmente con relación a ciertos colectivos de población con dificultades funcionales, la palabra adquiere un matiz menos neutro, más expresivo de los beneficios que se derivan de la interacción con el entorno o con otras personas”.*

Según el Concepto Europeo de Accesibilidad<sup>4</sup>, ésta es una característica básica del entorno construido, es la condición que posibilita llegar, entrar, salir y utilizar las casas, las tiendas, los teatros, los parques y los lugares de trabajo. Y

---

<sup>2</sup> Desde <http://www.rae.es/accesibilidad> octubre 2010.

<sup>3</sup> Libro Verde de la Accesibilidad. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1ª edición: 2002.

<sup>4</sup> Concepto Europeo de Accesibilidad (CCPT, 1996). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. CEAPAT.

permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que se han concebido. De esto se desprende que, cuando exista una falta de accesibilidad, por ejemplo, con barreras físicas, esa persona sufrirá algún grado de marginación y, lógicamente, una pérdida de calidad de vida respecto a los demás que no sufran esta falta, siendo las personas discapacitadas las que la sufrirán en mayor grado.

Más allá, el equipo de Expertos Helios<sup>5</sup>, afirma que la falta de accesibilidad puede llegar, en algunos casos, a provocar situaciones de estigmatización, vulnerabilidad, exclusión social y problemas psicológicos a las personas afectadas. La incapacidad de la sociedad para eliminar las barreras de movilidad, de comunicación y de comprensión es sintomática de la atención desigual que merecen las personas con capacidades reducidas.

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.

Para promover y mejorar la accesibilidad, equiparando las posibilidades de todas las personas, podemos hacer uso de las ayudas técnicas como el alfabeto Braille, la lengua de señas, una silla de ruedas, señales auditivas de los semáforos, etc.

---

<sup>5</sup> Equipo expertos Helios. Social Integration. Annual Report. Bruselas 1995.

Esto supone que un lugar que presenta buenas condiciones de accesibilidad puede recibir *a toda clase de gente* sin que exista un perjuicio o una dificultad para nadie.

En el Libro Blanco de la Accesibilidad<sup>6</sup> (ACCEPLAN), que fue el borrador del I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, y en éste último vigente en este momento, tiene como lema en su portada: *“Por un nuevo paradigma, el Diseño para Todos, hacia la plena igualdad de oportunidades”*.

Este lema define y resume perfectamente el espíritu de los términos accesibilidad y Diseño para Todos y los objetivos de esta tesis doctoral.

Es fundamental el respeto por la diversidad humana y por ende es nuestra obligación que los derechos de todas las personas sean equiparables, para ello es de vital importancia que seamos capaces de eliminar las barreras que impidan esto, siendo conscientes de las dificultades que ello conlleva, pero no cejar en este sentido hasta conseguir la plena igualdad.

Una de las mayores expresiones de discriminación es la dificultad o imposibilidad de incorporarse al mundo laboral, educativo, de ocio, o a la vida social en general, por la existencia de barreras físicas, de acceso a la comunicación e información u otras que afectan con especial incidencia a las personas discapacitadas<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Libro Blanco. ACCEPLAN. Plan nacional de Accesibilidad (Borrador). Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 2003

<sup>7</sup> Libro Verde de la Accesibilidad. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1.ª edición: 2002

Podemos hablar de accesibilidad en el urbanismo, en el transporte, en los edificios y viviendas, en las comunicaciones y en definitiva en cualquier situación, desde acudir a un teatro con algún tipo de discapacidad, física, psíquica o sensorial, o tratarse simplemente de una persona mayor hasta una persona extranjera que no conoce el idioma.

No podemos olvidarnos de las dificultades que las personas pueden tener en el acceso a la World Wide Web (Internet). Aquí se ponen de manifiesto multitud de carencias de todo tipo, discapacitados sensoriales sobre todo, donde se hace necesario poner en práctica por parte de los diseñadores y desarrolladores multitud de soluciones que además no dependan del modelo de equipo o aplicaciones que se empleen para navegar.

*"El poder de la Web está en su universalidad. El acceso de todo el mundo con independencia de su discapacidad es un aspecto esencial"*

Tim Berners-Lee, inventor de World Wide Web.

En cuanto a las ayudas técnicas, es obligado hacer referencia en España al Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT). Es un Centro de Referencia del IMSERSO, que depende del Ministerio de Sanidad y Política Social. La misión del CEAPAT es contribuir a hacer efectivos los derechos y dignidad de las personas mayores y personas con discapacidad, a

---

través de la *accesibilidad universal*, los productos de apoyo y el diseño pensado para todos.

Recordemos que existen numerosos tipos de barreras, según Smith<sup>8</sup> se clasifican en:

- ***Barreras intrínsecas***: relativas a los niveles de funcionalidad física, psicológica o cognitiva de cada persona. Vinculadas a: el conocimiento (limitadas capacidades de aprendizaje, de acceso a la información...), la dependencia física, la dependencia psicológica, la salud (hay problemas de salud vinculados a discapacidades específicas)

- ***Barreras ambientales***: impuestas por las condiciones físicas o sociales del medio. Vinculadas a: el entorno construido (arquitectónicas, urbanísticas), el medio natural (obstáculos físicos, condiciones meteorológicas, el transporte, las reglas y regulaciones (necesarias pero en ocasiones discriminatorias))

- ***Barreras interactivas***: vinculadas a habilidades requeridas ante determinadas actividades (máquinas de pago, por ejemplo), necesidades de comunicación (derivadas de limitaciones cognitivas, el habla, la audición o la vista)

---

<sup>8</sup> Leisure of disable tourists: Barriers to participation. R.W. Smith, Annals of Tourism Research, 1987.

Una definición más, Según Amengual<sup>9</sup>, estas barreras se definen de la siguiente forma:

- ***Barreras arquitectónicas***: Son los impedimentos que se presentan en el interior de los edificios frente a las distintas clases y grados de discapacidad.

- ***Barreras urbanísticas***: Son los impedimentos que presentan la estructura y mobiliario urbanos, sitios históricos y espacios no edificados de dominio público y privado frente a las distintas clases y grados de discapacidad.

- ***Barreras en el transporte***: Son los impedimentos que presentan las unidades de transporte particulares o colectivas (de corta, media y larga distancia), terrestres, marítimas, fluviales o aéreas frente a las distintas clases y grados de discapacidad.

- ***Barreras en las telecomunicaciones***: Son los impedimentos o dificultades que se presentan en la comprensión y captación de los mensajes, vocales y no vocales, y en el uso de los medios técnicos disponibles para las personas con distinta clase y grado de discapacidad.

---

<sup>9</sup> Amengual, Clotilde. *Movilidad reducida y accesibilidad*, en VV.AA., *Curso básico sobre accesibilidad al medio físico*. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1996.

De igual forma el Libro Verde de la Accesibilidad<sup>10</sup>, hace referencia a las principales barreras encontradas por diferentes tipos de personas discapacitadas.

*Para los discapacitados físicos:*

- Desniveles en aceras, transportes, edificios con escaleras
- Altura de mostradores, taquillas, cabinas telefónicas, buzones
- Estrechez de pasillos, ascensores, vagones de tren
- Puertas pesadas, giratorias, estrechas, no automáticas
- Aseos no adaptados en edificios y locales públicos
- Pavimentos rotos, nulos o demasiado resaltados
- Obstáculos continuos en la vía pública, fijos o móviles

*Para los deficientes visuales:*

- Mala señalización: letra pequeña, no textos en Braille
- Obstáculos continuos en la vía pública, fijos o móviles
- “Mucha gente” hace perder sus puntos de referencia
- Pavimentos en mal estado

---

<sup>10</sup> Libro Verde de la Accesibilidad. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1ª edición: 2002.

- Cristales en puertas o en separación de ambientes
- Objetos situados a baja altura: papeleras, ramas de árboles
- Escaleras no señalizadas

*Para los deficientes auditivos:*

- Falta de paneles y carteles informativos
- Comunicación con el personal (no conocen la lengua de signos)
- Ausencia de video portero y avisadores luminosos de timbres
- No hay teléfonos de texto o fax públicos
- Carencia de sistemas de alarma sonoros y luminosos
- Pocas películas y cine subtulado

En general, barreras de comunicación y acceso a la información. Esto supone que un lugar que presenta buenas condiciones de accesibilidad puede recibir a toda clase de personas usuarias, sin que exista un perjuicio o dificultad de acceso para ninguno de ellos.

A continuación vamos a analizar distintas concepciones o definiciones de “accesibilidad”, una primera de ellas es la recogida en el Concepto Europeo de Accesibilidad<sup>11</sup>:

*"La palabra Accesibilidad puede entenderse en relación con tres formas básicas de actividad humana: movilidad, comunicación y comprensión. Todos, según sean nuestras capacidades funcionales o mentales, tropezamos con barreras en nuestra capacidad de movimiento, nuestras comunicaciones o fuentes de información, y en nuestro alcance de comprensión de mensajes, instrucciones, instrumentos o sistemas".*

Con el paso de los años, poco a poco han ido surgiendo en España, Europa y EEUU principalmente, otros términos o conceptos que definen mejor aún la situación actual de la accesibilidad. De esta forma a lo largo de los últimos 10-15 años han aparecido términos y enfoques como el de Diseño para Todos o Diseño Universal y la Accesibilidad Integral.

Entendemos por Accesibilidad Integral<sup>12</sup>:

*"la observación de las técnicas que permiten que un producto, servicio o entorno sea manejable o transitable para*

---

<sup>11</sup> Concepto Europeo de Accesibilidad (CCPT). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. CEAPAT. 1996.

<sup>12</sup> Libro Verde. La accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras. IMSERSO, 1ª edición, 2002.

*cualquier persona, con independencia del grado o tipo de habilidad de que se trate, ya sea ésta de tipo físico, psíquico o sensorial”*

Enfrentar esta situación supone incorporar dentro de la accesibilidad el campo de las Tecnologías de la Rehabilitación (TR) o Tecnologías de Apoyo, las cuales configuran un sector tecnológico que agrupa a todas aquellas áreas científico-técnicas que pueden aportar soluciones a los problemas de la accesibilidad, considerada integralmente.

Se puede definir el campo de las Tecnologías de la Rehabilitación como<sup>13</sup>:

*“Cualquier tecnología de la que puedan derivarse los productos, instrumentos, equipamientos o sistemas técnicos accesibles por personas con discapacidad y/o mayores ya sean éstos producidos especialmente para ellas o con carácter general para evitar, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía y mejorar la autonomía personal y la calidad de vida”*

Esta definición comprende *dos estrategias*<sup>14</sup> para conseguir productos y servicios adaptados a los requerimientos de la limitación de habilidades y productos que sirvan a los profesionales para diagnosticar las discapacidades, diseñar de forma accesible y entrenar en el uso de las ayudas técnicas:

---

<sup>13</sup> El Estudio HEART (*Horizontal European Activities in Rehabilitation Technology*). Fue dirigido por el Instituto Sueco de las Minusvalías. CEAPAT en Madrid.

<sup>14</sup> Libro Verde. La accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras. IMSERSO, 1ª edición, 2002.

1. Aplicación del concepto “Diseño para todos”. Esta estrategia se ha definido en el marco del proyecto europeo “INCLUDE”<sup>15</sup>, como el objetivo de diseñar productos y servicios que puedan ser utilizados por el mayor número posible de personas, considerando que existe una amplia variedad de habilidades humanas y no una habilidad media, sin necesidad de llevar a cabo una adaptación o diseño especializado, simplificando la vida de todas las personas, con independencia de su edad, talla o capacidad.

2. Sin embargo, cuando la reducción de la habilidad o la capacidad para manejar ese producto alcanza un determinado nivel resultará necesario seguir una estrategia más específica, la que consiste en diseñar productos o sistemas especiales para personas con una pérdida de habilidad considerable, a los cuales se denomina genéricamente “Ayudas Técnicas”<sup>16</sup>.

Recordemos que los efectos de dichas barreras pueden llegar incluso a la exclusión social, a la discapacitación, a la estigmatización y a agravios psicológicos para las personas afectadas. La incapacidad de la sociedad para eliminar las barreras de movilidad, de comunicación y de comprensión es

---

<sup>15</sup> Jan Ekberg, *Un paso adelante “Diseño para todos”*. Proyecto INCLUDE. Madrid: CEAPAT-IMSERSO, 2000. INCLUDE es un proyecto para informar sobre el Diseño Universal, basado en el Instituto sueco Handicap y en coordinación con el proyecto Stakes de Finlandia tiene como objetivo diseminar información sobre el Diseño Integrador Universal a toda la Unión Europea para aplicaciones telemáticas para personas ancianas y para personas con discapacidad. INCLUDE (*INCLUSION of Disabled and Elderly people in telematics*).

<sup>16</sup> Desde <http://www.accesible.es> octubre 2010.

sintomática de la atención desigual que merecen las personas con capacidades reducidas. Cuantas más barreras de todo tipo eliminemos o diseñemos de forma que una situación sea más accesible, nos acercará más a una sociedad más justa.

Dentro de las ayudas técnicas que pueden facilitar la accesibilidad a todos los ciudadanos se encuentran el lenguaje de signos, el sistema Braille<sup>17</sup>, las mejoras en los teclados y software de los computadores, las rampas de acceso a zonas o edificios, puertas inteligentes, baños adaptados, sistemas de aviso y alarmas para discapacitados visuales, adaptaciones técnicas, silla de ruedas de multitud de características y usos, etc.

Hablemos de otros tipos de accesibilidad. Cuando nos vamos haciendo mayores nuestra resistencia física y nuestras articulaciones y huesos se resienten, e incluso ya no recordaremos bien las cosas. Incluso tener una mano vendada o una pierna escayolada, son situaciones que momentáneamente nos impiden nuestra adecuada relación con el entorno.

Y por supuesto es posible encontrarnos a lo largo de nuestra vida con alguna discapacidad de tipo físico, psíquico o sensorial, por lo que es imprescindible disponer en nuestra sociedad de sistemas y medidas que nos faciliten en todo momento y ámbito la accesibilidad integral.

---

<sup>17</sup> Desde <http://es.wikipedia.org> octubre 2010. El braille es un sistema de lectura y escritura táctil pensado para personas ciegas. Fue ideado por el francés Louis Braille a mediados del siglo XIX, que se quedó ciego debido a un accidente durante su niñez mientras jugaba en el taller de su padre.

La accesibilidad<sup>18</sup> supone un derecho que otorga a una persona la posibilidad real de ingresar, transitar y permanecer en un lugar, de forma segura, autónoma y confortable. Se encuentra presente no solo en los edificios, transportes, comunicaciones, parques, etc., sino en la informática, a través de tipografías de gran tamaño para eliminar las limitaciones visuales, software de reconocimiento de voz y teclados adaptados, etc., y en multitud de entornos.

Pero veamos otros ejemplos:

- *Accesibilidad al medio*: eliminando todo tipo de barreras que existan en el entorno de los ciudadanos, dando así plenas oportunidades al desarrollo personal y a la convivencia.
- *Accesibilidad al trabajo*: sabemos que el empleo no sólo es un derecho recogido en nuestra Constitución Española, sino una necesidad para el pleno desarrollo individual de las personas. En una sociedad accesible no podemos olvidar articular los mecanismos necesarios para posibilitar el empleo a todas las personas, mediante políticas públicas, formación a los desempleados e inversiones económicas.
- *Accesibilidad al ocio*: igualmente no debemos olvidar facilitar mediante acciones e intervenciones el acceso al ocio de muchas personas que tienen constante dificultades en la accesibilidad,

---

<sup>18</sup> Desde <http://definicion.de> octubre 2010.

mejorando de esta forma el disfrute y desarrollo personal de los ciudadanos.

- *Accesibilidad a la cultura*: la aportación de la cultura a la vida de una persona es algo fundamental en una sociedad en la que se pone de manifiesto a cada instante lo que puede llegar a enriquecernos. Una persona de cualquier condición necesita participar constantemente de la cultura y esto es una condición básica para nuestro desarrollo personal, social e intelectual.
- *La accesibilidad a la educación*: creemos que esta más que justificada a todos los niveles y que no es necesario aportar más. Sería discriminatorio no realizar todos los esfuerzos posibles para que cualquier persona accediese de forma clara y fácil a este gran pilar de nuestra sociedad.
- *La accesibilidad a los transportes* de cualquier tipo es indispensable para la autonomía y el desarrollo personal.
- *La accesibilidad a la comunicación*, es algo que afecta a muchas personas usuarias con discapacidades sensoriales e intelectuales, y queda muy lejos su regulación y mejora, debido en ocasiones a los altos presupuestos y a la falta de interés de las administraciones, que esperamos vaya poco a poco cambiando esta situación para evitar la discriminación y en ocasiones la exclusión de estos ciudadanos.

- *La accesibilidad a los juegos.* La importancia del juego en el desarrollo humano es un axioma reconocido por todas las escuelas de psicología y pedagogía y desde ámbitos pluridisciplinarios se abordan las relaciones entre juego y desarrollo de la personalidad, juego y relaciones grupales, juego y creatividad, juego e inteligencia, etc. El juego es universal y tiene una relación intrínseca con la salud: facilita el crecimiento, conduce a relaciones de grupo y es una forma de comunicación interactiva y versátil. Con el juego los niños van modelando su personalidad, se enfrentan a retos nuevos con placer, establecen relaciones sociales, afianzan sus conocimientos y desarrollan sus aptitudes. Facilitar el acceso a un juego estandarizado y reglado a la vez que innovar en diseños buenos para todos es un paso necesario para poder luchar contra la exclusión social en la que se pueden encontrar las personas con discapacidad: conseguir que un niño con una grave discapacidad física pueda jugar con los mismos juguetes que sus amigos favorece no sólo su integración sino especialmente su inclusión en la vida normalizada. Cuando un fabricante realiza las adaptaciones oportunas, está posibilitando la accesibilidad de esas personas y mejorando su calidad de vida. La discapacidad se integra y vence muchas barreras de comunicación social que su discapacidad le impone.

Recordemos de nuevo el término discapacidad del que hablamos al principio de esta tesis, ya que un importante número de personas usuarias que

acceden a los servicios de salud padece algún tipo de discapacidad, así pues es necesario no olvidar que la accesibilidad no está referida sólo a estas personas sino a todas en general con o sin discapacidad.

Discapacidad, es la cualidad de discapacitado. Según la OMS<sup>19</sup>,

*“discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”*

Otra definición, se refiere a aquella que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, debido a la alteración de sus funciones intelectuales o físicas<sup>20</sup>.

A lo largo de los años, la discapacidad ha sido percibida de distinta maneras por la sociedad. En el siglo XX se encontraba vinculada a una

---

<sup>19</sup> Desde <http://www.who.int> noviembre 2010

<sup>20</sup> Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

condición o función que se consideraba deteriorada respecto a la situación general de un individuo.

El término solía hacer referencia a la discapacidad física, la discapacidad sensorial, la discapacidad cognoscitiva, la discapacidad intelectual, las enfermedades mentales y distintos tipos de enfermedad crónica.

En los últimos años, en cambio, la discapacidad comenzó a ser considerada a partir de los derechos humanos. A partir de entonces, se inicia una búsqueda para mantener la discapacidad dentro de la sociedad, con actitudes inclusivas y normas de accesibilidad.

En diciembre de 2006, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) acordó la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad para proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de los 650 millones de personas con discapacidad en todo el mundo.

Retomando el término accesibilidad pero en los edificios, en octubre de 1987 tras una petición formulada por la Comisión Europea, se celebró en Utrech una conferencia europea sobre “Acceso a edificios públicos para personas con discapacidad”, organizada por el Consejo Holandés de Discapacitados.

El objetivo en lo que a edificación se refiere era concebir nuevas iniciativas que permitieran mejorar el acceso al entorno construido en la Comunidad Europea.

En la conferencia se recomendó entre otras cosas, que se armonizaran y normalizaran en Europa las medidas principales de acceso general. La propia conferencia amplió esta recomendación, aconsejando a la Comisión Europea que compilase un Manual Europeo.

La Comisión Central de Coordinación para la Promoción de la Accesibilidad (CCPT) se hizo cargo posteriormente de la elaboración del manual titulado “Concepto Europeo de Accesibilidad”, que había de ser financiado por la Comisión Europea y supervisado por un grupo directivo de expertos de distintos países, entre los que se encontraban: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Suecia, Suiza y Reino Unido.

El Concepto Europeo de Accesibilidad<sup>21</sup> se basa en los principios de Diseño Universal aplicables a edificios, infraestructuras y productos de la construcción y del equipamiento.

*“El objetivo es la consecución de un entorno que sea cómodo, seguro y del que pueda disfrutar todo el mundo, incluidas las personas con discapacidad. Los principios de Diseño Universal rechazan la división de la población en personas capacitadas y discapacitadas. El Diseño Universal prevé disposiciones suplementarias en los casos apropiados”*

---

<sup>21</sup> Concepto Europeo de Accesibilidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. Países Bajos. Marzo de 1996.

Siendo el tema de esta tesis la accesibilidad en el Sistema Sanitario Público Andaluz desde el punto de vista de la accesibilidad específica a las edificaciones que pertenecen a este sistema, vamos a definir y ahondar en el concepto de accesibilidad referida a los edificios.

La accesibilidad a los edificios<sup>22</sup> es la *“cualidad que tienen los espacios para que cualquier persona, pueda acceder a todos los lugares y dependencias, además de sus servicios y prestaciones, sin sobreesfuerzos y de manera autónoma, además de hacerlo en condiciones de seguridad y autonomía personal”*.

Entendemos que un espacio, una instalación o un servicio se consideran accesibles si se ajusta a los requerimientos funcionales y dimensionales que garanticen su utilización autónoma y cómoda para personas con movilidad reducida o cualquier otra limitación.

Una persona con limitaciones es aquella que temporalmente o permanentemente tiene limitada la capacidad de utilizar el medio o de relacionarse con él, y una persona con movilidad reducida la de desplazarse por este medio.

Una barrera arquitectónica no es más que un impedimento u obstáculo de tipo físico que impide o limitan que una persona tenga libertad de acción y movimiento o acceso a un espacio o lugar o cosa. Así nuestro deber es facilitar

---

<sup>22</sup> Aragall, F. Guía de Accesibilidad de la Fundación Design for All, 2006.

el acceso a los espacios para colaborar en hacer una sociedad más equitativa y justa.

Según Enrique Rovira-Beleta<sup>23</sup>, arquitecto especializado en accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas:

*“Los edificios y las infraestructuras tienen que ser accesibles, no compaginar caminos para válidos con caminos para minusválidos, sino el mismo camino para todos.”*

*“Suprimir barreras es poner una rampa junto a la escalera y un wáter para minusválidos. Hacerlo accesible es poner solo la rampa que todos utilizan y que los retretes se puedan usar por todas las personas, sean o no minusválidas.”*

*“La accesibilidad no es sólo una necesidad para personas con discapacidad, sino una ventaja para todos los ciudadanos aunque para muchos pase desapercibida”*

*“Así pues la accesibilidad trata de encontrar la manera en que todos (válidos o minusválidos) podamos disfrutar del medio que nos rodea, de la manera más sencilla posible y sin ningún tipo de impedimento”.*

---

<sup>23</sup> Desde <http://www.construmatica.com>. Rovira-Beleta, E. Libro Blanco de la Accesibilidad. Universitat Politècnica de Catalunya. Ediciones UPC/ Mutua Universal, 2003.

Al llegar a un edificio de salud, caso de este estudio, podemos encontrarnos con numerosas situaciones de escasa o nula accesibilidad. La falta o insuficientes zonas habilitadas para el aparcamiento de personas usuarias con determinadas minusvalías que acuden con necesidades de atención en salud, y que tienen dificultades de acceso al edificio por barreras arquitectónicas desde la misma entrada al centro debido a escaleras pronunciadas o mal diseñadas, o la inexistencia de rampas adecuadas.

De qué sirve que exista una Cartera de Servicios y un Centro de Salud ideal, con fantásticos profesionales, si no es posible que una persona con discapacidad auditiva sea atendida con calidad o un discapacitado en silla de ruedas no sea capaz de llegar a la consulta del médico sin ayuda constante, debido a los obstáculos existentes en el recorrido.

Ya dentro del edificio, podemos encontrarnos con mala iluminación, pasillos estrechos o puertas de anchura insuficiente que dificultan el acceso a una persona obesa o una madre con el carrito portando a un bebé o un usuario en silla de ruedas, etc. O dificultades para acceder a pisos superiores por ascensores estrechos o escaleras resbaladizas y mal señalizadas, o con anchura y descansillo o barandillas inexistentes o insuficientes.

En ocasiones los espacios destinados a pacientes en salas de espera o servicios de uso público son inadecuados y apenas si se puede en los accesos realizar un cambio de sentido en silla de ruedas o con un andador. El simple hecho de utilizar un espejo a mucha altura, hace que sea imposible vernos una

herida o una mota de polvo en un ojo. Una percha montada a una altura excesiva quedará fuera del alcance de una persona de baja estatura o en silla de ruedas. Igualmente la distribución de los teléfonos, mesas o sillas pueden ser inadecuados o inaccesibles, los interruptores de emergencia podrían estar a demasiada altura, los buzones, etc.

Las personas con problemas de visión dependen de una correcta concepción del alumbrado, los colores o los contrastes de materiales o texturas, que son imprescindibles para transmitirles información. Por ejemplo, la superposición de superficies brillantes con otras opacas, suelos monocromos y reflectantes o superficies acristaladas puede inducir a confusión a personas con problemas de orientación.

Las personas con deficiencias auditivas, no suelen distinguir bien los sonidos debido a los cruces de conversaciones y ruidos diversos de fondo. Para ellos es importante la amplificación de sonidos y una correcta señalización por medio de cartelería con luces de adecuadas, tamaño de letra suficiente, etc.

Además del acceso de las personas usuarias a un edificio, tenemos que pensar en como desalojarlos adecuadamente en los casos de emergencia, con lo que se hace imprescindible el uso de sistemas de refugio y de salidas, así como ascensores de evacuación y puertas de emergencia con anchura adecuada y barra de accionamiento de la puerta a la altura correspondiente, además de sensores y luces de emergencia y señalización adecuadas.

Por último recordemos la definición de accesibilidad del propio Decreto 293/2009, de 7 de julio que hemos utilizado en esta tesis:

“Conjunto de características de las infraestructuras, del urbanismo, los edificios, establecimientos e instalaciones, el transporte o las comunicaciones que permiten a cualquier persona su utilización y disfrute en condiciones de seguridad y de autonomía”

En definitiva, la accesibilidad a los edificios de cualquier tipo, pero específicamente a los de salud, tema de esta tesis doctoral, son absolutamente imprescindibles en una sociedad igualitaria donde todos y cada uno de nosotros de cualquier condición y situación tenemos derecho a acceder a los servicios de salud sin discriminación, situaciones de vulnerabilidad o exclusión social y con todas las garantías en la calidad de las prestaciones y la cartera de servicios.

Los edificios y las propias ciudades serán accesibles para todos cuando no olvidemos las necesidades específicas de todos los colectivos que la integran y sean diseñadas para que los ancianos, niños, inmigrantes y personas discapacitadas, sin olvidarnos de los colectivos desfavorecidos, o de cualquier persona puedan acceder a todo sin sobreesfuerzos y con total autonomía personal.

### 1.3 El Diseño Universal o Diseño para Todos

¿Qué es el Diseño Universal o Diseño para todos?

Aunque nos hemos referido muy brevemente al término Diseño Universal, es a nuestro entender fundamental ahondar muchísimo más en este término-concepto que es sin duda parte inseparable del de Accesibilidad Universal.

En 1994 en la *Sesión Pública del Seminario Iberoamericano de Accesibilidad al Medio Físico*, en Río de Janeiro, un norteamericano planteó la superioridad del DU sobre la Accesibilidad al Medio Físico. La propuesta del DU entre otras cosas exigía la eliminación del uso del Símbolo Internacional de Accesibilidad por considerarlo discriminatorio al establecer recorridos, espacios e instalaciones específicos para personas con discapacidad y por consiguiente la exclusión de los otros, utilizados por la mayoría de las personas.

La propuesta, radical al extremo, establecía que todo el entorno debía servir para todos, sin contemplar soluciones, muchas veces basadas en la discriminación positiva que trata de compensar las diferencias de capacidades con diferencias en el medio físico que permiten equiparar posibilidades.

Del análisis crítico de la aplicación de los conceptos de Accesibilidad Física, Ronald Mace en 1989, plantea el concepto de “Diseño Universal”<sup>24</sup>, definido como la *“creación de productos y entornos diseñados de modo que*

---

<sup>24</sup> The Center for Universal Design: Universal Design, North Carolina State University, 1995.

*sean utilizables por todas las personas en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptaciones o diseños especializados*”, concepto éste con rápida difusión en ámbitos académicos y de investigación, que entiende el diseño de entornos y productos aptos para el uso del mayor número de personas sin necesidad de adaptaciones ni de un diseño especializado.

Ronald L. Mace<sup>25</sup>, visionario y padre del DU. Nació en Jersey City, estado de Nueva Jersey, en 1941. A los 9 años contrajo la polio, lo que le dejó postrado en una silla de ruedas. Creció en Winston-Salem, estado de Carolina del Norte y se graduó en la Escuela de Diseño de la Universidad Estatal de Carolina del Norte con una licenciatura en arquitectura. Tras unos años de trabajar en la arquitectura convencional, Ron Mace se involucró en el primer proyecto de un código para mejorar la accesibilidad de los edificios. Este código se hizo obligatorio en Carolina del Norte en 1973 y sirvió como modelo a otros estados. Su trabajo y espíritu se tomó muy en cuenta para la aprobación de leyes nacionales que prohíben la discriminación contra las personas con discapacidad, como las Enmiendas a la Ley de Equidad de Vivienda o de Vivienda Justa de 1988 y la famosa Ley de Estadounidenses con Discapacidad, ADA de 1990.

Fue profesor de investigación en el Departamento de Arquitectura de la universidad donde se formó, y el Centro que dirigía se convirtió en el principal recurso nacional e internacional para la investigación e información sobre el DU en materia de vivienda, productos y entorno construido. Varios de estos

---

<sup>25</sup> Desde <http://www.ncsu.edu> noviembre 2010.

proyectos incluyen el desarrollo de una casa modular accesible, baños ajustables, llaves de agua, termostatos y una larga lista de mejoras en la accesibilidad gracias al DU.

En 1989, tras varios cargos e investigaciones fundó con fondos federales el Centro para la Vivienda Accesible, posteriormente rebautizado como el Centro de Diseño Universal, en la Escuela de Diseño de la Universidad de Carolina del Norte. Él acuñó el término DU para describir el concepto de diseño de todos los productos y el medio ambiente construido con la idea de que fuesen estéticos y utilizables en la medida de lo posible por todos, independientemente de su edad, capacidad o situación en la vida. Ferviente defensor de los derechos de las personas con discapacidad, algo que reflejó en su extensa obra.

Mace fue presidente de Entornos sin Barreras (BFE), una firma de consultoría en diseño accesible, siendo consultado sobre importantes problemas de accesibilidad para el Centro Kennedy y la Smithsonian Institution en Washington, DC.

En España, en el I Plan Nacional de Accesibilidad se establece que: “El Diseño para Todos<sup>26</sup>, es la actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible,

---

<sup>26</sup> I Plan Nacional de Accesibilidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003.

aparece como una vía adecuada para garantizar la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos y su participación activa en la sociedad”.

El realizar un Diseño para Todos, significa evitar la exclusión social y no llegar a la vulnerabilidad, evitando la estigmatización de cualquier persona sea o no discapacitada.

Otra definición del Diseño para Todos<sup>27</sup>: “es el proceso de crear productos, servicios y sistemas que sean utilizables por la mayor gama posible de personas con distintas habilidades, abarcando el mayor tipo de situaciones posibles”. Implica que los productos, servicios y sistemas se deben diseñar de forma que sean lo suficientemente flexibles para ser utilizados directamente, sin apoyo ni modificaciones, por personas con la más amplia gama de habilidades y circunstancias y compatibles con las ayudas técnicas que usan gran número de personas.

Hemos visto anteriormente que el concepto accesibilidad va ligado al de Diseño para Todos, otra definición sería<sup>28</sup>:

*“la intervención sobre entornos, productos y servicios con la finalidad de que todas las personas, incluidas las generaciones futuras, independientemente de la edad, el género, las capacidades o el bagaje cultural, puedan disfrutar participando en la*

---

<sup>27</sup> Facultad de Ingeniería de la Universidad de Wisconsin (EEUU), 1996.

<sup>28</sup> Desde <http://www.disabilityworld.org> diciembre 2010.

*construcción de nuestra sociedad, con igualdad de oportunidades para participar en actividades económicas, sociales, culturales, de ocio y recreativas y pudiendo acceder, utilizar y comprender cualquier parte del entorno con tanta independencia como sea posible”*

El Diseño para Todos beneficia a toda la población, al ser productos y servicios mejor pensados y que ha tenido en cuenta más dificultades.

Dentro de las políticas europeas volcadas en la accesibilidad y la importancia del DU, nos referiremos de nuevo al Proyecto INCLUDE. Este proyecto definió siete puntos importantes que debe cumplir el Diseño Universal y que se corresponden con los 7 principios desarrollados por Ron Mace, Bettye Rose Connel, Mike Jones, Jim Mueller, Abir Mullick, Elaine Ostroff, Jon Sanford, Ed Steinfeld, Molly Story y Gregg Vanderheiden, del Centro para el Diseño Universal en la Universidad de Carolina del Norte (EEUU) en 1996.

Concretamente los principios desarrollados por este equipo son los siguientes:

***1er. Principio. Uso equiparable***

El diseño es útil y vendible a personas con diversas capacidades.

*Pautas del primer principio:*

Que proporcione las mismas maneras de uso para todas las personas usuarias: idénticas cuando es posible, equivalentes cuando no lo son. Que evite

segregar o estigmatizar a cualquier persona usuaria. Las características de privacidad, garantía y seguridad deben estar igualmente disponibles para todos. Que el diseño sea atractivo.

### **2º principio. Uso flexible**

El diseño se acomoda a un amplio rango de preferencias y habilidades individuales.

#### *Pautas para el segundo principio:*

Que ofrezca posibilidades de elección en los métodos de uso. Que pueda accederse y usarse tanto con la mano derecha como con la izquierda. Que facilite al usuario la exactitud y precisión. Que se adapte al paso o ritmo del usuario

### **3º principio. Simple e intuitivo**

El uso del diseño es fácil de entender, atendiendo a la experiencia, conocimientos, habilidades lingüísticas o grado de concentración actual del usuario.

#### *Pautas para el tercer principio:*

Que elimine la complejidad innecesaria. Que sea consistente con las expectativas e intuición del usuario. Que se acomode a un amplio rango de alfabetización y habilidades lingüísticas. Que dispense la información de manera

consistente con su importancia. Que proporcione avisos eficaces y métodos de respuesta durante y tras la finalización de la tarea.

#### ***4º principio. Información perceptible***

El diseño comunica de manera eficaz la información necesaria para el usuario, atendiendo a las condiciones ambientales o a las capacidades sensoriales del usuario.

##### *Pautas para el cuarto principio:*

Que se usen diferentes modos para presentar de manera redundante la información esencial (gráfica, verbal o táctilmente). Que proporcione contraste suficiente entre la información esencial y sus alrededores. Que amplíe la legibilidad de la información esencial. Que diferencie los elementos en formas que puedan ser descritas (p.e. que haga fácil dar instrucciones o direcciones. Que proporcione compatibilidad con varias técnicas o dispositivos usados por personas con limitaciones sensoriales

#### ***5º principio. Con tolerancia al error***

El diseño minimiza los riesgos y las consecuencias adversas de acciones involuntarias o accidentales.

##### *Pautas para el quinto principio:*

Que disponga los elementos para minimizar los riesgos y errores: elementos más usados, más accesibles; y los elementos peligrosos eliminados,

aislados o tapados. Que proporcione advertencias sobre peligros y errores. Que proporcione características seguras de interrupción. Que desaliente acciones inconscientes en tareas que requieren vigilancia

**6º principio. Que exija poco esfuerzo físico**

El diseño puede ser usado eficaz y confortablemente y con un mínimo de fatiga.

*Pautas para el sexto principio:*

Que permita que el usuario mantenga una posición corporal neutra. Que utilice de manera razonable las fuerzas necesarias para operar. Que minimice las acciones repetitivas. Que minimice el esfuerzo físico continuado

**Principio 7º. Tamaño y espacio para el acceso y uso**

Que proporcione un tamaño y espacio apropiados para el acceso, alcance, manipulación y uso, atendiendo al tamaño del cuerpo, la postura o la movilidad del usuario.

*Pautas para el séptimo principio:*

Que proporcione una línea de visión clara hacia los elementos importantes tanto para un usuario sentado como de pie.

Que el alcance de cualquier componente sea confortable para cualquier usuario sentado o de pie. Que se acomode a variaciones de tamaño de la mano o

del agarre. Que proporcione el espacio necesario para el uso de ayudas técnicas o de asistencia personal

En España, contamos con otra extraordinaria definición de Diseño para Todos realizada por la fundación que preside el experto internacional en diseño para todos, Francesc Aragall i Clavé<sup>29</sup>:

*“Design for All es la intervención sobre entornos, productos y servicios con la finalidad de que todas las personas, incluidas las generaciones futuras, independientemente de la edad, el género, las capacidades o el bagaje cultural, puedan disfrutar participando en la construcción de nuestra sociedad, con igualdad de oportunidades para participar en actividades económicas, sociales, culturales, de ocio y recreativas y pudiendo acceder, utilizar y comprender cualquier parte del entorno con tanta independencia como sea posible”*

---

<sup>29</sup> Aragall i Clavé, F. Diseño para todos: un conjunto de instrumentos. IMSERSO.2000. El Sr. Aragall también participa en la coordinación de Diseño para Todos, que es la red española del European Institute for Design and Disability (EIDD). Además, es el director del proyecto Design for All Information Exchange Europe (DAIEE), que fue constituido en enero de 1998 y firmado por 58 organizaciones europeas públicas y privadas. Presidente de la Design for All Foundation. Además, es profesor en diversos másteres y cursos de doctorado de la Universidad de Barcelona y Lisboa, así como redactor del tan importante Concepto Europeo de Accesibilidad.

Entre sus numerosas aportaciones e ideas, nos parece interesante referencias su método H.U.M.B.L.E.S. (2007). Este acrónimo que comentaremos después, se refiere a las nuevas actitudes que están adoptando las personas usuarias y las empresas en cuanto al Diseño Universal desde el punto de vista de productos y servicios. Es decir, las personas usuarias son cada vez más exigentes y las empresas que venden sus productos deben pensar en conseguir que estos se adapten lo mejor posible a sus deseos, sus necesidades, etc., pero también es importante la anticipación y el compromiso hacia el ello y la y la sociedad.

La empresa que se dedique a satisfacer las necesidades humanas, debe afrontar estrategias relacionadas con el Diseño para Todos, y pretender que los entornos, productos y los diferentes servicios se adecuen a las necesidades de sus potenciales usuarios, independientemente de su edad, género capacidades, nivel cultural, creencias, valores, etc.

Para implementar el Design for All, Francesc Aragall desarrolló el método H.U.M.B.L.E.S. que guía a la empresa en el proceso de innovación, acercándola así a las necesidades y deseos de las personas usuarias potenciales.

Su finalidad es conseguir incrementos tanto en el número de clientes satisfechos, como en la reputación de la empresa mediante la adecuación de sus productos y servicios a la diversidad de deseos, expectativas y necesidades.

Las siete fases genéricas de aplicación del H.U.M.B.L.E.S. son:

- Highlight Design for All opportunities (Descubrir las oportunidades del Diseño para Todos)
- User identification (Identificar a las personas usuarias)
- Monitor interaction (Monitorizar la interacción)
- Breakthrough options (Opciones de avance)
- Lay out Solutions (Diseñar soluciones)
- Efficient implementation and Communication (Implementación eficiente y Comunicación)
- Success evaluation (Evaluación del éxito)

#### **1.4 Propósito del estudio.**

A lo largo de mi dilatada experiencia profesional he podido observar, aunque no comprobar metodológicamente y científicamente, pero sí de forma creíble, lógica y continuada, como la calidad de la accesibilidad en los centros del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) es a priori notablemente deficiente y en algunos casos casi nulos.

Me refiero en este caso a la accesibilidad de forma general, es decir, la accesibilidad que tiene una persona desde que sale de su casa, que vive a las afueras de una ciudad o a una cierta distancia del Centro de Salud o consultorio

que le corresponde y que tras varios kilómetros, simplemente no encuentra el centro con facilidad o no hay aparcamiento posible tratándose de una persona usuaria. Igualmente también consideramos la incapacidad de poder acceder al edificio por encontrarse en una zona orográfica con cuevas o calles sin acerado y con tráfico rodado, con dificultades para el acceso a personas con algún tipo de discapacidad o diversidad funcional inferiores o simplemente de tipo transitorio. O bien la que se produce como consecuencia de la falta de información o simplemente de profesionalidad de quienes reciben a las personas usuarias, al tratarse de una persona con discapacidad intelectual a la que ignoran, o una persona que no tuvo oportunidad de estudiar, anciana, discapacitada vocal, auditiva, o visual, o una persona extranjera que necesita atención pero no entiende apenas el idioma, y un largo etcétera.

Esto ocurre todos los días en cualquier Centro de Salud o consultorio de cualquier lugar de nuestra geografía. Pero hasta la fecha no se ha conseguido erradicar esta problemática. El propósito de mejorar esta situación sería a la par el propósito de esta tesis doctoral.

Así pues, tras una amplia búsqueda bibliográfica, no aparece inicialmente ningún tipo de estudios ni referencias o algo relativo a lo que hemos estudiado y seguimos investigando en esta línea en el ámbito sanitario, donde se pueda conocer de forma fehaciente cual es el porcentaje de cumplimiento de ésta accesibilidad en los Centros de Salud y consultorios, y claro está desde el cumplimiento de la legislación vigente.

No obstante, dada la tremenda amplitud del tema, vamos a referirnos específicamente a la accesibilidad referida a los edificios de salud. Por tanto, hemos creído necesario e importante conocer esta realidad, haciendo un estudio específico que refleje el nivel de la accesibilidad a los edificios de los centros y consultorios de salud del Distrito Sanitario de Jaén.

### **1.5 Marco de estudio.**

El estudio realizado para esta tesis doctoral, tiene como protagonista la accesibilidad a nuestros centros y consultorios de salud de un distrito sanitario específico, con lo que nos parece interesante introducir alguna pincelada sobre la organización territorial, administrativa y estructura de estos centros, así como la normativa vigente sobre salud en Andalucía.

Los Centros de Salud y consultorios objeto de este estudio, se encuentran integrados en la organización y estructura sanitaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS)<sup>30</sup>, que es el Organismo Autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía, adscrito a la Consejería de Salud, que gestiona y administra los servicios públicos de atención sanitaria que dependan orgánica y funcionalmente del mismo y cuya titularidad corresponde a dicha Consejería.

---

<sup>30</sup> El Servicio Andaluz de Salud fue creado por Ley 8/1986, de 6 de mayo. Actualmente su estructura orgánica está regulado por el Decreto 171/2009, de 19 de mayo. B.O.J.A. 95, de 20 de mayo de 2009.

De acuerdo con lo previsto en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía<sup>31</sup>, desarrollará las funciones que le están atribuidas bajo la supervisión y control de la Consejería de Salud.

Corresponde al Servicio Andaluz de Salud el ejercicio de las funciones que se especifican en el Decreto 171/2009, de 19 de mayo<sup>32</sup>, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, con sujeción a las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía y, en particular, las siguientes:

a) La gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la CA de Andalucía.

b) La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.

c) La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

*... “La Ley de Salud de Andalucía, tiene como objeto principal la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en*

---

<sup>31</sup> Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. B.O.J.A. nº 74 de 4 de julio y B.O.E. nº 185 de 4 de agosto.

<sup>32</sup> Decreto 171/2009, de 19 de mayo, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. B.O.J.A. nº 95, de 20 de mayo de 2009.

*Andalucía, el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en la CA y la ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía, todo ello bajo los principios de coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público, universalización, financiación pública, equidad, superación de las desigualdades, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión, participación de los ciudadanos y de los profesionales, mejora de la calidad en los servicios y utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios que sean necesarios para la consecución de sus objetivos”.*

La Ley de Salud de Andalucía, es una norma que consolida y refuerza la existencia de un Sistema Sanitario Público Andaluz, de aseguramiento y financiación públicos, universal, integral, solidario y equitativo, a la vez que pone las bases reguladoras para una ordenación sanitaria eficaz, que tenga en cuenta todos los recursos y que sea socialmente eficiente, lo que refuerza la vocación pluralista de la Ley y su carácter de perdurabilidad, dejando claramente establecidos los principios nucleares que caracterizan a un Sistema Sanitario Público sin fisuras y al servicio de las necesidades y deseos de todos los andaluces.

En la Ley 2/98 de 15 de junio de Salud de Andalucía, en su artículo 10 hace referencia a que los centros y establecimientos sanitarios, públicos y

privados, deberán disponer y, en su caso, tener permanentemente a disposición de las personas usuarias: *“Información **accesible**, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios”*

En el artículo 48 dice claramente que *“el área de salud constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de atención primaria y especializada, asegurando la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la **accesibilidad** a los servicios del usuario”*.

En el artículo 50, vuelve a referirse al término accesible en la prestación de la Atención Primaria de Salud (APS), y en el artículo 52.3 habla de la *accesibilidad de la población a los servicios*.

La organización territorial de los servicios sanitarios (art. 47 de la Ley 2/98 de 15 de junio, de Salud de Andalucía) se realiza en demarcaciones territoriales denominadas *áreas de salud*, estas áreas se delimitan dependiendo de factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, ambientales, de vías y medios de comunicación homogéneos, de instalaciones sanitarias, todo ello teniendo en cuenta la ordenación del territorio andaluz.

