

Guía de apoyo

Accesibilidad en la vivienda social

Capítulo 3. Impacto del entorno en personas con discapacidad y movilidad reducida / facilitadores y barreras

Guía de apoyo

Accesibilidad en la vivienda social

Registro de propiedad intelectual: 2023-A-2292

ISBN: 978-956-9111-01-3

Derechos reservados.

Primera edición, julio 2023.

Este capítulo forma parte de la publicación "*Guía de apoyo: Accesibilidad en la vivienda social*", disponible para descarga en www.teleton.cl

Autores

Aldo Orrigoni Díaz | aorigoni@teleton.cl

Director nacional de gestión social y voluntariado Teletón Chile.

Daniel Prado Valenzuela | daniel@dpradoarquitecto.cl

Arquitecto UC.

Sebastián Saldaña Aguilera | hola@sebastiansaldana.cl

Diseñador gráfico / Ex voluntario del programa Abre Teletón Chile.

Rodrigo Cubillos Bravo | rcubillos@teleton.cl

Coordinador nacional de tecnologías de apoyo a la rehabilitación y la inclusión Teletón Chile.

Ex responsable técnico programa Abre Teletón Chile.

Docente asistente de la carrera de Terapia Ocupacional, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Diseño de la publicación

Sebastián Saldaña Aguilera

Ilustraciones

Sebastián Saldaña Aguilera

Daniel Prado Valenzuela



Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material

Bajo los siguientes términos:

Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.

CompartirIgual — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

[Más información sobre la licencia.](#)

3. Impacto del entorno en personas con discapacidad y movilidad reducida / facilitadores y barreras

En este capítulo realizaremos un mayor análisis de varios conceptos vinculados con la accesibilidad y la discapacidad como la inclusión, la independencia, la autonomía, las ayudas técnicas y el diseño universal. Asimismo, expondremos el impacto que tiene el ambiente en los procesos de participación e inclusión de personas con discapacidad y las dificultades que enfrentan. Finalmente, presentaremos el modelo de trabajo de Teletón Chile y su programa de accesibilidad domiciliaria, Abre.

3.1 Inclusión

La inclusión puede ser únicamente una tarea de todos. Una sociedad inclusiva sólo puede ser el resultado de la política de un Estado en su conjunto; no cabe duda de que la temática de la inclusión plantea interrogantes sobre las políticas sociales, educativas, sanitarias, económicas y laborales, de la inmigración o aun de urbanismo y ordenación del territorio. La inclusión es una estrategia dinámica para responder en forma proactiva a la diversidad, y concebir las diferencias individuales no como problemas, sino como oportunidades para enriquecer el aprendizaje. Es un proceso que abarca a la sociedad en su conjunto (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2008). "La inclusión se caracteriza por una experiencia social ampliamente compartida y la participación activa de una sociedad, por la igualdad generalizada de las posibilidades y las oportunidades de la vida que se ofrecen a los individuos en el plano individual, y por el logro de un nivel de bienestar elemental para todos los ciudadanos" (Sen, 2001).

Uno de los principios de la inclusión es el reconocimiento de que todas las personas cuentan con capacidades y habilidades propias, que nos diferencian los unos de los otros. La inclusión considera, acepta y aprecia la diversidad en su amplio espectro y, por lo tanto, no puede existir una sola respuesta ante distintas demandas. Lo que busca la inclusión es promover y garantizar que todas las personas sean *parte de* y que no se encuentren *excluidos