El área constituye el marco de planificación y desarrollo y organización de las actuaciones sanitarias. Cada área de salud se divide territorialmente en zonas básicas de salud (ZBS), para una mayor eficacia en la organización y funcionamiento del SSPA.

La ZBS es el marco territorial elemental para la prestación de servicios de APS. Cada ZBS está integrada por un número proporcional de Centros de Salud, Consultorios Locales y Consultorios Auxiliares, dependiendo de factores comentados anteriormente, de tipo demográfico, económico, geográfico, etc.

En cuanto a los distritos de atención primaria, constituyen la demarcación y actuación determinada por la Consejería de Salud y de forma general abarca varias ZBS, encargándose de la planificación, gestión y apoyo a la prestación de los servicios de APS.

En el actual mapa sanitario de Andalucía, nos encontramos que en la provincia de Jaén hay 4 distritos Sanitarios: Jaén, Jaén Nordeste, Jaén Norte y Jaén Sur. Nosotros hemos realizado el estudio de uno de ellos, el Distrito Sanitario de Jaén, del que hemos estudiado la mayoría de sus edificios con mayor relevancia en cuanto a la accesibilidad de las personas usuarias.

ZBS	CENTRO DE SALUD/ CONSULTORIO	TOTAL CENTRO	POBLACIÓN QUE ATIENDE
<b>CAMBIL</b>	CENTRO DE SALUD “DON EUFRASIO MARTINEZ GALIANO”	1	3.927 habitantes
<b>CAMBIL</b>	CONSULTORIO LOCAL DE CAMPILLO DE ARENAS	1	3.079 habitantes
<b>CAMBIL</b>	CONSULTORIO LOCAL DE ARBUNIEL	1	1.124 habitantes
<b>CAMBIL</b>	CONSULTORIO LOCAL DE CARCHELEJO	1	2.121 habitantes
<b>CAMBIL</b>	CONSULTORIO LOCAL DE NOALEJO	1	2.919 habitantes
<b>CAMBIL</b>	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA HOYA DEL SALOBRAR	1	< 500 habitantes

<b>CAMBIL</b>	CONSULTORIO AUXILIAR LOS CARCHELES	1	< 500 habitantes
<b>HUELMA</b>	CENTRO DE SALUD DE HUELMA	1	9.517 habitantes
<b>HUELMA</b>	CONSULTORIO LOCAL DE CABRA DE SANTO CRISTO	1	3.248 habitantes
<b>HUELMA</b>	CONSULTORIO LOCAL DE BELMEZ	1	3.153 habitantes
<b>HUELMA</b>	CONSULTORIO AUXILIAR DE SOLERA	1	< 500 habitantes
<b>JAEN</b>	CENTRO DE SALUD BELEN	1	19.932 habitantes
<b>JAEN</b>	CENTRO DE SALUD EL VALLE	1	23.099 habitantes
<b>JAEN</b>	CENTRO DE SALUD FEDERICO DEL CASTILLO	1	42.209 habitantes
<b>JAEN</b>	CENTRO DE SALUD FUENTEZUELAS	1	14.416 habitantes
<b>JAEN</b>	CENTRO DE SALUD LA MAGDALENA	1	12.897 habitantes
<b>JAEN</b>	CENTRO DE SALUD SAN FELIPE	1	28.455 habitantes
<b>JAEN</b>	CENTRO DE SALUD VIRGEN DE LA CAPILLA	1	36582 habitantes
<b>JAEN</b>	CONSULTORIO LOCAL DE LOS VILLARES	1	9.149 habitantes
<b>JAEN</b>	CONSULTORIO LOCAL DE VALDEPEÑAS	1	5.479 habitantes
<b>JAEN</b>	CONSULTORIO LOCAL FUERTE DEL REY	1	2.397 habitantes
<b>JAEN</b>	CONSULTORIO LOCAL LA GUARDIA	1	2.392 habitantes
<b>JAEN</b>	CONSULTORIO AUXILIAR LAS INFANTAS	1	< 500 habitantes

<b>MANCHA REAL</b>	CENTRO DE SALUD DE MANCHA REAL	1	16.543 habitantes
<b>MANCHA REAL</b>	CONSULTORIO LOCAL DE PEGALAJAR	1	4.740 habitantes
<b>MANCHA REAL</b>	CONSULTORIO LOCAL DE ALBANCHEZ DE MÁGINA	1	2.056 habitantes
<b>MANCHA REAL</b>	CONSULTORIO LOCAL DE GARCÍEZ	1	< 500 habitantes
<b>MANCHA REAL</b>	CONSULTORIO LOCAL DE JIMENA	1	2.461 habitantes
<b>MANCHA REAL</b>	CONSULTORIO LOCAL DE TORRES	1	2.776 habitantes
<b>MANCHA REAL</b>	CONSULTORIO AUXILIAR LAS ESCUELAS	1	< 500 habitantes
<b>MENGÍBAR</b>	CENTRO DE SALUD DE MENGÍBAR	1	14.053 habitantes
<b>MENGÍBAR</b>	CONSULTORIO LOCAL DE VILLARGORDO	1	6.256 habitantes
<b>MENGÍBAR</b>	CONSULTORIO LOCAL DE CAZALILLA	1	1.532 habitantes
<b>MENGÍBAR</b>	CONSULTORIO LOCAL DE ESPELUY	1	1.084 habitantes
<b>MENGÍBAR</b>	CONSULTORIO LOCAL DE TORREQUEBRADILLA	1	1.185 habitantes
<b>MENGÍBAR</b>	CONSULTORIO AUXILIAR ESTACION DE ESPELUY	1	< 500 habitantes
<b>MENGÍBAR</b>	CONSULTORIO AUXILIAR VADOS DE TORRALBA	1	< 500 habitantes
<b>TORREDELCAMPO</b>	CENTRO DE SALUD DE TORREDELCAMPO	1	21.454 habitantes
<b>TORREDELCAMPO</b>	CONSULTORIO LOCAL DE JAMILENA	1	5.073 habitantes
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>	

*Tabla 1.1 Zonas Básicas de Salud del DSJ. Centros y Consultorios.*



## **CAPÍTULO 2**

# **MARCO NORMATIVO**



## 2.1 Introducción

Para comenzar por el extenso marco normativo sobre Accesibilidad Universal y Diseño para Todos, diremos que vamos a enfocar su conocimiento y descripción desde varios puntos de vista, el internacional, europeo, nacional y autonómico, para poder darnos cuenta de su diversidad y características.

En España disponemos de una importante normativa en lo que se refiere a la accesibilidad que sea traducido en la elaboración de numerosas guías, planes, guías, etc., aunque por otra parte creemos que en realidad existe un fuerte desconocimiento de todo esto, ya que la accesibilidad es un concepto relativamente nuevo en el tiempo.

En el año 2003, se celebró el año Europeo de las Personas con Discapacidad, entre sus ideales se encontraban<sup>33</sup>:

*1. El respeto a la diversidad humana y la equiparación de derechos de todas las personas son bases fundamentales de nuestra sociedad.*

*2. Las barreras en el entorno constituyen obstáculos más graves a la participación social que las limitaciones funcionales de las personas.*

*“Una sociedad que aboga por la inclusión y el respeto a los derechos humanos, debe ser aquella que asume las necesidades de todas las personas de forma igualitaria, diseñando en función de su*

---

<sup>33</sup> I Plan Nacional de Accesibilidad. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2003.

*diversidad y no de una “normalidad” establecida por la persona media”.*

Este tiene que ser el espíritu que debe adoptar toda la sociedad en general en todas las culturas y momentos de su historia, una sociedad igualitaria que deslumbre con un comportamiento, una responsabilidad y una preocupación constante en el tiempo sobre cualquier situación que evite que cualquier persona se encuentre desplazada, vulnerada, excluida o apartada del funcionamiento normal de la vida en todos sus aspectos.

Con el I Plan Nacional de Accesibilidad cuyo período de desarrollo comprende desde el año 2004 al 2012, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales pretende realizar un profundo cambio social comenzando por la intensa promoción de aquellas políticas dirigidas a la accesibilidad, evitando la constante relegación de éstas a un segundo plano, modificando su consideración actual por parte de la ciudadanía y las propias administraciones públicas.

Este I Plan, ya concebido en el año 1999 que no llegó a ponerse en marcha, adquirió una especial relevancia a través de la aprobación de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, denominada de forma usual LIONDAU (Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal)

En realidad y de forma clara, este I Plan pretende abordar una serie de profundos cambios para que se den respuesta a las necesidades de mejora de la accesibilidad no solo de los discapacitados sino de toda la población en general.

Y por otra parte aunar esfuerzos y colaboración interinstitucional en esos campos entre la administración y los diferentes sectores privados.

Los objetivos del I Plan Nacional de Accesibilidad<sup>34</sup> resultan a nuestro entender fundamentales de observar en esta tesis doctoral dada su relevancia y relación con el Accesibilidad Universal y el diseño para Todos:

*1- Consolidar el paradigma del Diseño para Todos y su implantación en los nuevos productos, entornos y servicios. Difundir el conocimiento y aplicación de la accesibilidad.*

*2-Introducir la accesibilidad como criterio básico de calidad de la gestión pública.*

*3-Conseguir un sistema normativo para la promoción de la accesibilidad, completo, eficiente y de elevada aplicación en el territorio.*

*4-Adaptar progresivamente y de forma equilibrada los entornos, productos y servicios a los criterios de Diseño para Todos.*

*5-Promover la accesibilidad en las nuevas tecnologías.*

Para llevar a cabo estos objetivos se trazaron 18 estrategias que se desarrollan a través de 58 actuaciones, entre las estrategias se encuentran por ejemplo: la formación y la concienciación de la importancia de la accesibilidad

---

<sup>34</sup> I Plan Nacional de Accesibilidad. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2003.

y su conocimiento e inserción en estudios, la incorporación de la accesibilidad como requisito indispensable para compras de contratos públicos, la adaptación, conservación y mantenimiento de edificios, el cumplimiento eficaz de la normativa de accesibilidad, su adecuación e incorporación sectorial, o la mejora de los planes territoriales de promoción de la accesibilidad, etc.

En el año 2012, se prevé la aprobación y puesta en marcha del que será el II Plan Nacional de accesibilidad hasta el año 2020.

Con este I Plan Nacional de accesibilidad el IMSERSO, potenciar todas las acciones necesarias para la mejora de la accesibilidad universal, y para ello establecerá diferentes acuerdos de cooperación entre las administraciones públicas y diferentes entidades privadas, partiendo de las premisas de la propia administración general del Estado.

Por otra parte, invita a los diferentes representantes de asociaciones de discapacitados entre otros, a participar en la elaboración, intervención y seguimiento de los diseños y acciones de mejora de la accesibilidad universal. Además de promover y desarrollar vínculos con consumidores, empresas y ciudadanos todo ello en la idea de promover la responsabilidad y los beneficios comunes en este tema tan importante.

En referencia a nivel internacional, en la Asamblea General de Naciones Unidas, se adoptaron mediante Resolución 48/46, de 20 de diciembre, las normas estándares en materia de igualdad de oportunidades de las personas con

minusvalía. Por otra parte se estableció como objetivo, garantizarles que pudieran ejercitar y disfrutar de los mismos derechos que el resto de ciudadanos.

Este objetivo global, está incluido en el Libro Blanco<sup>35</sup> “Política Social Europea, un paso adelante para la Unión”, que fue adoptado por la Comisión Europea en el año 1994.

Por otro lado en la Carta Comunitaria<sup>36</sup> de los derechos sociales fundamentales de los trabajadores, adoptada en el Consejo Europeo de Estrasburgo en diciembre de 1989, estableció que toda persona con algún tipo de minusvalía, con independencia de su origen y naturaleza debe poder beneficiarse de medidas adicionales encaminadas a favorecer su integración profesional y social. Estas medidas se refieren entre otras a la accesibilidad.

En la mayoría de los países de la unión Europea se han aprobado multitud de leyes primero en consonancia con la eliminación de las barreras arquitectónicas y posteriormente con el compromiso de la mejora en la accesibilidad no sólo de los discapacitados sino de forma progresiva de cualquier usuario que acuda a los diferentes servicios, edificios, comunicaciones, transportes, etc.

En este capítulo, hacemos referencia a la normativa y legislación a nivel internacional, centrandó nuestra atención en las leyes elaboradas por los EEUU,

---

<sup>35</sup> Desde <http://ec.europa.eu> visitada en octubre de 2010. Política social europea - Un paso adelante para la Unión - Libro Blanco. COM (94) 333, julio de 1994.

<sup>36</sup> Desde <http://europa.eu> visitado en octubre de 2010. Carta Comunitaria de los Derechos Sociales fundamentales de los trabajadores. Consejo Europeo de Estrasburgo, 1989.

dado que este país ha intervenido en numerosos conflictos bélicos y como resultado ha sido el gran número de personas con secuelas o discapacidades de todo tipo. De aquí, su importancia y preocupación desde hace muchos años por la Accesibilidad Integral y el Diseño para Todos.

Continuaremos refiriéndonos a diversa normativa en la Unión Europea para pasar posteriormente a estudiar nuestra normativa nacional. En este punto dedicaremos un apartado a las normas UNE<sup>37</sup> y describiremos lo llamados criterios DALCO<sup>38</sup> por ser de gran interés complementario para la calidad en las normas españolas y para el procesamiento de los datos obtenidos en esta tesis doctoral.

Por último estudiaremos la legislación a nivel autonómico. De especial interés será el conocer la normativa de la CA Andaluza, ya que es en esta donde se encuentran los centros sanitarios objetos de estudio de esta tesis. Incluimos también una breve reseña legislativa a dos Comunidades Autónomas económica y socialmente relevantes, como son el País Vasco y Cataluña que nos parecen un interesante y temprano referente en cuanto a la accesibilidad en España.

---

<sup>37</sup> Las normas UNE, acrónimo de Una Norma Española, son un conjunto de normas tecnológicas creadas por los Comités Técnicos de Normalización (CTN), de los que forman parte todas las entidades y agentes implicados e interesados en los trabajos del comité. Por regla general estos comités suelen estar formados por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), fabricantes, consumidores y usuarios, administración, laboratorios y centros de investigación. Tras su creación, tienen un período de seis meses de prueba en la que son revisadas públicamente, para después ser redactadas definitivamente por la comisión, bajo las siglas UNE, siendo actualizadas periódicamente.

<sup>38</sup> DALCO: Acrónimo de Deambulaci3n, Aprehensi3n, Localizaci3n y Comunicaci3n. Se trata de requisitos relativos a las acciones de deambulaci3n, aprehensi3n, localizaci3n y comunicaci3n, que ha de satisfacerse para garantizar la accesibilidad universal.

## 2.2 Normativa Internacional

Entre las normas internacionales referentes a la Accesibilidad, comenzaremos por las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad<sup>39</sup>, en las que se han basado los legisladores de muchos países del mundo. A partir de ellas se han legislado numerosas normas sobre la accesibilidad.

Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad, fueron aprobadas por la Asamblea General de la ONU, en su Cuadragésimo octavo periodo de sesiones, el 20 de diciembre de 1993.

Aunque las Normas Uniformes fueron redactadas antes de la reciente y significativa expansión de las redes y tecnologías de la información y la comunicación en muchos países, la **Norma 5** proporciona una guía útil para el diseño y la defensa de políticas. Explícitamente en su artículo 5 dice:

*“Los Estados deben reconocer la importancia global de las posibilidades de acceso dentro del proceso de lograr la igualdad de oportunidades en todas las esferas de la sociedad. Para las personas con discapacidades de cualquier índole, los Estados deben: a) establecer programas de acción para que el entorno físico sea accesible y b) adoptar medidas para garantizar el acceso a la información y la comunicación”*

---

<sup>39</sup> Desde la web de la Naciones Unidas. <http://www.un.org> enero 2011.

En cuanto al acceso a la información y la comunicación, dice:

*“Las personas con discapacidad y, cuando proceda, sus familias y quienes abogan en su favor deben tener acceso en todas las etapas a una información completa sobre el diagnóstico, los derechos y los servicios y programas disponibles. Esa información debe presentarse en forma que resulte accesible para las personas con discapacidad”*

*“Los Estados deben elaborar estrategias para que los servicios de información y documentación sean accesibles a diferentes grupos de personas con discapacidad. A fin de proporcionar acceso a la información y la documentación escritas a las personas con deficiencias visuales, deben utilizarse el **sistema Braille**, grabaciones en cinta, tipos de imprenta grandes y otras tecnologías apropiadas. De igual modo, deben utilizarse tecnologías apropiadas para proporcionar acceso a la información oral a las personas con deficiencias auditivas o dificultades de comprensión”*

*“Se debe considerar la utilización del **lenguaje por señas** en la educación de los niños sordos, así como en sus familias y comunidades. También deben prestarse servicios de interpretación del lenguaje por señas para facilitar la comunicación entre las personas sordas y las demás personas”*

*“Deben tenerse en cuenta asimismo las necesidades de las personas con otras discapacidades de comunicación”.*

*“Los Estados deben estimular a los medios de información, en especial a la televisión, la radio y los periódicos, a que hagan accesibles sus servicios”*

*“Los Estados deben velar por que los nuevos sistemas de servicios y de datos informatizados que se ofrezcan al público en general sean desde un comienzo accesibles a las personas con discapacidad, o se adapten para hacerlos accesibles a ellas”*

Las Normas Uniformes son suficientemente explícitas y claras en cuanto a la responsabilidad de todos los países para con las personas usuarias y su accesibilidad en todos los ámbitos.

Al igual que la forma de llevar a cabo las distintas acciones y políticas para la mejora en general de la accesibilidad en todos y cada uno de los campos y situaciones para que cualquier persona sea independiente.

Por otra parte, la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en la Asamblea General de la ONU el 13 de diciembre de 2006, también recoge la accesibilidad como uno de sus principios generales, en el artículo 3:

*“...los Estados parte se obligan a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad”*

En cuanto a la accesibilidad y participación de las personas con discapacidad en la Sociedad de la Información y del Conocimiento se obligan a

emprender o promover la investigación, el desarrollo, la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones. Además de ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y s de apoyo adecuados para las personas con discapacidad.

Por otra parte, el artículo 9 está completamente dedicado a la accesibilidad en general, lo que incluye la accesibilidad en el medio físico y la accesibilidad en los sistemas de información y comunicación.

Estas medidas, incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a los edificios, las vías públicas, y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.

En definitiva, los Estados adoptarán las medidas pertinentes para desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público.

A continuación vamos a estudiar la legislación de los EEUU, ya que se trata de un país de gran importancia a nivel internacional, por sus constantes intervenciones en conflictos, así como en situaciones de defensa de los derechos de las personas, siendo pionero en el Diseño Universal.

A principios de los años 20 en los EEUU, los mayores y discapacitados eran las verdaderas minorías y parias de la sociedad americana, con una

esperanza de vida en torno a los 47 años<sup>40</sup>. Hoy en día esa esperanza de vida según las estimaciones de la Oficina del Censo de EEUU, ha aumentado hasta los 76 años, dado que ha mejorado la alimentación, las técnicas y diagnósticos médicos, los medicamentos y vacunas y las atenciones y ayudas a estas personas.

Por otro lado el 80% de personas vive más de 65 años, y este número creció aproximadamente a 40 millones en EEUU en el año 2010.

En 2020 la Oficina del Censo Norteamericana, calcula que entre 7 y 8 millones de personas tendrán más de 85 años y de éstas, más de 214.000 serán mayores de 100 años.

Estos datos nos pueden dar una idea aproximada del incremento tan extraordinario de esta población que poco a poco irá sufriendo una serie de patologías y enfermedades discapacitantes y que irán imposibilitándoles y haciéndoles en algún grado personas dependientes.

A esta situación imprevisible e incontrolable, le añadimos un elevadísimo número de veteranos con discapacidad producto de dos guerras mundiales, más específicamente alrededor de 54 millones de personas, un 20.6% de la población, que tenía algún grado de discapacidad y unos 26 millones, es decir el 9.9% tenía una discapacidad severa, la situación se plantea casi

---

<sup>40</sup> Historia del Diseño Universal. Universidad de Carolina del Norte. Centro para el Diseño Universal, 1998. Desde <http://www.ncsu.edu>, visitado en enero de 2011.

insostenible desde el punto de vista de las leyes y las políticas sociales en EEUU<sup>41</sup>.

Este hecho unido al reconocimiento de las autoridades legales de los derechos de estas personas y gracias a las diversas asociaciones de veteranos de guerra y otras muchas, llegaron a sensibilizar al gobierno de la necesidad de nuevas leyes y acciones para mejorar la calidad de vida de estos ciudadanos.

En los años 50 comenzaría en EEUU un importante movimiento de intento de cambio de las políticas públicas hacia los veteranos de guerra. Más adelante entre los años 1964 y 1975, en los que se desarrollo el conflicto de la Guerra de Vietnan produjo un elevadísimo número de discapacitados de todo tipo.

Sin ir más lejos el Movimiento de Derechos Civiles de la década de los 60, inspiraría más tarde al Movimiento por los Derechos de los discapacitados que influyeron de forma notable en la diversa legislación americana de los años 70, 80 y 90, sobre todo en lo referente a la búsqueda de empleos para los veteranos, en soluciones a sus problemas de salud, las barreras físicas, etc.

A partir de aquí comienzan las prohibiciones sobre la discriminación de las personas con discapacidad y la mejora de su accesibilidad a los lugares públicos, a la educación, telecomunicaciones y transportes entre otros.

---

<sup>41</sup> Historia del Diseño Universal. Universidad de Carolina del Norte. Centro para el Diseño Universal, 1998. Desde <http://www.ncsu.edu>, visitado 29 de enero de 2011.

Tras los esfuerzos de la administración de veteranos, el presidente de la Comisión de Empleo de las personas con discapacidad y la sociedad Easter Seals<sup>42</sup>, sociedad sin ánimo de lucro comprometida con los discapacitados entre otros, dio como resultado el desarrollo de normas nacionales sobre edificios “libres de barreras”. Esto ocurre en 1961, cuando la American Standards Association, más tarde conocido como ANSI (Instituto Nacional de Normalización Estadounidense)<sup>43</sup> publica la ANSI A117.1, la primera norma nacional para la accesibilidad, para hacer los edificios accesibles y utilizables por los discapacitados físicos.

Un gran número de estados americanos respondieron con sus propias normas de *accesibilidad* y ya en el año 1966, 30 estados habían aprobado leyes de *accesibilidad* aumentando la cifra a 49 estados en 1973.

En 1968, el Congreso de los EEUU promulgó la histórica Ley de Equidad de Vivienda o Ley de Vivienda Justa que establece la política nacional de vivienda justa por todos los Estados Unidos y sus territorios.

Esta ley prohíbe la discriminación en la venta, el arrendamiento, la compra, la sucesión o el alquiler de vivienda así como prohíbe la discriminación en la vivienda por razones de raza, color, religión, sexo, incapacidad, estado familiar u origen nacional.

---

<sup>42</sup> Desde <http://centraltx.easterseals.com> noviembre de 2010

<sup>43</sup> Desde <https://web.ansi.org> noviembre de 2010.

Veinte años después, se aprobó la Fair Housing Amendment Act – FHAA- (Enmiendas a la Ley de Equidad de Vivienda) que aumentó considerablemente con determinadas enmiendas el ámbito de aplicación de la ley original de 1968 y fortaleció sus mecanismos de aplicación. Como la mayoría de las piezas importantes de la legislación federal, la Ley de Vivienda Justa y las enmiendas de 1988 incorporan una serie de compromisos de mejoras elaborados por los miembros del Congreso de los EEUU.

También en 1968 el Congreso de los EEUU aprobó la Ley de Barreras Arquitectónicas (ABA)<sup>44</sup> La Ley de Barreras Arquitectónicas exige que los edificios y las instalaciones que se han diseñado, construido o arreglado utilizando fondos federales o que están alquiladas a una agencia federal, cumplan con las normas federales para la *accesibilidad* física. Los requisitos de la ABA están limitados a las normas arquitectónicas en los edificios nuevos o arreglados y en las instalaciones recientemente alquiladas. Estos requisitos no abordan las actividades que se realizan en dichos edificios e instalaciones. Las instalaciones del Servicio Postal de los Estados Unidos están cubiertas por la ABA.

La ABA se encargó de la eliminación de lo que fue percibido como el obstáculo más importante al empleo de las personas con discapacidad: *el diseño*

---

<sup>44</sup> Ley de Barreras Arquitectónicas (Architectural Barriers Act). Ley Pública 90-480. Aprobada por el Congreso de los EEUU en el año 1968.

*físico de los edificios e instalaciones que una persona tenía que utilizar en el trabajo.* Esta ley, exigía que todos los diseños de edificios, construidos o alterados o arrendados tuvieran que ser accesibles.

En 1973 se creó el Consejo de Acceso de los Estados Unidos (US Access Board), una agencia federal independiente comprometida con el diseño de servicios *accesibles* a personas con discapacidades. Actualmente es una gran fuente líder de información sobre el diseño de accesibilidad a través del desarrollo de normas generales y estándares. Opera con más de 30 personas y un consejo regulador de representantes de los departamentos federales y representantes de los ciudadanos.

El Consejo de Acceso desarrolla y mantiene normas generales y estándares de *accesibilidad* para: las construcciones, los vehículos de transporte, la tecnología electrónica y de la información y las telecomunicaciones.

Los requisitos de diseño se usan para dar cumplimiento a diferentes leyes, incluyendo la tan importante Acta de Americanos con Discapacidad (ADA)<sup>45</sup>.

Pero centrándonos en el tema de la *accesibilidad* de las construcciones y edificios que es el tema de esta tesis, este Consejo desarrolla una serie de normas generales que incluyen a una amplia gama de instalaciones del sector

---

<sup>45</sup> Ley de Americanos con Discapacidad -Americans with Disabilities Act -(ADA), Título 42 del Código de los EEUU. Aprobada por la Cámara de Representantes el 12 de julio de 1990 y un día después por el Senado Americano. Esta ley fue promulgada por el presidente George HW Bush el 26 de julio de 1990.

público y privado. Manejan la *accesibilidad* en las nuevas construcciones y modificaciones a las mismas y proporcionan especificaciones detalladas sobre rampas, elevadores, sanitarios, alarmas contra incendios, señales y otros elementos de la construcción. Las normas generales de accesibilidad de la ADA abarcan lugares para servicios públicos, instalaciones comerciales y edificaciones de gobiernos locales y estatales.

El Consejo de Acceso en realidad fue establecido para desarrollar y hacer cumplir los requisitos de diseño de instalaciones que se incluyen en la ABA. Esta ley incluye una amplia variedad de instalaciones, incluyendo las oficinas de correo como comentamos anteriormente, oficinas de seguridad social y los parques nacionales. También se aplica a instalaciones no gubernamentales que han recibido fondos federales como escuelas, viviendas sociales y sistemas de transportes de la población.

La ABA, aunque promulgada en 1968 permanece como la primera medida dictada por el Congreso de los Estados Unidos para asegurar el acceso a las edificaciones.

Un hito también muy importante dentro de las políticas dirigidas a evitar la discriminación, mejorar la Accesibilidad y el Diseño Universal, fue sin duda la Ley de Rehabilitación de 1973<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Ley Pública 93-112, aprobada por el Congreso de los Estados Unidos de América en el año 1973.

La Ley de Rehabilitación prohíbe la discriminación sobre la base de discapacidades en los programas que llevan a cabo las agencias federales, en los programas que reciben asistencia financiera federal, en el empleo federal y en las prácticas de empleo de los contratistas del gobierno federal.

Una de las secciones de esta ley es la 508 que exige que la tecnología electrónica y de información federal sea *accesible* para las personas con discapacidades, incluidos los empleados y el público en general.

Un sistema de tecnología de información *accesible* es aquel que puede ser operado de diversas maneras y que no depende de un solo sentido o habilidad del usuario. Por ejemplo, un sistema que provee resultados sólo dentro de un formato visual podría no ser *accesible* para las personas que tienen impedimentos visuales y un sistema que provee resultados sólo dentro del formato auditivo podría no ser *accesible* para las personas que son sordas o que tienen dificultades de escucha. Algunos individuos con discapacidades podrían necesitar software o aparatos auxiliares de *accesibilidad* para poder usar sistemas que cumplen con la Sección 508.

Y posteriormente en 1978 la modificación y aprobación de las secciones 502 y 504 de la Ley de Rehabilitación, supusieron importantes logros en los derechos civiles de las personas con discapacidad.

Esta ley hace ilegal cualquier discriminación por motivos de discapacidad y se aplica a nivel de agencias federales, universidades públicas, contratistas y cualquier otra institución o actividad que reciba fondos federales.

Diversos organismos federales trataron de facilitar el conocimiento y acceso a estas normas a través de reglamentos adicionales en diferentes estados americanos y esto dio lugar a numerosas y diferentes normas.

En un intento de normalizar las pautas federales iguales para todos, en 1984 las especificaciones de ANSI se incorporaron al estándar UFAS o Estándares Federales Uniformes de Accesibilidad.

Las especificaciones ANSI son normas uniformes para el diseño, construcción y reforma de edificios para que las personas físicamente discapacitadas tengan acceso y uso de ellos de conformidad con la Ley de Barreras Arquitectónicas.

Se trata de aunar y reducir al mínimo las diferencias entre las normas previamente utilizadas por cuatro organismos, la Administración de Servicios Generales, los departamentos de Vivienda y Desarrollo Urbano y Defensa, y el Servicio Postal Americano dado que todos están autorizados para expedir normas en virtud de la Ley de Barreras Arquitectónicas.

El acrónimo ANSI (American National Standard Institut), en español Instituto Nacional Americano de Normalización, es el representante de Estados Unidos en la ISO (Organización Internacional de Normalización). Se trata de una organización privada, descentralizada y no lucrativa que está constituida por fabricantes, proveedores de servicios de comunicación al público, agencias gubernamentales, asociaciones de personas usuarias y otras organizaciones

interesadas en temas de comunicación. Las normas ANSI son frecuentemente adoptadas por ISO como normas internacionales.

Otra Ley interesante de comentar en lo referente a la accesibilidad es la Ley de Acceso al Voto para las Personas de la Tercera Edad y los Discapacitados de 1984<sup>47</sup>. Esta ley requiere que para las elecciones federales, los lugares de sufragio en todo Estados Unidos sean físicamente accesibles a las personas con discapacidades. En los casos en los que no exista un local accesible como lugar de sufragio, una subdivisión política deberá proveer un medio alternativo para emitir el voto el día de la elección. Esta ley también exige que los estados pongan a disposición ayudas de registro y sufragio para los votantes que son minusválidos y de la tercera edad, incluida la información mediante el uso de aparatos de telecomunicaciones para los sordos (TDD, en inglés).

El 26 de Julio de 1990, el Presidente de los Estados Unidos George Bush firmó la tan famosa e importante Ley de protección para los Discapacitados ADA.

La ley ADA protege los derechos civiles de las personas discapacitadas y garantiza igualdad de oportunidad en el empleo, en los servicios de gobierno estatal y local, en los transportes públicos y privados disponibles al público y en los lugares que ofrecen servicios y telecomunicaciones públicas.

---

<sup>47</sup> La Ley de Acceso al Voto para las Personas de la Tercera Edad y los Minusválidos de 1984. Título 42, Código de los Estados Unidos, Sección 1973ee y siguientes.

Está considerada como la más extensa pieza de legislación desde el desde el Acta de Derechos Civiles de 1964 (Civil Rights Act of 1964). La ley ADA es la culminación legislativa de los diversos movimientos de reclamaciones de derechos de la década de los años 70. Culmina el deseo de participar plenamente en la sociedad y de disfrutar de la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad como cualquier otra persona. El cumplimiento de la ley ADA permite que las personas con discapacidad realicen su participación en el sentido más amplio en la sociedad Norteamericana.

En 1991, la Junta o Consejo de Acceso Americano publica las Directrices de Accesibilidad para Edificios e Instalaciones ADAAG (ADA Accessibility Guidelines for Buildings and Facilities). Este documento contiene los requisitos técnicos para la determinación del alcance y la accesibilidad a los edificios e instalaciones por personas con discapacidad en el marco de la Ley ADA. Estos requisitos de la especificación y la técnica han de aplicarse durante el diseño, construcción y reforma de edificios e instalaciones cubiertas por los títulos II y III de la ADA en la medida requerida por los reglamentos emitidos por agencias federales, incluyendo el Departamento de Justicia y el Departamento de Transporte.

En resumen, las dos leyes más importantes y determinantes para los derechos de los discapacitados y las garantías de accesibilidad han sido ADA y ABA y a partir de estas se han realizado numerosas enmiendas y mejoras hasta la actualidad, siendo constante la preocupación de los EEUU tanto en el

concepto de Accesibilidad Universal como en el Diseño Universal del que fueron pioneros con Ronald M. Mace.

### 2.3 Normativa Europea

Uno de los pilares más importantes a nivel de accesibilidad, además de la diversa legislación, normativa y reglamentación de cada país, es la normativa a nivel de Europa.

Las normativas europeas son de especial interés e importancia, ya que refuerzan a mi entender, las políticas llevadas a cabo por los distintos países, al margen de que se encuentren o no en el seno de la Unión Europea (UE), y siempre suelen ser un gran referente de legislación y mejora de la calidad de vida.

En el caso de la accesibilidad y el Diseño para Todos, nos encontramos con una diversa, aunque no muy extensa normativa, que arranca sobre el año 1993 de forma eficaz con la constitución del European Institute for Design and Disability (EIDD) con sede en la ciudad de Estocolmo, es decir el Instituto Europeo para el Diseño y las Discapacidades, que definió su objetivo básico como: *“mejorar la calidad de vida mediante el diseño para todos”*.

Como se puede observar, tanto a nivel europeo como americano principalmente, el término accesibilidad y diseño para todos o también llamado universal en EEUU van de la mano, pues la idea es aunar el diseño de las

estructuras, edificaciones, plataformas, políticas y cualesquiera otros instrumentos a la mejora de la accesibilidad y por ende a la calidad de vida de las personas usuarias.

El 9 de mayo de 2004, el EIDD, en su Junta Anual aprobó la siguiente **Declaración de Estocolmo**<sup>48</sup>:

*“En Europa, la diversidad humana ha aumentado en cuanto a la edad, la cultura y la capacidad. Actualmente superamos enfermedades y lesiones y por lo tanto convivimos con más discapacidades. A pesar de que el mundo de hoy es un lugar complejo, lo hemos construido nosotros, por lo tanto tenemos la posibilidad y la responsabilidad de basar nuestros diseños en los principios de inclusión.*

*“El Design for All es el diseño que tiene en cuenta la diversidad humana, la inclusión social y la igualdad. Este acercamiento holístico e innovador constituye un reto creativo y ético para todos los responsables de la planificación, el diseño, la gestión y la administración, así como para los políticos”.*

*“El Design for All tiene como objetivo hacer posible que todas las personas dispongan de igualdad de oportunidades y de participar en cada aspecto de la sociedad. Para conseguir esto, el*

---

<sup>48</sup> Aprobada en la Junta Anual del European Institute for Design and Disability en Estocolmo. EIDD, 2004.

*entorno construido, los objetivos cotidianos, los servicios, la cultura ya la información, en resumen, todo lo que está diseñado o hecho por personas para las personas ha de ser accesible y útil para todos los miembros de la sociedad y consecuente con la continua evolución de la diversidad humana”.*

*“La práctica del Design for All conlleva también el análisis de las necesidades y las expectativas humanas y requiere la participación de los usuarios en todas las fases del diseño”.*

*“Por lo tanto el European Institute for Design and Disability insta a las instituciones Europeas, nacionales, regionales y a los gobiernos locales, profesionales, empresas y otros actores sociales a tomar todas las medidas apropiadas para implantar el Design for All en sus políticas y acciones”.*

***“El buen diseño capacita, el mal diseño discapacita”.***

Aproximadamente un 15% de la población europea presenta algún tipo de discapacidad<sup>49</sup>. Esto además se agrava con la situación y las características de las personas mayores, que sufren más directamente los problemas de

---

<sup>49</sup> Informe “Revisión de Perspectivas de la población Mundial 2010”. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). 4 de mayo de 2011.

accesibilidad que puedan existir a la hora de acceder a los diferentes productos y servicios.

El departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas publicó la revisión de su informe 2010 sobre las perspectivas de la población mundial, que indica que la Tierra pasará de albergar los casi 7.000 millones de personas actuales a alcanzar los 10.100 millones en el año 2100.

Este informe también recopila datos sobre expectativas de vida y envejecimiento de la población, de los que se deduce que los países con mayores índices de fertilidad verán como su esperanza de vida se sitúa en 77 años en 2100. Mientras que la de estados con una fertilidad media alcanzará los 82 años y los de baja fertilidad 86 años. En conjunto, la media global de esperanza de vida pasará de los 68 años calculados en 2010 a los 81 años para fin de siglo.

Observemos los datos de España con una tasa bruta de natalidad en 2009 de 10,7494 %, frente a datos por ejemplo del año 1975 de 18,7346 %. Es claro el descenso del número de nacimientos y del crecimiento y a la par envejecimiento de la población futura.

Esto significa más ancianos y personas mayores y la necesidad de una mejor y mayor nivel de accesibilidad para la calidad de vida de esta población.

En este sentido, la Unión Europea alberga una gran preocupación e interés por este tipo de políticas de tipo igualitario, siendo incluso una prioridad actualmente para sus autoridades.

Algunos ejemplos sobre este interés constante de la UE en la mejora y promoción de la Accesibilidad Universal y el Diseño para Todos, son algunas de las normas, comunicaciones, directivas, resoluciones, etc., que exponemos a continuación.

Ya en el año 1995, se aprobó la Directiva 95/16/CE (Comunidad Europea) relativa al acceso a los ascensores de las personas con discapacidad.

Una importante Resolución del Consejo Europeo y de los representantes de los distintos gobiernos y estados reunidos en el seno de dicho consejo, fue la relativa a la Igualdad de Oportunidades de las personas con minusvalías, de fecha 20 de diciembre de 1996.

O la Resolución B4/0985/98, del Parlamento Europeo, sobre el lenguaje mímico, donde se realizan un gran número de consideraciones sobre la problemática de los sordos profundos y ligeros y su problema de adaptación de al lenguaje hablado.

Otra Resolución del consejo, de 17 de junio de 1999, sería la relativa a la igualdad de oportunidades laborales de las personas con minusvalía.

Por último, comentar la Resolución del Consejo Europeo de 6 de febrero de 2003, sobre Accesibilidad Electrónica, con la que se pretende mejorar el acceso de las personas con discapacidad a la sociedad del conocimiento.

## 2.4 Normativa Nacional

La Constitución Española, en su artículo 49, dispone que los poderes públicos realicen una política de previsión e integración de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales y los ampararán para el disfrute de los derechos que la misma otorga.

A nivel nacional disponemos de una amplia legislación sobre accesibilidad, discapacidad y eliminación de barreras arquitectónicas de las que hablaremos más extensamente, pero sobre todas hay dos leyes fundamentales en la historia de la normativa española y específicas para las personas con discapacidad que son también muy interesantes, pues aunque la primera de ellas la Ley de Integración Social de los Minusválidos, también llamada LISMI<sup>50</sup>, ya apunta hacia la accesibilidad de espacios públicos. La segunda más específica sobre accesibilidad es la Ley de Igualdad, No Discriminación y Accesibilidad Universal, o LIONDAU<sup>51</sup>, que veremos más adelante.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, hace referencia a la construcción, ampliación y reforma de los edificios de propiedad pública o privada, que estén destinados a un uso que implique la concurrencia de público, así como la planificación y urbanización de las vías

---

<sup>50</sup> Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. BOE nº 103 de 30/04/1982.

<sup>51</sup> Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad. BOE nº 289 de 3 de diciembre de 2003.

públicas, parques y jardines de iguales características, se efectuará de forma que resulten accesibles y utilizables a los minusválidos, etc.

Esta ley contempla que sean adaptados gradualmente los edificios, instalaciones, calles, parques, jardines, etc. Con este marco legislativo y constitucional, es importante citar la Ley 3/1990, de 21 de junio<sup>52</sup>, que modifica la Ley 49/1960, de 21 de julio, de Propiedad Horizontal<sup>53</sup>, que de alguna forma suaviza el régimen de adopción de acuerdos por las juntas de propietarios para la realización de obras de supresión de barreras arquitectónicas, y por otro lado la Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos<sup>54</sup>, que en su artículo 24 faculta a los arrendatarios con minusvalía a efectuar reformas en el interior de la vivienda para mejorar su habitabilidad. No son leyes específicas de accesibilidad pero sí de gran trascendencia en la eliminación de barreras arquitectónicas.

Con la Ley 15/1995, de 30 de mayo, sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad<sup>55</sup>, se ahonda sobre la eliminación de barreras arquitectónicas. Sobre el establecimiento de un procedimiento que facilite al propietario de un inmueble y la comunidad de vecinos correspondiente lleguen a acuerdos sobre la

---

<sup>52</sup> Ley 3/1990, de 21 de junio, por la que se modifica la Ley 49/1960, de 21 de julio, de Propiedad Horizontal, para facilitar la adopción de acuerdos que tengan por finalidad la adecuada habitabilidad de minusválidos en el edificio de su vivienda. BOE número 149 de 22/6/1990.

<sup>53</sup> Ley 49/1960, de 21 de julio, sobre propiedad horizontal. BOE número 176 de 23/7/1960.

<sup>54</sup> Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos. BOE nº 282 de 25/11/1994.

<sup>55</sup> Ley 15/1995, de 30 de mayo, sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad. BOE nº 129 de 31/05/1995

manera de ejecutar cualquier obra de adaptación y mejora de la accesibilidad a las personas usuarias.

Cuatro años después, la Ley 38/1999, de 5 de abril, de ordenación de la edificación<sup>56</sup>, incide en determinadas cuestiones de calidad, seguridad, funcionalidad, protección contra incendios, aislamiento térmico, accesibilidad para las personas con discapacidad o movilidad reducida, etc. En definitiva, una importante normativa que mejora de manera ostensible la calidad de la edificación y por ende la accesibilidad de las personas usuarias beneficiarias de esta.

Otra importante norma es el Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo<sup>57</sup>, que establece condiciones de accesibilidad y no discriminación para las personas con discapacidad, pero en lo relativo a las relaciones con la Administración General del Estado.

Ya en su artículo 1, este Real Decreto, deja claro que la administración debe regular las condiciones de accesibilidad de estas personas usuarias, respetando en todo momento los principios de igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidades y su accesibilidad universal. Así como medios y apoyos humanos y materiales suplementarios adicionales a

---

<sup>56</sup> Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación. BOE nº 266 de 6 de noviembre de 1999.

<sup>57</sup> Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado. BOE nº 72, de 24 de marzo de 2007.

fin de que puedan ejercitar de forma normalizada y regular sus derechos. También se refiere a la:

*“...eliminación y corrección de cualquier norma, criterio, instrucción, actuación, práctica o decisión que suponga una vulneración de la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad”*

Otro paso gigante en cuanto a la legislación española en lo referente a la accesibilidad es la Ley 27/2007, de 23 de octubre<sup>58</sup>. En ella se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.

La ley se inspira en los principios de transversalidad de las políticas, de forma que las actuaciones deben ser de carácter general en cualquier ámbito de la actuación pública, de accesibilidad universal, interviniendo en los entornos, los procesos, los bienes, los productos, servicios, objetos e instrumentos, herramientas y dispositivos, en definitiva en todo lo que pueda ser susceptible de mejora de la accesibilidad universal, haciendo que todo se convierta en comprensible, utilizable y practicable por todos de forma autónoma, cómoda y segura.

---

<sup>58</sup> Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. BOE nº 255 de 24 de octubre de 2007.

Otro de los principios en los que se inspira esta ley es en el principio de libertad de elección de forma que las personas sordas, con discapacidad auditiva o sordociegas o en su defecto sus representantes legales, puedan elegir entre la lengua oral o de signos española o de su propia CA. Y el último principio es el de no discriminación por utilizar la lengua de signos.

La segunda ley de gran relevancia y calado a nivel nacional, a la que hicimos anteriormente referencia es la **Ley 51/2003**, de 2 de diciembre, de **Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal** de las personas con discapacidad<sup>59</sup> (LIONDAU), que se basa en los principios de vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil y transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.

Simplemente con el significado del acrónimo LIONDAU, se resumen los principios de esta ley que ha supuesto un antes y un después en la accesibilidad universal.

Su objetivo es garantizar y reconocer el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social.

Como desarrollo de la LIONDAU, se aprobaron el Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, sobre las condiciones básicas de accesibilidad y no

---

<sup>59</sup> Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad. BOE nº 289 de 3 de diciembre de 2003.

discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones<sup>60</sup>, y el Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre<sup>61</sup>, que regula las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad, con el objetivo de armonizar y unificar términos y parámetros en esta materia en todas las Comunidades Autónomas.

Pero volviendo al Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, podemos observar como este texto relativamente reciente en el tiempo, utiliza constantemente los términos accesibilidad, accesible, accesibilidad universal, diseño, etc., con bastante frecuencia e insistencia, algo que nos hace reflexionar sobre el avance legislativo en estos aspectos en nuestro país y el esfuerzo y mandato para que los poderes públicos realicen las políticas oportunas de integración y amparo de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, legislando obligatoriedad en la aplicación de numerosas normas y condiciones de accesibilidad universal.

Se refiere a la accesibilidad a los edificios realizando itinerarios practicables y accesibles, fácilmente localizables que comunique con facilidad todas las dependencias de un edificio. De aparcamientos con plazas y reserva de

---

<sup>60</sup> Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, sobre las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones. BOE nº 113 de 11 de mayo de 2007.

<sup>61</sup> Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad. BOE nº 290 de 4 de diciembre de 2007.

ellas accesibles, de la accesibilidad de los pasos alternativos o modificaciones en los sistemas de control de las personas usuarias, de las facilidades a las personas con perros guías, de las puertas de entrada, salidas y emergencias accesibles igualmente, de los espacios comunes en los edificios, de la comunicación accesible entre las distintas plantas de los edificios, de los aseos y servicios higiénico sanitarios, de las rampas, ascensores, de la utilización del mobiliario, de la información y comunicación escrita, cartelería, sistemas de seguridad, avisos y emergencia, etc.

De aquí la satisfacción en la observación de que nuestros legisladores se están ocupando de forma eficaz de estas normas de protección de los derechos de todos, que en algún momento puedan tener de forma transitoria, temporal o definitiva algún tipo de problema de acceso a los servicios, edificios y espacios públicos de nuestro país.

Recordemos también el Real Decreto 556/ 1989, de 19 de mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios<sup>62</sup>, siendo una normativa a nivel nacional de importancia.

Prueba del esfuerzo constante y el interés de nuestro país en la mejora de las políticas y acciones dirigidas a la accesibilidad es el reciente Convenio Marco de Colaboración entre el IMSERSO (marzo de 2011), dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Fundación ONCE, para la

---

<sup>62</sup> Real Decreto 556/1989, de 19 de mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios. BOE nº 122 de 23/5/1989.

cooperación e inclusión social de personas con discapacidad, con el objeto de desarrollar un programa de *ACCESIBILIDAD UNIVERSAL EN 2011*.

En este convenio se manifiesta entre otros:

Primero: *“Que corresponde al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, la propuesta y ejecución de la política del Gobierno, en materia de cohesión e inclusión social, de familias, de protección del menor y atención a las personas en situación de dependencia o con discapacidad, así como la promoción de las políticas de igualdad, no discriminación y accesibilidad universal, desarrollando la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia; la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal (LIONDAU), así como la normativa que desarrolla ambas leyes”*

Segundo: Que entre las competencias de la Fundación ONCE, *“...están la de promover la inclusión social de las personas con discapacidad, a través de la realización de proyectos y programas de contenido diverso, entre los que figuran los dirigidos a promover la Accesibilidad Universal”*

Tercero: Que el IMSERSO y la Fundación ONCE han mantenido una línea de colaboración, a través de diferentes acuerdos, que han sido plasmados en diferentes Convenios de Colaboración.

Cuarto: Que el IMSERSO, a partir de la Ley de Dependencia y la LIONDAU, está desarrollando proyectos destinados a promover, facilitar y

apoyar la investigación y el desarrollo de procesos y productos que aseguren la no discriminación desde el punto de vista de uso y disfrute de las TIC, así como medidas dirigidas a favorecer la formación en estos ámbitos y contenidos.

Quinto: Muy importante destacar que la Fundación ONCE valora urgente la necesidad de adoptar medidas que permitan garantizar la Accesibilidad Universal en entornos, productos y servicios para asegurar la igualdad de oportunidades en línea con el artículo noveno de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

Entre los tipos de proyectos y actuaciones están aquellas de diagnóstico y planificación para lograr la accesibilidad, Planes de Accesibilidad Universal, Planes de estudio o proyecto para la mejora de la Accesibilidad, actuaciones en urbanismo y en la edificación, en entornos, servicios o sistemas basados en TIC, etc.

Finalmente nos parece muy importante mencionar la Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación<sup>63</sup>, que considera la accesibilidad como uno de los requisitos básicos que han de reunir los edificios, siendo el Código Técnico de la Edificación<sup>64</sup> (CTE), el que fija las exigencias de calidad de los edificios y sus instalaciones, de forma que permita el cumplimiento de los citados requisitos básicos.

---

<sup>63</sup> Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación. BOE nº 266 de 6 de noviembre de 1999.

<sup>64</sup> CTE, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo. BOE nº 74 de 28 de marzo de 2006.

### 2.4.1 Normas UNE. Criterios DALCO

Además de la legislación utilizada para la toma de datos y el posterior estudio de esta tesis doctoral, hemos analizado otras normas de gran interés y que otorgan una importante calidad. Nos referimos a las Normas UNE que no son de obligado cumplimiento en España, sino de carácter voluntario, pero que en nuestro caso, en la accesibilidad a los edificios no podemos dejar de lado en un estudio fundamentalmente de tipo cualitativo.

En primer lugar, las Normas UNE<sup>65</sup> son documentos elaborados por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), que contienen especificaciones técnicas para una actividad o producto y que han sido consensuadas entre todas las partes involucradas.

AENOR es una entidad privada sin ánimo de lucro, fundada en 1986. Anteriormente se denominó Instituto de Racionalización y Normalización (IRANOR), allá por el año 1945 y cuya actividad se encaminaba a mejorar la calidad de los distintos productos y servicios de las empresas. Actualmente AENOR tiene como base crear una importante confianza en la economía de una empresa que desee que esta entidad participe con sus conocimientos e indicaciones en su estructura, organización, consejos y resultados, mejorando también su competitividad, algo fundamental hoy en día para el avance de cualquier empresa. En España, esta asociación goza de una excelente consideración y es un referente no sólo a nivel nacional sino internacional.

---

<sup>65</sup> UNE. Acrónimo de: Una Norma Española.

AENOR trabaja en dos campos fundamentales, la normalización y la certificación. En cuanto a la normalización, hay que decir que AENOR se encarga de indicar cómo debe ser un producto o servicio para que éste sea seguro y responda a las exigencias de los consumidores. Para ello pone en manos de la empresa que le contrate una serie de servicios, normas y soluciones para que estas mejoren en todos los campos. Y en cuanto a la certificación, AENOR es por excelencia la entidad certificadora en España, pues trabaja con un importante rigor e independencia. Por poner alguna cifra de referencia en la calidad de esta entidad, AENOR ha emitido más de 57.000 certificaciones en Gestión de la Calidad, Gestión Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, I+D+i o Eficiencia Energética.

Según datos de AENOR, en lo referente a la historia de esta entidad, nos dice que:

*“El primer año de actividad de AENOR se cerró con la creación de 24 Comités Técnicos de Normalización y dos Comités Técnicos de Certificación. En 1989 se comenzaron a certificar sistemas de gestión según la norma UNE-EN ISO 9001. Veinticuatro años después de su creación AENOR cuenta con cerca de 200 Comités Técnicos de Normalización, 68 Comités Técnicos de Certificación y gestiona directamente 116 sistemas de certificación...”*

En Andalucía la primera delegación de AENOR abre sus puertas en el año 1993, siendo en la actualidad una importante referencia a todos los niveles de calidad. Y cuenta con una gran actividad editorial y formativa en campos como I+D+i (Investigación, Desarrollo e innovación) con certificaciones del personal investigador, medio ambiente con sistemas de gestión ambiental, certificación ambiental de productos y servicios, eficiencia energética, cambio climático, gestión forestal, riesgos y seguridad relativas a la información, alimentación, etc., certificación de la responsabilidad social en lo referente a la accesibilidad universal, o a las Tecnologías de la Información y la comunicación (TIC), tesis de sostenibilidad, sistemas de gestión de calidad en productos y transportes sanitarios, sector de la automoción, etc.

Entre sus objetivos se encuentran<sup>66</sup>:

- Elaborar normas técnicas españolas con la participación abierta a todas las partes interesadas y colaborar impulsando la aportación española en la elaboración de normas europeas e internacionales.

- Certificar productos, servicios y empresas (sistemas) confiriendo a los mismos un valor competitivo diferencial que contribuya a favorecer los intercambios comerciales y la cooperación internacional.

---

<sup>66</sup> Desde [www.aenor.es](http://www.aenor.es) enero de 2011.

- Orientar la gestión a la satisfacción de nuestros clientes y la participación activa de nuestras personas, con criterios de calidad total, y obtener resultados que garanticen un desarrollo competitivo.

- Impulsar la difusión de una cultura que nos relacione con la calidad y nos identifique como apoyo a quien busca la excelencia.

- Garantizar el rigor, la imparcialidad y la competencia técnica de los servicios de certificación, como credencial principal y expresión de nuestros valores, manifiestos en la Declaración aprobada por el Comité de la Imparcialidad.

Estas normas UNE, fueron creadas por los Comités Técnicos de Normalización (CTN), de los que forman parte todas las entidades y agentes implicados e interesados en los trabajos del comité. Por regla general estos comités suelen estar formados por AENOR, fabricantes, consumidores y personas usuarias, administración, laboratorios y centros de investigación.

Tras su creación tienen un período de 6 meses de prueba en los que son revisadas públicamente, para después ser redactadas definitivamente por la comisión, bajo las siglas UNE<sup>67</sup>. Siendo periódicamente actualizadas.

---

<sup>67</sup> Las normas se numeran siguiendo una clasificación decimal. El código que designa una norma está estructurado de forma general de la siguiente forma: Norma A B C: UNE 1 032 82. Donde A: es el Comité Técnico de Normalización del que depende la norma. B: es el Número de norma emitida por dicho comité, (complementado cuando se trata de una revisión R, una modificación M o un complemento C), y por último C: es el año de edición de la norma.

Las referidas Normas en lo que respecta a nuestro estudio, es decir a la accesibilidad en edificios y entornos son las siguientes<sup>68</sup>:

UNE 170001 Accesibilidad global. Criterios para facilitar la accesibilidad al entorno. Partes 1 y 2.

UNE 41500 IN Accesibilidad en la edificación y el urbanismo. Criterios generales de diseño.

UNE 41510 Accesibilidad en el urbanismo.

UNE 41520 Accesibilidad en la edificación. Espacios de comunicación horizontal.

UNE 41523 Accesibilidad en la edificación. Espacios higiénico-sanitarios.

Cuando nos referimos a la accesibilidad, contamos con diferentes dimensiones humanas como son el desplazarse, comunicarse, alcanzar, entender, usar y manipular. Si lo que queremos es garantizar esa accesibilidad, significa garantizar que se cumplan todas estas actividades que hemos referido y que no haya barreras que eviten esto.

Todas estas actividades, las resume AENOR en los llamados criterios o requisitos DALCO, que son un conjunto de requisitos relativos a las acciones de

---

<sup>68</sup> Desde <http://www.aenor.es> enero de 2011.

ocupan 4 grandes grupos<sup>69</sup>: **Deambulaci3n**, **Aprehensi3n**, **Localizaci3n** y **Comunicaci3n**. De aqu3 el acr3nimo **DALCO**. Estas acciones se han de satisfacer para garantizar la accesibilidad global a entornos, productos y servicios.

### ***DEAMBULACI3N:***

Se refiere a la movilidad, tanto horizontal como vertical; esta movilidad puede ser a trav3s de los medios propios del individuo, o a trav3s de ayudas t3cnicas como una silla de ruedas, muletas o bastones ingleses o utilizando medios de transporte. Este requisito afecta a los siguientes entornos y situaciones: accesos, anchos de paso, anchos de giro, obst3culos y desniveles verticales. Y dentro de estos 3ltimos las rampas, escaleras, ascensores, etc.

### ***APREHENSI3N:***

Se refiere a las capacidades de aprehender, alcanzar y agarrar, y engloba no s3lo el alcance manual, sino tambi3n el alcance auditivo y el visual. Este requisito afecta a los siguientes entornos y situaciones:

-Alcance manual: alcance de botoneras e interruptores, colocaci3n de mecanismos, manillas y herrajes, grifos, pasamanos, asas, barras de apoyo.

---

<sup>69</sup> Accesibilidad en edificios p3blicos. Certificaci3n de Sistemas de AENOR. AENOR, 2007.

-Alcance visual: señalización o señalética, elección de colores, tamaño de textos.

-Alcance auditivo: avisos por megafonía, señales de alarma, mostradores de atención al público, etc.

### ***LOCALIZACIÓN:***

El usuario debe conocer en cada momento dónde se encuentra y dónde encontrar información para encontrar algo o alguien.

Este concepto engloba y hace referencia a muchos otros como orientación o señalización. Este requisito se refiere a espacios físicos como un edificio, pero también al diseño de interfaces (botoneras, señalética,...) en las que el usuario ha de ser capaz de encontrar la información que busca.

### ***COMUNICACIÓN:***

Entendemos por comunicación los procesos de emitir, recibir e intercambiar información a través de distintos canales: oral, escrito, visual y auditivo. En este apartado estaría incluido todo lo referente a la señalización o señalética y a la cartelería, así como todos los sistemas de aviso, alarmas, megafonía, señalización táctil, folletos, planos, interfaces, etc. Los entornos especialmente afectados por este requisito serían: zonas de atención al público, mostradores o taquillas, entre otros.

Estos requisitos están relacionados entre sí y aparecen, en distinta medida, en todos los entornos y elementos: por ejemplo, en el diseño de una

puerta encontramos requisitos de deambulación (dimensiones de la puerta) de aprehensión (diseño de la manilla) de localización (el usuario debe saber a donde lleva esa puerta antes de cruzarla) y de comunicación (el cartel de la puerta debe ser entendible).

El cumplimiento de todos estos requisitos garantiza la accesibilidad global de un entorno, servicio o producto. En aquellas situaciones en las que no sea posible garantizar alguno de ellos se recurrirá al uso de una ayuda técnica o adaptación, y sólo en último caso se recurrirá a un elemento alternativo.

## **2.5 Normativas Autonómicas**

Existe una importante legislación y normativa sobre discapacidad y accesibilidad en todas y cada una de nuestras CCAA, y en general todas de forma transversal están en la línea con todo tipo de políticas en la mejora constante de los derechos de las personas usuarias en lo referente a la accesibilidad, bien en la comunicación, los transporte, las edificaciones, etc., y también en la supresión de barreras arquitectónicas.

En primer lugar y dado que el estudio de la accesibilidad en los edificios de salud, se realiza en Andalucía, describiremos su legislación y normativa y veremos su evolución histórica.

Posteriormente hemos elegido otras dos CCAA, pudiendo habernos referido a cualquiera de ellas, pero hemos creído oportuno describir más

ampliamente la correspondiente a El País Vasco y Cataluña, por su relevancia a nivel social, económico e industrial en España, así como por sus constantes iniciativas normativas y legislativas.

### **2.5.1 Normativa Andaluza**

La Constitución Española en su artículo 9º.2, nos dice que corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. Además en su artículo 49, se refiere a los poderes públicos que realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran. Así mismo en la nueva Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía<sup>70</sup>, se refiere en su artículo 34. 5 a la autonomía y la integración social y profesional de las personas con discapacidad, de acuerdo con los principios de no discriminación, accesibilidad universal e igualdad de oportunidades, incluyendo la utilización de los lenguajes que les permitan la comunicación y la plena eliminación de las barreras. Y en su artículo 34.6 al uso de la lengua de signos española y las condiciones que

---

<sup>70</sup> Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. BOJA nº 56 de 20 de marzo de 2007.

permitan alcanzar la igualdad de las personas sordas que opten por esta lengua, que será objeto de enseñanza, protección y respeto.

Es de resaltar que cada año se envían al Defensor del Pueblo Andaluz numerosas quejas en lo referente a la accesibilidad, y se realizan recomendaciones e informes especiales por parte de su oficina a las distintas instituciones y organismos de toda Andalucía. Como ejemplo el que se realizó en 2010 titulado “*El parque residencial sin ascensor en Andalucía: Una apuesta por la Accesibilidad*”. Este informe fue presentado en el Parlamento de Andalucía el 25-10-2010. Donde de forma resumida viene a decir lo siguiente:

*“En Andalucía, el 50,29 % de las viviendas situadas en edificios de 3 o más plantas carecen de ascensor. Ello supone que 580.761 viviendas carecen de estas instalaciones. Si consideramos que el promedio de ocupación de las viviendas en Andalucía es de 3,04 personas, un total de 1.765.513 personas viven en inmuebles de estas características. Esta situación genera un importante obstáculo, en términos de calidad de vida, para estos residentes, pero reviste tintes dramáticos cuando pensamos, en términos de accesibilidad, en las personas discapacitadas y en el colectivo, cada vez de más entidad, de las personas mayores. El objeto de este Informe Especial es, por un lado, evidenciar la entidad del problema y, de otro, proponer a los poderes públicos una serie de medidas destinadas a abordar la exigencia constitucional (arts. 47, 49 y 50 CE) y estatutaria (arts. 10, apartados. 1 y 3.15º y 16º; 19,*

*23.1; 24 y 37.1.3º, 4º y 5º) de que el parque residencial existente garantice la accesibilidad de todas las personas que residan en las viviendas que lo integran”.*

Continuando con la legislación andaluza, la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía<sup>71</sup>, establece la atención y promoción del bienestar de las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales, y claramente se refiere también al término accesibilidad, al ser uno de sus principios básicos la integración de estos colectivos.

Hasta julio de 2009, la normativa sobre accesibilidad en Andalucía se sustentaba principalmente en el Decreto 72/1992 de 5 de mayo<sup>72</sup>, por el que se aprobaron las normas técnicas para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte.

A partir de julio de 2009, el decreto vigente en materia de accesibilidad en Andalucía es el Decreto 293/2009 de 7 de julio<sup>73</sup>, donde se actualizan y mejoran las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía y sobre el cumplimiento y desarrollo de esta norma, basamos sobre todo el estudio de accesibilidad en lo referente a los edificios públicos, siendo en la actualidad una norma que apenas si es conocida entre los profesionales de salud y del resto de instituciones, al menos esa es mi apreciación.

---

<sup>71</sup> Ley 2/1988, de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía. BOJA nº 29 de 12/04/1988.

<sup>72</sup> Decreto 72/1992, de 5 de mayo. BOJA número 44, de 23 de mayo de 1992.

<sup>73</sup> Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía. BOJA nº 140 de 21/07/2009.

Pero antes de describir la última normativa andaluza en accesibilidad, recordemos otras normas y leyes de gran importancia que fueron cimentando a lo largo de los años una sólida base para orgullo de los ciudadanos e instituciones de gobierno de Andalucía.

Es gratificante saber que posiblemente estemos a la vanguardia en normas de accesibilidad, frente a otras comunidades autónomas de gran calado.

En Andalucía disponemos de numerosas normas importantes en lo referente a la accesibilidad, una de ellas el ya derogado Decreto 72/ 1992, de 5 de mayo, marcó un antes y un después en la legislación y los derechos sobre la accesibilidad. Este decreto de la Consejería de la Presidencia, comienza exponiendo de forma clara el compromiso de la Junta de Andalucía en este tema tan importante y cito:

*“Por cuanto antecede, resulta necesaria que la CA de Andalucía dicte las normas que posibiliten hacer realidad en su territorio la efectiva integración de las personas discapacitadas con carácter permanente a temporal, estableciéndose la **normativa básica** para evitar que se generen en pueblos y ciudades nuevas barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte, así como para eliminar progresivamente las ya existentes”.*

*“En el presente Decreto se unifican normas técnicas y disposiciones específicas correspondientes a diversos ámbitos de actuación —urbanismo, arquitectura y vivienda y transporte— por*

*cuanto el conjunto tiende a un objetivo común, siendo competente la junta de Andalucía para su regulación, de acuerdo con lo previsto en el artículo 13 del Estatuto de Autonomía”*

A partir de esta norma aparecen durante la década de los años 90 otras tantas de carácter más específico o para la creación de comités u organismos colegiados para la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos en Andalucía.

Así por ejemplo, el Decreto 133/1992, de 21 de julio, establecería un régimen transitorio en la aplicación del Decreto 72/1992, 5 de mayo, ya que se observó por parte de la administración andaluza la imposibilidad o grave perjuicio en determinados proyectos o ejecución de obras a la entrada en vigor de éste.

Así, se añadiría con este decreto una única disposición transitoria, en la que se ordena que no sea aplicado por entonces el recién publicado Decreto 72/1992, de 5 de mayo en las siguientes circunstancias<sup>74</sup>:

a) A las obras en construcción y a los proyectos que tengan concedida licencia de obras, en la fecha de entrada en vigor del citado Decreto.

b) A los proyectos aprobados por las Administraciones Públicas o visados por Colegios Profesionales en la fecha de entrada en vigor del mencionado Decreto, así como a los que se presenten para su aprobación o visado en el plazo de tres meses a partir de dicha entrada en vigor.

---

<sup>74</sup> Decreto 133/1992, de 21 de julio de la Junta de Andalucía. BOJA nº 70 de 23/7/1992.

c) A las obras que se realicen conforme a los proyectos citados en el apartado b), siempre que la licencia se solicite en el plazo de un año a partir de la entrada en vigor del referido Decreto. Todo ello, sin perjuicio de que los proyectos y obras a que se refieren los apartados anteriores puedan ser adaptados a las normas contenidas en el presente Decreto.

Tras este oportuno decreto transitorio que suavizaría y tranquilizaría la situación de muchas empresas y constructoras, aseguradoras, etc., dependientes de esta norma, en 1995, por Orden de 3 de mayo, y a raíz del Decreto 72/1992 de 5 de mayo, se crea la Comisión de Accesibilidad y la Eliminación de Barreras Arquitectónicas Urbanísticas y en el Transporte en Andalucía.

Se trata de una Comisión de carácter interdepartamental formada principalmente por el titular de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, directores generales de las distintas Consejerías competentes en esta materia, así como distintos representantes de la Administración General del Estado, de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), y de las asociaciones más representativas de personas usuarias con discapacidades físicas, auditivas y visuales de Andalucía.

Entre las funciones de esta Comisión, se encuentran las de asesorar a las distintas entidades sobre el Decreto 72/1992, de 5 de mayo, así como observar las distintas mejoras, avances técnicos, etc., que se vayan produciendo en materia de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.

Pero sigamos avanzando en la legislación andaluza. Con el Decreto 298/1995, de 26 de diciembre<sup>75</sup>, se comenzarían a adaptar los edificios, establecimientos e instalaciones de la Junta de Andalucía, y de sus empresas públicas a las especificaciones del Decreto 72/1992, de 5 de mayo. Así fue que las distintas Consejerías y organismos y empresas dependientes de la Junta de Andalucía, tras estudiar y conocer sus necesidades de adaptación y presupuestos, se preocuparían de poner en práctica este Decreto a lo largo del período comprendido entre los años 1996 al 2000, afectando a todos los inmuebles de uso administrativo, asistencial, cultural, deportivo, docente, sanitario, residencial, etc.

Esta importantísima intervención sobre edificios de gestión pública da una idea de la importancia e interés del gobierno andaluz en materia de accesibilidad y barreras arquitectónicas, realizando una importantísima labor de adaptación funcional a todos los niveles, para mejorar la calidad del usuario al sistema administrativo y de servicios de Andalucía.

El Decreto 72/1992 de 5 de mayo, tenía además entre sus funciones la de velar por el cumplimiento y seguimiento de las normas establecidas en él, así que a través de la Comisión Técnica dependiente de la Comisión de Accesibilidad, se cree oportuno establecer un modelo de ficha de seguimiento de esta normativa, para cumplir ambos objetivos. Dicho modelo ficha se aprueba

---

<sup>75</sup> Decreto 298/1995, de 26 de diciembre, por el que se aprueban los criterios para la adaptación de los edificios, establecimientos e instalaciones de la Junta de Andalucía y sus empresas públicas al Decreto 72/1992, de 5 de mayo. BOJA nº 18 de 6/02/1996.

mediante Orden de 5 de septiembre de 1996, para la justificación del cumplimiento del citado Decreto.

Una normativa que venía siendo muy necesaria para los discapacitados visuales, fue la aprobación de la Ley 5/1998, de 23 de noviembre, relativa al uso de los perros guías en Andalucía<sup>76</sup>.

Esta ley tiene como objetivos, garantizar el derecho al libre *acceso*, deambulación y permanencia en lugares públicos o de uso público a los afectados por disfunciones o defectos visuales.

Con esta ley, todo el mundo podrá disfrutar de una importante mejora en la accesibilidad en condiciones de igualdad y no discriminación, vulnerabilidad o exclusión social.

Continuando con la diversa legislación sobre accesibilidad en Andalucía, nos encontramos con la última de la década de los 90, se trata de la Ley 1/1999, de 31 de marzo de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía<sup>77</sup>.

Esta ley en su título VII, se refiere a la accesibilidad urbanística, arquitectónica, en el transporte y la comunicación, y contempla por primera vez en el panorama legislativo andaluz las normas para hacer accesible la comunicación a las personas con discapacidad visual, auditiva, motora o de otra índole.

---

<sup>76</sup> Ley 5/1998, de 23 de noviembre, relativa al uso en Andalucía de perros guía por personas con disfunciones visuales. BOJA nº 141 de 12/12/1998.

<sup>77</sup> Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. BOJA nº 45 de 17/04/1999.

Resaltar el hecho de que la Ley 2/2003, de 12 de mayo de ordenación de los transportes urbanos y metropolitanos de viajeros en Andalucía<sup>78</sup>, en su exposición de motivos, ya hace referencia a la necesidad de que los ciudadanos puedan desplazarse en condiciones adecuadas de accesibilidad y calidad a sus lugares de destino.

El reciente Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía<sup>79</sup>, supone a nuestro entender un importantísimo avance en la legislación andaluza y sobre todo muy importante en cuanto a la integración social, económica y laboral de todas las personas, aunque especialmente aquellas discapacitadas de forma temporal o permanente.

Recordar que este espíritu ya fue recogido en el artículo 10.3.16 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, y por otra parte también en su artículo 37.1.5, entre sus principios rectores de las políticas públicas, está el de integración social y profesional, la accesibilidad universal y la igualdad de oportunidades, incluyendo la utilización de lenguajes que permitan la comunicación y la eliminación de barreras.

En el Título II, del Decreto 293/2003, de 7 de julio, referido a la accesibilidad en los edificios, establecimientos e instalaciones de concurrencia

---

<sup>78</sup> Ley 2/2003 de 12 de mayo, de Ordenación de los Transportes Urbanos y Metropolitanos de viajeros en Andalucía. BOJA nº 99 de 27/05/2003.

<sup>79</sup> Decreto 293/2009, de 7 de julio. BOJA nº 140 de 21/07/2009.

pública, es en el que nos hemos centrado específicamente para la elaboración de la plantilla de recogida de datos de esta tesis.

En la elaboración de este Decreto han sido recogidas numerosas recomendaciones del Defensor del Pueblo Andaluz, de la Comisión de Accesibilidad y eliminación de Barreras arquitectónicas, Urbanísticas y en el Transporte en Andalucía, además del extenso movimiento asociativo de personas discapacitadas, consumidores y personas usuarias, la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP) y otras entidades y colectivos profesionales que están relacionadas con la arquitectura, entre otros.

El espíritu de este decreto nos parece muy constructivo por cuanto a la hora de valorar una situación de accesibilidad la cual se hace del todo inviable de mejorar, propone la utilización de las ayudas técnicas para paliar el problema, aunque la imposibilidad de cumplimiento de determinados artículos, no eximirá del cumplimiento del resto del articulado.

Y finalmente comentar que en cuanto a los Planes de Accesibilidad, el Decreto 293/2009, de 7 de julio, en su disposición adicional tercera, refiere que las distintas administraciones públicas y sus distintas entidades, elaboraran planes de accesibilidad para *adaptar* al decreto las distintas infraestructuras, espacios libres y viales, los edificios, establecimientos, instalaciones de uso y concurrencia pública y los medios de transporte públicos.

Este es uno de los aspectos más interesantes a nuestro entender que arroja este decreto, dada la relevancia de la mejora de la accesibilidad en nuestra sociedad.

### **2.5.2 Normativa en el País Vasco**

El comienzo de la normativa sobre accesibilidad en el País Vasco, anterior a la normativa andaluza, data del año 1981 con el Decreto 59/1981, de 23 de marzo, sobre normativa para la supresión de barreras urbanísticas<sup>80</sup>. Este Decreto ya en su preámbulo y posteriormente en su artículo primero se refiere a la importancia de la accesibilidad y la eliminación de las barreras que dificulten la normalidad del desenvolvimiento de cualquier persona con minusvalías orgánicas o circunstanciales, niños, embarazadas, etc., en los espacios destinados a uso público, edificaciones, etc.

En su artículo tercero, titulado “accesibilidad”, igualmente hace referencia a que la ley debe disponer los mecanismos para que una persona con cualquier minusvalía disponga del mismo grado de accesibilidad que los demás ciudadanos. Igualmente sobre las plazas de aparcamientos, los accesos a edificios públicos, las fuentes, y la colocación de señalética indicativa como el símbolo internacional de accesibilidad.

---

<sup>80</sup> Decreto 59/1981, de 24 de marzo, de Supresión de Barreras Urbanísticas. (BOPV 21/05/81).

Posteriormente, con el Decreto 291/1983, de 19 de diciembre, sobre normativa para la supresión de barreras arquitectónicas<sup>81</sup>, se refiere al decreto anterior como incompleto y acomete una normativa que resuelva por completo la eliminación de cualquier obstáculo o barrera arquitectónica al interior de los edificios, y la progresiva mejora y adaptación de los ya construidos, con independencia de la titularidad pública o privada, mejorando de esta forma el acceso a las personas usuarias con cualquier tipo de problemática.

En su Título I, se refiere al objeto y campo de aplicación y enumera los diferentes lugares y edificios susceptibles de control y mejora de la accesibilidad, como son: residencias colegiales, orfanatos, residencias de ancianos, estaciones ferroviarias, estaciones de autobuses, aeropuertos, terminales marinas, comercio en grandes superficies, servicios bancarios, centros sanitarios de todo tipo, centros asistenciales, servicios de la Administración Pública, servicios de educación a todos los niveles, servicios religiosos, servicios culturales, teatros, cinematógrafos y estadios deportivos.

Y por otra parte, las exigencias básicas de esta normativa sobre supresión de barreras arquitectónicas, se dirigen hacia los aparcamientos exteriores de los edificios, accesos como las rampas, vestíbulos o puertas, a los pasillos y comunicaciones interiores, a las escaleras y sus correspondientes pasamanos,

---

<sup>81</sup> Decreto 291/1983, de 19 de diciembre, sobre Normativa para la Supresión de Barreras Arquitectónicas. (BOPV 19/01/84).

descansillos, etc., a los ascensores, aseos de todo tipo, vestuarios y duchas, salas de reuniones, aulas, etc.

En definitiva, esta norma ya en el año 1983, realiza desde un amplio y completo estudio y puesta en marcha de una importantísima normativa en la mejora de la accesibilidad en el País Vasco. Aún así, debido a la escasa concreción en algunos aspectos y la falta de control, hizo que su cumplimiento fuese escaso.

Con la Ley 20/1997, de 4 de diciembre, para la promoción de la accesibilidad<sup>82</sup>, se plantea como objetivo “garantizar” la accesibilidad del entorno urbano, de los edificios, de los medios de transporte y de los sistemas de comunicación a todos los ciudadanos en especial por aquellas con movilidad reducida o diversas dificultades de carácter temporal o permanente. Y se aprobarían con posterioridad diferentes decretos con las condiciones técnicas a tener en cuenta en un “Diseño Universal” para todos que completarían esta Ley.

En el año 2000, se aprueba el Decreto 68/2000, de 11 de abril, con las *normas técnicas* sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación<sup>83</sup>.

En sus tres anexos se identifican los grupos de personas con dificultades en la accesibilidad, estableciendo las diferentes medidas, dimensiones

---

<sup>82</sup> Ley 20/97, de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad. (BOPV 24/12/97).

<sup>83</sup> Decreto 68/2000, de 11 de abril, por el que se aprueban las normas sobre accesibilidad de los entornos urbanos, edificaciones e información y comunicación. (BOPV 12/06/2000).

corporales, las necesidades de espacio, etc., que deberán tenerse en cuenta para diseñar el entorno urbano, la edificación, los transportes y sistema de comunicación entre otros. Y se refieren a edificios de titularidad ya sea pública o privada.

Otro complemento a la Ley 20/1997, de 4 de diciembre sería la aprobación del Decreto 126/2001, de 10 de julio, con las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad en el transporte<sup>84</sup>.

### 2.5.3 Normativa en Cataluña

Cataluña es una CA muy importante económicamente, cuna de miles de inmigrantes que acudieron a ella desde toda España y que actualmente demuestra ser un referente en cuanto a la legislación se refiere, ya que ha elaborado numerosas iniciativas primero a nivel catalán que después se han tomado como punto de partida para el resto de nuestro país.

En Cataluña, debemos reseñar la Ley 20/1991, de 25 de noviembre de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas<sup>85</sup>.

---

<sup>84</sup> Ley 20/97, de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad. (BOPV 24/12/97).

<sup>85</sup> Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de Promoción de la Accesibilidad y de Supresión de Barreras Arquitectónicas. (DOGC 04/12/91).

Esta ley tiene entre sus objetivos la mejora de la calidad de vida de la población, pero específicamente de aquellas que puedan estar limitadas física o psíquicamente de forma temporal o permanente.

Posteriormente se desarrolla el código técnico de accesibilidad de esta ley con la aprobación del Decreto 135/1995, de 24 de marzo<sup>86</sup>, anteriormente comentado.

Más tarde en el año 1999, se realizará una nueva redacción que modificará el capítulo 6 del decreto 135/1995, de 25 de marzo con el nuevo Decreto 204/1999, de 27 de julio<sup>87</sup>.

Finalmente, la Ley 9/2003, de 13 de junio, de la movilidad<sup>88</sup> pionera en Europa, fue un paso más en la mejora de la accesibilidad de los catalanes, que garantizaba a todos los ciudadanos una accesibilidad con medios sostenibles.

Sus principios inspiradores hablan del derecho de los ciudadanos a la accesibilidad en unas condiciones de movilidad adecuada y segura y con el mínimo impacto ambiental posible.

Entre los objetivos de esta Ley, se encuentran y cito textualmente,

---

<sup>86</sup> Decreto 135/1995, de 24 de marzo, de Desarrollo de la Ley 20/91, de 25 de noviembre, de Promoción de la Accesibilidad y de Supresión de Barreras Arquitectónicas y de aprobación del Código de Accesibilidad. (DOGC 28/04/95).

<sup>87</sup> Decreto 204/1999, de 27 de julio, de nueva redacción del capítulo 6 del decreto 136;5/1995 de promoción de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas. (DOGC 03/08/99).

<sup>88</sup> Ley 9/2003, de 13 de junio, de la movilidad. BOE nº 169 de 16/07/2003.

*“integrar las políticas de desarrollo urbano y económico y las políticas de movilidad de modo que se minimicen los desplazamientos habituales y se garantice plenamente la accesibilidad a los centros de trabajo, residencias y puntos de interés cultural, social, sanitario, formativo o lúdico, con el mínimo impacto ambiental posible y de la forma más segura posible”.*

## **CAPÍTULO 3**

# **ANÁLISIS DE LA ACCESIBILIDAD EN LA EDIFICACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS DEL DISTRITO SANITARIO DE JAÉN. TOMA DE DATOS**



### 3.1 Introducción

Una vez conocido el concepto y significado de los términos *Accesibilidad y Diseño para Todos*, al igual que la normativa y legislación que los sostiene, nos interesamos por el nivel de accesibilidad que tiene cualquier usuario a los servicios de APS.

Pero antes, nos parece muy importante introducir algunos datos y conocimientos sobre la estructura y organización territorial de éstos.

Según el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (SAS), los servicios de APS se organizan en Distritos de Atención Primaria.

En su artículo 3, se refiere a los servicios de APS, que se organizan en Distritos de Atención Primaria:

*“Los distritos de atención primaria constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y*

*alimentarios para la salud, así como la formación, la docencia e investigación*”<sup>89</sup>.

Así mismo, con la Orden de 7 de junio de 2002, se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía. En el que se establecen un total de 33 distritos en la CA Andaluza, distribuidos según se indica en la Tabla 3.1

PROVINCIA	DISTRITOS
ALMERÍA	3
CÁDIZ	4
CÓRDOBA	4
GRANADA	4
HUELVA	3
JAÉN	4
MÁLAGA	6
SEVILLA	5

*Tabla 3.1 Número de Distritos Sanitarios por provincia*

Precisamente el objetivo de esta tesis es analizar la accesibilidad en uno de los 4 distritos de los que se compone la provincia de Jaén, específicamente el caso del Distrito Sanitario de Jaén.

---

<sup>89</sup> Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 140, de 17 de julio de 2007.

Por ello, hemos creído conveniente comenzar este capítulo con una revisión general de la estructura, organización y funciones del DSJ y los centros que lo componen. Específicamente en la siguiente sección se recoge la información más relevante del DSJ. A continuación en la tercera sección se realiza un abreviado descripción de algunos de los centros más relevantes, por sus características de accesibilidad, tomando como referencia algunos planos, la observación in situ, numerosas preguntas al personal de los centros y otras personas.

En la última parte de este capítulo hemos incluido la metodología utilizada y la descripción del proceso de toma de datos, tabulación y análisis.

### **3.2 El Distrito Sanitario de Jaén**

Sobre una población en la provincia de Jaén de 662.751 habitantes, el DSJ atiende a una población aproximada 192.318 habitantes según datos<sup>90</sup> de la web de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía del año 2006. De esta población, unos 32.877 habitantes son menores de 15 años y 32.198 mayores de 65 años.

Este distrito se encuentra localizado en gran parte en Jaén capital y los municipios de Torredelcampo, Mancha Real, Huelma, Cambil y Mengíbar.

---

<sup>90</sup> Desde <http://www.juntadeandalucia.es> enero 2011

Cuando nos referimos al Distrito nos referimos tanto al lugar físico o edificio donde se encuentra el distinto personal encargado de la administración, organización, gestión, dirección, etc., de éste, como a los Centros de Salud, consultorios, dispositivos de apoyo y todo lo que abarca organizativamente, además del personal y recursos asignados (véase la Figura 3.1).

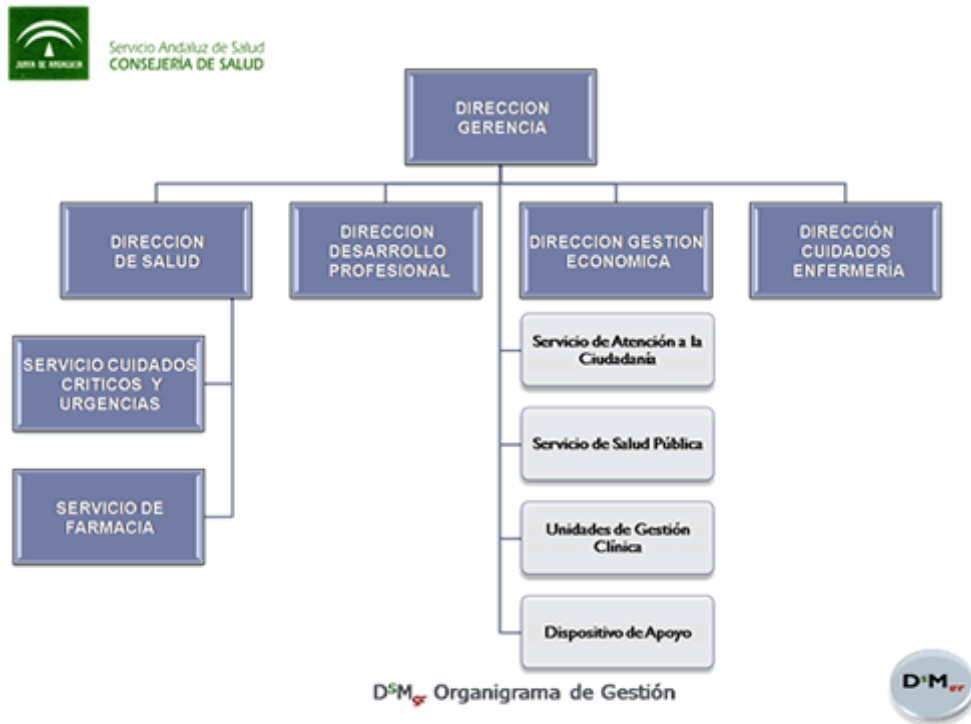


Figura 3.1. Organigrama de Gestión un Distrito Sanitario de Salud. Fuente SAS. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Al frente del DSJ se encuentra un director-gerente, 3 direcciones, técnicos, responsables económicos y administrativo, de personal, servicios generales, informáticos, etc. Por otra parte el personal facultativo es aproximadamente de 202 personas, el personal no facultativo es de 184 personas y el personal no sanitario de 140 personas.

El DSJ dispone además de las siguientes unidades en sus Dispositivos de Apoyo: 1 equipo de Salud Mental, 2 Unidades Radiológicas, 7 salas de rehabilitación y fisioterapia, 4 equipos móviles de fisioterapeutas, 2 gabinetes odontológicos, 4 unidades de retinografías, 2 equipos móviles de urgencias, y 1 unidad de Exploración de Mamografía.

En cuanto a la Cartera de Servicios<sup>91</sup> que ofrece el Distrito puede consultarse en el *Anexo 1* de esta tesis doctoral donde se puede observar su magnitud, complejidad y calidad, aunando prácticamente todos los procesos y procedimientos para cualquier usuario en cualquier situación, de aquí la tremenda importancia de que exista una absoluta accesibilidad a los edificios donde se oferta esta cartera.

Continuando con la estructura de centros del Distrito, cada uno de ellos está a su vez compuesto de varias Zonas Básicas de Salud (ZBS).

*“La ZBS es el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, en la que se proporciona*

---

<sup>91</sup> Desde <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/> enero 2011

*una asistencia sanitaria básica e integral. Están constituidas por los municipios o agregaciones de municipios que determina el Mapa de Atención Primaria de Salud<sup>92</sup>”*

En el Distrito de Jaén nos encontramos con 6 ZBS que coinciden con sus correspondientes municipios: Cambil, Huelma, Jaén, Mancha Real, Mengíbar y Torredelcampo. A su vez estas ZBS se componen de un total de 39 edificios siendo éstos Centros de Salud, Consultorios Locales y Consultorios Auxiliares.

Los Centros de Atención Primaria<sup>93</sup> de cada ZBS son las estructuras físicas donde los profesionales realizan las actividades de una atención primaria de salud integral y orientada a la ciudadanía, constituyendo la referencia de los servicios sanitarios públicos más cercanos a la población.

En primer lugar vamos a describir más a fondo los diferentes tipos de centros que hemos estudiado, su estructura y organización para hacernos una idea lo más adecuada y clara posible de cara a comprender posteriormente la complejidad del estudio de éstos.

Comenzaremos por el Centro de Salud, que es el edificio de salud localizado en un municipio cabecera de ZBS (de 5.000 a 25.000 habitantes), y entre su personal se encuentran médicos de familia, pediatras y puericultores, personal de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares de clínica y

---

<sup>92</sup> Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 140, de 17 de julio de 2007.

<sup>93</sup> Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 140, de 17 de julio de 2007.

administración, administrativos, farmacéuticos, veterinarios, matrona, celadores, etc.

El Centro de Salud, oferta una muy larga lista de servicios de salud, dentro de su cartera, entre los que encontramos de forma general: asistencia en consulta a demanda y programada de medicina general, pediatría, enfermería, trabajo social, matrona, enfermería de enlace, etc., igualmente estos profesionales realizan atención y seguimiento domiciliario.

Por otra parte, se realizan vacunaciones y su seguimiento a toda la población adscrita a este centro, atención materno infantil, control medioambiental, educación para la salud, atención a enfermos crónicos y cuidados paliativos, atención integral a los ancianos y discapacitados, atención a la violencia de género y malos tratos, planificación sanitaria, participación ciudadana en salud y un largo etc.

Por ello la accesibilidad a estos edificios debe ser de gran calidad a todos los ciudadanos por su enorme importancia y trascendencia.

Los Consultorios Locales, son aquellos que están adscritos a la cabecera de municipio y que atienden a una población aproximada de más de 1.500 habitantes y a una distancia de más de 15 minutos del Centro de Salud más próximo, con la misma asistencia que un Centro de Salud pero a nivel municipio.

Y los Consultorios Auxiliares, son aquellos que atienden a una población de más de 600 personas, situados a más de 30 minutos del Consultorio Local

más cercano, con médicos de familia, enfermería y ocasionalmente trabajo social, pediatría u otros.

En algunos Centros de Salud se forman Unidades de Gestión Clínica (UGC), aunque también pueden formarse por la suma de algunos Consultorios Locales como es el caso de la UGC Sierra Sur de Jaén compuesta por los Consultorios Locales de Los Villares y Valdepeñas.

Las UGC son estructuras organizativas internas que tienen algunos Centros de Salud o suma de Consultorios, que consisten en que el personal que lo desee realiza la firma de un contrato programa con el SAS y se comprometen a una serie de objetivos de todo tipo, tanto de farmacia, como en programas de salud, calidad asistencial, procesos asistenciales, etc. En el caso del DSJ hay actualmente 8 UGC.

### **3.3 Descripción de los centros objeto de estudio**

Tal y como se ha indicado anteriormente, el Distrito Sanitario de Jaén está compuesto por 39 edificios entre Centros de Salud, Consultorios Locales y Consultorios Auxiliares.

Cada uno de ellos ha sido visitado y estudiado “in situ”, observándose que muchos de los consultorios no se corresponden con edificios construidos con fines de salud, sino que son edificios cedidos en uso por los ayuntamientos, adaptados de viviendas familiares, establecimientos o locales de características

diversas que no cumplen los requisitos adecuados para atender a la población en salud.

Una vez analizada la realidad de todos los centros, nos encontramos que algunos de ellos no son adecuados para nuestro estudio final, ya que su infraestructura como hemos señalado anteriormente, es muy escasa o deficiente y la población a la que atiende es muy pequeña, por debajo de, en ocasiones, 350 habitantes. Así pues, para evitar un gran sesgo en el estudio final y sus resultados, hemos optado por incluir aquellos centros con una población aproximada mayor de 3.500 habitantes, aunque excepcionalmente se incluyen consultorios de poblaciones menores con el objetivo de que cada ZBS esté representada por al menos un Centro de Salud y un Consultorio Local.

A continuación se describen brevemente los centros de la 6 ZBS (véase Tabla 1.1), haciendo mayor hincapié en las características exclusivas de accesibilidad al llegar y estar en ellos.

Comenzaremos con la **ZBS de Cambil**, que atiende aproximadamente a 13.170 habitantes<sup>94</sup>. Esta atención para este número total de habitantes se distribuye proporcional y geográficamente de la siguiente forma y en los siguientes centros:

- 1 Centro de Salud en Cambil (3.927 hab.)

---

<sup>94</sup> Todos los datos demográficos de todos los centros y consultorios del Distrito Sanitario de Jaén, han sido tomados de su mapa sanitario realizado en el año 2009.

- 4 Consultorios Locales: Arbuniel (1.124 hab.), Campillo de Arenas (3.079 hab.), Noalejo (2.919 hab.) y Carchelejo (2.121 hab.)
- 2 Consultorios Auxiliares: La Hoya de Salobrar (<500 hab.) y Los Carcheles (<500 hab.)

De esta ZBS, hemos tenido en cuenta el CS Cambil, y el consultorio de Campillo de Arenas.

El *CS de Cambil* (Figura 3.2), fue inaugurado en junio de 2003, y atiende a 3.927 habitantes.



Figura 3.2 CS Cambil<sup>95</sup>. GLC®

---

<sup>95</sup> Nota: todas las fotografías de esta memoria han sido realizadas por el autor de la misma, Guillermo López Cala.

El edificio consta de una sola planta de unos 535 m<sup>2</sup>. Carece por tanto de ascensor, y entre lo más interesante a destacar está la mala accesibilidad al entrar en el centro ya que tiene una doble puerta batiente.

Algo muy negativo es la ausencia de puerta de emergencia y de plazas reservadas para discapacitados. Tampoco hay vestuarios para el personal y el mostrador de atención al público tampoco es correctamente accesible. Los pavimentos son reflectantes y resbaladizos y no hay detectores de humo en caso de incendio.

Observamos que entre la primera y segunda puerta, hay unas alfombras que pueden provocar tropezones y accidentes usuales. En el transcurso de nuestro trabajo de observación y toma de datos, pudimos observar en dos ocasiones como varias personas se golpeaban con estas puertas, esto demuestra la no accesibilidad y seguridad al entrar al centro, sin contar que estas personas no presentaban ningún tipo de discapacidad.

El *Consultorio Local de Campillo de Arenas* es un edificio cedido por su Ayuntamiento al DSJ. Es muy antiguo y está en mal estado. Su superficie es de 230 m<sup>2</sup>.

La puerta de entrada principal es batiente de madera, inaccesible que da a una rampa en su interior, lo curioso es la situación en la que puedes encontrarte al bajar la rampa en silla de ruedas e intentar salir. No hay salida de emergencia, ni detectores de humo.

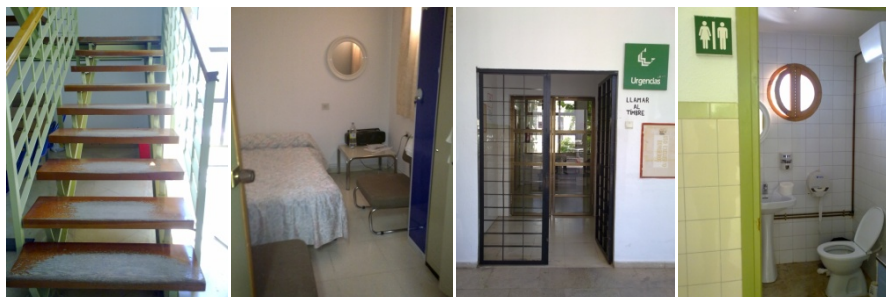
Las dependencias son estrechas, llenas de mobiliario y numerosas deficiencias y no hay un espacio adecuado de trabajo en algunas consultas debido al mobiliario. Escasa luz e inadecuados aseos y dormitorios.

La **ZBS de Huelma**, atiende un total de aproximadamente 15.918 habitantes, esta atención para este número total de habitantes se distribuye proporcional y geográficamente de la siguiente forma y en los siguientes centros:

- 1 CS en Huelma (9.517 hab.)
- 2 Consultorios Locales: Cabra de Santo Cristo (3.248 hab.) y Belmez de la Moraleda (3.153 hab.)
- 1 Consultorio Auxiliar en Solera (<500hab.)

De esta ZBS, hemos tenido en cuenta los siguientes edificios: el CS de Huelma y el consultorio de Cabra de Santo Cristo.

El **CS en Huelma** (Figura 3.3) tiene una superficie de 1.181 m<sup>2</sup>, atiende a 9.517 habitantes. Este centro construido en 1988, de dos plantas y un sótano mal ventilado, es por tanto anterior al primer Decreto Andaluz sobre Accesibilidad del año 1.992 y lógicamente al vigente del año 2009.



*Figura 3.3 CS de Huelma.GLC®*

El edificio pertenece al Ayuntamiento de Huelma y está cedido en uso al DSJ, a simple vista es un centro acogedor.

Dispone de dos zonas sin diferenciar y poco claras, una es el propio Centro de Salud y la otra es la zona de urgencias, con estancias poco localizables y cartelería deficiente.

Las puertas de entrada de urgencias no cumplen con la normativa actual y son muy poco accesibles. Los aseos igualmente no cumplen la normativa, aunque están a la espera de realizar obras para mejorarlos.

Las escaleras son inadecuadas y peligrosas ya que la contrahuella está al aire. Los dormitorios son inadecuados, estrechos y e inaccesibles.

Los pomos de las puertas son muy antiguos y redondos, difíciles de manipular, la iluminación en general es escasa.

Las medidas del ascensor son inadecuadas y no cumplen el decreto andaluz sobre accesibilidad.

No hay reserva de plazas para discapacitados, aunque están solicitadas. No hay vestuarios para el personal, etc. En definitiva es un centro que necesitaría múltiples adaptaciones y mejoras.

El *Consultorio Local de Cabra* (Figura 3.4) es relativamente nuevo, pertenece al ayuntamiento y tiene una superficie de 383 m<sup>2</sup>. El edificio consta de una sola planta, espaciosa y acogedora pero escasamente señalizada.



Figura 3.4 Consultorio Local de Cabra de Santo Cristo. GLC®

La ventana de la sala de estar de personal da a un patio cuyo nivel está al de la ventana y no tiene sumidero para las aguas. Existencia de ventanas batientes que chocan en su apertura con mobiliario y escasa iluminación en general.

No hay detectores de humo. Los aseos son bastante accesibles y correctos. No tiene reserva de plazas para discapacitados, solo para la ambulancia.

Algo que resaltar además de lo anteriormente expuesto, es que el consultorio de Cabra no tiene punto de información ni atención a las personas

usuarias con una muy escasa información sobre la cartera de servicios del centro.

La **ZBS de Jaén**, atiende un total de aproximadamente 192.218 habitantes, esta atención para estos habitantes se distribuye proporcional y geográficamente de la siguiente forma y en los siguientes centros:

- 7 Centros de Salud: Belén (19.932 hab.), El Valle (23.099 hab.), Federico del Castillo (42.209 hab.), La Magdalena (12.897 hab.), Las Fuentezuelas (14.416 hab.), San Felipe (28.455 hab.) y Virgen de la Capilla (36.582 hab.)
- 4 Consultorios Locales: Fuerte del Rey (2.397 hab.), La Guardia (2.392 hab.), Los Villares (9.149 hab.) y Valdepeñas de Jaén (5.479 hab.)
- 1 Consultorio Auxiliar en Las Infantas (<500 hab.) cuya fachada y puerta de entrada se ilustra en la Figura 3.5



*Figura 3.5 Consultorio Auxiliar de Las Infantas. GLC®*

De esta ZBS, hemos tenido en cuenta los siguientes edificios: el CS de Belén, el CS El Valle, el CS Federico del Castillo, el CS La Magdalena, el CS Las Fuentezuelas, el CS San Felipe, el CS Virgen de la Capilla, el Consultorio Local de Los Villares y el Consultorio Local de Valdepeñas de Jaén, éstos dos

últimos consultorios forman actualmente la UGC Sierra Sur, cuyo estudio de accesibilidad se presentó en el Congreso Internacional del ENSACT celebrado en la Universidad Libre de Bruselas en abril de 2011<sup>96</sup>.

El **CS Belén** (Figura 3.6) es relativamente nuevo, fue inaugurado en el año 2003.

Es un edificio muy acogedor con uso de colores para diferentes consultas, bien ventilado y agradable. Tiene una superficie de 740 m<sup>2</sup>, y es un centro con una solución arquitectónica llamativa, porque no tiene ascensor pero dispone de dos niveles aunque a poca altura entre ellos, por lo que se suple con una rampa de acceso y unas escaleras bastante dignas en cuanto a accesibilidad se refiere. No tiene reserva de plazas para discapacitados.



Figura 3.6 CS Belén. GLC®

Continuando con el **CS El Valle** (Figura 3.7), es un edificio de una sola planta, aunque bastante grande, tiene una superficie de 750 m<sup>2</sup>, construido sobre

---

<sup>96</sup> López Cala, G., de la Fuente Robles, Y.M., and Fernández Alcalá, R.M. Accessibility in the Public Health Centers: A study case. Conference Book of ENSACT. Brussels 10-13 April 2011. Pág 61.

un solar propiedad del ayuntamiento de Jaén. Ha sufrido algunas remodelaciones y ampliaciones.

Es un edificio cómodo de transitar y bien distribuido, con puertas que presentan pomos redondos. Los vestuarios son muy deficientes al igual que los aseos.

Existen algunos elementos que se encuentran a una altura y situación inadecuada y pueden provocar accidentes.

Por último, resaltar que la rampa de acceso al Centro de Salud es superior a 12 metros sin zona de descanso y no existe un cartel identificativo del edificio como CS El Valle.



*Figura 3.7 CS El Valle.GLC®*

El **CS Federico del Castillo** (Figura 3.8) es un edificio de tres plantas, una planta semisótano en la que se encuentra ubicado el almacén del DSJ y otras dos donde se encuentran las consultas y dependencias propias del centro.

Tiene una superficie total de 1.275 m<sup>2</sup>. Carece de reserva de plazas para discapacitados, aunque sí tiene reserva para ambulancia. Tiene un acceso principal al edificio pero deja la puerta de emergencia abierta a modo de otro acceso pues están cargando constantemente material del almacén para los diferentes centros del DSJ.



*Figura 3.8 CS Federico del Castillo. GLC®*

El *CS La Magdalena* (Figura 3.9) se construyó en 2001, tiene una superficie de 1.135 m<sup>2</sup> y dispone de dos plantas.



*Figura 3.9. CS La Magdalena. GLC®*

Se encuentra en el mismo barrio de La Magdalena y su entrada principal única está en una estrecha calle transitada por los vehículos que en muchas ocasiones aparcan en la misma puerta.

Mala accesibilidad al propio edificio desde la misma entrada principal con puertas estrechas. No hay acceso con puertas automatizadas.

Los aseos, ascensor, pavimento, etc., son susceptibles de mejora. Las puertas de emergencia no cumplen la normativa vigente.

Se trata de un centro ubicado en una Zona con Necesidades de Transformación Social en un barrio marginal formado sobre todo por familias gitanas.

El *CS Las Fuentezuelas* (Figura 3.10), es un edificio inaugurado en el año 2000, consta de una sola planta de unos 413 m<sup>2</sup>.

La entrada principal está prácticamente al nivel de la calle, solo unos 3 centímetros de desnivel. Tiene un solo acceso que hace también de salida de emergencia. Carece lógicamente de ascensor y escaleras. Carece también de rampas y los aseos cumplen en alto porcentaje la legislación vigente.

Los vestuarios por el contrario no cumplen y no son accesibles. No hay reserva de plazas y por su situación podría tenerlas perfectamente en la misma puerta.



Figura 3.10 CS Las Fuentezuelas. GLC®

El **CS San Felipe** (Figura 3.11), se ubica en la zona sur de Jaén, concretamente en el barrio de San Felipe, de aquí su nombre. Su superficie es de aproximadamente 960 m<sup>2</sup> y su ámbito competencial abarca los distritos 1 y 9 de Jaén, además de la zona de los Puentes (Puente de la Sierra, Puente Jontoya), y está más específicamente situado en la C/ Juan Montilla, S/n, a la falda de varias montañas, como el Cerro de Santa Catalina, el Cerro del Almendral o la conocida Fuente de la Peña, esto nos da una idea de su orografía con respecto a los barrios circundantes, con numerosas calles en cuesta e infinidad de escaleras.



Figura 3.11 CS San Felipe. GLC®

El centro fue inaugurado en marzo de 1988 como ambulatorio y dos años después se constituyó como Centro de Salud. Este dato es muy interesante, ya que es anterior su construcción a la entrada en vigor de los decretos andaluces referidos a la accesibilidad. En cuanto a las características técnicas del edificio, podemos decir que su exterior se caracteriza por poseer un aspecto moderno y funcional, con una perspectiva amplia, de continuidad y con una cristalera que abarca las tres plantas (baja de acceso, primera y segunda). Su interior es espacioso y acogedor, habiéndose tenido muy en cuenta la iluminación de forma natural, ejemplo de ello es el tejado del edificio que es un gran tragaluz que proporciona luz solar a todas las plantas del edificio. Para la época estival, dispone de un sistema de toldos que minimizan la radiación solar.

En cuanto a su estructura departamental, se distinguen tres plantas, encontrándose en la planta baja el Servicio de Admisión, el despacho del Trabajador Social, el Servicio de Información, la sala de extracciones y usos múltiples, sala de curas, y diversos almacenes. En la primera planta se ubican los servicios comunes y diversas consultas médicas y pediátricas y de enfermería. Y en la segunda encontramos igualmente diversas consultas, junto con servicios y vestuarios para el personal del centro, la biblioteca y diversos despachos de dirección.

No dispone de reserva de plazas para discapacitados y sin embargo las dispuestas para ambulancias nunca son respetadas y se encuentra en la acera de enfrente del propio edificio. Esto hace inaccesible y peligrosa una situación de embarque y traslado de enfermos por lo que la ambulancia se tiene que subir

encima del acerado en la puerta de entrada principal. Las escaleras son accesibles, necesiéndose mejorar la accesibilidad en el único ascensor que hay que apenas cumple la normativa. Igualmente los aseos tienen una accesibilidad bastante justa. Los vestuarios son amplios pero tampoco cumplen con la normativa siendo necesario mejorar la iluminación en determinadas zonas de itinerarios a consultas y estancias del edificio.

El *CS Virgen de la Capilla* (Figura 3.12) que forma parte de la ZBS de Jaén se encuentra en el mismo edificio que los servicios administrativos y gerenciales de Distrito Sanitario de Jaén, y el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Este edificio tiene una superficie total de 1.928 m<sup>2</sup> y se encuentra ubicado en Jaén capital, en la calle Arquitecto Berges, número 10.



*Figura 3.12 DSJ y CS Virgen de la Capilla. GLC®*

Entre las características de este centro, es necesario recordar que se encuentra en un edificio construido en 1920, por lo que se han tenido que realizar numerosas remodelaciones y aún así se nota la antigüedad en general en las dependencias y espacios. No tiene reserva de plazas para discapacitados pero

sí para ambulancias. La anchura de las puertas es menor de lo adecuado y accesible. Las escaleras son mejorables en su bocal o resalto y calidad, teniendo sólo una barandilla en la pared en lugar de las dos reglamentarias. La rampa es accesible en general. En cuanto al único ascensor, carece de las medidas adecuadas y no es accesible, además del habitáculo interior que no cumple, la anchura de la puerta de entrada también es menor de lo decretado. Los aseos no cumplen y son inaccesibles, y como solución se invita a los personas usuarias que lo necesiten a bajar al sótano donde se encuentra el DCCU para que puedan hacer uso de los aseos. Los vestuarios tampoco son accesibles, y se encuentran en un estado deplorable. Los extintores y mangueras cuelgan de la pared de forma inadecuada y peligrosa, etc.

El *Consultorio Local de Los Villares* (Figura 3.13), es un edificio de propiedad del ayuntamiento que tiene en cesión de uso al DSJ.



Figura 3.13 Consultorio Local Los Villares. GLC®

Tiene dos plantas, en la baja se sitúa urgencias, extracción de sangre, etc., y en la superior el resto de consultas y atención al público. Ambas plantas tienen su propia entrada pero ambas son poco accesibles, con rampas y puertas batientes que dificultan en gran medida el acceso, ambas plantas están

comunicadas por una escalera y un ascensor. Las rampas no cumplen la normativa. Hay puertas con anchuras de 0.60 o 0.70 metros. La señalización es muy escasa o deficiente.

Los dormitorios y vestuarios no son accesibles. Los aseos son inaccesibles, no cumplen con los criterios legales establecidos. Tampoco disponen de plazas reservadas para discapacitados, pero sí para la ambulancia. Poca o deficiente información a las personas usuarias que desconocen las distintas dependencias y continuamente preguntan a los demás pacientes. También carece de detectores de humo, en caso de incendio. Es un centro que necesitaría una importante restructuración y mejora.

El *Consultorio Local de Valdepeñas de Jaén* (Figura 3.14), pertenece al ayuntamiento y está en cesión de uso al DSJ.



*Figura 3.14 Consultorio Local Valdepeñas de Jaén. GLC®*

No tiene reserva de plaza para discapacitados, pero si para ambulancia, aunque se encuentra en una calle estrecha de doble sentido.

El edificio consta de dos plantas, en la baja se encuentran la consulta de enfermería, una consulta médica y el punto de atención e información. Tiene dos entradas, ambas de puertas metálicas batientes no accesibles con medidas de anchura inadecuadas. A una de ellas se accede por escaleras y tras la otra aparece una rampa dentro del propio edificio.

En la segunda planta están las consultas médicas y de pediatría, así como aseos, sala de fisioterapia y resto de dependencias, dormitorios y vestuarios de uso para el personal. La escalera no es de dimensiones adecuadas para ser accesibles, escalones con vuelo y pavimento deslizante, reduciéndose su anchura en el recorrido.

En la rampa no hay pasamanos. Los aseos de uso público no son accesibles al igual que los dormitorios. La información de lugares y estancias es deficiente. No tiene puerta de emergencia como tal, la que tiene escaleras hace de ella a tal efecto y carece de sistema de detección de humos en caso de incendio.

La **ZBS de Mancha Real**, atiende un total de aproximadamente 28.576 habitantes, esta atención para estos habitantes se distribuye proporcional y geográficamente de la siguiente forma y en los siguientes centros:

- 1 Centro de Salud en Mancha Real (16.543 hab.).
- 5 Consultorios Locales: Albanchez de Mágina (2.056 hab.), Garciez (<500 hab.), Jimena (2.461 hab.), Pegalajar (4.740 hab.) y Torres (2.776 hab.).

➤ 1 Consultorio Auxiliar en Las Escuelas (<500 hab.)

De esta ZBS, hemos tenido en cuenta los siguientes edificios: el CS Mancha Real y el Consultorio Local de Pegalajar.

El *CS de Mancha Real* (Figura 3.15) es un centro como casi todos de propiedad de su ayuntamiento cedido en uso al DSJ. Este centro se puso en funcionamiento en el año 1991. Tiene una superficie de 1954 m<sup>2</sup>, repartidos en dos plantas, aunque negativamente carece de ascensor.



Figura 3.15 CS de Mancha Real. GLC®

El edificio tiene 4 entradas de acceso desde el exterior, pero todas excepto la principal no son accesibles. Las rampas están en muy mal estado al igual que las escaleras exteriores. Carece de reserva de plazas para discapacitados sin embargo sería muy sencillo solucionar esta incidencia.

En cuanto a las ambulancias, sí existe reserva de plazas para ellas pero se encuentran en una orientación en la que da constantemente el sol y no pueden tener fármacos y enseres de vital importancia que se podrían estropear por la

acción del calor, máxime encontrándonos en una provincia con temperaturas extremas durante varios meses al año.

Hay puertas como la de acceso desde el edificio de salud a la zona de urgencias con una anchura inferior a la permisible y con puertas batientes. En las escaleras interiores solo hay una barandilla, siendo esto poco adecuado para la comodidad y seguridad de las personas usuarias.

Los aseos no son accesibles, al igual que los vestuarios y dormitorios conforme al Decreto 293/2009, de 7 de julio, en el que hemos basado todo el estudio de los centros de esta tesis. Carece de detector de incendios.

El *Consultorio Local de Pegalajar* (Figura 3.16) fue inaugurado en marzo de 2007.

El edificio consta de una sola planta, que comunica con el acerado del exterior con un pequeño plano inclinado que facilita mucho el acceso. Tiene una sola entrada principal con doble puerta, una primera de cristal y metal y después nos encontramos con la puerta automática, éstas hacen de salida de emergencia.

Las consultas se encuentran en un lado de la distribución del edificio y al otro lado las diferentes salas de espera. Es un centro acogedor y confortable. Dispone de reserva de plaza para discapacitados aunque solo está señalizada horizontalmente y no en el pavimento.

Llama la atención, que siendo un edificio inaugurado tan recientemente sus puertas tengan pomos inadecuados y no accesibles. Los aseos son bastante

accesibles, sin embargo la iluminación interior del edificio es insuficiente. No dispone de duchas, dormitorios ni vestuarios para el personal y pacientes. La información y señalización es escasa y no dispone de detector de incendios.



*Figura 3.16 Consultorio Local de Pegalajar. GLC®*

La **ZBS de Mengíbar**, atiende un total de aproximadamente 24.110 habitantes, esta atención para estos habitantes se distribuye proporcional y geográficamente de la siguiente forma y en los siguientes centros:

- 1 Centro de Salud en Mengíbar (14.053 hab.).
- 4 Consultorios Locales: Cazalilla (1.532 hab.), Espeluy (1.084 hab.), Torrequebradilla (1.185 hab.) y Villargordo (6.256 hab.).

- 2 Consultorios Auxiliares: Estación de Espeluy (<500 hab.) y Vados de Torralba (<500 hab.).

De esta ZBS, hemos tenido en cuenta los siguientes edificios: el CS de Mengíbar y el Consultorio Local de Villargordo.

El **CS de Mengíbar** (Figura 3.17) es un amplio centro de dos plantas, que se puso en marcha en febrero del año 2000, con una superficie de unos 1.335m<sup>2</sup>.



*Figura 3.17. CS Mengíbar. GLC®*

Tiene reserva de plazas para ambulancia pero no para discapacitados, sin embargo hay una zona que habilitan cuando lo necesitan para ello. Dispone de rampas y puertas automáticas. Aunque el acceso por urgencias no es adecuado. Tiene un ascensor accesible aunque mejorable, al igual que las escaleras y los aseos.

Los vestuarios y dormitorios son por el contrario no accesibles, al igual que el mobiliario y algunos elementos en voladizo que pueden ocasionar accidentes, caso de extintores. Aunque disponen de sistema de megafonía, nunca se ha usado. Tiene detectores de incendios.

El *Consultorio Local de Villargordo* (Figura 3.18 y 3.19), fue inaugurado en octubre de 2007. Tiene una superficie de 328 m<sup>2</sup> distribuidos en dos plantas. Tiene reserva para ambulancia pero no plaza para discapacitados.

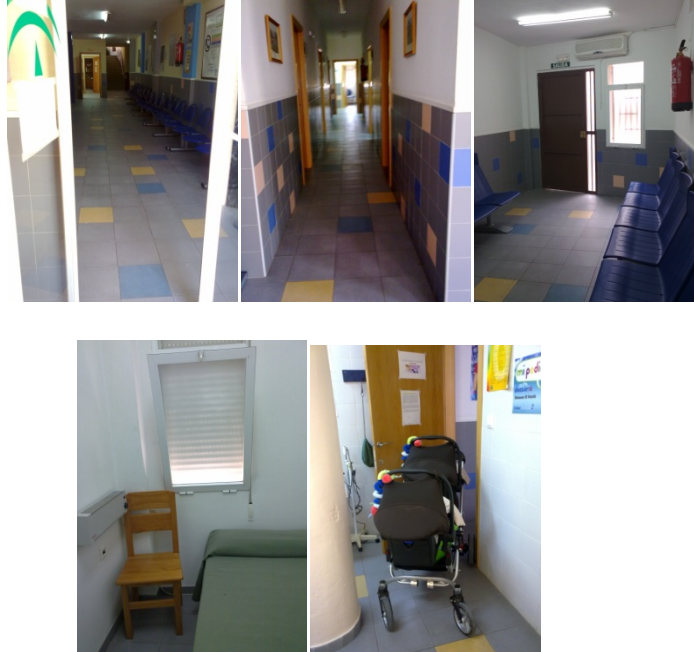


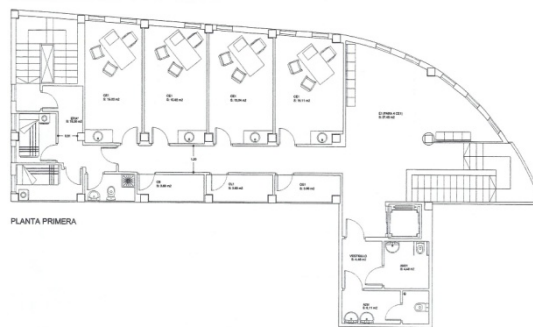
Figura 3.18 Consultorio Local Villargordo.GLC®

La puerta principal no es suficientemente accesible, es de puertas batientes y entorpece a las personas en el acceso. Sin embargo, se encuentra a ras del nivel exterior lo cual es muy importante. Tiene otra puerta que hace las veces de salida de emergencia pero está cerrada generalmente con llave y no tiene barra para abrir en caso de emergencia. Las consultas en algunos casos son poco accesibles, con los huecos de paso inadecuados.

El ascensor cumple de forma general con la normativa, pero carece de pasamanos e indicadores adecuados. Las escaleras no cumplen tampoco. Los aseos son por el contrario accesibles salvo detalles.

Los vestuarios y dormitorios no son accesibles. La señalética es insuficiente al igual que la información y no disponen de detectores de incendio.

Es curioso, observar que hay numerosas columnas que por su ubicación no favorecen la deambulación por el centro, convirtiéndose en verdaderas trampas para personas con discapacidad visual e incluso para menores.



*Figura 3.19 Plano de la primera planta del Consultorio Local de Villargordo*

La **ZBS de Torredelcampo**, atiende un total de aproximadamente 18.000 habitantes, esta atención para estos habitantes se distribuye proporcional y geográficamente de la siguiente forma y en los siguientes centros:

- 1 Centro de Salud en Torredelcampo (21.454 hab.)

➤ 1 Consultorio Local en Jamilena (5.073 hab.)

De esta ZBS, hemos tenido en cuenta ambos edificios.

El **CS de Torredelcampo** (Figura 3.20) abrió sus puertas en 1990, aunque desde entonces ha sufrido varias remodelaciones importantes. Tiene una superficie total de 1.412 m<sup>2</sup> distribuidos en dos plantas. No tiene reserva de plazas, aunque sí para la ambulancia.



Figura 3.20 CS de Torredelcampo. GLC®

Su entrada principal carece de puertas automáticas, está compuesta por una doble puerta de metal con hojas batientes lo que la hace no accesible. Dispone en la misma zona de entrada principal de 2 rampas, una a cada lado de las escaleras de entrada, cuya anchura no cumple la normativa.

El ascensor es espacioso aunque mejorable para personas con discapacidad visual y auditiva. Las dimensiones en general de los huecos de paso son adecuadas, aunque con excepciones en puertas dobles. Los aseos no son accesibles y sus accesorios no están adaptados para personas con movilidad reducida, ni su grifería, etc. El centro carece de vestuarios. Igualmente los dormitorios no están construidos ni adaptados para personas con discapacidad.

La señalización y paneles informativos son prácticamente inexistentes, hay poca luz en el centro y sus distintas dependencias. Reseñar que no disponen de megafonía ni sistema de detección de incendios.

El *Consultorio Local de Jamilena* (Figura 3.21), es un edificio antiguo propiedad del ayuntamiento en cesión de uso al DSJ, aunque abrió sus puertas como Consultorio Local por el año 1995, tiene una superficie total de 560 m<sup>2</sup>, distribuidos en una planta semisótano y otras dos plantas más.



Figura 3.21 Consultorio Local de Jamilena. GLC®

La entrada a la planta principal es inadecuada en dimensiones y es con hojas batientes de hierro. La planta semisótano dispone de otra entrada con una rampa que da a una puerta de hierro cerrada constantemente.

En la primera planta están las consultas y el administrativo y en la planta superior la sala de estar del personal, dormitorios y aseos. Carece de vestuarios

accesibles y los aseos tampoco lo son. Es un edificio muy poco apropiado para ejercer de Consultorio de Salud.

No hay reserva de plaza para discapacitados pero sí para ambulancia. El acceso de la planta semisótano a la primera solo hay unas pequeñas escaleras que comunican con el resto de dependencias, siendo realmente muy incómodo e inaccesible para una persona con cualquier discapacidad.

Tampoco hay ascensor, y sin embargo sería imprescindible, pues recordemos que no solo puede haber un usuario con algún tipo de discapacidad sino que igualmente puede ocurrir con los propios trabajadores del Centro de Salud o consultorio.

Está prevista la inauguración inminente de un nuevo Consultorio en Jamilena que no ha sido posible valorar.

Recordemos que el hecho de estudiar un centro cualquiera que fue construido antes de la entrada en vigor de los decretos 72/1992, de 5 de mayo y del 293/2009, de 7 de julio, anterior y vigente respectivamente que regulan las normas de accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía, es muy significativo a la hora de valorar subjetivamente el esfuerzo de la administración, los niveles de accesibilidad y el grado de cumplimiento ya que son posteriores a estas leyes y lógicamente el desconocimiento o grado de cumplimiento son situaciones muy diferentes.

### 3.4 Metodología y proceso de toma de datos

El objetivo de esta tesis es analizar y conocer los estándares de accesibilidad en edificación en relación con la legislación vigente a nivel autonómico, el Decreto 293/2009, de 7 de Julio, por ser ésta la normativa más actual y exhaustiva en materia de accesibilidad, conjugando las características técnicas propias del edificio con cualquier otra que pueda suponer una barrera física, sensorial o cognitiva para la persona usuaria. En concreto, nos centramos en las normas correspondientes al Título II, sobre Accesibilidad en los edificios, establecimientos e instalaciones, correspondiendo a los artículos 60 a 99 ambos inclusive.

De este modo, la idea ha sido la de llevar a cabo un trabajo de campo de tipo cualitativo-interpretativo para determinar en qué medida se cumplen los estándares y la normativa de accesibilidad vigente en Andalucía.

En esta tesis, hemos tomado como estudio sólo la parte que corresponde a la edificación y es oportuno recordar algunas definiciones técnicas que pueden arrojar claridad y ayudar a comprender el trabajo, y que se encuentran en el Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía<sup>97</sup>. Estas son:

---

<sup>97</sup> Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía. BOJA nº 140 de 21/07/2009

- ***Ascensor accesible***: ascensor cuyas dimensiones, disposición y tipos de elementos de control, características de los sistemas de información y comunicación, permiten su utilización a las personas con cualquier tipo de discapacidad.
- ***Aseo de uso público***: aquel cuyo acceso y uso está permitido a cualquier persona, tenga o no discapacidad, sin que exista ningún tipo de limitación o restricción de uso. No estarán incluidos como aseos de uso público los destinados de forma exclusiva, al personal que preste sus servicios en el edificio, establecimiento o instalación de que se trate.
- ***Ayuda técnica***: cualquier medio o sistema que, actuando como intermediario entre la persona con discapacidad y el entorno, posibilita la eliminación o minoración de cuanto dificulte su autonomía o desenvolvimiento personal.
- ***Barreras***: todas aquellas trabas u obstáculos, físicos o sensoriales, que limitan o impiden el normal desenvolvimiento o uso de los bienes y servicios por las personas con discapacidad.
- ***Itinerario practicable***: aquel que, para hacer posible su utilización por personas con movilidad reducida, cumple con las condiciones establecidas en el Decreto 72/92 de 5 de mayo.

- **Escaleras compensadas:** aquellas que disponen de peldaños no rectangulares, que no guardan la misma anchura de huella en todo el peldaño y en las que no existen descansillos ni mesetas.
- **Franja señalizadora:** franja con contraste de color y textura que, situada en perpendicular a la dirección de la marcha, sirve a las personas ciegas y deficientes visuales para detectar cambios de nivel en sus desplazamientos. Se aplicará también a las franjas que, por su contraste de color, permiten detectar superficies acristaladas.
- **Itinerario accesible:** aquel que para hacer posible su utilización de forma autónoma y en condiciones de seguridad, por personas con discapacidad.
- **Salida de emergencia accesible:** salida de planta o de edificio prevista para ser utilizada exclusivamente en caso de emergencia, señalizada a tal efecto y que reúne las condiciones necesarias para ser utilizada por personas con discapacidad.

Las consideraciones metodológicas en la presente investigación están relacionadas con el paradigma sistémico, en el que se analiza un entorno de salud basándonos en la percepción y análisis en un término global u holístico. Para ello, se ha desarrollado un estudio observacional descriptivo, de carácter transversal, en todos y cada uno de los Centros de Salud del DSJ.

En el estudio se han tenido en cuenta las técnicas de investigación de datos primarios, es decir, extraídos directamente de los centros objeto de estudio. Las técnicas de captación de estos datos primarios se han fundamentado esencialmente en plantillas que se han elaborado a propósito para favorecer la anotación efectiva de los aspectos técnicos del edificio en cuanto a la accesibilidad.

Para ello, y basándonos fundamentalmente en el articulado del Decreto 293/2009, de 7 de Julio, se procedió a la elaboración de una plantilla de toma de datos con 186 ítems, que ha permitido medir de manera sencilla, objetiva y exhaustiva el cumplimiento o no de las distintas las normas de accesibilidad propias a la edificación que en ella se recogen, y éste fue el primer reto con el que nos enfrentamos.

Con la plantilla elaborada y utilizando la técnica de la observación directa in situ de cada una de las variables consideradas en ésta, fruto de la normativa vigente andaluza, se ha procedido a la recogida de datos en todos y cada uno de los Centros de Salud y Consultorios Locales y auxiliares del DSJ. Para ello, nos hemos valido de nuestra percepción y como simple herramienta un metro, para la realización de las diferentes mediciones, y la plantilla para anotar los datos. En la medición del ángulo de inclinación de las rampas de acceso e interior del edificio, hemos utilizado un inclinómetro.

En ocasiones en el momento de la toma de datos, nos hemos encontrado con ciertas dificultades a la hora de valorar el cumplimiento o no de los ítems,

pues hay algunos que pueden cumplirse o no clara y definitivamente, y otros que son más de tipo subjetivo y global.

Además, en esta observación de campo se ha realizado también un análisis de otras barreras de tipo sensorial o cognitivo que puedan existir. Así, en esta fase del trabajo no nos hemos limitado a la mera anotación de datos a la plantilla sino que a medida que se disponía de ellos se validaban y se utilizaban para corregir posibles deficiencias en la plantilla inicial. Esta estructuración interactiva para los procesos de recogida y validación de los datos ha favorecido la actualización continua de los mismos mediante la retroalimentación.

Resta decir que, en nuestra metodología de estudio, también se han analizado fuentes secundarias (estadísticas y bibliográficas), con la finalidad de enmarcar la investigación y complementar los datos primarios obtenidos con las técnicas anteriormente mencionadas.

### **3.5 Tabulación y análisis de los datos obtenidos**

Para facilitar la comprensión y claridad de los datos y resultados del estudio, hemos dividido el estudio de accesibilidad en los siguientes 9 grandes bloques:

#### **✚ E03 ESPACIOS INTERIORES AL MISMO NIVEL**

Se analizan los siguientes elementos:

- ***Accesos a espacios interiores del edificio:*** En este apartado observaremos la situación de acceso a los espacios interiores, comprobaremos la existencia de desniveles, la anchura de los itinerarios y si comunican o no con los aparcamientos y demás espacios de interés para las personas. Si existen o no diferencia de rasantes entre la vía pública y el edificio y si existen dificultades de acceso a discapacitados por la existencia de arcos de seguridad o similares.
- ***Itinerarios y espacios accesibles:*** comprobaremos la comunicación entre el interior y exterior del edificio con los itinerarios y las áreas y dependencias de utilización colectiva, con otros edificios si los hubiere del mismo complejo. También observaremos que los distintos elementos fijos o móviles como mobiliario, radiadores, elementos ornamentales, etc., de análoga naturaleza, estén dispuestos de forma que sean accesibles los pasillos e itinerarios.
- ***Vestíbulos y pasillos:*** Observaremos que en los vestíbulos y pasillos sea posible describir un círculo de 1.20 metros de diámetro y en el caso de que existan alteraciones que haya un mínimo de 90 centímetros de anchura en los pasillos.
- ***Huecos de paso:*** Que los ángulos de apertura de las puertas sean adecuados al igual que la anchura de éstas, que sean fácilmente identificables por las personas usuarias, en especial por aquellos con

discapacidad visual, que las puertas de evacuación dispongan de barras de apertura a la altura adecuada, etc. En el caso de que hubiera alguna puerta automática, igualmente que ésta reúna entre sus requisitos la existencia de mecanismos de minoración de la velocidad, dispositivos sensibles que impidan que el cierre pueda atrapar a alguien, mecanismos de apertura y cierre manual para cualquier situación de emergencia o avería, etc. Por otro lado en caso de puertas giratorias o correderas que cumplan las condiciones oportunas, así como los sistemas de accionamiento y apertura de las puertas como tiradores, picaportes, manillas, pulsadores, etc., que puedan ser utilizados por personas con dificultades en la manipulación, quedando prohibidos los pomos y debiéndose poder una puerta con una sola mano y sin esfuerzo.

- ***Paramentos verticales transparentes:*** deben ser transparentes, contruidos con policarbonatos, metacrilatos o acristalamientos laminares de seguridad y deben disponer de señalización horizontal en toda su longitud.

#### E04 ESPACIOS INTERIORES ENTRE DISTINTOS NIVELES

Se analizan los siguientes elementos:

- ***Acceso a las distintas plantas o desniveles:*** comprobamos que poseen al menos algún tipo de solución accesible como rampa, escalera o ascensor que sean accesibles.

- **Escaleras:** Observamos desde su huella y contrahuella, las barandillas, su anchura, textura y calidad de la solería, si es deslizante o reflectante, o si hay elementos sueltos, etc.
- **Rampas fijas:** igualmente las rampas deben cumplir una serie de características en su anchura, ángulo de inclinación, deben estar libre de obstáculos, deben tener un pavimento adecuado, un máximo de metros de longitud en el que intercalar mesetas de descanso, sus pasamanos y barandillas deben estar colocados a una determinada altura y ser de unas dimensiones adecuadas, etc.
- **Ascensores:** en cuanto a sus dimensiones, tienen que ser suficientemente amplios, con puertas automáticas que impidan cerrarse atrapando a alguien, sensores de cierre adecuados, señalización acústica adecuada, números en caracteres arábigos y braille, indicadores de posición y parada, botones que se iluminen dando información, precisión en la nivelación con el pavimento exterior, botón de activación de apertura desde la cabina, etc.

#### ✚ E06 DEPENDENCIAS QUE REQUIERAN CONDICIONES DE INTIMIDAD

Se analizan los siguientes elementos:

- **Aseos de uso público:** estará al menos dotado de lavabo e inodoro, posibilitándose el acceso frontal al lavabo sin que existan obstáculos

en su parte inferior. La altura del inodoro debe ser la adecuada para posibilitar comodidad y acceso a discapacitados. El sistema de descarga debe permitir ser utilizado por una persona con dificultad motora en miembros superiores y a una altura adecuada. El inodoro debe ir provisto de dos barras laterales, debiendo ser abatible la que facilite la transferencia lateral y a una altura adecuada, etc. Los accesorios, grifería, deben ser automáticos o adaptados, con sensores de presencia y a la altura adecuada. La iluminación debe ser suficiente, al igual que la señalización y deben emplearse avisadores luminosos y acústicos para casos de emergencia, etc.

- ***Vestuarios, probadores y duchas:*** en los edificios, establecimientos e instalaciones en los que se disponga de vestuarios, probadores y duchas de utilización colectiva, al menos uno de ellos debe ser accesibles. Deberán tener las dimensiones mínimas de amplitud para inscribirse una circunferencia de metro y medio de diámetro, con espacios laterales libres. Las duchas deben ir enrasadas con el pavimento, tendrá unas dimensiones adecuadas y su suelo será antideslizante. El maneral del rociador debe estar a la altura adecuada y habrá un asiento abatible, etc. Las puertas deben tener las dimensiones adecuadas y que no estorben al abrirse. Deberían tener avisadores luminosos y acústicos para casos de emergencia.
- ***Dormitorios y unidades de alojamiento:*** en cuanto a los dormitorios, deben tener igualmente puertas de dimensiones

adecuadas, y los espacios de aproximación al mobiliario debe ser adecuado a personas con movilidad reducida. Así como el acceso a la cama, armarios, etc. Igualmente la altura de la cama no debe crear problemas de acceso, etc. Los cantos de los muebles deben ser redondeados y los mecanismos de accionamiento y control deben ser suficientemente visibles y a una altura adecuada. También deben poseer avisadores luminosos de llamada complementarios al timbre acústico de la puerta y dispositivos luminosos de emergencia.

#### ✚ E07 EQUIPAMIENTOS Y MOBILIARIO

Se analizan los siguientes elementos:

- ***Mobiliario, complementos y elementos de voladizo:*** en las zonas y dependencias de utilización colectiva, el mobiliario deberá permitir en general, los espacios de maniobra necesarios para su uso. Distancias mínimas entre dos obstáculos adecuadas para la circulación, frentes accesibles, bordes redondeados, materiales que no brillen o destellen, etc. Y la altura de los elementos en voladizo serán adecuados.
- ***Mostradores, ventanillas y puntos de información:*** deberán estar ubicados lo más cerca posible de los vestíbulos, salas de espera e itinerarios accesibles, entre otras características.

- **Equipamiento complementario:** los interruptores, pulsadores, termostatos y demás elementos de accionamiento, regulación y control de uso público deberán posibilitar su manipulación por personas con discapacidad, prohibiéndose aquellos de accionamiento rotatorio. Deben estar a una altura adecuada y ser fácilmente localizables y de diseño adecuado.

#### ✚ E09 AREAS DE TRABAJO Y ZONAS DE CONCURRENCIA PÚBLICA

La única característica que se analiza es:

- **Espacios reservados a los trabajadores/as:** en caso de disponer de aseo, ducha o vestuario, al menos uno de ellos será accesible.

#### ✚ E10 APARCAMIENTOS DE UTILIZACIÓN COLECTIVA EN ESPACIOS EXTERIORES O INTERIORES ADSCRITOS A LOS EDIFICIOS

Se analizan los siguientes elementos:

- **Requisitos técnicos:** en el caso de que las plazas de aparcamiento se ubiquen en espacios interiores del edificio, situados a distintos niveles, las reservadas a personas con movilidad reducida se situarán en el nivel más próximo de salida o lo más cercanas al acceso al edificio.

- **Reserva de plazas:** se reservará como mínimo una plaza para personas con movilidad reducida por cada cuarenta plazas o fracción
- **Condiciones técnicas de las plazas reservadas:** entre ellas estarán lo más cerca posible de las entradas a edificios, centros de medios de transporte públicos, servicios públicos en general de la zona y estarán señalizadas de forma visible de forma vertical y horizontal con el Símbolo Internacional de Accesibilidad<sup>98</sup> y también con la señal de prohibido aparcar en las misma a personas sin discapacidad. La señalización horizontal será antideslizante y con unas medidas específicas. Estas plazas deberán tener un acceso e itinerario peatonal, ambos accesibles que comuniquen las plazas reservadas con la vía pública.

#### ✚ E11 PAVIMENTOS INTERIORES

- **Requisitos técnicos:** los pavimentos serán duros, indeformables, firme, estable, no reflectante, sin piezas sueltas, antideslizantes en seco y mojado, sin desigualdades, ni huecos, ni rejillas, etc.

#### ✚ E12 INFORMACION, SEÑALIZACIÓN E ILUMINACIÓN

Se analizan los siguientes elementos:

---

<sup>98</sup> El establecido en el anexo IV del Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía. BOJA nº 140. Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía.

- **Información:** la más relevante debe disponerse en al menos dos modalidades sensoriales, para que pueda ser percibida también por discapacitados visuales o auditivos. Debe estar situados en lugares cercanos a los accesos y preferentemente en sentido perpendicular a los desplazamientos y no ocultos por obstáculo alguno. Se propiciará la información de carácter auditivo mediante bucles magnéticos y megafonía, etc.
- **Señalización:** debe comenzar desde la propia fachada del edificio y extenderse por el resto de la edificación, identificando las diferentes plantas o zonas, itinerarios accesibles que conduzcan a las diferentes dependencias proporcionando completa orientación y permitiendo la circulación interior de forma autónoma y otras edificaciones anexas. Los lugares preferentes serán los vestíbulos, el inicio de los pasillos o las zonas de embarque y desembarque de escaleras, rampas y ascensores. Además deben definirse los itinerarios haciendo uso de colores, texturas en suelos y/o paredes, etc. En cuanto a la señalización visual deberá estar constituida por símbolos o caracteres gráficos. Las acústicas deben adecuarse a una gama audible y de frecuencias e intensidades no molestas. Las señalizaciones de seguridad deberán llamar la atención sobre objetos y situaciones de peligro. Los ascensores, aseos, itinerarios, vestuarios, duchas, etc., deberán estar señalizados con el Símbolo Internacional de Accesibilidad. Las placas identificativas, paneles, planos, carteles y otros medios de rotulación, deberán ubicarse en

lugares transitados y lo más cerca posible de la entrada al edificio. La rotulación deberá estar iluminada para su fácil percepción, evitando deslumbramientos, reflejos o sombras, con lo que sería conveniente evitar estar protegida por cristal. La información deberá ser legible a 5 metros de distancia. Una gran solución son los indicadores de tipo colgantes, que se situaran a una altura aproximada de 2.20 metros y no debe dificultar la visualización de señales de seguridad. Por último, es fundamental que la información esté permanentemente actualizada.

- ***Iluminación y contraste:*** deberá tener la intensidad y uniformidad necesaria para su uso, evitando deslumbramientos, y será adecuada a la iluminación exterior, evitando contraluces y diferencias bruscas de iluminación. Las fuentes de luz se colocarán por norma general, por encima de la línea de visión y se resaltarán aquellos puntos de interés como escaleras, acceso a ascensores, etc. También se utilizarán colores en la planificación y diferenciación de ambientes.
- ***Condiciones mínimas en el sistema escrito o pictográfico:*** es fundamental que tenga un buen contraste la figura con el fondo, y que sean símbolos y pictogramas reconocidos universalmente para facilitar su comprensión por parte de todos. La información deberá ir ajustada a la izquierda si ocupa más de una línea, para facilitar la localización. Su interlineado será del 25-30% del tamaño de la fuente, y se utilizarán mayúsculas y minúsculas en los textos,

folletos, carteles, etc. el tipo de letra a utilizar debe ser sencilla, legible y sin deformaciones, su tamaño debe configurarse en función de la distancia a la que vaya a ser observada, se utilizarán colores que presenten un fuerte contraste, etc. Otro tema muy importante es considerar que la señalización también vaya encaminada a discapacitados visuales con el sistema Braille, permitiendo de esta forma que la información sea identificable, etc.

### ✚ E13 SEGURIDAD EN CASO DE INCENDIO

- **Normas generales:** los edificios, establecimientos e instalaciones, dispondrán de ascensor de emergencia con accesos desde cada planta para posibilitar la evacuación inmediata de personas discapacitadas o con movilidad reducida. Se dispondrán igualmente zonas de refugio con elementos resistentes al fuego para posibilitar la protección y rescate de las personas. Los recorridos de evacuación estarán señalizados de forma óptica, acústica y táctil adecuadas para facilitar la orientación de personas con diferentes discapacidades. Por último, los edificios, establecimientos e instalaciones, dispondrán de los equipos y mecanismos adecuados para la detección de incendios, así como la transmisión óptica y acústica de la alarma a los ocupantes con diferentes discapacidades.

Estos 9 bloques han sido propuestos a partir del orden lógico que hemos seguido con el articulado del Decreto 293/2009, de 7 de julio, que hemos utilizado en el estudio de esta tesis.

Igualmente se han tenido en cuenta como reseña de calidad los criterios DALCO de AENOR<sup>99</sup> descritos en el Capítulo 1 de esta tesis. Nos referimos a características relacionadas con la Aprehensión, Deambulaci3n, Comunicaci3n y Localizaci3n.

En la Tabla 3.2 de contingencia se resume el n3mero de variables resultantes en cada uno de los nueve grupos considerados y correspondientes a cada criterio DALCO.

		Bloques									TOTAL
		E03	E04	E06	E07	E09	E10	E11	E12	E13	
Criterios DALCO	Aprehensi3n	27	29	19	7	1	3	1	7	2	96
	Comunicaci3n	5	7	18	4	0	0	0	0	0	34
	Deambulaci3n	7	7	6	0	0	3	0	16	1	38
	Localizaci3n	0	5	0	0	0	3	0	9	1	18
TOTAL		37	48	43	11	1	9	1	32	4	186

Tabla 3.2 N3mero de variables en plantilla de datos seg3n bloque y criterios DALCO

En ella observamos la existencia de bloques en los que s3lo se realiza la medici3n de una caracter3stica, tal es el caso del bloque E09. AREAS DE TRABAJO Y ZONAS DE CONCURRENCIA P3BLICA, en el que simplemente nos interesamos por la accesibilidad de al menos uno de los aseos, duchas o vestuarios disponible en las 3reas de trabajo de los edificios, establecimientos o instalaciones, y del bloque E10. PAVIMENTOS

<sup>99</sup> Accesibilidad en edificios p3blicos. Certificaci3n de Sistemas de AENOR. AENOR, 2007.

INTERIORES, en el que nos centramos en el cumplimiento o no de todos los requisitos técnicos en su conjunto.

Tal y como justificábamos en la Sección 3.2 de esta tesis de investigación, hemos excluido de nuestro estudio aquellos Consultorios Locales y auxiliares situados en poblaciones de menos de 3.500 habitantes, ya que se trataban de edificios adaptados para satisfacer las necesidades sanitarias de estas poblaciones y que no cumplen con ninguna de las exigencias mínimas de accesibilidad. Excepcionalmente, algunos de estos Consultorios Locales se han incorporado al estudio con objeto de que cada una de las ZBS esté representada, al menos, por un CS y un consultorio. Con todo ello, la muestra final de edificios del DSJ incluidos en nuestro estudio asciende a 19, siendo 12 de ellos Centros de Salud y 7 consultorios.

En cada uno de estos 19 centros, y utilizando como herramienta investigadora principal la plantilla de toma de datos, se ha procedido a la medición de cada una de las características allí relacionadas y a la anotación del cumplimiento o no de los 186 ítems del estudio.

En este punto, hemos de decir que hemos contado con la autorización escrita del Director del Distrito Sanitario de Jaén y el visto bueno de los responsables de los Centros de Salud objeto de estudio, siendo una ayuda inestimable en la mayoría de los casos, al facilitar la información.

Creemos necesario matizar que obviamente no todas las variables son susceptibles de medición en todos los Centros de Salud. Así, por ejemplo, el CS

San Felipe no dispone de dormitorios ni unidades de alojamiento tal y como se exige en artículo 79 del Decreto 293/2009, de 7 de julio, sin considerar éste un aspecto negativo del Centro pues en él no se llevan a cabo servicios de urgencias de 24 horas y, por tanto, no se precisa de su disposición en el mismo. Por otro lado, la no existencia de ascensores en edificios de más de una planta, plazas de aparcamiento de utilización colectiva, sistemas de megafonía, puertas de apertura automática, etc. son elementos de clara falta de accesibilidad al edificio y así se han anotado en la plantilla de toma de datos.

En la Tabla 3.3 se disponen el número de variables medibles (casos válidos) y no contabilizadas (perdidos) para cada uno de los 19 centros relacionados en nuestro estudio, observando como el porcentaje de ítems considerados es bastante elevado en todos los casos.

Con los miles de datos<sup>100</sup> observados en todos los centros que componen las 6 ZBS del DSJ, hemos procedido a realizar un análisis descriptivo y exploratorio que permita conocer el grado de accesibilidad a los edificios del DSJ. Con esta finalidad, se han codificado en una hoja de cálculo las variables correspondientes a:

---

<sup>100</sup> Han sido estudiados 39 centros, y en cada uno de ellos se ha pasado la plantilla de 186 ítems, que hacen un total de 7.254 datos, aunque posteriormente sólo se han procesado los ítems de 19 edificios.

1. Articulado.

Variable cualitativa con los 186 ítems resultantes de los artículos del Decreto 293/2009, de 7 de Julio, referente a la accesibilidad en edificios de uso público.

2. Bloques de clasificación.

Variable cualitativa con los 9 bloques de clasificación

3. Criterios DALCO

Variable cualitativa con los 4 criterios DALCO

4. CS/Consultorio

Variable cualitativa con el nombre de cada uno de los CS y Consultorios analizados

5. ZBS

6. Cumplimiento del Decreto 293/2009, de 7 de julio.

Variable dicotómica sobre el cumplimiento con el Decreto 293/2009, de 7 de julio.

Para el procesamiento de los datos se ha utilizado el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 17.0, facilitando a través del Servicio de Informática de la Universidad de Jaén.

Centro de Salud	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Cambil	130	69,9%	56	30,1%	186	100,0%
San Felipe	157	84,4%	29	15,6%	186	100,0%
Virgen de la Capilla	151	81,2%	35	18,8%	186	100,0%
Los Villares	168	90,3%	18	9,7%	186	100,0%
Valdepeñas de Jaén	175	94,1%	11	5,9%	186	100,0%
Mancha Real	170	91,4%	16	8,6%	186	100,0%
Pegalajar	104	55,9%	82	44,1%	186	100,0%
Mengíbar	168	90,3%	18	9,7%	186	100,0%
Villargordo	164	88,2%	22	11,8%	186	100,0%
Torredelcampo	177	95,2%	9	4,8%	186	100,0%
Jamilena	163	87,6%	23	12,4%	186	100,0%
Campillo de Arenas	179	96,2%	7	3,8%	186	100,0%
Huelma	167	89,8%	19	10,2%	186	100,0%
Cabra de Sto Cristo	116	62,4%	70	37,6%	186	100,0%
Belén	136	73,1%	50	26,9%	186	100,0%
El Valle	120	64,5%	66	35,5%	186	100,0%
Federico del Castillo	160	86,0%	26	14,0%	186	100,0%
La Magdalena	147	79,0%	39	21,0%	186	100,0%
Las Fuentezuelas	102	54,8%	84	45,2%	186	100,0%

*Tabla 3.3 Número y porcentaje de casos válidos y perdidos*

## **CAPÍTULO 4**

# **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**



## 4.1 Introducción

En este cuarto y último capítulo de esta tesis, vamos a reflejar los resultados obtenidos tras un largo e intenso trabajo de campo con el desplazamiento y toma de datos en los Centros de Salud y consultorios de las distintas localidades que conforman el DSJ.

En la Figura 4.1, podemos ver el Mapa Sanitario de la Provincia de Jaén, y cómo se distribuyen los cuatro Distritos Sanitarios y específicamente el DSJ, objeto del extenso estudio de esta tesis<sup>101</sup>.

El hecho de que la toma de datos se lleve a cabo mediante la observación directa de las características propias de la accesibilidad en la edificación, ha supuesto el realizar un gran número de desplazamientos y horas, con un tiempo aproximado de 90 minutos por centro más los desplazamientos.

Esta larga andadura por los distintos Centros de Salud y consultorios, nos ha supuesto numerosos conocimientos extras de la APS y de los centros de estudio que no conocíamos en su mayoría y una interesante experiencia a la par que complicada en algunos momentos, aunque gratificante finalmente por los resultados arrojados y la sensación del trabajo realizado.

Tal y como adelantábamos en el capítulo anterior, en el trabajo de campo nos encontramos con ciertos Consultorios Locales y auxiliares que no reunían

---

<sup>101</sup> Fuente: página web del Servicio Andaluz de Salud.

de alguna forma las condiciones mínimas para ser susceptibles de análisis: tamaño de la población que atendían, su oferta de cartera de servicios, las propias instalaciones, su horario que sólo es de algunos días a la semana y sus profesionales, que no estaban todos los que deben componer el equipo de salud, etc.

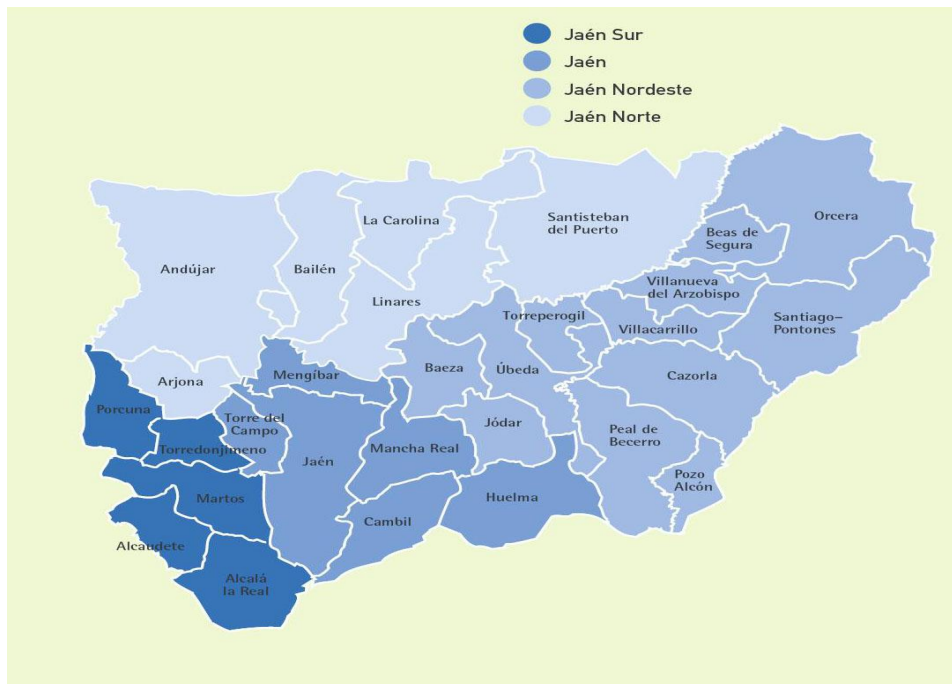


Figura 4.1 Mapa Sanitario de la Provincia de Jaén

Así pues, a pesar de haber visitado todos y cada uno de los centros del DSJ, optamos en un principio dar por válidos los datos de aquellos que atendiesen al menos a una población de aproximadamente 3500 habitantes en adelante. No obstante, finalmente se incluyeron algunos Consultorios Locales de

poblaciones más pequeñas a fin de que cada ZBS estuviese representada por, al menos, un CS y un Consultorio Local.

La muestra final está formada por 19 edificios, 12 CS y 7 Consultorios Locales del DSJ. Obsérvese que ninguno de los Consultorios Auxiliares han pasado este filtro impuesto y, por tanto, no están reflejados en los resultados que aquí se presentan.

Con los datos de estos 19 centros, hemos llevado a cabo un primer análisis descriptivo y exploratorio sobre la accesibilidad en todo el DSJ. A modo de resumen, en la Sección 4.2. se presentan unos gráficos circulares o de sectores donde se puede observar en qué medida el DSJ cumple con la normativa andaluza al respecto. Igualmente sobre el distrito sanitario veremos el cumplimiento pero tomando los 9 bloques del articulado y finalmente atendiendo a los criterios DALCO.

Una vez valorado el DSJ de forma global, realizamos un análisis comparativo entre las 6 ZBS que conforman el DSJ en el que se comprueba cuál o cuáles de las ZBS cumple la normativa de forma global, por bloques y por criterios DALCO. Los resultados derivados de este estudio se ilustran en la Sección 4.3.

Para finalizar nos centraremos en los 19 edificios de salud en sí mismos, Centros de Salud y Consultorios Locales. Para ellos llevaremos a cabo un estudio comparativo de estos edificios dentro de cada una de las ZBS atendiendo a los mismos objetivos: de forma global, por bloques y por criterios DALCO.

## 4.2 Resultados de accesibilidad en el Distrito Sanitario de Jaén

Como decíamos anteriormente nos hemos planteado con este estudio como primer objetivo el analizar los resultados generales de accesibilidad de todo el DSJ, en los siguientes casos: a) a nivel global, b) por bloques y c) según criterios DALCO.

En todos los casos, se han considerado gráficos circulares (o gráfico de sectores) para ilustrar el grado de cumplimiento de la normativa andaluza en relación con la accesibilidad en los edificios del DSJ.

En color verde se representa el porcentaje de variables del decreto 293/2009, de 7 de julio, que **sí** cumplen los criterios de accesibilidad en los edificios de salud del DSJ y en color magenta, el porcentaje de variables que **no** cumplen con los requisitos técnicos de accesibilidad establecidos en la norma anterior.

Siguiendo estas premisas, la Figura 4.1 refleja los resultados globales de accesibilidad de todo el DSJ.

Como conclusión, puede decirse que el DSJ tan sólo cumple en un muy discreto 43.3% con la normativa andaluza de accesibilidad en edificación. En este sentido, no sólo no se satisfacen los estándares andaluces de accesibilidad, sino que podemos afirmar que el DSJ **SUSPENDE** en accesibilidad a sus edificios.

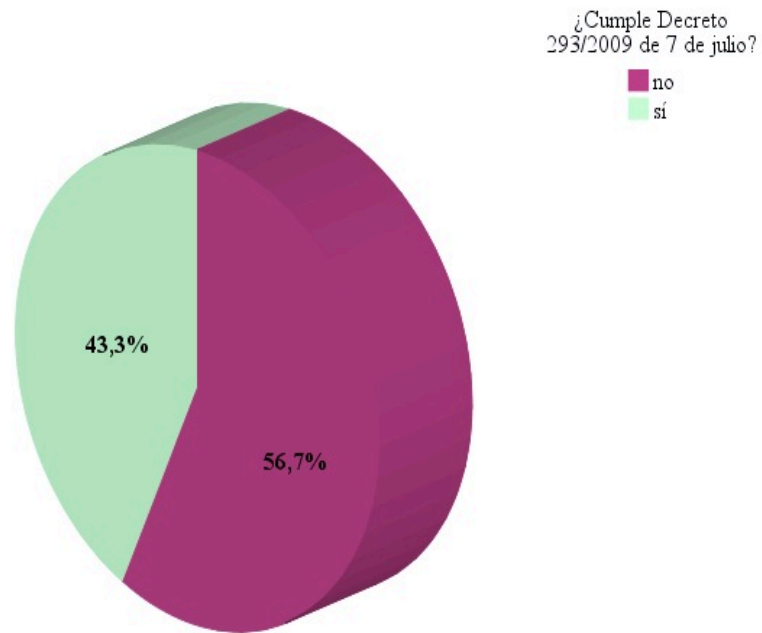


Figura 4.1 Accesibilidad en el DSJ. Datos globales

Analizando estos datos en detalle para los diferentes bloques de clasificación (ver Figura 4.2), podemos observar que los edificios de salud del DSJ son aptos en accesibilidad en los *espacios interiores al mismo nivel* (E03) y *a distintos niveles* (E04), así como en *equipamiento y mobiliario se refiere* (E07), ya que en estos tres bloques se superan, aunque no de forma holgada, el 50% de los estándares de accesibilidad en edificación aprobados en el Decreto 293/2009, de 7 de julio.

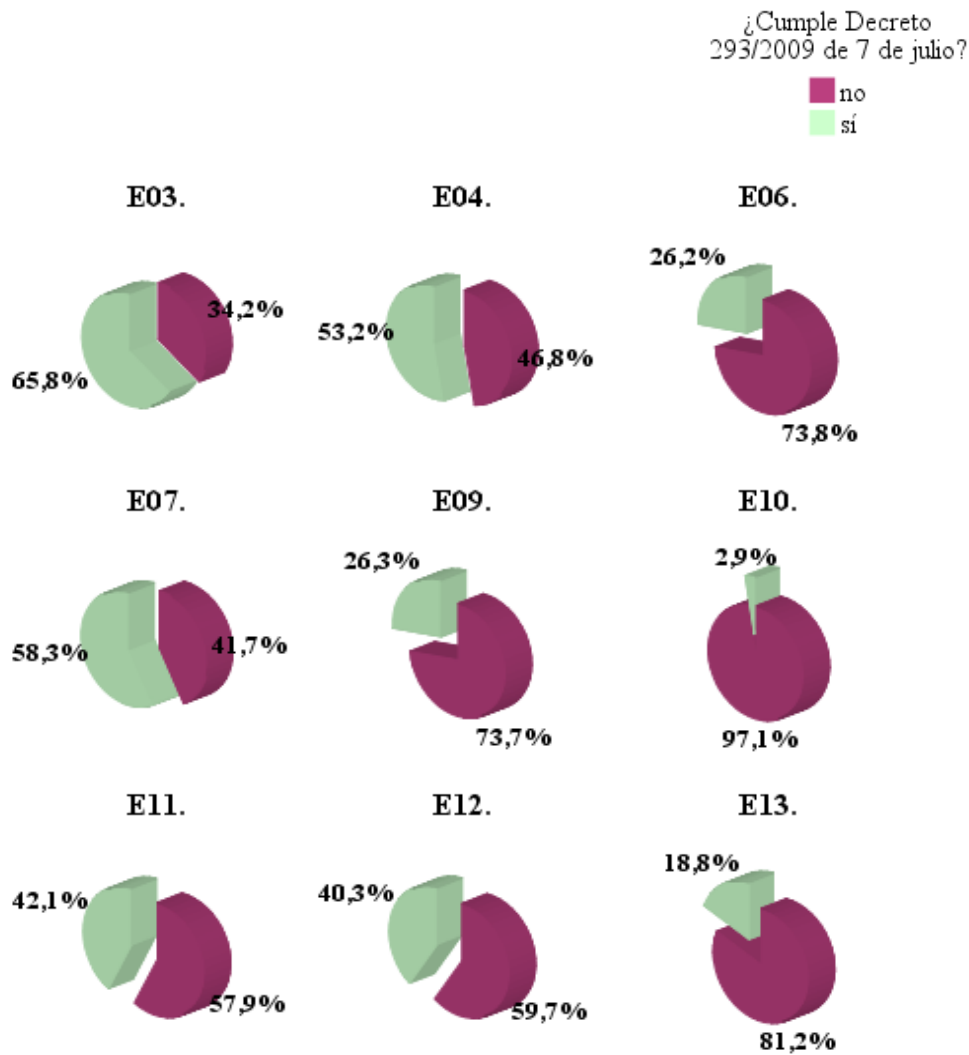


Figura 4.2 Accesibilidad en el DSJ. Datos por bloques

Por otro lado, excepto en el caso de los *ascensores* (E11) y en *información, señalización e iluminación* (E12) donde los resultados no son

excesivamente negativos, el DSJ falla de manera llamativa en accesibilidad en el resto de bloques, donde los porcentajes de cumplimiento con las especificaciones técnicas fijadas de la correspondiente normativa andaluza son realmente bajos, por debajo incluso del 30%.

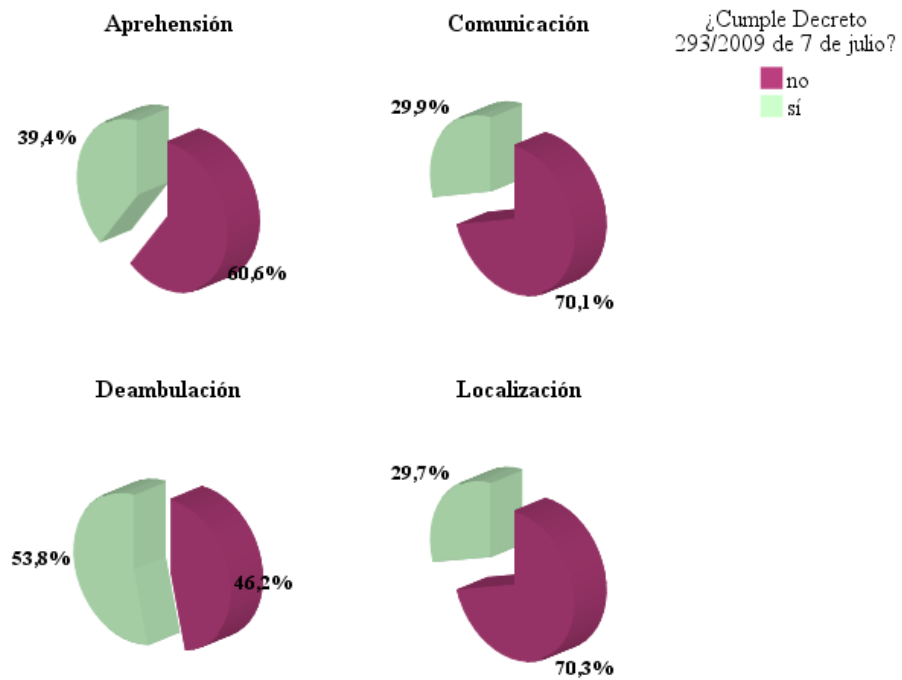


Figura 4.3 Accesibilidad en el DSJ. Datos según criterios DALCO

En cuanto a los criterios DALCO, observamos en la Figura 4.3 que las principales deficiencias del DSJ en materia de accesibilidad a la edificación son debidas a los elementos relacionados con la Aprehensión, Comunicación y Localización, siendo peores los resultados en estos dos últimos aspectos en los

que apenas llegan a cumplirse el 30% de los estándares de accesibilidad referidos a edificios.

Sólo en los aspectos relacionados con la Deambulación es donde se puede decir que el DSJ aprueba en accesibilidad con un tímido 53.8% de cumplimiento de las normas.

### **4.3 Resultados de accesibilidad en el ámbito de las Zonas Básicas de Salud**

A la vista de los datos arrojados en la Sección 4.2 sobre la accesibilidad global en el DSJ, se hace necesario un análisis más detallado acerca de las condiciones de accesibilidad en la que se encuentran los distintos edificios de salud que la componen, a un nivel más desagregado. En esta línea, elaboramos un análisis comparativo entre las 6 ZBS que conforman el DSJ: Cambil, Huelma, Jaén, Mancha Real, Mengíbar y Torredelcampo.

Siguiendo el mismo esquema de la sección anterior, analizamos en primer lugar los resultados globales relacionados con la accesibilidad en los edificios de salud que la conforman. En este marco, el gráfico de barras en la Figura 4.4 muestra el grado de cumplimiento con los reglamentos de Andalucía en relación con la accesibilidad en los edificios de la ZBS de Jaén. Por similitud con los gráficos de la sección anterior, el color verde representa el porcentaje de cumplimiento en materia de accesibilidad según las normas establecidas en el Decreto 293/2009, de 7 de julio, y en color magenta el porcentaje de los

requisitos técnicos que no se cumplen en todos sus estamentos. Además, la línea azul indica el límite del 50% de cumplimiento de la norma.

Teniendo en cuenta estas especificaciones, el diagrama de barras de la Figura 4.4 refleja cómo es la ZBS de Mengíbar la única que supera tímidamente la línea del 50% de adecuación con la legislación andaluza vigente.

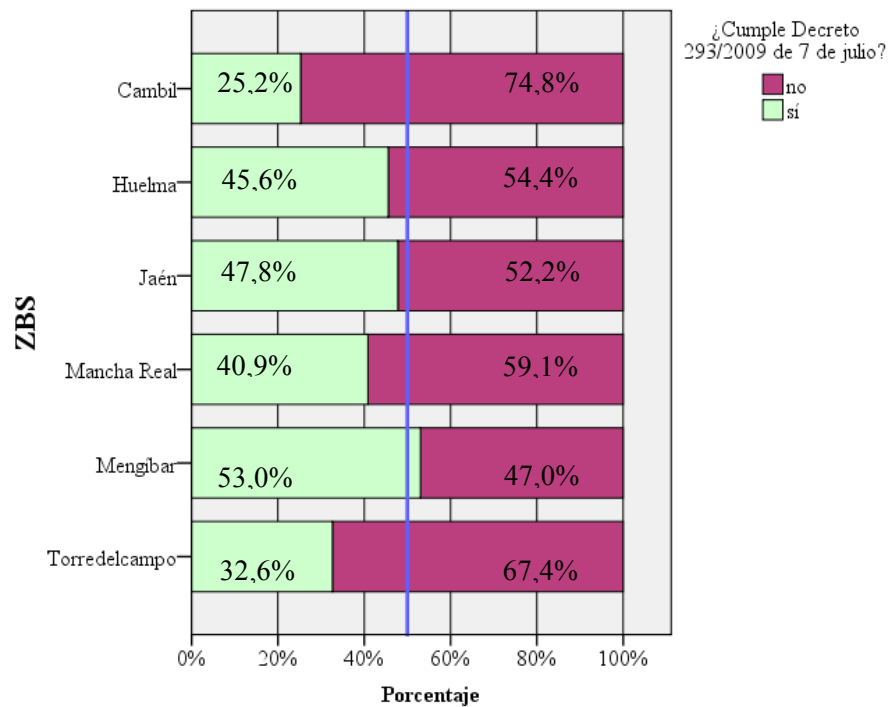


Figura 4.4 Accesibilidad en las ZBS. Datos globales

Con respecto al resto de ZBS, destacamos que, si bien no llegan al aprobado, las ZBS de Jaén y Huelma están muy cerca de alcanzar el 50% de cumplimiento de la normativa de accesibilidad en edificación en el ámbito de la

CA andaluza. Los peores resultados se obtienen en la ZBS de Cambil donde apenas cumplen la cuarta parte (un 25%) de las normas de accesibilidad.

Del mismo modo, analizamos los resultados obtenidos en nuestro estudio comparativo sobre la accesibilidad de las ZBS del DSJ en términos de los distintos bloques de clasificación y según los criterios DALCO.

Así, en la Figura 4.5 se presentan nueve gráficos diferentes, uno para cada grupo de clasificación, en los que se compara el grado de cumplimiento del Decreto 293/2009, de 7 de julio, en las seis ZBS correspondientes al DSJ. A partir de estos gráficos y, teniendo en cuenta que la línea azul marca el límite del 50% de cumplimiento de las normas andaluzas de accesibilidad en edificación, extraemos las siguientes conclusiones:

- ✓ El único bloque en el que todas las ZBS superan en más de un 50% las normas andaluzas de accesibilidad es el correspondiente a *equipamientos y mobiliario* (E07).
- ✓ En contrapartida, todas las ZBS del DSJ suspenden en accesibilidad en cuanto a los aspectos técnicos relacionados con las *dependencias que requieran condiciones de intimidad* (E06), los *aparcamientos de utilización colectiva en espacios exteriores o interiores adscritos a los edificios* (E10), la *información, señalización e iluminación* (E12) y en la *seguridad en caso de incendio* (E13). No obstante, las ZBS de Jaén y Mengíbar no están muy lejos de la barrera del 50% de cumplimiento de

la normativa andaluza vigente en el bloque E12 (*información, señalización e iluminación*).

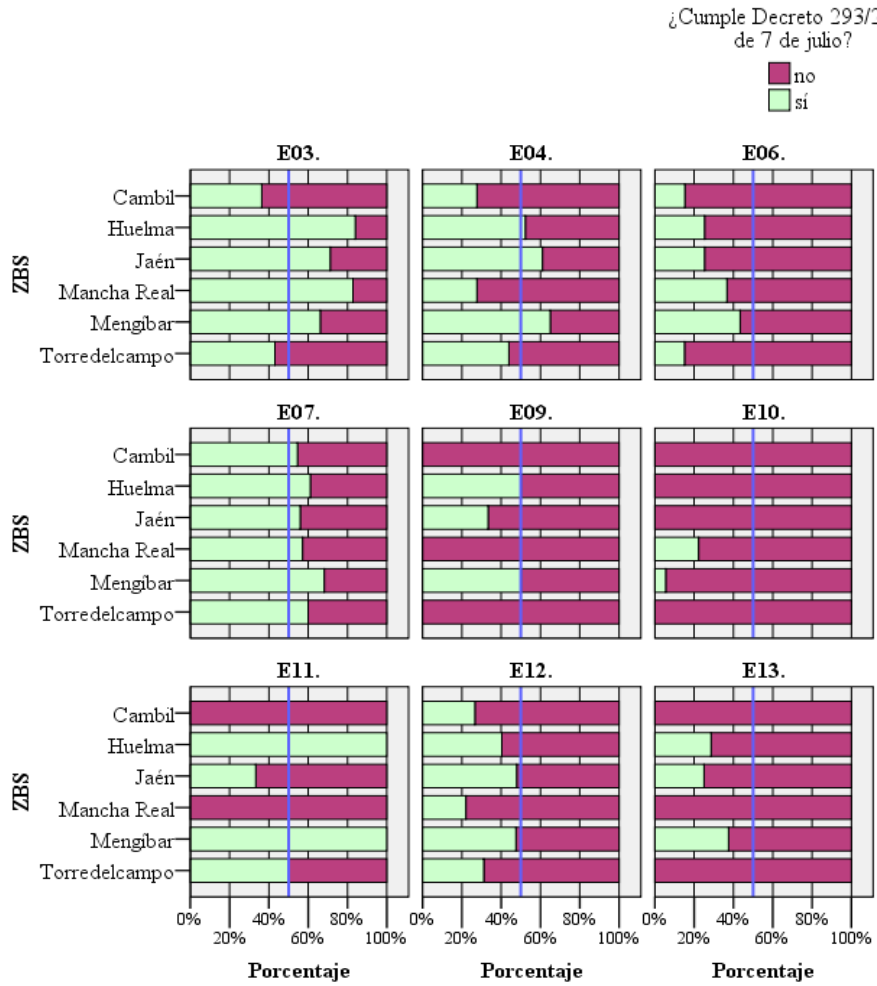


Figura 4.5 Accesibilidad en las ZBS. Datos por bloques

- ✓ Con respecto al resto de bloques, observamos que las ZBS de Huelma y Mengíbar son las únicas que pasan el test de accesibilidad en estas características del edificio, siendo incluso el porcentaje de cumplimiento para la ZBS de Huelma superior al 80% en el bloque E03 (*espacios interiores al mismo nivel*) y para ambas ZBS del 100% en el bloque E11 (*pavimentos interiores*).
- ✓ La ZBS de Jaén también presenta un cumplimiento de más del 50% de las normas de accesibilidad establecidas en el Decreto en los aspectos relacionados con los *espacios interiores espacios interiores al mismo nivel* (E03) y *entre distintos niveles* (E04).
- ✓ En el bloque E03 referente a la accesibilidad en los *espacios interiores espacios interiores al mismo nivel* (E03), la ZBS de Mancha Real también muestra resultados muy positivos cumpliendo, al igual que la ZBS de Huelma, en más del 80% con la normativa andaluza vigente.

Por último, en relación con los criterios DALCO, la Figura 4.6 resume gráficamente los resultados obtenidos en las ZBS del DSJ en relación con cada criterio DALCO. Específicamente, se consideran cuatro gráficos de barras, correspondientes a cada uno de los cuatro criterios DALCO.

Estas representaciones gráficas ilustran claramente el comportamiento de las diferentes ZBS en relación con su accesibilidad en materia de Aprehensión, Comunicación, Deambulación y Localización.

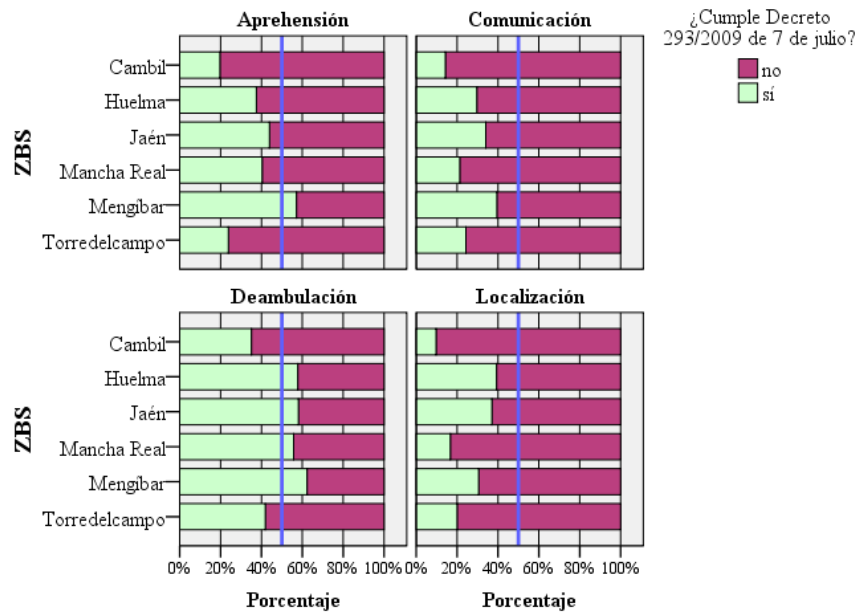


Figura 4.6 Accesibilidad en las ZBS. Datos según criterios

Teniendo en cuenta que, como en todos los gráficos anteriores, el cumplimiento o no cumplimiento con el mencionado Decreto 293/2009, de 7 de julio, está representada en color verde y magenta, respectivamente, y que la línea azul marca el límite del 50% del cumplimiento de la normativa anterior, destacamos de estos gráficos que:

- ✓ Ninguna de las ZBS superan los estándares de accesibilidad en los aspectos técnicos relacionados con la Comunicación y Localización, no llegándose en ninguno de los casos a cumplirse ni siquiera el 40% de las normas reguladoras de la accesibilidad en la edificación recogidas en el Decreto 293/2009, de 7 de Julio.

- ✓ En cuanto al comportamiento en materia de accesibilidad relacionada con las características técnicas de Aprehensión, sólo la ZBS de Mengíbar es la que tímidamente supera la barrera del 50% de cumplimiento de las normas establecidas a nivel regional.
- ✓ Los mejores resultados, aunque no sean realmente alentadores, se obtienen en los aspectos relacionados con la Deambulación donde el grado cumplimiento con la normativa andaluza en materia de accesibilidad en edificios es ligeramente superior al 50% en todas las ZBS salvo en las de Cambil y Torredelcampo.

#### **4.4 Resultados de accesibilidad en el ámbito de los edificios de salud**

En las secciones anteriores hemos analizado el grado de accesibilidad en el ámbito del DSJ y de las 6 de las ZBS. Nos interesamos ahora por conocer de forma más detallada cuáles son las condiciones de accesibilidad de los edificios de salud en sí. En concreto, en esta sección se comparan dentro de cada ZBS el comportamiento en accesibilidad que presentan los edificios de salud que la componen.

En realidad, teniendo en cuenta los criterios ya justificados en el Capítulo anterior, sólo se han incluido en este estudio estadístico 19 edificios de salud, entre Centros de Salud y Consultorios Locales. Además, salvo en la ZBS de Jaén que engloba un gran número de CS y consultorios, el resto de las ZBS

han quedado representadas por un Centro de Salud homónimo y un Consultorio Local.

En nuestra exposición de resultados seguiremos, por orden alfabético, el siguiente orden de ZBS: Cambil, Huelma, Jaén, Mancha Real, Mengíbar y Torredelcampo. Además, en cada uno de ellos, y por analogía a los casos anteriores, comenzaremos presentando los resultados de forma global, para continuar posteriormente con un análisis más detallado por bloques y por criterios DALCO.

En general, hemos utilizado diagramas de sectores para ilustrar los resultados globales. En ellos, los sectores en verdes indican el porcentaje de cumplimiento de la normativa andaluza vigente en materia de accesibilidad en la edificación, mientras que los sectores en color magenta corresponden al porcentaje de normas de accesibilidad en edificación del Decreto 293/2009, de 7 de julio, que no se verifican de manera satisfactoria.

Por otro lado, se han utilizado diagramas de barras para exhibir en qué grado se satisfacen las especificaciones técnicas de accesibilidad en edificación de la legislación andaluza vigente, en cada uno de los bloques de clasificación y criterio DALCO.

Específicamente, se considera por un lado nueve gráficos de barras, uno para cada uno de los bloques de clasificación considerados y, por otro lado, cuatro gráficos de barras, correspondientes a cada uno de los cuatro criterios DALCO. En estos diagramas de barras, como en los de las secciones anteriores,

se representa en color verde y magenta el porcentaje de cumplimiento o no cumplimiento con el mencionado Decreto 293/2009, de 7 de julio, respectivamente. Además, se ha dibujado una línea azul para indicar el nivel de 50% de cumplimiento de la norma.

### ZBS de Cambil

La ZBS de Cambil está representada en nuestro estudio por el Centro de Salud de Cambil y el Consultorio Local de Campillo de Arenas.

En la Figura 4.7 se presentan los resultados globales de accesibilidad a estos dos edificios de salud.

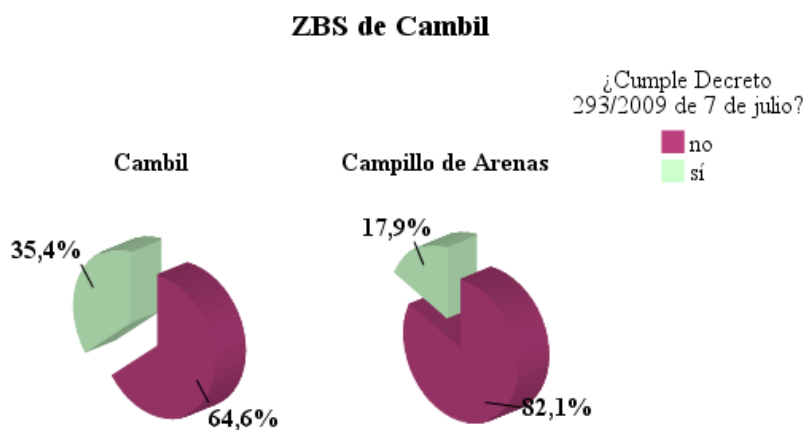


Figura 4.7 Accesibilidad en la ZBS Cambil. Datos globales

En ella observamos que ninguno de los edificios de salud considerados en la ZBS de Cambil superan los estándares de accesibilidad del Decreto 293/2009, de 7 de julio, encontrando los resultados más negativos en el consultorio de Campillo de Arenas, donde se verifican casi la mitad de las especificaciones técnicas de la norma que en el CS de Cambil.

Analizando estos resultados con más detalle para cada uno de los nueve bloques de clasificación considerados, observamos (ver Figura 4.8) lo siguiente:

- ✓ El Consultorio Local de Campillo de Arenas no llega a los niveles mínimos de accesibilidad en ninguno de estos bloques de clasificación, por lo que precisa de una reforma completa para adaptarse a las necesidades de las personas usuarias que acudan al mismo.
- ✓ El CS de Cambil mejora en todos los casos las condiciones de accesibilidad exhibidas por el Consultorio Local de Campillo de Arenas. No obstante, es en el bloque E07 referente a los *pavimentos interiores* el único aspecto en que las condiciones de accesibilidad son buenas al verificar en más de un 70% las especificaciones de la norma, suspendiendo en los 8 bloques restantes.

Quisiéramos notar que el hecho de que no aparezca ningún dato en el bloque E04 (*espacios interiores entre distintos niveles*) para el CS de Cambil se debe a que se trata de un edificio de una única planta.

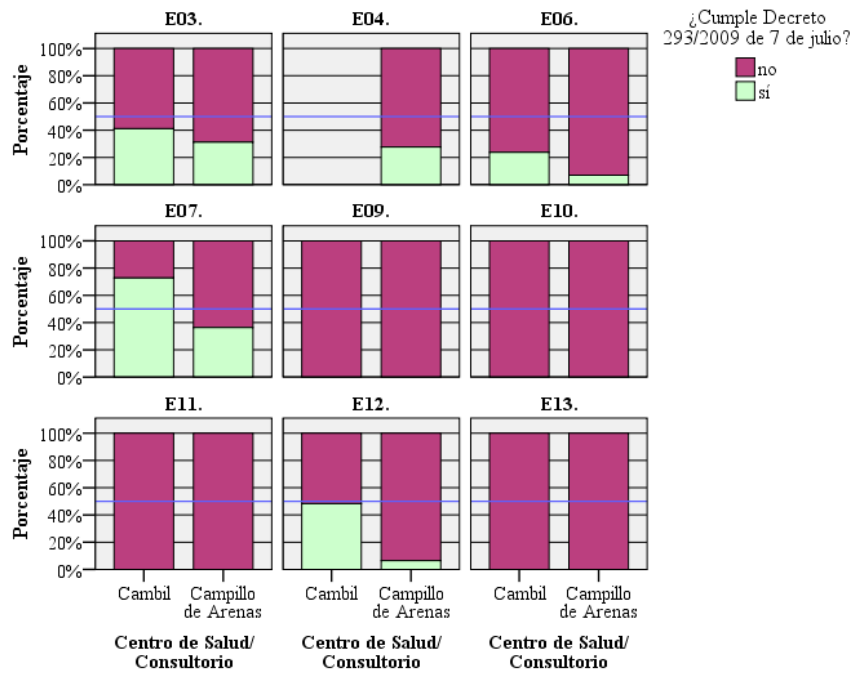


Figura 4.8 Accesibilidad en la ZBS Cambil. Datos por bloques

Atendiendo a los criterios DALCO, la Figura 4.9 nos pone de manifiesto:

- ✓ Los dos edificios de salud considerados en la ZBS de Cambil también presentan muy malas condiciones de accesibilidad en los aspectos técnicos relacionados con la Comunicación, Localización, Aprehensión y Deambulación. Tan sólo en el último de estos criterios, Deambulación, el CS de Cambil casi llega al 50% de cumplimiento de la legislación autonómica vigente.

- ✓ Los resultados en el CS de Cambil en estos aspectos técnicos son algo mejores que los del Consultorio Local de Campillo de Arenas.

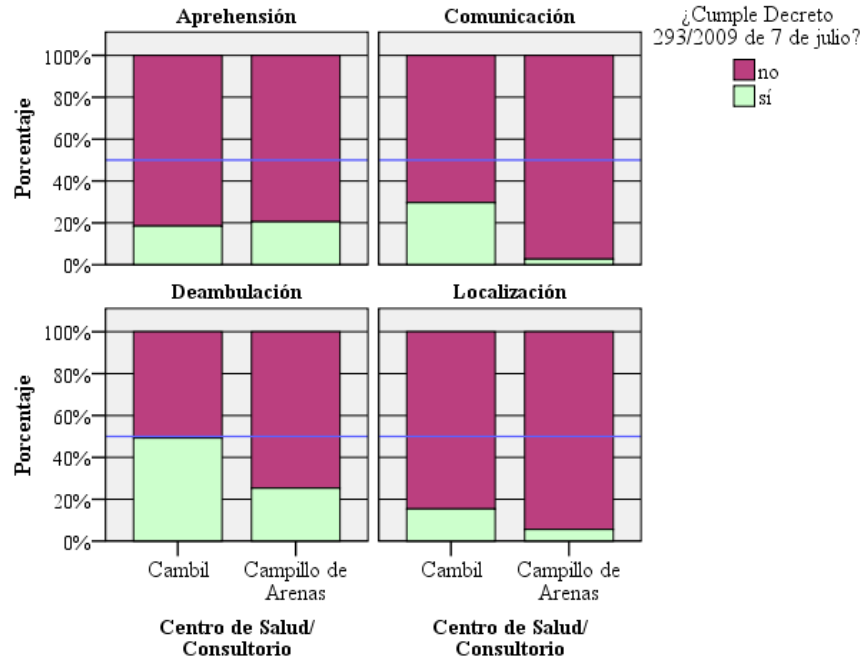


Figura 4.9 Accesibilidad en la ZBS Cambil. Datos por criterios DALCO

## ZBS de Huelma

La ZBS de Huelma está representada en nuestro estudio por el CS de Huelma y el Consultorio Local de Cabra de Sto. Cristo.

Para estos edificios de salud observamos en la Figura 4.10. que en términos globales, el Consultorio Local de Cabra de Sto. Cristo gana en accesibilidad al CS de Huelma. En el primero de estos, se verifican exactamente el 50% de los requerimientos técnicos explícitos en el Decreto 293/2009, de 7 de julio, mientras que el CS de Huelma sólo cumple con el 42,5% de las especificaciones técnicas que allí se detallan.

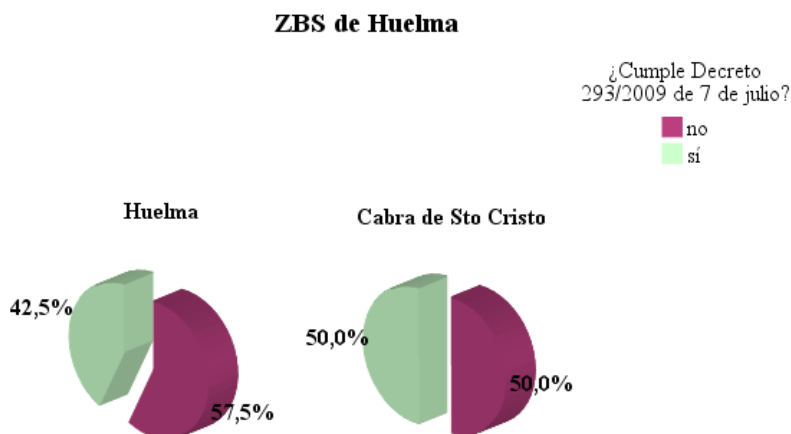


Figura 4.10 Accesibilidad en la ZBS Huelma. Datos globales

En relación con los bloques de clasificación considerados, los resultados para esos dos edificios de salud de la ZBS de Huelma se ilustran en la Figura 4.11 De ellos extraemos las siguientes conclusiones:

- ✓ Tanto el CS de Huelma como el Consultorio Local de Cabra de Sto. Cristo cumplen al 100% con la normativa andaluza de accesibilidad en edificación en relación a las especificaciones técnicas de los

*pavimentos interiores* (E11) y en más de un 80% con los requisitos explícitos de los *espacios interiores al mismo nivel* (E03).

- ✓ El total incumplimiento mostrado por ambos edificios de salud en el bloque E10 referente a los *aparcamientos de utilización colectiva en espacios exteriores o interiores adscritos a los edificios*, se debe a la inexistencia de ellos más que a no ajustarse a las especificaciones técnicas establecidas en la legislación de referencia.
- ✓ En el bloque E04 (*espacios interiores entre distintos niveles*), vuelve a no contabilizarse en uno de los edificios de salud considerados, el Consultorio Local de Cabra de Sto. Cristo en este caso. Ilo se debe a que este edificio desarrolla toda su actividad en una sola planta.
- ✓ Ambos edificios presentan resultados muy dispares en cuanto al *equipamiento y mobiliario* (E07) y las *áreas de trabajo y zonas de concurrencia pública* (E09), siendo en ambos casos muy positivos los resultados del Consultorio Local de Cabra de Sto. Cristo ya que cumplen en un 80% y 100%, respectivamente, con el Decreto 293/2009, de 7 de julio. En este punto hay que tener en cuenta que el hecho de que en el bloque E09 se cumpla al 100% o al 0% con la norma, se debe a que sólo se considera una variable dentro de este bloque, por lo que sólo es posible que ella se cumpla o no en su totalidad.

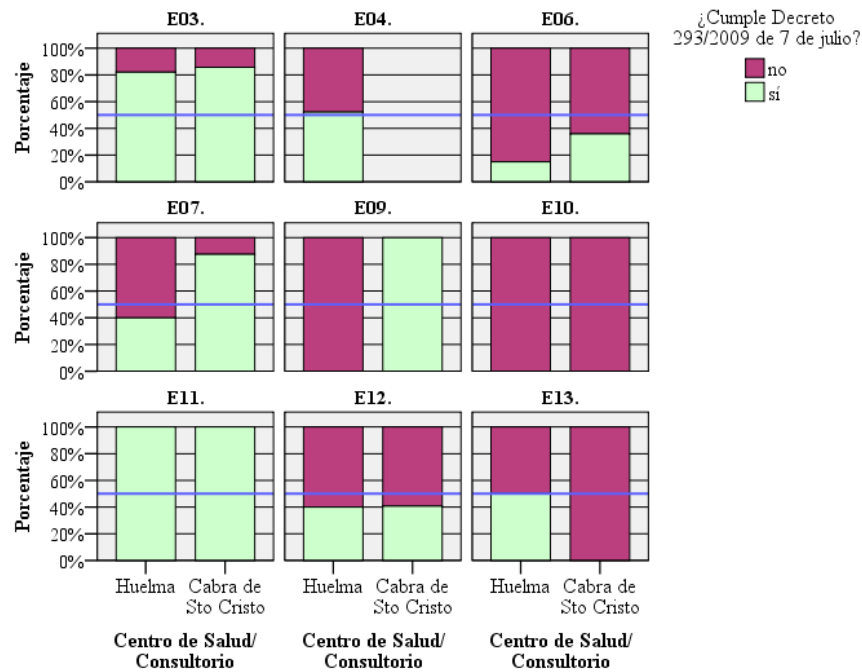


Figura 4.11 Accesibilidad en la ZBS Huelma. Datos por bloques

Finalmente, con respecto a los criterios DALCO, podemos observar de los diagramas de barras representados en la Figura 4.12 que:

- ✓ Tanto en Aprehensión como en Deambulación, el Consultorio Local de Cabra de Sto. Cristo vuelve a presentar mejores condiciones de accesibilidad que el CS de Huelma.
- ✓ Tanto el CS de Huelma como el Consultorio Local de Cabra de Sto. Cristo, suspenden en accesibilidad en todos los criterios DALCO, salvo en Deambulación donde el CS de Huelma pasa tímidamente la línea del

50% del cumplimiento del Decreto 293/2009, de 7 de julio, que tomamos de referencia y el Consultorio Local de Cabra de Sto. Cristo cumple en más del 60% con la norma anterior.

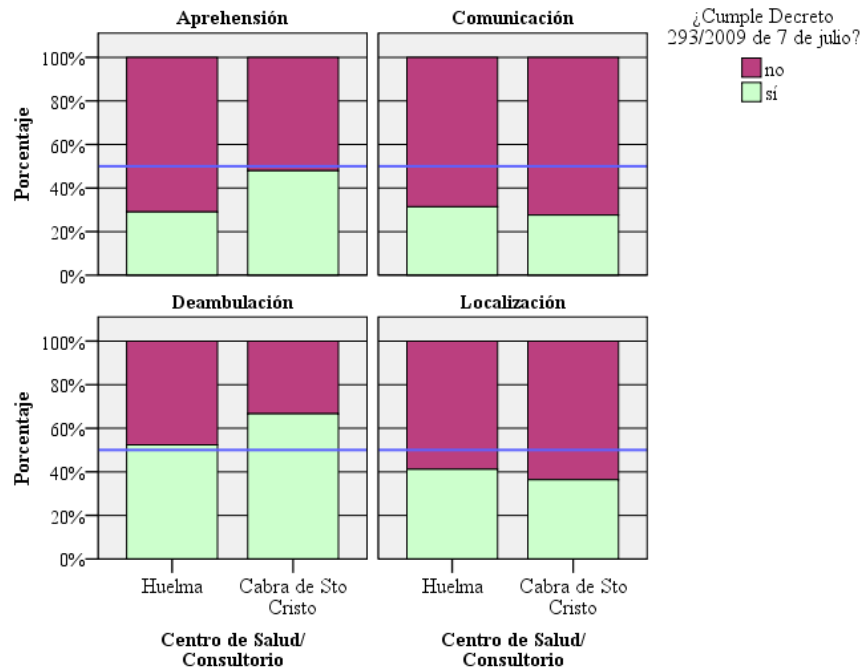


Figura 4.12 Accesibilidad en la ZBS Huelma. Datos por criterios DALCO

## ZBS de Jaén

LA ZBS de Jaén está representada en este estudio por sus siete Centros de Salud: Federico del Castillo, Las Fuentezuelas, Virgen de la Capilla, Belén, San Felipe, El Valle, La Magdalena y los Consultorios Locales de Los Villares y

Valdepeñas.

Los resultados de accesibilidad que aquí se presentan para la ZBS de Jaén fueron y aceptados para su publicación en *Handbook of Research on ICTs for Healthcare and Social Services: Developments and Applications*<sup>102</sup>. Asimismo, el estudio de accesibilidad para el CS San Felipe en Jaén capital ha sido publicado como capítulo del libro *Experiencias del Espacio Europeo de Educación Superior: grado y postgrado en Trabajo Social de la Universidad de Jaén*<sup>103</sup>. A diferencia del estudio aquí realizado, en esta publicación se tuvo en cuenta el antiguo Decreto 72/1992, de 5 de mayo.

En la Figura 4.13 se presentan nueve diagramas de sectores, una para cada uno de los edificios enumerados en la ZBS de Jaén, en los que se representa el porcentaje de cumplimiento (color verde) y no cumplimiento (color magenta) con la legislación autonómica vigente en materia de accesibilidad en la edificación.

---

<sup>102</sup> López Cala, G., de la Fuente Robles, Y.M., and Fernández Alcalá, R.M. Reality of Accessibility in the Public Health Systems. *Handbook of Research on ICTs for Healthcare and Social Services: Developments and Applications*. Universidad de Evora. Portugal. Sometido para su publicación.

<sup>103</sup> López Cala, G. Estudio de Accesibilidad en el Centro de Salud “San Felipe” Distrito de Jaén. *Experiencias del Espacio Europeo de Educación Superior: Grado y Postgrado en Trabajo Social de la Universidad de Jaén*, 2010. Pag.159-185.

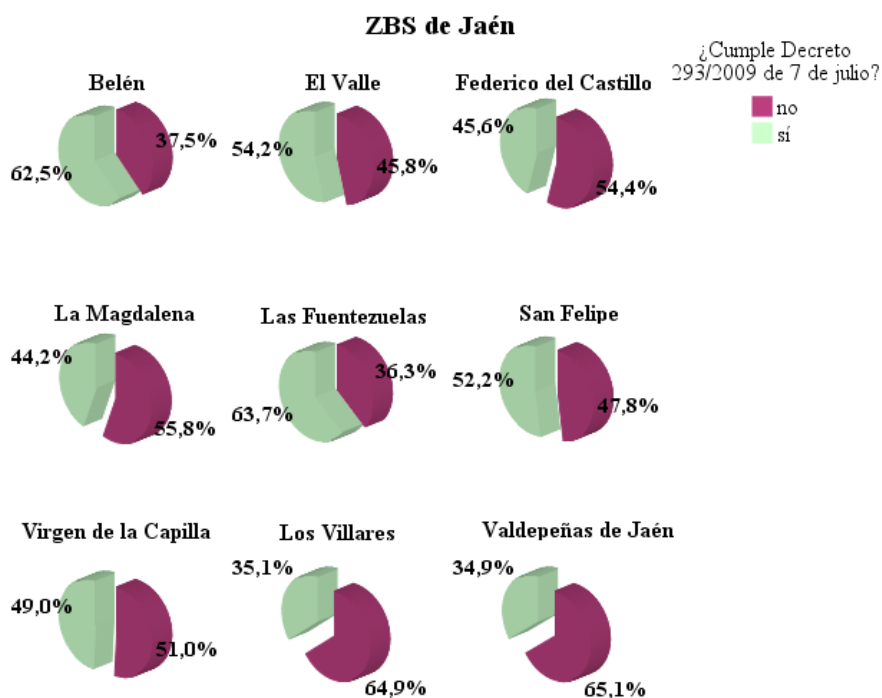


Figura 4.13 Accesibilidad en la ZBS Jaén. Datos globales

De estos gráficos podemos destacar los siguientes resultados:

- ✓ Los únicos edificios que pasan el test de accesibilidad son, en este orden, los Centros de Salud de Las Fuentezuelas, Belén, El Valle y San Felipe.
- ✓ Los peores resultados en materia de accesibilidad en edificios se obtienen en los dos Consultorios Locales de Los Villares y Valdepeñas de Jaén, situados en pequeñas poblaciones cerca a la ciudad de Jaén.
- ✓ Se observa que el resto de los Centros de Salud, situados al igual que

los anteriores en la ciudad de Jaén, muestran características similares al cumplir sólo en torno a un 45% de los requisitos técnicos de la norma andaluza en el campo de la accesibilidad en la edificación.

A continuación, en la Figura 4.14 se analizan en detalle estos resultados de accesibilidad para cada uno de los nueve bloques de clasificación considerados en nuestro estudio de investigación.

Teniendo en cuenta los diagramas de barras aquí considerados en los que se comparan los grados de conformidad con el Decreto 293/2009 de 7 de julio, en los siete Centros de Salud y los dos Consultorios Locales de la ZBS de Jaén, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- ✓ Todos los edificios de salud de la ZBS de Jaén superan en más de un 50% las normas andaluzas en materia de accesibilidad en la edificación en los bloques E04 (*espacios interiores entre diferentes niveles*) y E07 (*equipos y mobiliario*). Observamos que los elementos del bloque E04 no se han medido en el CS *Las Fuentezuelas* porque es un edificio de una sola planta.
- ✓ Llama la atención el total incumplimiento con las normas andaluzas de accesibilidad en el bloque E10 relacionado con los *aparcamientos de utilización colectiva en espacios exteriores o interiores adscritos a los edificios*, pero esto se debe a la ausencia de los mismos en todos los centros analizados.

- ✓ Aunque puede resultar llamativa la disparidad en los resultados obtenidos en los *pavimentos interiores* (E11) y en las *áreas de trabajo y zonas de concurrencia pública* (E09), esto se explica con el hecho de que sólo se considera la posibilidad de que se verifiquen los requisitos técnicos en su totalidad.
- ✓ La accesibilidad en *espacios interiores en el mismo nivel* (E03) es adecuado en todos los Centros de Salud de la ciudad de Jaén, excepto en el CS de La Magdalena que está muy cerca del 50% de la conformidad con la normativa actual de Andalucía referente a la accesibilidad a edificios y en los dos Consultorios Locales situados en poblaciones pequeñas cerca de la ciudad de Jaén.
- ✓ Los resultados obtenidos en materia de *seguridad en caso de incendio* (E13) son inaceptables en todos los edificios de salud de la ZBS de Jaén, excepto en dos de ellos, el CS de *Belén* y *La Magdalena*, donde no sólo fallan en accesibilidad en este punto, sino también presentan un grado muy bajo de conformidad con la legislación andaluza vigente. Incluso son peores los resultados en el bloque E06 relacionado con las *dependencias que requieren condiciones de intimidad* donde, con la excepción del CS Las Fuentezuelas, el resto de edificios de la ZBS de Jaén muestran un grado de accesibilidad inferior al 40% en este bloque.

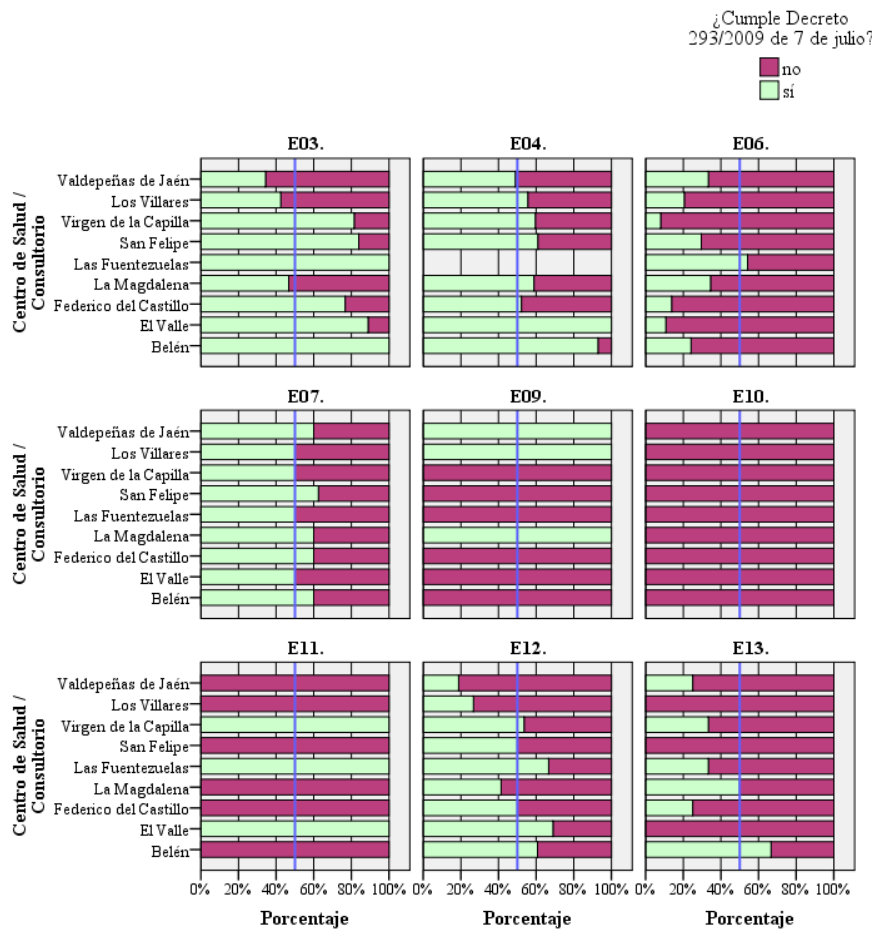


Figura 4.14 Accesibilidad en la ZBS Jaén. Datos por bloques

Por último, en relación con los criterios DALCO, la Figura 4.15 resume gráficamente los resultados obtenidos en los nueve edificios de salud de la ZBS de Jaén en relación con las características de Aprehensión, Deambulación, Comunicación y Localización. Destacamos de estos gráficos que:

- ✓ Los dos Consultorios Locales de Los Villares y Valdepeñas de Jaén, situados en pequeñas poblaciones cercanas a la ciudad de Jaén fallan en accesibilidad en todos los criterios DALCO. Los resultados en estos edificios son aún más deficientes en los criterios de Comunicación y Localización.
- ✓ Todos los Centros de Salud de la ZBS bajo estudio situados en la ciudad de Jaén superan el límite del 50% de los elementos correspondientes a la Deambulación. Sin embargo, ninguno de ellos muestra un resultado muy satisfactorio porque apenas consigue un 75% de cumplimiento con la norma andaluza.
- ✓ Las Fuentezuelas es el único CS de toda la ZBS de Jaén que aprueba en accesibilidad con respecto a las características técnicas de Aprehensión.
- ✓ Con respecto a las características de la Comunicación y la Localización, los gráficos no indican mejores resultados en estos aspectos porque todos los centros suspenden en accesibilidad en estos puntos, salvo uno o dos de ellos que apenas sobrepasa el límite del 50% de cumplimiento con la normativa andaluza vigente. Estos son los CS San Felipe y Belén en el caso de la Comunicación, y los CS El Valle y Belén en el caso de la Localización.

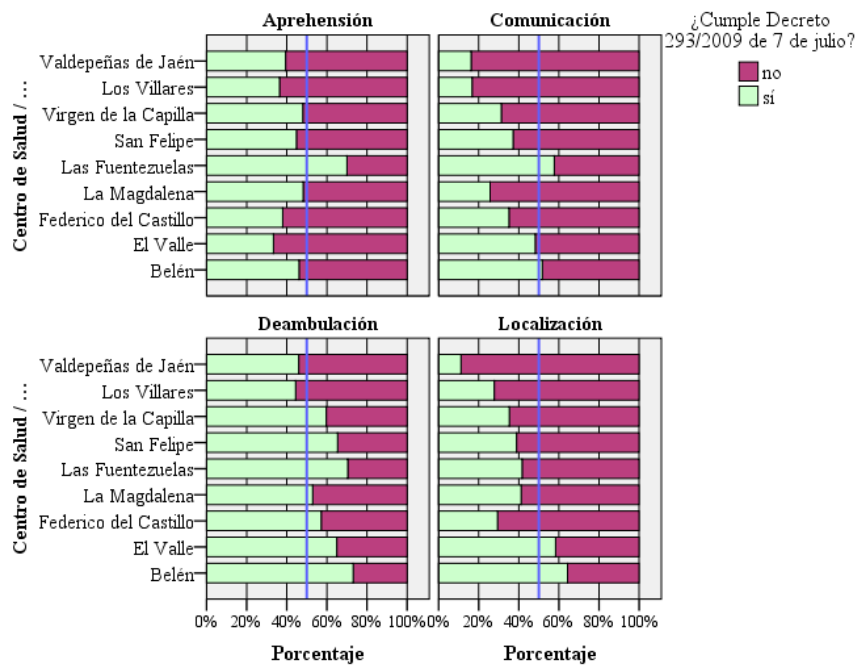


Figura 4.15 Accesibilidad en la ZBS Jaén. Datos por criterio DALCO

### ZBS de Mancha Real

La ZBS de Mancha Real está representada en este estudio por el CS de Mancha Real y el Consultorio Local de Pegalajar.

Dentro de esta ZBS, y según observamos en los diagramas de sectores representados en la Figura 4.16, el Consultorio Local de Pegalajar exhibe mejores condiciones de accesibilidad en materia de edificaci3n, con un casi 50%

de adecuación con la normativa andaluza actual en el primero de estos centros frente al 35,6% presentado por el CS de Mancha Real.

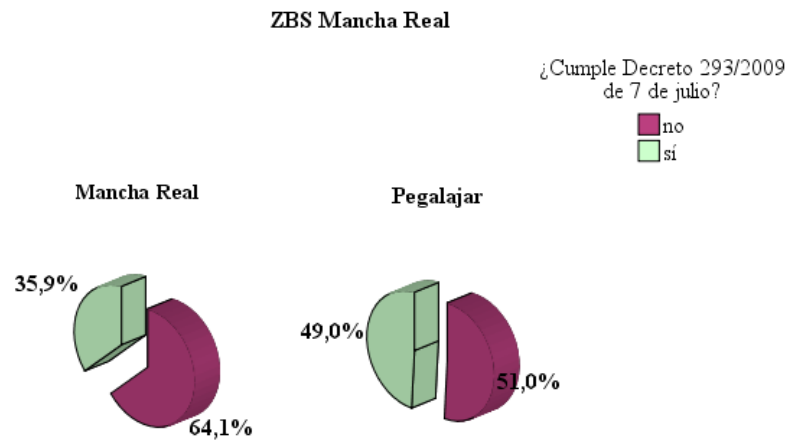


Figura 4.16 Accesibilidad en la ZBS Mancha Real. Datos globales

Analizando estos datos en detalle para cada uno de los bloques de clasificación considerados (ver Figura 4.17), podemos concluir lo siguiente:

- ✓ Ambos edificios de salud, el CS de Mancha Real y el Consultorio Local de Pegalajar, incumplen completamente las normas andaluzas de accesibilidad en la edificación en las *áreas de trabajo y zonas de concurrencia pública* (E09), *pavimentos interiores* (E11) y *seguridad en caso de incendio* (E13).
- ✓ Ambos edificios de salud hacen gala de sus buenas condiciones de accesibilidad en los *espacios interiores entre distintos niveles* (E03), al

cumplir en torno al 80% de las especificaciones técnicas recogidas en el Decreto 293/2009, de 7 de julio.

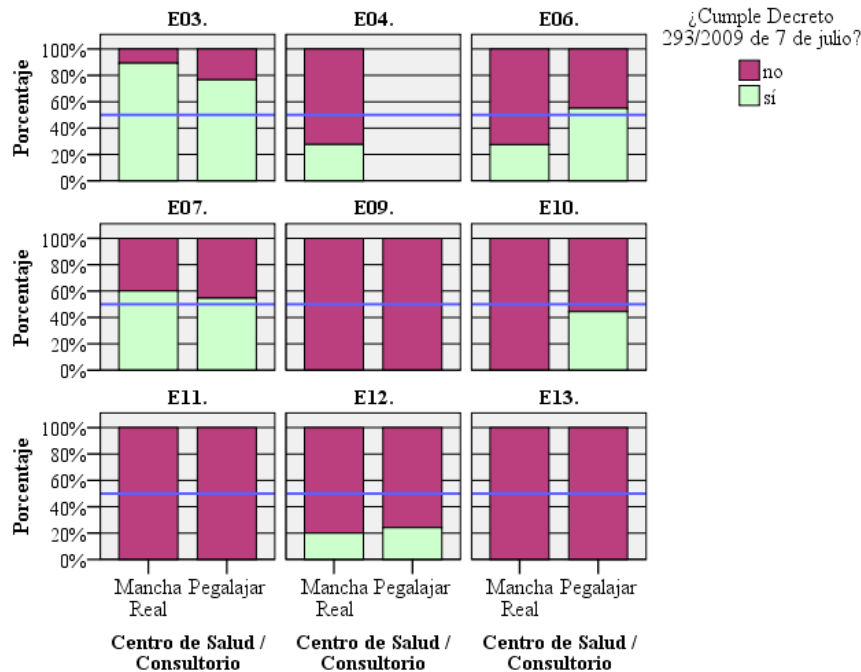


Figura 4.17 Accesibilidad en la ZBS Mancha Real. Datos por bloques

- ✓ Aunque los gráficos sectores de la Figura 4.16 nos incitaba a entrever una mejor accesibilidad en el Consultorio Local de Pegalajar, los resultados por bloques ilustrados en los gráficos de barras de la Figura 4.17 nos confirma que realmente el Consultorio Local de Pegalajar tan sólo mejora de forma amplia al CS de Mancha Real en la accesibilidad correspondiente a las *dependencia que requieran condiciones de*

*intimidación* (E06), y en los *aparcamientos de utilización colectiva en espacios exteriores o interiores adscritos a los edificios* (E10), donde el cumplimiento total del CS de Mancha Real en este último bloque se debe más a la inexistencia de zonas habilitadas a tal fin más que a no cumplir con sus especificaciones técnicas.

Por otro lado, en cuanto a los criterios DALCO, los diagramas de barras de la Figura 4.18 desvelan la superioridad del Consultorio Local de Pegalajar, con respecto al CS Mancha Real, en materia de accesibilidad en la edificación en relación a todos y cada uno de los criterios DALCO, siendo esta superioridad más clara en los aspectos relacionados con la *Aprehensión* y *Deambulación*.

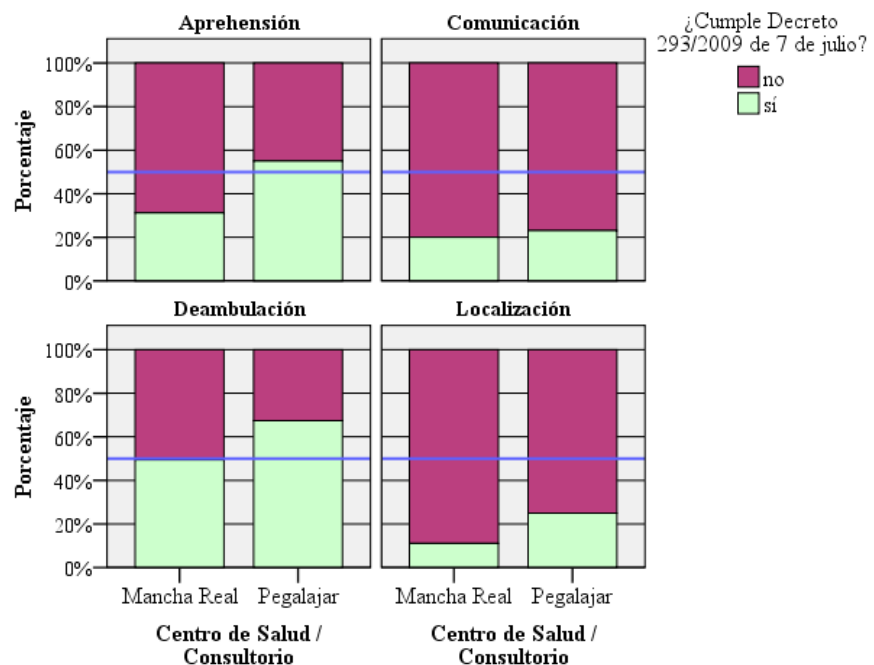


Figura 4.18 Accesibilidad en la ZBS Mancha Real. Datos por criterio DALCO

Llaman también la atención en la Figura 4.18, los dramáticamente bajos niveles de accesibilidad mostrado por ambos edificios de salud en cuanto a la accesibilidad en los elementos de la Comunicación y Localización, siendo los porcentajes de cumplimiento de la norma inferiores incluso al 25%.

### ZBS de Mengíbar

La ZBS de Mengíbar está representada en este estudio por el CS de Mengíbar y el Consultorio Local de Villargordo.

En términos globales, observamos en la Figura 4.19 que el CS Mengíbar se adapta en un 63,1% a la legislación andaluza vigente de accesibilidad a los edificios públicos, mientras que el Consultorio Local de Villagordo se adapta en un 42,7%.

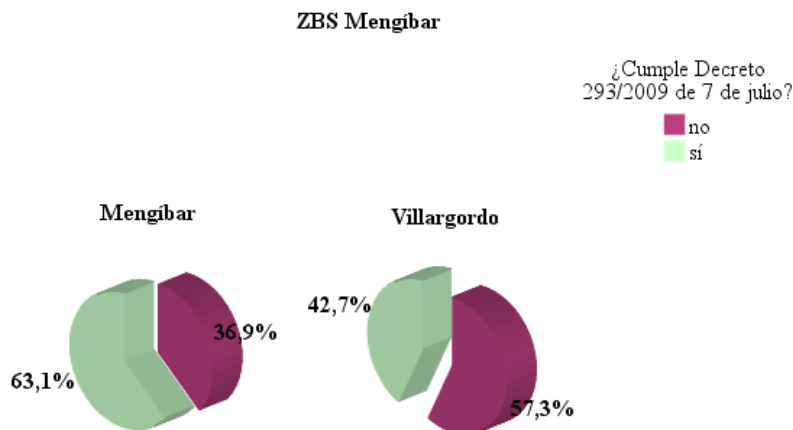


Figura 4.19 Accesibilidad en la ZBS Mengíbar. Datos globales

Con respecto a los distintos bloques de clasificación (ver Figura 4.20), podemos afirmar:

- ✓ El CS de Mengíbar puede presumir de cumplir al menos con el 50% de los requisitos técnicos de accesibilidad en edificación fijados en el Decreto 293/2009, de 7 de julio, en todos los bloques de clasificación salvo en el correspondiente a los *aparcamientos de utilización colectiva en espacios exteriores o interiores adscritos a los edificios* (E10). Además, las condiciones de accesibilidad son especialmente óptimas en las *áreas de trabajo y zonas de concurrencia pública* (E09), *pavimentos interiores* (E11) y en *los espacios interiores al mismo nivel* (E03) y *entre distintos niveles* (E04).
  
- ✓ Los puntos fuertes del Consultorio Local de Villargordo en materia de accesibilidad en la edificación se encuentra en los elementos relacionados con el *equipamiento y mobiliario* (E07) y en *pavimentos interiores* (E11), por otro lado, sus puntos débiles son las *áreas de trabajo y zonas de concurrencia pública* (E09), los *aparcamientos de utilización colectiva en espacios exteriores o interiores adscritos a los edificios* (E10) por carecer de ellos, y en materia de *seguridad en caso de incendios* (E13).

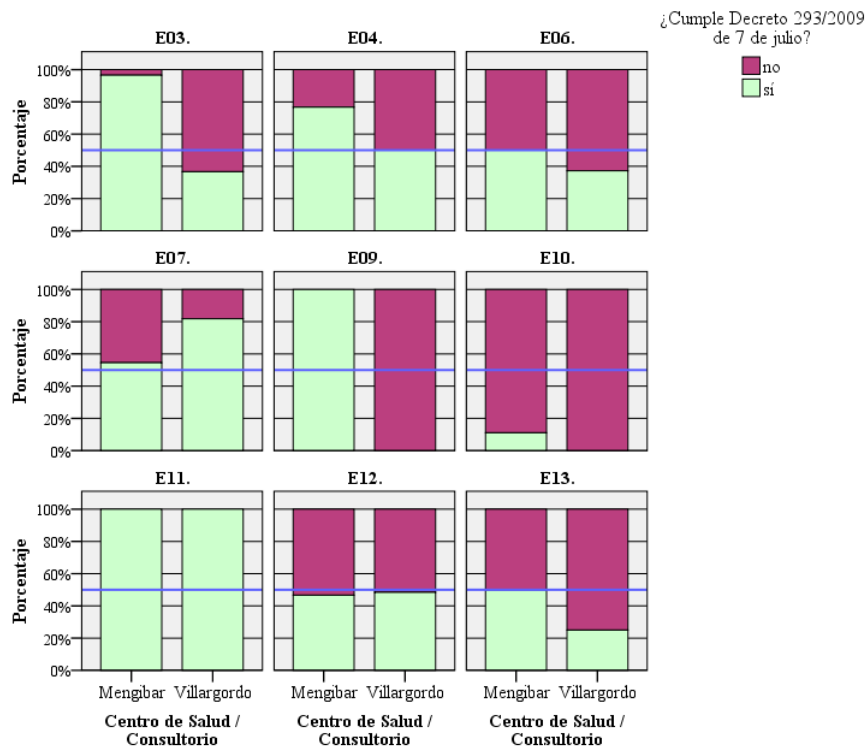


Figura 4.20 Accesibilidad en la ZBS Mengibar. Datos por bloques

En relación con los criterios DALCO, los gráficos de barras de la Figura 4.21 sugieren:

- ✓ Una falta de accesibilidad en el CS de Mengibar en aspectos relacionados con la Localización, al no llegar a cumplir con el 25% de las características técnicas relacionadas.

- ✓ El Consultorio Local de Villargordo no alcanza la línea del 50% de cumplimiento de las normas de accesibilidad que se establecen en el Decreto 293/2009, de 7 de julio, en ninguno de los criterios DALCO.
- ✓ Los resultados en materia de accesibilidad en Aprehensión y Deambulación son satisfactorios para el CS de Mengíbar, al cumplir en más del 70% con la normativa andaluza.

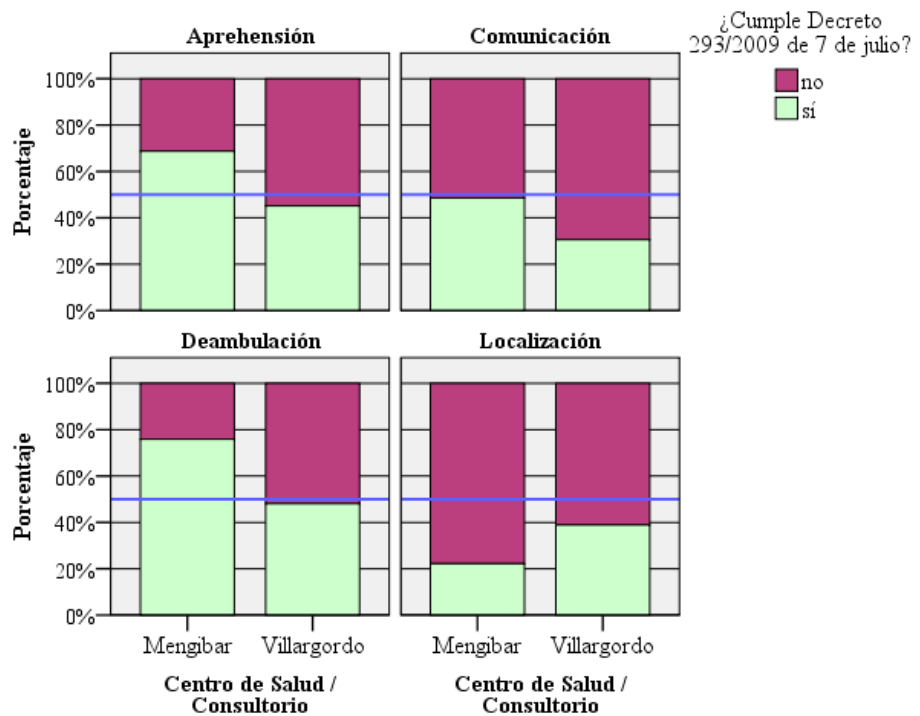


Figura 4.21 Accesibilidad en la ZBS Mengíbar. Datos por criterio DALCO

### ZBS de Torredelcampo

La ZBS de Torredelcampo está representada en este estudio por el CS Torredelcampo y el Consultorio Local de Jamilena. De ellos, es el Consultorio Local de Jamilena el que peores condiciones de accesibilidad al edificio presenta, con un porcentaje de cumplimiento de la legislación andaluza vigente inferior al 25% (ver Figura 4.22).

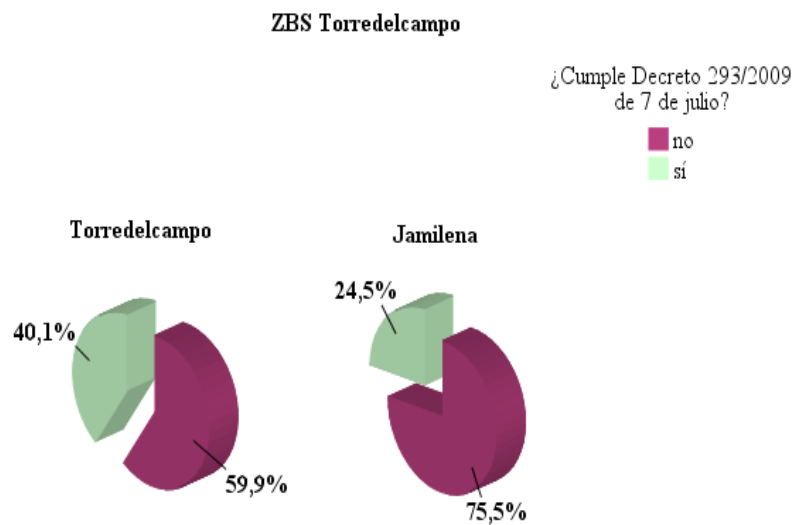


Figura 4.22 Accesibilidad en la ZBS Torredelcampo. Datos globales

El Consultorio Local de Jamilena es además el que menos cumple con el Decreto 293/2009, de 7 de Julio, de todos los edificios de salud analizados en las 6 ZBS que conforman el DSJ. No obstante, y tal como comentábamos en el Capítulo 3 de esta memoria, la apertura de un nuevo consultorio en esta

población es inminente y esperamos que en él sí se hayan tenido en cuenta las normas de accesibilidad propias de un edificio de uso público.

Por otro lado, indicar que el CS Torredelcampo tampoco presenta buenas condiciones de accesibilidad, pues tan sólo se adecua a la normativa andaluza en un 40,1% (ver Figura 4.22).

En relación con los bloques de clasificación, la Figura 4.23 pone en evidencia las siguientes cuestiones:

- ✓ Ambos edificios de salud incumplen en su totalidad las exigencias técnicas de accesibilidad en las *áreas de trabajo y zonas de concurrencia pública* (E09), *aparcamientos de utilización colectiva en espacios exteriores o interiores adscritos a los edificios* (E10) por carecer de ellos, y en *seguridad en caso de incendio* (E13).
- ✓ También son muy negativos los datos de accesibilidad de ambos edificios de salud en las *dependencias que requieran condiciones de intimidad* (E06), por adecuarse a la norma en un porcentaje inferior al 25%.
- ✓ En cuanto a los *pavimentos interiores* (E11), la disparidad de resultados (100% de cumplimiento en el Consultorio Local de Jamilena y 0% en el CS de Torredelcampo) se debe a que única variable se ha considerado en este bloque (ver Tabla 3.2) que engloba el cumplimiento de todas las características necesarias para que estos elementos puedan considerarse accesibles en su conjunto.

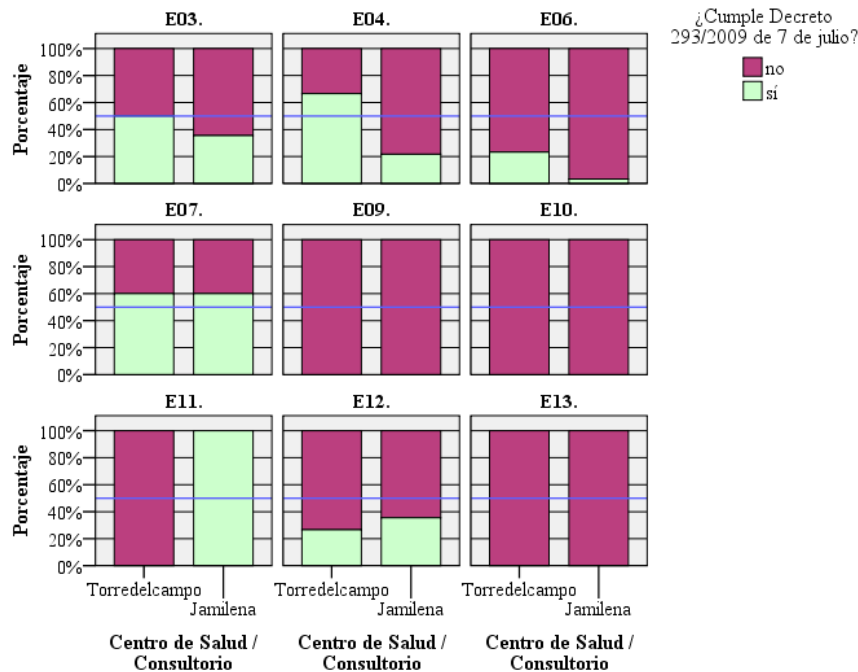


Figura 4.23 Accesibilidad en la ZBS Torredelcampo. Datos por bloques

- ✓ Las características de accesibilidad en *equipamientos y mobiliario* (E07) consideramos que son aceptables tanto en el CS Torredelcampo como en el Consultorio Local de Jamilena, al adecuarse en más del 60% con la normativa andaluza vigente.

A continuación, los gráficos de barras de la Figura 4.24 nos ponen de manifiesto el bajo grado de accesibilidad de estos edificios de salud en todos y cada uno de los criterios DALCO, suspendiendo en los aspectos relacionados con la Aprehensión, Deambulación, Comunicación y Localización.

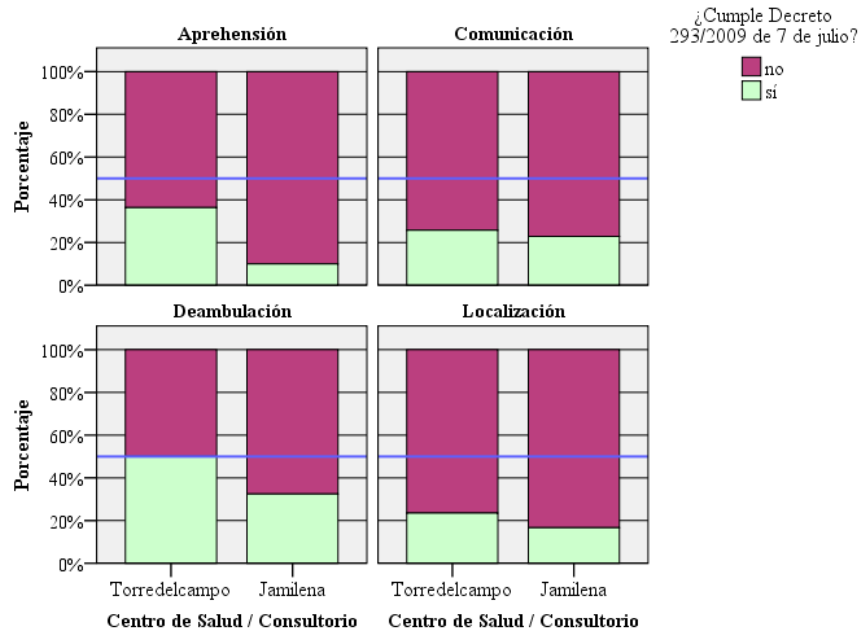


Figura 4.24 Accesibilidad en la ZBS Torredelcampo. Datos por criterio DALCO

Tan s3lo el CS de Torredelcampo llega, sin sobrepasar, al 50% de cumplimiento de la normativa relacionada.

Para finalizar, hemos incluido unas tablas de contingencia con el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los CS y Consultorios Locales incluidos en nuestro estudio en relaci3n con cada bloque (Tabla 4.1) y criterio DALCO (Tabla 4.2).

Centro de Salud	Bloques									Total
	E03	E04	E06	E07	E09	E10	E11	E12	E13	
Belén	100%	92,9%	24,1%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	60,7%	66,7%	<b>62,5%</b>
Cabra de Sto Cristo	85,7%		35,9%	87,5%	100%	0,0%	100%	40,7%	0,0%	<b>50,0%</b>
Cambil	41,2%		23,8%	72,7%	0,0%	0,0%	0,0%	48,3%	0,0%	<b>35,4%</b>
Campillo de Arenas	31,3%	27,7%	7,0%	36,4%	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%	0,0%	<b>17,9%</b>
El Valle	88,9%	100%	10,7%	50,0%	0,0%	0,0%	100%	69,0%	0,0%	<b>54,2%</b>
Federico del Castillo	76,7%	52,2%	13,8%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	<b>45,6%</b>
Huelma	82,1%	52,3%	15,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100%	40,0%	50,0%	<b>42,5%</b>
Jamilena	35,5%	21,7%	3,3%	60,0%	0,0%	0,0%	100%	35,5%	0,0%	<b>24,5%</b>
La Magdalena	46,7%	58,8%	34,5%	60,0%	100%	0,0%	0,0%	41,4%	50,0%	<b>44,2%</b>
Las Fuentezuelas	100%		54,2%	50,0%	0,0%	0,0%	100%	66,7%	33,3%	<b>63,7%</b>
Los Villares	42,4%	55,6%	20,5%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	26,7%	0,0%	<b>35,1%</b>
Mancha Real	89,3%	27,7%	27,5%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	<b>35,9%</b>
Mengíbar	96,6%	76,7%	50,0%	54,5%	100%	11,1%	100%	46,7%	50,0%	<b>63,1%</b>
Pegalajar	76,7%		55,0%	54,5%	0,0%	44,4%	0,0%	24,1%	0,0%	<b>49,0%</b>
San Felipe	83,9%	60,9%	29,6%	62,5%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	<b>52,2%</b>
Torredelcampo	50,0%	66,7%	23,3%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	26,7%	0,0%	<b>40,1%</b>
Valdepeñas de Jaén	34,4%	48,9%	33,3%	60,0%	100%	0,0%	0,0%	18,8%	25,0%	<b>34,9%</b>
Villargordo	36,7%	50,0%	37,2%	81,8%	0,0%	0,0%	100%	48,4%	25,0%	<b>42,7%</b>
Virgen de la Capilla	81,5%	59,6%	8,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100%	53,6%	33,3%	<b>49,0%</b>

*Tabla 4.1 Porcentaje de Cumplimiento con el Decreto 293/2009, de 7 de julio. Datos por bloques*

Centro de Salud	Criterios DALCO				Total
	Aprehensión	Comunicación	Deambulación	Localización	
Belén	46,2%	51,7%	73,1%	64,3%	<b>62,5%</b>
Cabra de Sto Cristo	48,0%	27,6%	66,7%	36,4%	<b>50,0%</b>
Cambil	18,5%	29,6%	49,2%	15,4%	<b>35,4%</b>
Campillo de Arenas	20,6%	2,8%	25,3%	5,6%	<b>17,9%</b>
El Valle	33,3%	48,1%	64,9%	58,3%	<b>54,2%</b>
Federico del Castillo	37,9%	35,1%	57,1%	29,4%	<b>45,6%</b>
Huelma	29,0%	31,4%	52,4%	41,2%	<b>42,5%</b>
Jamilena	10,0%	22,9%	32,5%	16,7%	<b>24,5%</b>
La Magdalena	48,1%	25,7%	52,9%	41,2%	<b>44,2%</b>
Las Fuentezuelas	70,0%	57,7%	70,5%	41,7%	<b>63,7%</b>
Los Villares	36,4%	16,7%	44,4%	27,8%	<b>35,1%</b>
Mancha Real	31,3%	20,0%	49,4%	11,1%	<b>35,9%</b>
Mengibar	68,8%	48,6%	75,9%	22,2%	<b>63,1%</b>
Pegalajar	55,0%	23,1%	67,4%	25,0%	<b>49,0%</b>
San Felipe	44,8%	37,1%	65,3%	38,9%	<b>52,2%</b>
Torredelcampo	36,4%	25,7%	50,0%	23,5%	<b>40,1%</b>
Valdepeñas de Jaén	39,4%	16,2%	46,0%	11,1%	<b>34,9%</b>
Villargordo	45,2%	30,6%	48,1%	38,9%	<b>42,7%</b>
Virgen de la Capilla	48,0%	31,3%	59,7%	35,3%	<b>49,0%</b>

Tabla 4.2 Porcentaje de Cumplimiento con el Decreto 293/2009, de 7 de julio. Datos por criterios DALCO

## 4.5 Conclusiones

Tras el largo procesamiento de los ítems, su tabulación y representación gráfica, las conclusiones son definitivas: el DSJ *no cumple* con la accesibilidad en sus edificios.

Si bien al hacer el estudio por bloques y criterios DALCO, hemos detectado como los edificios satisfacen en mayor medida las condiciones de accesibilidad en unos más que en otros.

Así, una deficiencia común de gran importancia en casi todos los edificios es la inexistencia de reserva de plazas para discapacitados. Es más no existen aparcamientos adscritos a los edificios de salud con la excepción del Consultorio Local de Pegalajar.

A lo sumo, sí disponen de reserva de plaza para las ambulancias, algo que es de vital relevancia.

Por otro lado llama también la atención la falta de detectores para un posible incendio, algo que igualmente no puede quedarse sin solución. Al igual que las puertas de emergencia que en bastantes ocasiones no cumplen con la normativa vigente.

La localización de las diferentes estancias de los edificios estudiados, son en muchas ocasiones escasamente claras para las personas sin dificultades, siendo sin embargo problemáticas para aquellos extranjeros que acuden a los edificios de salud, a los discapacitados e incluso a las

generaciones de mayores con dificultades educacionales o escasos conocimientos culturales, gramaticales, etc.

La señalética y la amplia información que debe estar a disposición de todos para hacer de ese edificio un lugar accesible para todos con absoluta autonomía personal. Es mejorable y no debería revertir fuertemente en el aspecto económico presupuestario de los centros, ya que estas situaciones provocan retrasos y equivocaciones constantes entre las personas usuaria y los distintos profesionales, además de las consiguientes quejas y reclamaciones.

A veces se hacía difícil saber donde se encontraban las estancias o consultas, y esto se magnificaba cuando se buscaba un aseo para discapacitados. No solo carecían de indicadores o símbolos internacionales en este sentido, sino que ni siquiera se sabía que había detrás de esa puerta.

Por otro lado hemos detectado unas importantes carencias de espacio y calidad en lo referente a los vestuarios y dormitorios para el personal sanitario, que a todas luces debe ser muy cuidado y de gran interés. Incluso en ocasiones estas dependencias hacen funciones de almacén improvisado.

Con respecto a los resultados de los criterios DALCO, podríamos decir que en lo referente a la deambulación no presentan malos resultados, sin embargo en lo relacionado con la comunicación y localización presentan graves deficiencias. Precisamente estos dos criterios DALCO, podrían ser

los más fácilmente solucionables y viables desde el punto de vista económico.

Es cierto que hay determinados aspectos que vamos a reflejar a continuación que de alguna forma pueden, como se utiliza en el argot legal, atenuar, pero no eximir su cumplimiento.

Hay que recordar una vez más que tanto el Decreto 72/1992, de 5 de mayo y el actual Decreto 293/2009, de 7 de julio, son posteriores en casi todos los casos a la edificación o adaptación de los diferentes edificios de salud del DSJ.

Uno de los aspectos que nos parece fundamental, es la titularidad de todos los edificios de salud del DSJ, excepto el suyo propio, que a la par es también CS Virgen de la Capilla, Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, etc.

El resto de los edificios son propiedad de los respectivos ayuntamientos de las localidades donde se encuentran ubicados, y están en cesión de uso al DSJ.

Por otro lado las cuestiones económicas siempre se presentan como definitivas a la hora de abordar una situación de carencia cualquiera, máxime en estos aspectos que pueden parecer nimiedades o sin apenas interés por desconocimiento mutuo.

La legislación andaluza aunque responde al concepto de accesibilidad integral o universal, no lo hace con demasiada concreción en lo referente a las competencias, seguimiento, control de sus preceptos o infracciones y sanciones.

Aunque disponemos a nivel andaluz del Decreto 293/2009, de 7 de julio, la realidad y su cumplimiento parecen muy diferentes, y aunque confiemos como ciudadanos en la ley, la realidad queda patente con cualquier tipo de investigación.

No obstante, la voluntad política al respecto parece positiva, pues de vez en cuando, se producen pequeñas mejoras en cuanto a la accesibilidad, prueba de ello son por ejemplo los nuevos servicios de traducción de numerosos idiomas que recientemente ha puesto en marcha el Servicio Andaluz de Salud.

En muchas ocasiones, las situaciones de falta de accesibilidad podrían ser solucionadas con pequeños detalles organizativos y materiales y un poco de voluntad por parte de los diversos organismos, instituciones y las administraciones públicas.

A veces, las soluciones suelen ser incorrectas, insuficientes o medio aceptables, que es aún peor, y dejan la situación de accesibilidad del edificio o entorno en entredicho, por una falta de presupuesto conocimiento o voluntad e implicación por parte de quienes corresponda.

Puede ocurrir, que las reformas pueden realizarse por personal no experto o desconocedor de las normas actuales y vigentes de accesibilidad, por lo que se trata entre otros de un problema de control de calidad e inspección en el cumplimiento de los requisitos legales de los proyectos y en la construcción de edificaciones y entornos accesibles.

Aunque se ha avanzado mucho en el campo legislativo en los últimos 25 años, nuestro país arrastra un grave problema de aplicabilidad, comenzando por las administraciones públicas y pasando por la particular idiosincrasia de nuestra legislación, la gran tolerancia en la no aplicación de las normas y las mínimas sanciones que se producen en este tema.

Sería fundamental desarrollar aún más específicamente las normativas de accesibilidad, a través de sus correspondientes reglamentos, mejorando así los instrumentos para su cumplimiento y eficacia.

En definitiva, partiendo de la base de que una edificación pública como un Centro de Salud, debe estar **absolutamente** preparado y adecuado para una máxima accesibilidad de toda la población adscrita a él, se hace absolutamente necesaria una eficaz coordinación legislativa-normativa y una constante coordinación entre las diferentes administraciones públicas.

El trabajador social, además del resto de profesionales, debe colaborar y luchar por el cumplimiento y la mejora de las instalaciones y servicios dirigidos a las personas usuarias en aras de la mejora de la calidad asistencial, y de la accesibilidad de todas y cada una de las diferentes

personas usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía y por supuesto de cualquier otra institución, empresa u organización.

#### **4.6 Recomendaciones y futuras líneas de investigación**

Tras los resultados obtenidos en nuestro análisis de la accesibilidad a los distintos edificios de salud del DSJ, planteamos una serie de iniciativas que pretenden mejorar el grado de accesibilidad a estos edificios.

Específicamente, en la Tabla 4.3 se incluyen aquellas recomendaciones que se deberían llevar a cabo en los edificios de cada una de las ZBS del DSJ.

Tras la conclusión de esta tesis, pretendemos continuar en la misma línea de investigación, ampliando progresivamente el estudio al resto de Distritos de la provincia de Jaén, como son el Distrito Jaén Norte, Distrito Jaén Sur y Distrito Jaén Nordeste, abarcando así el estudio de accesibilidad de edificios de salud de atención primaria de toda la provincia de Jaén.

Aunque se podría llevar a cabo durante mucho tiempo a un nivel individual o de un pequeño equipo de trabajo, la pretensión sería contar con ayuda de los compañeros trabajadores sociales del resto de Distritos de la provincia de Jaén.

ZBS	RECOMENDACIONES DE MEJORA EN:
<b>CAMBIL</b>	Instalación de puertas automáticas, salida de emergencia, detectores de incendios; vestuarios del personal, aseos. Localización e información de las estancias y consultas. Reserva de plazas para discapacitados, mobiliario general y específico de cara a la atención a las personas usuarias, etc.
<b>HUELMA</b>	Ascensor, escaleras, iluminación en general, información y señalética. Puertas en zona de urgencias. Aseos no accesibles. Cambio de pomos de las puertas. Reserva de plazas para discapacitados; detectores de incendio, etc.
<b>JAÉN</b>	Aseos para discapacitados. Señalética e información de estancias en general. Elementos en voladizo. Pomos de puertas. Iluminación. Reserva de plazas para discapacitados. Ascensores. Vestuarios, dormitorios y duchas del personal. Puertas de acceso principal al edificio y las de emergencia. Pavimentos. Rampas de acceso y sus pasamanos. Detectores de incendios en algunos edificios; etc.
<b>MANCHA REAL</b>	Reserva de plazas para discapacitados. Mejora de zona para ambulancias. Rampas. Iluminación. Anchura de puertas. Construcción de ascensores donde se requiera. Vestuarios, dormitorios y aseos. Detección de incendios. Señalética e información, etc.
<b>MENGÍBAR</b>	Reserva de plazas para discapacitados. Señalética e información. Aseos, vestuarios y dormitorios. Rampas. Elementos en voladizo. Ascensor. Puerta principal y de emergencia. Detectores de incendios. Iluminación, etc.
<b>TORREDELCAMPO</b>	Reserva de plazas para discapacitados. Puerta principal. Rampas. Ascensor. Vestuarios. Aseos, Dormitorios. Iluminación. Información y señalética. Detectores de incendio, etc.

*Tabla 4.3 Recomendaciones de mejoras en las ZBS del DSJ*

Simplemente con el conocimiento más profundo de estos conceptos, se podrían llevar a cabo pequeñas medidas que aplicadas a los diferentes centros mejorarían en un interesante porcentaje la accesibilidad.

Una de las acciones sería proponer al Director-Gerente del DSJ la creación de una *Comisión de Accesibilidad del DSJ*, de carácter voluntario. En esta Comisión formada por diversos profesionales del DSJ se velaría por la calidad, cumplimiento y mejora de la Accesibilidad y el Diseño Universal de todos los edificios del distrito.

A partir de aquí se podría extrapolar la formación de esta Comisión de Accesibilidad a otros Distritos y por qué no al segundo nivel en la salud pública como es la Atención Hospitalaria o Especializada, como hospitales, centros de diagnóstico, etc., de la provincia de Jaén, contando con las autorizaciones y la ayuda de la responsable de la Delegación Provincial de Salud de Jaén.

Otra propuesta es realizar un documento fruto de la investigación de la accesibilidad en los edificios de salud que nos informe sobre su situación y realidad en atención primaria y especializada en la provincia de Jaén, e igualmente pudiendo ser extendido al resto de las provincias andaluzas, es decir, al resto de nuestro Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Paralelamente a la formación de la Comisión de Accesibilidad en los diferentes Distritos Sanitarios, sería la creación de un órgano coordinador a nivel provincial y/o regional de estas comisiones que podríamos denominar *Observatorio de la Accesibilidad en Salud*.

Los objetivos generales además de los anteriormente expuestos serían arrojar la información sobre la situación de accesibilidad en los distintos niveles de salud, velar por el cumplimiento de las normas vigentes, y realizar propuestas, acciones e intervenciones de mejora de la accesibilidad, a todos los edificios de salud en la provincia de Jaén. Se podría hacer partícipes a otras instituciones como la Universidad de Jaén, la Delegación del Igualdad y Bienestar Social, el Ayuntamiento de Jaén, empresas, y fundaciones, etc., que se interesan y participan intensamente en el tema de la Accesibilidad y el Diseño Universal y organismos tanto públicos como privados, asociaciones de discapacitados de todo tipo, etc.

Se trataría de una ambiciosa propuesta interinstitucional, que podría ser coordinada por la Delegación Provincial de Salud de Jaén. No obstante, a veces no es necesario realizar grandes obras en un edificio sino recurrir a soluciones técnicas como “sillas o plataformas salva escaleras”, “elevadores verticales”, o colocar bandas de diferente material en la cercanía o comienzo de escaleras, ascensores, etc.

El simple hecho de hacer un cartel con una letra de tamaño adecuado sobre un fondo de color y textura adecuada y con una justificación cómoda para su lectura, puede hacer que personas con discapacidad visual puedan mejorar el acceso a la información y dejarían de sentirse en ocasiones discriminados

La megafonía bien utilizada no tiene por qué ser desagradable o molesta, existen soluciones técnicas mediante bucles magnéticos e infrarrojos que

mejoran las posibilidades informativas y de accesibilidad de los discapacitados auditivos.

Un simple espacio u habitáculo cuyas paredes o materiales se ha diferenciado con otro color, facilita la deambulación y comunicación con las diversas dependencias en un edificio de salud o cualquier otro.

La simple eliminación o cambio de lugar de diverso mobiliario, objetos, desniveles, etc., aumentarían inmediatamente el porcentaje de accesibilidad a un edificio.

La creación de folletos, dípticos, trípticos, manuales, etc., con información en Braille, igualmente mejoran la accesibilidad.

Sería altamente positivo disponer de profesionales de las unidades de atención e información al usuario que conociera la lengua de signos y por qué no, algún idioma con gran número de hablantes como el inglés, francés, etc.

El hecho de mejorar la iluminación en las distintas estancias es algo que facilita mucho la calidad de la accesibilidad a la información y deambulación.

Es fundamental la instalación de aseos accesibles con sistemas de detección de manos para el agua o dispensadores de jabón, etc., soluciones tan simples en cuanto a calidad en la accesibilidad, son imprescindibles en una sociedad cada día más solidaria para con los demás.

La mejora y revisión de los ascensores es algo que tiene que estar muy al día, ya que son utilizados constantemente por un gran número de personas

usuarias, desde ancianos, discapacitados en general, niños, mujeres embarazadas, o con carritos con bebés y cualquier otra persona usuaria que simplemente esté fatigada, etc., esto es fundamental ya que nos encontramos con centros cuya accesibilidad en este tema está completamente olvidada.

Tras los resultados obtenidos en el estudio de accesibilidad a los edificios de salud del Distrito de Jaén, estaríamos en condiciones de sugerir algunas propuestas y planteamientos de mejora. Los dos grandes bloques más afectados y de peor accesibilidad son la localización y la comunicación.

Entre los grandes problemas que tiene un usuario cuando acude a un Centro de Salud o consultorio, es la falta de información en numerosos conceptos y la localización de las distintas dependencias del edificio. Desde que llegan a la entrada principal, hasta que consiguen la información, consulta, receta médica, baja, cura, análisis, etc., hay todo un mundo para cualquier paciente. No es necesario que tenga una discapacidad del tipo que sea, simplemente el ser extranjero ya es un claro hándicap en la mayoría de los casos.

Aunque debiera haber en la zona de atención al usuario, personal que al menos estuviera mínimamente cualificado en idiomas como inglés o francés dado el gran número de personas que lo hablan o entienden, la realidad es bien distinta, y así cuando ese usuario llega con un problema médico o administrativo de salud o cualquier otro, se encuentra con un verdadero infierno hasta llegar a buen término su consulta o situación.

Por otra parte la localización podría ser perfectamente indicada con paneles suficientemente grandes, flechas, símbolos, etc., con caracteres claros y fácilmente entendibles y en varios idiomas que facilitaría mucho la accesibilidad. Además de la cartelería, también sería interesante resaltar determinadas zonas del edificio con colores y luminosos que atraen y facilitan su lectura a una persona con dificultades visuales como los ancianos. Por ejemplo la zona de consultas, curas, información y citas, cirugía menor, accesos a escaleras o ascensores y las salidas y entradas del propio edificio, desde la misma fachada.

Simplemente el hecho de señalar con una cinta adhesiva de tacto rugoso, una distancia apropiada en el suelo o la pared ante la aproximación a un obstáculo, una zona de desnivel o escaleras, rampas, etc., sería una buena medida en la mejora de la accesibilidad y la propia seguridad del usuario.

Otras soluciones muy simples son las de mejorar la rotulación en los baños con el símbolo internacional de discapacidad, pictogramas, así como lenguaje Braille en determinado mobiliario de uso común de cualquier persona.

Sería muy interesante colocar en las puertas transparentes y de apertura automática, franjas señalizadores en el contorno de la puerta, así como símbolos en la puerta a distintas alturas.

Estas serían algunas soluciones que en muchas ocasiones son adaptadas por falta de conocimiento de las mismas, de empatía simplemente por falta de presupuesto.

Una recomendación más, sería la instalación de pantallas táctiles y sonoras, con sistema Braille, letras grandes, información en varios idiomas, etc., que estuvieran instaladas en las paredes a una altura accesible, en los accesos principales, puntos de información, salas de espera o aledaños, con la idea de facilitar información sobre la Cartera de Servicios de Salud, los distintos profesionales y la ubicación de sus consultas, los horarios y procedimientos. Estas pantallas también nos indicarían las distintas estancias como la sala de extracciones, de curas, consultas de enfermería, trabajo social, pediatría, matrona, cirugía menor, e incluso aseos, puertas de emergencia, etc. En definitiva cualquier información relevante que mejorase la accesibilidad de las personas usuarias al edificio y su oferta de servicios.

La preocupación de los profesionales, entidades, organismos, legisladores y cualesquiera otros, en cuanto a la Accesibilidad y el Diseño Universal se refiere, debería ser constante y centrada en la responsabilidad y la humildad, dado que todos somos personas usuarias y nuestra situación de salud puede cambiar en cualquier momento. No nos acordemos de estos grandes conceptos cuando nos ocurra algo a nosotros mismos, que nos limite en nuestra funcionalidad y autonomía personal.

## BIBLIOGRAFÍA

Accesibilidad para las personas con minusvalías. Madrid: R.P. Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, 1987.

Accesibilidad y supresión de barreras: el método y procedimiento en la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 1996.

Accesibilidad en edificios públicos. Certificación de Sistemas de AENOR. AENOR, 2007.

Accesibilidad universal: Requisitos de espacios públicos urbanizados, entornos edificados, transporte y comunicación / Fundosa Accesibilidad. Madrid: AENOR ediciones, 2009.

Amengual, Clotilde. Movilidad reducida y accesibilidad, en VVAA, Curso básico sobre accesibilidad al medio físico. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1996.

American Association of Retired Persons. Mature America in the 1990s: A special report from Modern Maturity magazine and the Roper Organization. New York, NY: 1992.

Aragall, F. Guía de Accesibilidad de la Fundación Design for All, 2006.

Carta Comunitaria de los Derechos Sociales fundamentales de los trabajadores. Consejo Europeo de Estrasburgo, 1989. <http://europa.eu>

Casado i Martínez, Natividad. Análisis comparado de las normas autonómicas y estatales de accesibilidad. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1998.

Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo. BOE nº 74 de 28 de marzo de 2006.

Concepto Europeo de Accesibilidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. Países Bajos. Marzo de 1996.

Congreso Internacional sobre Educación, Diversidad y Accesibilidad en el Entorno Europeo (3º. Burgos. 2005). La accesibilidad como medio de educar en

la diversidad [Recurso electrónico]: educación, diversidad y accesibilidad en el entorno europeo: [Burgos, del 15 al 18 de marzo de 2005]

Curso básico sobre accesibilidad al medio físico: evitación y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas y del transporte. [Madrid]: Secretaría General del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, 1992.

Decreto 72/1992, de 5 de mayo. BOJA número 44, de 23 de mayo de 1992.

Decreto 59/1981, de 24 de marzo, de Supresión de Barreras Urbanísticas. (BOPV 21/05/81).

Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 140, de 17 de julio de 2007.

Decreto 291/1983, de 19 de diciembre, sobre Normativa para la Supresión de Barreras Arquitectónicas. (BOPV 19/01/84).

Decreto 68/2000, de 11 de abril, por el que se aprueban las normas sobre accesibilidad de los entornos urbanos, edificaciones e información y comunicación. (BOPV 12/06/2000).

Decreto 171/2009, de 19 de mayo, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. B.O.J.A. nº 95, de 20 de mayo de 2009.

Decreto 293/2009, de 7 de julio, por el que se aprueba el reglamento que regula las normas para la accesibilidad en las infraestructuras, el urbanismo, la edificación y el transporte en Andalucía. BOJA nº 140 de 21/07/2009.

Decreto 133/1992, de 21 de julio de la Junta de Andalucía. BOJA nº 70 de 23/7/1992.

Decreto 298/1995, de 26 de diciembre, por el que se aprueban los criterios para la adaptación de los edificios, establecimientos e instalaciones de la Junta de Andalucía y sus empresas públicas al decreto 72/1992, de 5 de mayo.

Decreto 135/1995, de 24 de marzo, de Desarrollo de la Ley 20/91, de 25 de noviembre, de Promoción de la Accesibilidad y de Supresión de Barreras Arquitectónicas y de aprobación del Código de Accesibilidad. (DOGC 28/04/95).

Decreto 204/1999, de 27 de julio, de nueva redacción del capítulo 6 del decreto 136/5/1995 de promoción de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas. (DOGC 03/08/99).

Dirección General de la Vivienda, la Arquitectura y el Urbanismo (2002): Guía Técnica de accesibilidad en la edificación 2001. 2ª Ed. Ministerio de Fomento.

Dirección General de Servicios Sociales. Servicio de Atención a Discapacitados (1999): Manual de Accesibilidad Integral. Guía para la aplicación del Código de Accesibilidad de Castilla-La Mancha, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Bienestar Social.

España. Leyes, etc. de edificación. Código Técnico de la Edificación: Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación, Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación, Real Decreto 371/2007, de 19 de octubre, por el que se aprueba el documento básico DB-HR Protección frente al ruido y se modifica el CTE, Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el CTE en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad. Madrid: Tecnos, 2010.

Equidad en la prestación de los servicios públicos fundamentales en España: balanzas de accesibilidad en educación y sanidad. Cáceres: Universidad de Extremadura, 2008.

Equipo expertos Helios. Social Integration. Annual Report. Bruselas.1995

Espinosa Payer, Javier. Estudios de accesibilidad a servicios de la ciudad de Jaén y la Carolina. [S.l.: s.n], 2005

Garrido López, Rafael H. Eliminación de barreras arquitectónicas y accesibilidad al medio físico de la antigua Escuela de Magisterio de Jaén. [S.l.: s.n], 1999.

Guerrero Vega, J.M.; Rodríguez Mahou, C.; Peinado Margalef, N. et al. (1994): Manual de Accesibilidad. Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO.

González Flórez, Jhon Alexander. Pautas de accesibilidad Web para bibliotecas / Jhon Alexander González Flórez. Buenos Aires: Alfagrama, 2006.

Historia del Diseño Universal. Universidad de Carolina del Norte. Centro para el Diseño Universal, 1998. Desde <http://www.ncsu.edu>

Informe “Revisión de Perspectivas de la población Mundial 2010”. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). 4 de mayo de 2011.

Informe sobre los puntos negros de accesibilidad a la ciudad de Jaén: sesión del pleno de 12 de noviembre de 1999. [S.l.: s.n], 1999.

Jones, M. and Sanford, J. People with mobility impairments in the United States today and 2010. *Assistive Technology*, 8.1, 43-53. 1996.

Juncà Ubierna, José Antonio. Estudio de viabilidad para la mejora de la accesibilidad de la red del metro de Barcelona. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1992

Jan Ekberg, Un paso adelante “Diseño para todos». Proyecto INCLUE. Madrid: CEAPAT-IMSERSO, 2000. INCLUE

Junta de Andalucía y sus empresas públicas al Decreto 72/1992, de 5 de mayo. BOJA nº 18 de 6/02/1996.

LaMendola, B. Age-old question: How long can we live? *The Denver Post*, 1F. 1998.

Lara Navarra, Pablo. La accesibilidad de los contenidos web / Pablo Lara Navarra y José Ángel Martínez Usero. Barcelona: UOC, 2006.

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. B.O.J.A. nº 74 de 4 de julio y B.O.E. nº 185 de 4 de agosto.

Ley 20/1997, de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad. (BOPV 24/12/97).

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. BOJA nº 56 de 20 de marzo de 2007.

Ley 2/1988, de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía. BOJA nº 29 de 12/04/1988.

Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación. BOE nº 266 de 6 de noviembre de 1999.

Ley de Barreras Arquitectónicas (Architectural Barriers Act). Ley Pública 90-480. Aprobada por el Congreso de los EEUU en el año 1968.

Ley de Americanos con Discapacidades -Americans with Disabilities Act - (ADA), Título 42 del Código de los EEUU. Aprobada por la Cámara de Representantes el 12 de julio de 1990 y un día después por el Senado Americano. Esta ley fue promulgada por el presidente George HW Bush el 26 de julio de 1990.

Ley de Acceso al Voto para las Personas de la Tercera Edad y los Minusválidos de 1984. Título 42, Código de los Estados Unidos, Sección 1973ee y siguientes.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. BOE nº 103 de 30/04/1982.

Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad. BOE nº 289 de 3 de diciembre de 2003.

Ley 3/1990, de 21 de junio, por la que se modifica la Ley 49/1960, de 21 de julio, de Propiedad Horizontal, para facilitar la adopción de acuerdos que tengan por finalidad la adecuada habitabilidad de minusválidos en el edificio de su vivienda. BOE número 149 de 22/6/1990.

Ley 49/1960, de 21 de julio, sobre propiedad horizontal. BOE número 176 de 23/7/1960.

Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos. BOE nº 282 de 25/11/1994.

Ley 15/1995, de 30 de mayo, sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad. BOE nº 129 de 31/05/1995.

Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación. BOE nº 266 de 6 de noviembre de 1999.

Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. BOE nº 255 de 24 de octubre de 2007.

Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad. BOE nº 289 de 3 de diciembre de 2003.

Ley 5/1998, de 23 de noviembre, relativa al uso en Andalucía de perros guía por personas con disfunciones visuales. BOJA nº 141 de 12/12/1998.

Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía. BOJA nº 45 de 17/04/1999.

Ley 2/2003 de 12 de mayo, de Ordenación de los Transportes Urbanos y Metropolitanos de viajeros en Andalucía. BOJA nº 99 de 27/05/2003.

Ley 20/1997, de 4 de diciembre, para la Promoción de la Accesibilidad. (BOPV 24/12/97).

Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de Promoción de la Accesibilidad y de Supresión de Barreras Arquitectónicas. (DOGC 04/12/91).

Ley 9/2003, de 13 de junio, de la movilidad. BOE nº 169 de 16/07/2003.

Libro Blanco. ACCEPLAN. Plan nacional de Accesibilidad (Borrador). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.2003

Libro Verde. La accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras. IMSERSO, 2002. 1ª edición.

Lidwell, William. Universal principles of design: 100 ways to enhance usability, influence perception, increase appeal, make better design decisions, and teach through design / William Lidwell, Kritina Holden, Jill Butler. Gloucester: Rockport, 2003.

López Cala, G. Estudio de Accesibilidad en el Centro de Salud “San Felipe” Distrito de Jaén. Experiencias del Espacio Europeo de Educación Superior: Grado y Postgrado en Trabajo Social de la Universidad de Jaén, 2010. Pags.159-185.

López Cala, G., de la Fuente Robles, Y.M., and Fernández Alcalá, R.M. Accessibility in the Public Health Centers: A study case. Conference Book of ENSACT. Brussels, 10-13 April, 2011. Pág 61.

López Cala, G., de la Fuente Robles, Y.M., and Fernández Alcalá, R.M. Reality of Accessibility in the Public Health Systems. Handbook of Research on ICTs for Healthcare and Social Services: Developments and Applications. Universidad de Evora. Portugal. Sometido para su publicación.

País Vasco. Ararteko. Accesibilidad en edificios de uso público de la CA del País Vasco: informe extraordinario de la institución Ararteko al Parlamento Vasco. (Vitoria-Gasteiz): Ararteko, 2003.

I Plan Nacional de Accesibilidad. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2003.

¡Pregúntame sobre accesibilidad y ayudas técnicas! J. Vidal García Alonso... [et al.]; ilustraciones: Carlos Rodríguez Mahou [s.l.] : IMSERSO [etc.], 2005.

Política social europea - Un paso adelante para la Unión - Libro Blanco. COM (94) 333, julio de 1994. <http://ec.europa.eu>

Rafael de Asís...[et al.] Sobre la accesibilidad universal en el derecho. Madrid: Dykinson [etc.], D.L. 2007.

Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado. BOE nº 72, de 24 de marzo de 2007.

Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, sobre las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones. BOE nº 113 de 11 de mayo de 2007.

Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad. BOE nº 290 de 4 de diciembre de 2007.

Real Decreto 556/1989, de 19 de mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios. BOE nº 122 de 23/5/1989.

Rodríguez, Marisol. Desigualdades sociales en salud: factores determinantes y elementos para la acción / Marisol Rodríguez, Rosa Urbanos. Madrid [etc.]: Elsevier Masson, D.L. 2008.

Rovira-Beleta, E. Libro Blanco de la Accesibilidad. Universitat Politècnica de Catalunya. Ediciones UPC/ Mutua Universal, 2003.

R.W. Smith, Leisure of disable tourists: Barriers to participation. Annals of Tourism Research, 1987.

UNE 41520: Accesibilidad en la edificación, espacios de comunicación horizontal / Comité Técnico AEN/CTN 41 Construcción cuya Secretaría desempeña AENOR. Madrid: AENOR, 2002.

UNE 170001-1 Accesibilidad global: criterios para facilitar la accesibilidad al entorno. Parte 1, requisitos DALCO / elaborada por el comité técnico AEN/CTN 170. Madrid: AENOR, 2001.

UNE 170001-2 Accesibilidad global: criterios para facilitar la accesibilidad al entorno. Parte 2, sistema de gestión de la accesibilidad global / elaborada por el comité técnico AEN/CTN 170. Madrid: AENOR, 2001.

UNE 139802: aplicaciones informáticas para personas con discapacidad, requisitos de accesibilidad al ordenador, software. Madrid: AENOR, 2003.

UNE 41500 IN: accesibilidad en la edificación y el urbanismo: criterios generales de diseño / Asociación Española de Normalización y Certificación. Madrid: AENOR, 2001.

UNE 41523: accesibilidad en la edificación: espacios higiénico-sanitarios / elaborada por el Comité Técnico AEN/CTN 41. Madrid: AENOR, 2001.

United Nations Enable. Accessibility for the Disabled. A Design Manual for a Barrier Free Environment. [www.un.org](http://www.un.org)

Universidad Complutense de Madrid para atender las necesidades educativas de los estudiantes con discapacidad / Ainara Zubillaga del Río; dirigida por, Carmen Alba Pastor. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2010.

Zubillaga del Río, Ainara. La accesibilidad como elemento del proceso educativo [Recurso electrónico]: análisis del modelo de accesibilidad de la

#### **Páginas web de interés:**

Agencia Española de Normalización y Certificación <http://www.aenor.es>

Arquitectura y Discapacidad. <http://www.argon.interclub.net>

ASPANDI <http://www.aspandi.org>

Carta Social Europea <http://europa.eu>

Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas.  
<http://www.ceapat.org>

Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD). Real Patronato sobre Discapacidad. <http://www.cedd.net>

CEDISS. Centro Estatal de Documentación e Información de Servicios Sociales.  
<http://www.mtas.es/publica/bibliot/Cediss/Indexe.htm>

Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas  
<http://www.ceapat.org>

COCEMFE. Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España. <http://www.cocemfe.es>

Construmática. Arquitectura, construcción <http://www.construmatica.com>

Design for All Foundation <http://www.designforall.org>

Disability World <http://www.disabilityworld.org>

Discapacitados <http://www.discapacitados.org.es/Accesibilidad/Edificios/>

Documentos Oficiales. Libros Blancos [http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/index\\_es.htm](http://europa.eu/documentation/official-docs/white-papers/index_es.htm)

Easters seals Central Texas <http://centraltx.easterseals.com>

ECA European Concept for Accessibility <http://www.eca.lu/>

Entorno Accesible [http://www.accesible.es/legis\\_andalucia.htm](http://www.accesible.es/legis_andalucia.htm)

FIAPAS. Confederación Española de Familias de Personas Sordas. <http://www.fiapas.es>

Frances Aragall i Clavé <http://www.francesc-aragall.info>

Guía para las leyes de los derechos de las personas con discapacidades <http://www.inclusion-ia.org/espa%F1ol/Norm/compend-usa.htm>

Instituto de vida independiente. <http://www.independentliving.org>

Martin Affleck Consultancy <http://www.access2go.co.uk>

National Institute for Health and Welfare [http://www.thl.fi/en\\_US/web/en](http://www.thl.fi/en_US/web/en)

Normativa sobre Accesibilidad en España y sus Comunidades Autónomas <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/acces/normacce.htm>

Normativa y Jurisprudencia Española <http://www.jmcprl.net>

North Carolina State University <http://www.ncsu.edu>

Rovira-Beleta. Consultoría de Accesibilidad <http://www.rovira-beleta.com/>

Seguridad Social en España <http://www.seg-social.es/imserso>

Servicio de Información sobre Discapacidad. <http://www.sid.usal.es>

The Center for the Universal Design <http://www.ncsu.edu>

UN Enable <http://www.un.org>

United Nations <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r096.htm>

## ANEXO 1. CARTERA DE SERVICIOS DEL SAS

### I. ÁREA DE ATENCIÓN A LA PERSONA

#### 1. ASISTENCIA SANITARIA A DEMANDA, PROGRAMADA Y URGENTE

1.1. Asistencia por profesionales de Medicina de Familia en el Centro de Salud y Domiciliaria

1.2. Asistencia Pediátrica en el Centro de Salud y Domiciliaria

1.3. Asistencia de Enfermería en el Centro de Salud y Domiciliaria

#### 2. ATENCIÓN A PROBLEMAS ESPECÍFICOS

##### 2.1. Atención a problemas cardiovasculares

2.1.1. Atención al riesgo cardiovascular (Hipertensión, Dislipemia, Obesidad, Actividad física)

2.1.2. Dolor torácico

2.1.3. Insuficiencia cardiaca

2.1.4. Accidente cerebrovascular

2.1.5. Tabaquismo

2.1.6. Anticoagulación oral

2.1.7. Insuficiencia venosa crónica

2.1.8. Trasplante cardiaco

2.2. Atención a problemas crónicos

2.2.1. Diabetes Mellitus

2.2.2. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

2.2.3. Asma

2.2.4. Demencias

2.2.5. Cataratas

2.2.6. Disfunción tiroidea

2.2.7. Paciente pluripatológico

2.2.8. Cuidados paliativos

2.2.9. Dolor crónico no oncológico

2.2.10. Fibromialgia

2.2.11. Trasplante hepático

2.2.12. Trasplante pulmonar

2.2.13. Diálisis/Trasplante renal

2.2.14. Trasplante de páncreas

### 2.3 Abordaje del cáncer

2.3.1. Cáncer de mama (proceso y programa de diagnóstico precoz)

2.3.2. Cáncer de cérvix/útero

2.3.3. Hipertrofia benigna de próstata/Cáncer de próstata

2.3.4. Cáncer de piel

2.3.5. Cáncer de colon

2.3.6. Disfonía/Cáncer de laringe

2.3.7. Cáncer de pulmón

2.3.8. Personas en contacto con el amianto

### 2.4. Atención a problemas infecciosos de especial relevancia

2.4.1. VIH/SIDA

2.4.2. Tuberculosis

2.4.3. Infecciones de transmisión sexual

2.4.4. Hepatitis víricas

2.4.5. Enfermedades de Declaración Obligatoria.

2.5. Inmunizaciones del adulto

2.5.1. Gripe

2.5.2. Difteria-Tétanos

2.5.3. Hepatitis B

2.5.4. Neumococo

2.6. Atención relacionada con la salud sexual y etapa reproductiva

2.6.1. Anticoncepción

2.6.2. Interrupción voluntaria del embarazo

2.6.3. Embarazo, parto y puerperio

2.6.4. Información y estudio de infertilidad/esterilidad

### 2.6.5. Atención al climaterio

## 2.7. Atención a otros procesos prevalentes

### 2.7.1. Colelitiasis/Colecistitis

### 2.7.2. Cefaleas

### 2.7.3. Dispepsia

### 2.7.4. Anemias

### 2.7.5. Fiebre de duración intermedia

### 2.7.6. Fractura de cadera

### 2.7.7. Artrosis de rodilla y cadera

### 2.7.8. Artroplastia de cadera

### 2.7.9. Hemorragias uterinas anormales

### 2.7.10. Hernia de pared abdominal

## 2.8. Atención a personas en domicilio

### 2.8.1. Atención al alta hospitalaria

### 2.8.2. Atención a personas inmovilizadas

## 2.9. Atención a problemas de salud mental

2.9.1. Atención a la Ansiedad, depresión y somatizaciones

2.9.2. Atención a los Trastornos de la conducta alimentaria

2.9.3. Trastorno mental grave

## 2.10. Otros servicios

2.10.1. Atención sanitaria frente a la violencia de género

2.10.2. Examen de salud a mayores de 65 años

2.10.3. Atención a personas ancianas residentes en instituciones

2.10.4. Atención a personas polimedicadas

2.10.5. Atención a las personas cuidadoras

2.10.6. Consejo dietético

2.10.7. Cirugía menor

## 2.11. Atención a problemas de abordaje urgente

2.11.1. Atención a patología cardiovascular Dolor torácico y Arritmias

2.11.2. Soporte Vital Básico y Avanzado

2.11.3. Atención al Dolor abdominal

2.11.4. Atención a accidentes: Atención al trauma grave y Atención a intoxicaciones agudas

2.11.5. Atención a las urgencias pediátricas: Insuficiencia respiratoria aguda, abdomen agudo y escroto agudo, Crisis convulsivas y Síndrome febril en la infancia asociado a signos de alerta

### 3. ATENCIÓN A LA EDAD PEDIÁTRICA

3.1. Seguimiento de la salud infantil y adolescente

3.1.1. Promoción de la lactancia, alimentación adecuada y otros hábitos saludables: Promoción de la lactancia materna, Promoción de la alimentación adecuada, Promoción de la actividad física y el deporte, Detección precoz y prevención de la hipercolesterolemia, Prevención, detección precoz y seguimiento de la obesidad infantil, Prevención del consumo de alcohol y otras drogas Educación sexual en la infancia y adolescencia, prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual, Promoción de la salud bucodental, Consejos sobre protección solar.

- 3.1.2. Seguimiento del desarrollo psicomotor, lenguaje, pondo estatural y puberal
- 3.1.3. Prevención del síndrome de muerte súbita en el lactante
- 3.1.4. Otras actividades preventivas: Detección y prevención de ferropenia: Detección y prevención de la hipertensión arterial, Prevención de accidentes, Prevención del maltrato en la infancia. Promoción del buen trato y cuidados adecuados.
- 3.1.5. Programa de vacunación de Andalucía
- 3.1.6. Detección Precoz de Metaboloopatías
- 3.1.7. Detección precoz de displasia evolutiva de cadera, trastornos ortopédicos, criptorquidia, alteraciones oculares y de la visión y detección precoz de la hipoacusia
- 3.1.8. Detección precoz de los trastornos del espectro autista
- 3.2. Atención al niño/a inmigrante
- 3.3. Oferta de especial seguimiento en la adolescencia
- 3.4. Atención a Problemas Específicos
  - 3.4.1. Asma Infantil

3.4.2. Síndrome febril en la infancia

3.4.3. Amigdalectomía-Adenoidectomía

3.4.4. Otitis media

3.4.5. Atención temprana

3.4.6. Atención al Síndrome de Down en la infancia

3.4.7. Salud mental en la infancia y adolescencia

3.4.8. Otros trastornos frecuentes: Atención a niños y niñas con alimentación especial, Alergia/Intolerancia a la proteína de la leche de vaca, Detección precoz y seguimiento de la patología urogenital

## II. ÁREA DE ATENCIÓN A LA FAMILIA

### 1. ATENCIÓN A LA FAMILIA

1.1. Abordaje familiar: Manejo del duelo

1.2. Área de abordaje a las familias en riesgo: En riesgo de desventaja o exclusión social, Atención a personas necesitadas de cuidados y sus cuidadoras/es, Atención a la violencia, Atención sanitaria frente a la violencia de género, Detección y atención en situaciones de maltrato infantil, Atención al maltrato de personas ancianas.

### III. ÁREA DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

#### 1. ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

##### 1.1. Abordaje comunitario

##### 1.2. Abordaje grupal de actividades preventivas

##### 1.3. Educación y promoción de la salud

1.3.1. Educación y promoción de la salud en Centros Educativos:  
Programa Forma Joven, Salud escolar, "A no fumar, me apunto"

1.3.2 Abordaje de la promoción de la salud en otros ámbitos:  
Empresas libres de humo

##### 1.4. Atención al riesgo social en salud

### IV. DISPOSITIVOS DE APOYO

#### 1. SALUD BUCODENTAL:

Actividades de promoción y prevención de la salud bucodental, Actividades dirigidas a la población general, Actividades dirigidas a las embarazadas, Actividades dirigidas a la población de 6 a 15 años,

Asistencia bucodental a personas con discapacidad, Proceso Atención a la Caries dental y a las Inclusiones dentarias.

## 2. REHABILITACIÓN

## 3. CENTROS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

## 4. UNIDADES DE APOYO AL PLAN INTEGRAL AL TABAQUISMO DE ANDALUCÍA (PITA)

## 5. SERVICIOS DE ATENCIÓN CIUDADANA

# V. SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

## 1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

## 2. SERVICIOS DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y SALUD AMBIENTAL

### 2.1. Seguridad alimentaria

### 2.2. Salud ambiental

### 2.3. Gestión Medioambiental en los Centros Sanitarios de Atención Primaria



## ANEXO 2. PLANTILLA DE TOMA DE DATOS

Centro de Salud o Consultorio:	Criterios DALCO	¿Cumple el Decreto 293/2009 de 7 de julio?
<b>E3. ESPACIOS INTERIORES AL MISMO NIVEL</b>		
<b>ART. 64. ACCESOS A ESPACIOS INTERIORES DEL EDIFICIO.</b>		
<b>Al menos un acceso debe reunir las condiciones siguientes:</b>		
1.- El acceso estará al mismo nivel de la cota exterior, siempre que sea posible.	Deambulación	
2.- Si hay desnivel > 5 cms, entonces rampa o tapiz rodante o ascensor.	Deambulación	
3.- Si hay desnivel < o = 5 cms, entonces plano inclinado con anchura mín. de 0.80 m y una pendiente que no supere el 25%.	Deambulación	
4.- La entrada accesible comunicará, al menos, con un itinerario accesible fácilmente localizable y con las plazas de aparcamiento accesibles situadas en el exterior del edificio.	Deambulación	
5.- La anchura mínima libre de paso será de 0.80 metros.	Deambulación	
6.- Si existen sistemas de control fijos de accesos y salidas, tales como arcos de detección, torniquetes o similares que supongan un obstáculo a personas con discapacidad, se dispondrán pasos alternativos accesibles.	Deambulación	
7.- En los accesos, la diferencia de rasantes entre la vía pública y la parcela, se resolverá en el interior de ésta, quedando prohibida la alteración de la acera para adaptarse a las rasantes de la nueva edificación. En el caso de edificaciones ya existentes en las que se justifique expresamente la imposibilidad o grave dificultad en solucionar dicha diferencia de rasantes, se optará por garantizar en la acera al menos el paso normal de una persona, acompañada, en su caso, de perro guía o de asistencia, mediante la correspondiente señalización y adopción de medidas de protección.	Deambulación	
8.- En caso de que existan varios accesos, el accesible debe estar ubicado en la misma zona por la que acceda el resto del público.	Deambulación	
<b>ART. 65. ITINERARIOS Y ESPACIOS ACCESIBLES.</b>		
<b>Deberán ser accesibles a las personas con movilidad reducida, al menos, los siguientes itinerarios y espacios:</b>		
9.- La comunicación entre el exterior y el interior del edificio.	Deambulación	
10.- Las áreas y dependencias de utilización colectiva.	Deambulación	
11.- La comunicación entre, al menos, un acceso al edificio, establecimiento o instalación y las áreas y dependencias de utilización colectiva, debiendo ser dicho acceso el principal.	Deambulación	
12.- Los edificios, establecimientos o instalaciones agrupados en un mismo complejo estarán comunicados entre sí y con las zonas comunes por itinerarios accesibles.	Deambulación	
13.- La colocación de elementos fijos o móviles, tales como mobiliario, radiadores, elementos ornamentales u otros de análoga naturaleza que sobresalgan de los paramentos, excepto, en su caso, los pasamanos en pasillos, se dispondrán de forma que se mantengan los parámetros dimensionales, es decir, el ancho mínimo libre practicable de los pasillos será de 1,20 metros permitiéndose alteraciones puntuales de longitud inferior a 50 centímetros debidas a soluciones estructurales que sobresalgan de los paramentos, y siempre que dichas alteraciones dejen un paso mínimo de 0,90 metros de ancho.	Deambulación	
14.- Cuando las distancias de los establecimientos al mismo nivel sean mayores de 50 metros o cuando sean previsibles situaciones de espera, se habilitarán zonas de descanso que no obstaculicen el itinerario peatonal, con una reserva de espacio para el uso preferente de personas con movilidad reducida.	Deambulación	

<b>ART. 66. VESTIBULOS Y PASILLOS</b>		
15.- Las dimensiones de los vestíbulos serán tales que pueda inscribirse en ellos una circunferencia de 1.50 metros de diámetro no barrido por las hojas de las puertas.	Deambulaci3n	
16.- El ancho m3nimo libre practicable de los pasillos ser3 de 1.20 metros permiti3ndose alteraciones puntuales de longitud inferior a 50 cent3metros debidas a soluciones estructurales que sobresalgan de los par3metros, y siempre que dichas alteraciones dejen un paso m3nimo de 0.90 metros de ancho.	Deambulaci3n	
<b>ART. 67. HUECOS DE PASO</b>		
<b>El hueco de paso as3 como las puertas de acceso desde el exterior y puertas interiores cumplir3n las siguientes condiciones:</b>		
17.- A ambos lados de las puertas, en el sentido de paso, existir3 espacio horizontal donde pueda inscribirse un c3rculo de 1.20 m de di3metro, no barrido por las hojas de la puerta que deber3 encontrarse al mismo nivel. Para el c3mputo de la medida especificada de 1.20 m del lado exterior de las mismas, ser3 admisible la consideraci3n del acerado o espacio exterior colindante, siempre que se encuentre al mismo nivel.	Deambulaci3n	
18.- El 3ngulo de apertura no ser3 inferior a 90 grados, aunque se utilicen topes.	Deambulaci3n	
19.- La anchura m3nima libre de paso en las puertas situadas en los itinerarios y espacios accesibles ser3 como m3nimo de 0.80m.	Deambulaci3n	
20.- Cuando se utilicen puertas de dos o m3s hojas, y 3stas no dispongan de mecanismos de automatismo y coordinaci3n que permita su apertura simult3nea, al menos una de ellas dejar3 un paso libre de una anchura m3nima de 0.80 m.	Deambulaci3n	
21.- Todas las puertas ser3n f3cilmente identificables para personas con discapacidad visual.	Comunicaci3n	
22.- Las puertas previstas para evacuaci3n, adem3s de reunir las condiciones del apartado anterior, dispondr3n de barra de apertura situada a 0.90 metros del nivel del suelo que se accionar3 por simple presi3n.	Aprehensi3n	
<b>Las puertas de apertura autom3tica estar3n provistas de:</b>		
23.- Mecanismo de minoraci3n de velocidad programado de forma que no superen la velocidad de 0.5 metros por segundo.	Deambulaci3n	
24.- Dispositivos sensibles que impidan el cierre autom3tico de las puertas mientras su umbral est3 ocupado por una persona o elementos de que 3sta asista.	Deambulaci3n	
25.- Dispositivos sensibles que las abran autom3ticamente en caso de aprisionamiento.	Deambulaci3n	
26.- Mecanismo manual de parada del sistema de apertura y cierre.	Aprehensi3n	
27.- Las puertas con hojas totalmente transparentes se ejecutar3n con policarbonatos o metacrilatos, luna pulida templada de espesor m3nimo 6 mil3metros o acristalamientos laminares de seguridad.	Deambulaci3n	
28.- Estas puertas dispondr3n de se3alizacion horizontal en toda su longitud situada a una altura inferior comprendida entre 0.85 y 1.10 metros y a una altura superior comprendida entre 1.50 metros y 1.70 metros que contraste con el entorno f3cilmente, para hacerlo perceptible a las personas con discapacidad visual.	Comunicaci3n	
29.- Cuando existan puertas giratorias habr3n de disponerse otros huecos de paso con distinto sistema de apertura, que deber3n cumplir las condiciones se3aladas en los apartados del presente art3culo.	Deambulaci3n	
30.- Las puertas correderas no tendr3n resaltes con el pavimento.	Deambulaci3n	

31.- Las puertas de acceso a los edificios, establecimientos e instalaciones, con pasos controlados tendrán, al menos uno de ellos, un sistema tipo cuchilla o tipo guillotina o tipo batiente automático, con un hueco de paso libre no menor de 0.90 metros. En su defecto, en el control habrá de colocarse una portilla con el mismo hueco libre mínimo para apertura por el personal de control del edificio, que garantice el paso de una silla de ruedas o de una persona usuaria de perro guía.	Deambulaci3n	
32.- Los sistemas de accionamiento de apertura o cierre tales como tiradores, picaportes, manillas, pulsadores u otros de an3loga naturaleza, deber3n ser utilizables por personas con dificultades en la manipulaci3n y se situar3n a una altura entre 0.80 y 1 metro.	Aprehensi3n	
33.- Se separar3n como m3nimo 40 mm del plano de la puerta.	Aprehensi3n	
34.- Se diferenciar3n, de forma significativa, crom3ticamente del fondo de la puerta.	Comunicaci3n	
35.- Quedan prohibidos los pomos. En todo caso, las puertas deber3n poder abrirse y maniobrarse con una sola mano.	Aprehensi3n	
36.- En las puertas con hojas totalmente transparentes que sean de apertura autom3tica o no dispongan de mecanismos de accionamiento en la misma puerta se se3alizar3 el contorno de la puerta a modo de marco con una franja se3alizador3 con un ancho m3nimo de 5 cent3metros.	Comunicaci3n	
<b>ART. 68. PARAMENTOS VERTICALES TRANSPARENTES</b>		
37.- Los paramentos verticales transparentes, tanto de fachadas como de particiones interiores, se ejecutar3n con policarbonatos, metacrilatos o acristalamientos laminares de seguridad, debiendo disponer de se3alizacion horizontal en toda su longitud situada a una altura inferior comprendida entre 0.85 y 1.10 metros y a una altura superior comprendida entre 1.50 y 1.70 metros que contraste con el entorno f3cilmente, para hacerlo perceptible a las personas con discapacidad visual.	Comunicaci3n	
<b>E 4. ESPACIOS INTERIORES ENTRE DISTINTOS NIVELES.</b>		
<b>ART. 69. ACCESO A LAS DISTINTAS PLANTAS O DESNIVELES</b>		
38.- Todos los cambios de nivel a zonas de uso y concurrencia p3blica deber3n contar al menos con un medio accesible, rampa, tapiz rodante o ascensor, alternativo a las escaleras.	Deambulaci3n	
39.- Los edificios, establecimientos e instalaciones de p3blica concurrencia de m3s de una planta contar3n al menos con un ascensor accesible.	Deambulaci3n	
40.- Las diferencias de nivel inferiores o iguales a 0.55 metros se se3alizar3n de manera visual y t3ctil para facilitar su percepci3n. La se3alizacion estar3 a una distancia m3nima de 25 cent3metros del borde. Las diferencias de nivel superiores a 0.55 metros se proteger3n con barandillas o antepechos para evitar el riesgo de ca3das.	Localizacion	
<b>ART. 70. ESCALERAS</b>		
<b>Las escaleras de comunicaci3n entre 3reas y dependencias de uso p3blico cumplir3n, adem3s de las condiciones exigidas por el C3digo T3cnico de la Edificaci3n, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, las que se establecen en el presente art3culo. El dise3o y trazado de las escaleras habr3n de cumplir los siguientes requisitos:</b>		
41.- La anchura libre del tramo ser3 como m3nimo de 1.20 metros. En este espacio no se descontar3n los pasamanos cuando 3stos sobresalgan de la pared menos de 12 cent3metros. En tramos curvos, la anchura de 1.20 metros debe excluir las zonas en las que la dimensi3n de la huella sea menor que 17 cent3metros. Se prohíben las escaleras sin tabica.	Deambulaci3n	
42.- No se permitir3 vuelo, resalto o bocel de la huella sobre la tabica.	Deambulaci3n	
43.- Las tabicas ser3n verticales o inclinadas formando un 3ngulo que no exceda de 15 grados con la vertical.	Deambulaci3n	
44.- En escaleras descubiertas, para posibilitar la evacuaci3n del agua, tanto los rellanos como las huellas tendr3n una pendiente hacia el exterior como m3ximo del 1.5% y su pavimento ser3 antideslizante, en seco y en mojado.	Deambulaci3n	

45.- No se admitirá la disposición en las escaleras de elementos sueltos que puedan deslizarse, como alfombras u otros análogos.	Deambulaci3n	
<b>Las mesetas de las escaleras habr3n de cumplir los siguientes requisitos:</b>		
46.- En las mesetas deber3 poder inscribirse una circunferencia m3nima de 1.20 metros al mismo nivel y libre de obst3culos, sin que puedan ser invadidas por puertas o ventanas.	Deambulaci3n	
47.- Cuando exista un cambio de direcci3n entre dos tramos la anchura de la escalera no se reducir3 a lo largo de la meseta.	Deambulaci3n	
48.- Al principio y al final de las escaleras existir3 un arranque y desembarco con una anchura m3nima de 1.20 metros medida desde la arista del 3ltimo pelda3o y en el mismo sentido que el recorrido de las escaleras.	Deambulaci3n	
49.- Las mesetas no podr3n formar parte de otros espacios destinados a otros usos. En dichas mesetas no habr3 puertas ni pasillos de anchura inferior a 1.20 metros situados a menos de 40 cent3metros de distancia del primer pelda3o de un tramo.	Deambulaci3n	
50.- No Se admitir3n escalones o mesetas compensadas.	Deambulaci3n	
<b>Los pavimentos cumplir3n los siguientes requisitos:</b>		
51.- Las huellas ser3n de material antideslizante y se dispondr3 en el borde de la misma de un material o tira antideslizante de color contrastado enrasada en el 3ngulo del pelda3o y firmemente unida a 3ste.	Localizaci3n	
52.- Se proh3ben los pavimentos de los escalones que produzcan destellos o deslumbramientos.	Deambulaci3n	
53.- En los arranques y desembarcos de cada planta las escaleras estar3n provistas de una franja se3alizador3 de diferente textura y color al pavimento de 3stas, y de anchura igual a la del pelda3o, con una profundidad de 20 cms como m3nimo.	Localizaci3n	
<b>Las barandillas y antepechos cumplir3n los siguientes requisitos:</b>		
54.- Las diferencias de nivel en las escaleras se proteger3n con barandillas o antepechos coronados con pasamanos, para evitar riesgos de ca3das.	Deambulaci3n	
55.- Si las escaleras est3n cerradas lateralmente por muros, se dispondr3n pasamanos continuos a ambos lados.	Deambulaci3n	
56.- Los pasamanos se diferenciar3n crom3ticamente de las superficies del entorno.	Comunicaci3n	
<b>ART. 72. RAMPAS FIJAS</b>		
<b>Las rampas de comunicaci3n entre 3reas y dependencias de uso p3blico cumplir3n, adem3s de las condiciones exigidas por el C3digo T3cnico de la Edificaci3n, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, las que se establecen en el presente art3culo. El dise3o y trazado de las rampas habr3n de cumplir los siguientes requisitos:</b>		
57.- Los tramos ser3n rectos.	Deambulaci3n	
58.- Su anchura libre m3nima ser3 de 1,20 metros sin descontar el espacio ocupado por los pasamanos, siempre que 3stos no sobresalgan m3s de 12 cent3metros del paramento o barandilla. La anchura de la rampa estar3 libre de obst3culos.	Deambulaci3n	
59.- El pavimento ser3 duro, firme, estable, no reflectante, sin piezas sueltas, antideslizante tanto en seco como en mojado, sin desigualdades, ni huecos, ni rejillas, que se limpie f3cilmente, evitando as3 posibles ca3das.	Deambulaci3n	
60.- Las rampas con recorridos cuya proyecci3n horizontal sea menor que 3 metros tendr3n una pendiente m3xima del 10%, del 8% cuando menor que 6 metros y del 6% para el resto de los casos.	Deambulaci3n	
61.- La longitud m3xima de cada tramo de rampa sin descansillo ser3 de 9 metros medida en proyecci3n horizontal.	Deambulaci3n	

62.- Las mesetas, tanto intermedias como de embarque y desembarque, tendrá al menos la anchura de la rampa y una longitud medida en dirección de la marcha de 1.50 metros y sobre ella se podrá inscribir una circunferencia de diámetro mínimo de 1.20 metros al mismo nivel y libre de obstáculos sin que pueda ser invadida por puertas o ventanas, ni podrán formar parte de espacios destinados a otros usos. Cuando exista un cambio de dirección entre dos tramos, la anchura de la rampa no se reducirá a lo largo de la meseta. No habrá puertas ni pasillos de anchura inferior a 1.20 metros situados a menos de 1.50 metros de distancia del arranque de un tramo.	Deambulación	
63.- En las mesetas de embarque y desembarque existirá con la misma anchura de la rampa una franja señalizadora de 0,60 metros de pavimento de diferente textura y color.	Deambulación	
64.- La pendiente máxima en la dirección transversal será de un 2%.	Deambulación	
65.- No se admitirá la colocación sobre el pavimento de elementos sueltos que puedan deslizarse.	Deambulación	
66.- Las rampas que no estén cerradas lateralmente por muros dispondrán de barandillas o antepechos rematados por pasamanos, excepto cuando salven una diferencia de altura no superior a 15 centímetros, en cuyo caso, si no se dispone de barandilla o antepecho, deberán contar con un zócalo o elemento protector lateral de 10 cms de altura como mínimo.	Deambulación	
<b>Los pasamanos y barandillas, reunirán, además de las condiciones siguientes:</b>		
67.- La altura de la barandilla o antepecho medida desde el pavimento hasta el remate superior de los pasamanos estará comprendida entre 0.90 y 1.10 metros.	Aprehensión	
68.- Los pasamanos y barandillas deberán coincidir, como mínimo con el inicio y desarrollo final de la rampa.	Aprehensión	
69.- Las rampas que estén cerradas lateralmente por muros dispondrán de pasamanos a ambos lados de forma continua en todo el recorrido prolongándose en el principio y el fin de la misma, sin interferir otros espacios de circulación y de uso. Deberán colocarse a dos alturas, una comprendida entre 0.65 y 0.75 metros y otra entre 0.90 y 1.10 metros medida en cualquier punto del plano inclinado. La dimensión mayor del sólido capaz estará comprendida entre 45 y 50 mm. El pasamano será firme, fácil de asir, estará separado del paramento al menos 40 mm. Su sistema de sujeción no interferirá el paso continuo de la mano y el remate superior no podrá tener aristas vivas y se diferenciará cromáticamente de las superficies del entorno.	Aprehensión	
<b>ART. 74. ASCENSORES. Las condiciones de accesibilidad que habrán de cumplir los ascensores para las personas con discapacidad serán las siguientes:</b>		
70.- Independientemente de la forma de la cabina, deberá poder inscribirse un rectángulo de ancho mínimo 1 metro y de fondo mínimo 1.25 metros.	Deambulación	
71.- Las puertas del recinto y cabina serán automáticas y dejarán un hueco de paso libre mínimo de 0.80 metros.	Deambulación	
72.- Contarán con un sensor de cierre en toda la altura del lateral.	Deambulación	
73.- Existirá un botón de activación de apertura desde la cabina.	Aprehensión	
74.- En el exterior del ascensor, la botonera se colocará de forma que los pulsadores queden a una altura máxima de la rasante del pavimento de 1,20 metros.	Aprehensión	
75.- Se colocarán en cada uno de los espacios de acceso, indicadores luminosos y acústicos de llegada, e indicadores luminosos que señalen el sentido del desplazamiento del ascensor.	Comunicación	
76.- En las jambas deberá colocarse el número de planta en braille y con carácter arábigo en relieve a una altura máxima de 1,20 metros o bien se utilizará sintetizador de voz.	Comunicación	

<b>Los criterios de colocación y morfología de los botones de mandos indicadores de funcionamiento en el interior de las cabinas cumplirán los siguientes requisitos:</b>		
77.- Estarán situados a una altura máxima de la rasante del pavimento de la cabina de 1,20 metros.	Aprehensión	
78.- Estarán dotados de números en braille y arábigos.	Comunicación	
79.- Los botones de alarma estarán identificados con un triángulo equilátero o campana en relieve.	Localización	
80.- Los botones correspondientes a cada piso dispondrán de una luz interior que se iluminará al ser pulsados.	Localización	
81.- Dispondrán de un mecanismo que señale el tránsito por cada planta.	Comunicación	
82.- La apertura automática de la puerta se señalará con un indicador acústico dentro de la cabina.	Comunicación	
83.- La cabina contará con un indicador sonoro de parada e información verbal de planta.	Comunicación	
84.- En las paredes de la cabina se dispondrá un pasamanos a una altura comprendida entre 0,80 y 0,90 metros.	Aprehensión	
85.- Las características del ascensor deben garantizar que la precisión de nivelación sea igual o menor a 2 centímetros.	Deambulación	
<b>E6. DEPENDENCIAS QUE REQUIERAN CONDICIONES DE INTIMIDAD</b>		
<b>ART. 7. ASEOS DE USO PUBLICO</b>		
86.- El aseo estará dotado, como mínimo, de lavabo e inodoro.	Deambulación	
87.- Dispondrá de un espacio libre, no barrido por las puertas, donde se pueda inscribir una circunferencia de 1.50 metros de diámetro, que permita girar para acceder a los aparatos sanitarios.	Deambulación	
88.- En aseos compartimentados en aquellos espacios en los que exista un solo aparato sanitario, se permitirá reducir el diámetro de la circunferencia interior, no barrida por la puerta, a 1.20 metros.	Deambulación	
89.- Deberá posibilitarse el acceso frontalmente a un lavabo, para lo que no existirán obstáculos en su parte inferior, y éste estará a una altura comprendida entre 0.70 y 0.80 metros.	Deambulación	
90.- Igualmente, se deberá posibilitar el acceso lateral al inodoro disponiendo a este efecto de un espacio libre con un ancho mínimo de 0.70 metros.	Deambulación	
91.- La altura del asiento del inodoro estará comprendida entre 0.45 y 0.50 metros y el tipo de abatimiento será vertical.	Aprehensión	
92.- El inodoro deberá llevar un sistema de descarga que permita ser utilizado por una persona con dificultad motora en miembros superiores, colocándose preferentemente mecanismos de descarga de palanca o de presión de gran superficie a una altura entre 0,70 y 1.20 metros del suelo.	Aprehensión	
93.- El inodoro deberá ir provisto de dos barras laterales, debiendo ser abatible la que facilite la transferencia lateral.	Aprehensión	
94.- Las barras serán de sección preferentemente circular, de diámetro comprendido entre 30 y 40 milímetros, separadas de la pared u otros elementos 45 milímetros y su recorrido será continuo.	Aprehensión	
95.- Las horizontales, para transferencias, se colocarán a una altura comprendida entre 0.70 y 0.75 metros del suelo y su longitud será de 20 o 25 centímetros mayor que la del asiento del inodoro.	Aprehensión	
96.- Las verticales que sirvan de apoyo a un inodoro se situarán a una distancia de 30 centímetros por delante de su borde.	Aprehensión	
97.- Los accesorios del aseo estarán adaptados para su utilización por personas con movilidad reducida.	Aprehensión	

98.- La grifería será fácilmente accesible y automática, con sistema de detección de presencia o tipo mono mando con palanca de tipo gerontológico.	Aprehensión	
99.- El nivel mínimo de iluminación será de 100 luxes y los aparatos sanitarios se diferenciarán cromáticamente del suelo y de los paramentos verticales.	Comunicación	
100.- Las puertas contarán con un sistema que permita desbloquear las cerraduras desde fuera en caso de emergencia.	Aprehensión	
101.- Los secadores, jaboneras, toalleros y otros accesorios, así como los mecanismos eléctricos estarán a una altura comprendida entre 0.80 y 1.20 metros.	Aprehensión	
102.- El borde inferior del espejo no deberá situarse por encima de 0.90 metros de altura.	Aprehensión	
103.- Deberá figurar en la puerta o junto a la misma en lugar visible el Símbolo Internacional de accesibilidad.	Comunicación	
104.- Se emplearán señalizadores de libre/ ocupado de comprensión universal.	Comunicación	
105.- Deberán poseer, en su interior, avisador luminoso y acústico para casos de emergencia.	Comunicación	
<b>ART. 78. VESTUARIOS, PROBADORES Y DUCHAS.</b>		
<b>En todos los edificios, establecimientos e instalaciones en los que se dispongan vestuarios, probadores y duchas de utilización colectiva, al menos uno de cada uno de ellos, sin perjuicio del número establecido en el anexo III, reunirá las siguientes características:</b>		
106.- El vestuario o el probador tendrá unas dimensiones mínimas tales que pueda inscribirse en él una circunferencia de 1.50 metros de diámetro, libre de obstáculos.	Deambulación	
107.- Irán provistos de un asiento adosado a pared, con unas medidas mínimas de anchura, altura y fondo de 50, 45 y 40 centímetros, respectivamente, dotado de un espacio libre de 0.70 metros de ancho, para facilitar el acceso lateral.	Deambulación	
108.- Las repisas, perchas y otros elementos estarán situados a una altura comprendida entre 0.40 y 1.20 metros.	Aprehensión	
109.- La ducha deberá ir enrasada con el pavimento y tendrá unas dimensiones mínimas de 1.80 metros de largo por 1.20 metros de ancho, libre de obstáculos a nivel de pavimento.	Deambulación	
110.- La ducha estará dotada de un asiento abatible de dimensiones mínimas iguales fijadas en vestuario y probador y con un espacio libre mínimo de 0.70 metros de ancho, que posibilite el acceso lateral.	Deambulación	
111.- El maneral del rociador de la ducha, si es manipulable, estará situado a una altura comprendida entre 0.80 y 1.20 metros de altura.	Aprehensión	
112.- El suelo de la ducha será antideslizante.	Deambulación	
113.- Tanto en los vestuarios como en las duchas se dispondrán barras metálicas horizontales a una altura de 0.75 metros.	Aprehensión	
114.- Se permitirá cualquier solución de puerta, siempre que deje libre un círculo interior de 1.20 metros de diámetro, no barrido por la hoja de la misma.	Deambulación	
115.- Deberán poseer, en su interior, avisador luminoso y acústico para casos de emergencia.	Comunicación	
<b>ART. 79. DORMITORIOS Y UNIDADES DE ALOJAMIENTO.</b>		
<b>Los dormitorios y unidades de alojamiento que, conforme a lo establecido en el anexo III, hayan de reservarse en los edificios, establecimientos e instalaciones destinados a alojamiento para personas con movilidad reducida o con discapacidad sensorial, cumplirán las siguientes condiciones:</b>		
116.- Las puertas deberán tener una anchura mínima libre de paso de 0.80 metros.	Deambulación	
117.- Las dimensiones espaciales y la distribución del mobiliario permitirán un espacio de giro de 1.50 metros de diámetro, como mínimo, que permita a las personas con movilidad reducida realizar un giro de 360 grados.	Deambulación	

118.- Los espacios de aproximación lateral a la cama y frontal a armarios y mobiliario tendrán una dimensión mínima de 0.80 metros. En el caso de camas dobles en un mismo dormitorio, las dimensiones de espacio de aproximación se cumplirán a ambos lados y entre camas si éstas están separadas.	Deambulaci3n	
119.- La altura de las camas estar3 compendida entre 0.45 y 0.50 metros desde el suelo para facilitar la transferencia desde la silla de ruedas, debiéndose dejar un espacio libre inferior de altura mayor o igual a 25 centímetros, de fondo entre 0.60 y 0.80 metros y ancho de 0.80 metros, de forma que permita el paso de los reposapiés de la silla de ruedas y del pie de la grúa de transferencia en caso de que sea necesario su uso.	Deambulaci3n	
120.- Los armarios empotrados no dispondrán de rodapié en el umbral debiendo estar al mismo nivel su pavimento que el de la habitaci3n.	Deambulaci3n	
121.- Las puertas de los armarios ser3n correderas y las baldas, cajones y percheros se colocarán de forma que se permita su alcance a una altura compendida entre 0.40 y 1.20 metros medidos desde el suelo.	Aprehensi3n	
122.- Los cantos de los muebles ser3n redondeados.	Deambulaci3n	
123.- Todos los mecanismos de accionamiento, regulaci3n y control de las instalaciones se colocarán a una altura no superior a 1.40 metros ni inferior a 40 centímetros del suelo.	Aprehensi3n	
124.- El espacio de barrido de las ventanas, en su caso, quedar3 fuera de las zonas de circulaci3n, debiéndose colocar preferentemente ventanas de hojas correderas.	Deambulaci3n	
125.- Los sistemas de apertura y cierre de carpintería y protecciones exteriores, tales como puertas, ventanas, persianas u otros se situarán a una altura máxima del suelo de 1.20 metros y libres de obstáculos en su frente.	Aprehensi3n	
126.- Los antepechos de huecos de ventanas tendr3n una altura máxima de 0.60 metros.	Deambulaci3n	
127.- Deber3n poseer avisador luminoso de llamada complementario al timbre acústico de la puerta así como dispositivo luminoso de emergencia, incluido en el aseo.	Comunicaci3n	
128.- Desde la posici3n de acostada, la persona con movilidad reducida deber3 poder acceder y controlar el apagado y encendido de la luz y, en su caso, del teléfono, del aire acondicionado y sistemas de llamada.	Aprehensi3n	
<b>E7. EQUIPAMIENTOS Y MOBILIARIO</b>		
<b>ART. 80. MOBILIARIO, COMPLEMENTOS Y ELEMENTOS EN VOLADIZO.</b>		
<b>En las zonas y dependencias de utilizaci3n colectiva, el mobiliario deber3 permitir, en general, los espacios de maniobra necesarios para su uso y, en particular cumplir3 las siguientes condiciones:</b>		
129.- La distancia mínima entre dos obstáculos entre los que se deba circular, sean elementos constructivos o de mobiliario, ser3 de 0.80 metros.	Deambulaci3n	
130.- Los elementos de mobiliario dispondrán, a lo largo de los frentes que deban ser accesibles, de una franja de espacio libre de una anchura no inferior a 0.80 metros.	Deambulaci3n	
131.- Todos aquellos elementos de mobiliario, complementos y elementos en voladizo contrastarán con su entorno y tendr3n sus bordes redondeados, evitando materiales que brillen o destellen.	Deambulaci3n	
132.- Todos aquellos elementos en voladizo estar3n a una altura mínima del suelo de 2.20 metros.	Deambulaci3n	
<b>ART. 81. MOSTRADORES, VENTANILLAS Y PUNTOS DE INFORMACI3N.</b>		
133.- Deber3n estar ubicados lo más cerca posible de los vestíbulos, salas de espera e itinerarios accesibles.	Deambulaci3n	

134.- En los mostradores de atención o información al público existirá un tramo de, al menos 0.80 metros de longitud, con una altura comprendida entre 0.70 y 0.80 metros, con un hueco mínimo en su parte inferior libre de obstáculos de 0.70 metros de alto y 0.50 metros de profundidad.	Deambulaci3n	
135.- Cuando existan ventanillas de atenci3n al p3blico, al menos una de ellas, estar3 a una altura m3xima de 1.10 metros.	Deambulaci3n	
<b>ART. 82. EQUIPAMIENTO COMPLEMENTARIO</b>		
<b>ART. 83. MECANISMOS DE ACCIONAMIENTO Y CONTROL.</b>		
136.- Los interruptores, pulsadores, termostatos y dem3s elementos de accionamiento, regulaci3n y control de uso p3blico deber3n posibilitar su manipulaci3n por personas con discapacidad, prohibi3ndose los de accionamiento rotatorio.	Aprehensi3n	
137.- Los mecanismos de accionamiento y control deber3n colocarse a una altura comprendida entre 0.90 y 1.20 metros.	Aprehensi3n	
138.- En los enchufes se permitir3 una altura de 30 cent3metros.	Aprehensi3n	
139.- Los interruptores y mecanismos, en general, de accionamiento y control, ser3n f3cilmente localizables, con buen contraste crom3tico con el paramento para su identificaci3n visual y de dise1o tal que permitan su f3cil accionamiento a personas con problemas de manipulaci3n.	Aprehensi3n	
<b>E9. AREAS DE TRABAJO Y ZONAS DE CONCURRENCIA PUBLICA</b>		
<b>ART. 89. ESPACIOS RESERVADOS A LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS.</b>		
<b>Las 3reas de trabajo de los edificios, establecimientos e instalaciones, previstas en el art3culo 2.1.g) deber3n reunir los siguientes requisitos:</b>		
140.- En el caso de disponer de aseo, ducha o vestuario, al menos uno de cada uno de ellos ser3 accesible.	Deambulaci3n	
<b>E 10. APARCAMIENTOS DE UTILIZACION COLECTIVA EN ESPACIOS EXTERIORES O INTERIORES ADSCRITOS A LOS EDIFICIOS.</b>		
<b>ART. 90 REQUISITOS TECNICOS</b>		
141.- En el caso de que las plazas de aparcamiento se ubiquen en espacios interiores del edificio, situados a distintos niveles, las reservadas a personas con movilidad reducida se situar3n en el nivel m3s pr3ximo de salida y lo m3s cerca posible de los accesos al interior del edificio, establecimiento o instalaci3n.	Deambulaci3n	
<b>ART. 29. RESERVA DE PLAZAS</b>		
142.- En todas las zonas de estacionamiento de veh3culos en las v3as o espacios p3blicos, est3n situados en superficie o sean subterr3neos, de titularidad p3blica o privada, sean o no de horario limitado, siempre que se destinen a uso colectivo o concurrencia p3blica, de manera permanente o provisional, se reservar3 como m3nimo, una plaza para personas con movilidad reducida por cada cuarenta plazas o fracci3n, de manera que cualquier fracci3n menor de cuarenta siempre requerir3 como m3nimo una plaza.	Deambulaci3n	
<b>ART. 30. CONDICIONES TECNICAS DE LAS PLAZAS RESERVADAS.</b>		
<b>Las plazas reservadas deber3n cumplir las siguientes condiciones:</b>		
143.- Estar3n situadas tan cerca como sea posible de los accesos peatonales accesibles y de las entradas accesibles a edificios, centros de medios de transporte p3blico y servicios p3blicos de la zona y se se1alizar3n de forma visible.	Localizaci3n	
144.- Estar3n se1alizadas, horizontal y verticalmente, con el S3mbolo Internacional de Accesibilidad establecido en el Anexo IV y la prohibici3n de aparcarse en las mismas a personas sin discapacidad.	Comunicaci3n	

145.- La señalización horizontal será antideslizante. No obstante, en los espacios naturales la señalización se podrá ajustar a las peculiaridades paisajísticas del entorno.	Comunicación	
146.- Sus dimensiones mínimas serán en batería o semibatería de 5 x 3,60 metros y en línea de 6,50 x 3,60 metros, estando incluida en esta última dimensión la zona de transferencia.	Localización	
147.- La zona de transferencia de la plaza reservada se comunicará de manera accesible con el itinerario peatonal.	Comunicación	
148.- En el caso de agrupamiento de plazas reservadas que se dispongan en batería y en línea, se permitirá que la zona de transferencia sea compartida por más de una plaza. Dicha zona tendrá una anchura mínima de 1,40 metros.	Localización	
149.- Las zonas de estacionamiento deben tener un acceso peatonal y un itinerario peatonal, ambos accesibles, que comuniquen las plazas reservadas con la vía pública.	Deambulaci3n	
<b>E 11. PAVIMENTOS INTERIORES.</b>		
<b>ART. 91. REQUISITOS TECNICOS.</b>		
150.- Los pavimentos de los espacios interiores cubiertos, de utilizaci3n colectiva, ser3n duros e indeformables, firme, estable, no reflectante, sin piezas sueltas, antideslizante tanto en seco como en mojado, sin desigualdades, ni huecos, ni rejillas, que se limpie f3cilmente, evitando as3 posibles ca3das.	Deambulaci3n	
<b>E 12. INFORMACION, SEÑALIZACION E ILUMINACION.</b>		
<b>ART. 92. INFORMACION.</b>		
151.- La informaci3n relevante se dispondr3, al menos en dos modalidades sensoriales para que pueda ser percibida tambi3n por las personas con discapacidad visual o auditiva.	Comunicaci3n	
152.- La informaci3n estar3 dispuesta en los lugares cercanos a los accesos o f3cilmente localizable desde 3stos, teniendo en cuenta los usos y caracter3sticas de los edificios, establecimientos e instalaciones.	Localizaci3n	
153.- Los paneles de informaci3n, gr3fica, est3tica o temporal estar3n situados preferentemente, en sentido perpendicular a los desplazamientos, y de forma que no queden ocultos por obst3culo alguno.	Localizaci3n	
154.- Para facilitar la comunicaci3n con el entorno a las personas con discapacidad auditiva se complementar3n los sistemas de aviso y alarma sonora con impactos visuales y se dispondr3 de una clara sealizaci3n e informaci3n escrita.	Comunicaci3n	
155.- Asimismo se propiciar3 la amplificaci3n de la informaci3n de car3cter auditivo mediante la implantaci3n de sistemas de megafon3a y bucles magn3ticos.	Comunicaci3n	
156.- Los puntos de informaci3n que no est3n atendidos directamente por personal, estar3n dotados de sistema de informaci3n complementaria como paneles gr3ficos, sistemas audiovisuales y planos t3ctiles.	Comunicaci3n	
<b>ART. 93. SEÑALIZACION</b>		
157.- La sealizaci3n comenzar3 desde la fachada y se extender3 por toda la edificaci3n, identificando las plantas, distribuci3n de estancias y la espec3fica en materia de emergencia.	Localizaci3n	
158.- Los itinerarios accesibles que conduzcan a las edificaciones deber3n estar correctamente indicados a trav3s de se3ales y paneles informativos exteriores.	Deambulaci3n	
159.- Se identificar3n todas las entradas y especialmente la entrada principal.	Localizaci3n	
160.- La sealizaci3n interior debe permitir el acceso a todas las dependencias proporcionando completa orientaci3n, permitiendo la circulaci3n interior de forma aut3noma. Ser3n lugares preferentemente de sealizaci3n los vest3bulos, el inicio de pasillos y las zonas de embarque y desembarque de escaleras, rampas y ascensores.	Deambulaci3n	
161.- Se definir3n itinerarios utilizando sealizaci3n adecuada, texturas diferenciadas o distintos colores en el suelo para servir de orientaci3n hasta el lugar en que est3 centralizada la informaci3n.	Deambulaci3n	

162.- La señalización visual estará constituida por símbolos o caracteres gráficos, que reunirán las condiciones mínimas establecidas en el artículo 95, debiéndose diferenciar la señal del entorno.	Comunicación	
163.- Las señalizaciones acústicas se adecuarán a una gama audible y no molesta de frecuencias e intensidades, teniendo en cuenta a las personas que usan audífonos. Se usará una señal de atención previamente al mensaje.	Comunicación	
164.- Las señalizaciones de seguridad llamarán la atención sobre los objetos y situaciones de peligro y estarán acompañadas de las medidas de protección requeridas.	Comunicación	
165.- Deberán señalizarse con el Símbolo Internacional de Accesibilidad, los accesos e itinerarios, aseos, ascensores, vestuarios, duchas y probadores o elementos de comunicación vertical, aparcamientos y espacios reservados que sean accesibles.	Localización	
166.- La rotulación destinada a planos de edificios, establecimientos e instalaciones, directorios, maquetas o placas de orientación se ubicarán en lugares transitados y lo más cerca posible a la puerta de entrada.	Localización	
167.- Cualquier tipo de rotulación estará iluminada de modo que permita su fácil percepción visual. Esta iluminación no debe producir sombras, reflejos, ni deslumbramientos, para ello no estará protegida por cristal. Además del contraste cromático en el propio rótulo, también ha de existir tal contraste entre éste y la superficie donde va adosado.	Comunicación	
168.- La información podrá ser leída hasta una distancia máxima de 5 metros. Se debe colocar centrada a una altura medida desde el pavimento de 1.60 metros.	Comunicación	
169.- Los indicadores colgantes tendrán en su parte inferior situada por encima de 2,20 metros y, en ningún caso podrán tapar o dificultar la visibilidad de señales de seguridad. Los indicadores sobre bases se colocarán fuera de los itinerarios accesibles.	Localización	
<b>ART. 94. ILUMINACION Y CONTRASTE.</b>		
170.- En los espacios de utilización colectiva la iluminación tendrá la intensidad y uniformidad necesaria según su uso y ubicación, evitando efectos de deslumbramiento.	Deambulación	
171.- La iluminación interior deberá adecuarse a la exterior disponiéndose unos niveles de iluminación diurna superiores a los nocturnos y mayores niveles en las áreas próximas a los accesos, en particular en los huecos de salida	Deambulación	
172.- Como norma general, las fuentes de luz se colocarán por encima de la línea de visión, evitando en lo posible deslumbramientos directos e indirectos.	Deambulación	
173.- Se resaltarán aquellos puntos de interés, tales como escaleras y sistemas de señalización u otros análogos a través de luces directas sobre ellos, o aumentando la intensidad lumínica.	Deambulación	
174.- Se utilizará el factor color en la planificación y diferenciación de ambientes, que posibilite la orientación espacial.	Localización	
<b>ART. 96. CONDICIONES MINIMAS EN EL SISTEMA ESCRITO O PICTOGRAFICO.</b>		
<b>El sistema escrito o pictográfico que se utilice en las informaciones y señalizaciones deberá cumplir los siguientes requisitos:</b>		
175.- Deberá haber un buen contraste visual entre la figura y el fondo.	Comunicación	
176.- Se utilizarán símbolos y pictogramas reconocidos universalmente para facilitar la comprensión por parte de todas las personas usuarias.	Comunicación	
177.-Se evitará la colocación de dispositivos de control de las instalaciones idénticos para funciones distintas.	Comunicación	
178.- Cuando el mensaje escrito ocupe más de una línea, la justificación del texto irá ajustado a la izquierda, para localizar el inicio de cada línea.	Comunicación	
179.- El interlineado será el 25 % o 30 % del tamaño de la fuente. Igualmente se utilizarán minúsculas y mayúsculas en los textos, así como en los folletos y carteles.	Comunicación	

180.- El tipo de letra a utilizar debe cumplir los siguientes requisitos: ser sencilla y legible; la relación entre la anchura y la altura de las letras mayúsculas debe estar comprendida entre 0,70 y 0,85 metros; el tamaño de la letra debe configurarse en función de la distancia a la que vaya a ser observada; se utilizarán colores que presenten un fuerte contraste, para facilitar la percepción de la información; sobre las superficies acristaladas verticales se deben colocar elementos opacos de señalización, para los que se recomienda que ocupen el ancho completo de la superficie, situados a doble altura, entre 0,85 y 1,10 metros, la primera; entre 1,50 y 1,70 metros la segunda; las letras no deben estar situadas sobre ilustraciones o fotografías.	Comunicación	
181.- En las escaleras, rampas y ascensores la señalización configurada como sistema escrito o pictográfico debe permitir su identificación táctil mediante relieve y sistema Braille.	Comunicación	
182.- En el mobiliario que por sus funciones debe ser manipulable, la señalización configurada como sistema escrito o pictográfico debe permitir su identificación táctil mediante relieve y sistema Braille.	Localización	
<b>E 13. SEGURIDAD EN CASO DE INCENDIO.</b>		
<b>ART. 97 NORMAS GENERALES.</b>		
183.- Los edificios, establecimientos e instalaciones, dispondrán de ascensor de emergencia con accesos desde cada planta que posibilitará la evacuación prioritaria de personas con movilidad reducida en función de su uso y altura de evacuación conforme a lo establecido sobre seguridad en caso de incendio.	Deambulación	
184.- Se dispondrán zonas de refugio delimitadas por elementos resistentes al fuego, para rescate y salvamento de personas con discapacidad, en todos los niveles donde no esté prevista una salida de emergencia accesible, conforme se determine en la normativa sectorial de aplicación o en la normativa que sirva de desarrollo del presente Decreto.	Deambulación	
185.- Los recorridos de evacuación, tanto hacia el espacio libre exterior, como hacia las zonas de refugio, estarán señalizados conforme a lo establecido sobre seguridad en caso de incendio en el Código Técnico de la Edificación, y contarán igualmente con la señalización óptica, acústica y táctil adecuadas para facilitar la orientación de personas con diferentes discapacidades.	Localización	
186.- Los edificios, establecimientos e instalaciones, dispondrán de los equipos y mecanismos adecuados para la detección de incendios, así como la transmisión óptica y acústica de la alarma a las personas ocupantes, de modo que se facilite su percepción por personas con diferentes discapacidades.	Comunicación	

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1.1 Pirámide de población de España

Figura 3.1 Organigrama de un Distrito Sanitario de Salud. Fuente SAS. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Figura 3.2 CS Cambil

Figura 3.3 CS de Huelma

Figura 3.4 Consultorio Local de Cabra de Santo Cristo

Figura 3.5 Consultorio Auxiliar de Las Infantas

Figura 3.6 CS Belén

Figura 3.7 CS El Valle

Figura 3.8 CS Federico del Castillo

Figura 3.9 CS La Magdalena

Figura 3.10 CS Las Fuentezuelas

Figura 3.11 CS San Felipe

Figura 3.12 DSJ y CS Virgen de la Capilla

Figura 3.13 Consultorio Local Los Villares

Figura 3.14 Consultorio Local Valdepeñas de Jaén

Figura 3.15 CS de Mancha Real

Figura 3.16 Consultorio Local de Pegalajar

Figura 3.17 CS Mengíbar

Figura 3.18 Consultorio Local Villargordo

Figura 3.19 Plano de la primera planta del Consultorio Local de Villargordo

Figura 3.20 CS de Torredelcampo

Figura 3.21 Consultorio Local de Jamilena

Figura 4.1 Mapa Sanitario de la Provincia de Jaén

Figura 4.2 Accesibilidad en el DSJ. Datos por bloques

Figura 4.3 Accesibilidad en el DSJ. Datos según criterios DALCO

Figura 4.4 Accesibilidad en las ZBS. Datos globales

Figura 4.5 Accesibilidad en las ZBS. Datos por bloques

Figura 4.6 Accesibilidad en las ZBS. Datos según criterios

Figura 4.7 Accesibilidad en la ZBS Cambil. Datos globales

Figura 4.8 Accesibilidad en la ZBS Cambil. Datos por bloques

Figura 4.9 Accesibilidad en la ZBS Cambil. Datos por criterios DALCO

Figura 4.10 Accesibilidad en la ZBS Huelma. Datos globales

Figura 4.11 Accesibilidad en la ZBS Huelma. Datos por bloques

Figura 4.12 Accesibilidad en la ZBS Huelma. Datos por criterios DALCO

Figura 4.13 Accesibilidad en la ZBS Jaén. Datos globales

Figura 4.14 Accesibilidad en la ZBS Jaén. Datos por bloques

Figura 4.15 Accesibilidad en la ZBS Jaén. Datos por criterio DALCO

Figura 4.16 Accesibilidad en la ZBS Mancha Real. Datos globales

Figura 4.17 Accesibilidad en la ZBS Mancha Real. Datos por bloques

Figura 4.18 Accesibilidad en la ZBS Mancha Real. Datos por criterio DALCO

Figura 4.19 Accesibilidad en la ZBS Mengíbar. Datos globales

Figura 4.20 Accesibilidad en la ZBS Mengíbar. Datos por bloques

Figura 4.21 Accesibilidad en la ZBS Mengíbar. Datos por criterio DALCO

Figura 4.22 Accesibilidad en la ZBS Torredelcampo. Datos globales

Figura 4.23 Accesibilidad en la ZBS Torredelcampo. Datos por bloques

Figura 4.24 Accesibilidad en la ZBS Torredelcampo. Datos por criterio DALCO

Tabla 1.1 Zonas Básicas de Salud del DSJ. Centros y Consultorios.

Tabla 3.1 Número de Distritos Sanitarios por provincia

Tabla 3.2 Número de variables en plantilla de datos según bloque y criterios DALCO

Tabla 3.3 Número y porcentaje de casos válidos y perdidos

Tabla 4.1 Porcentaje de Cumplimiento con el Decreto 293/2009, de 7 de julio.  
Datos por bloques

Tabla 4.2 Porcentaje de Cumplimiento con el Decreto 293/2009, de 7 de julio.  
Datos por criterios DALCO

Tabla 4.3 Recomendaciones de mejoras en las ZBS del DSJ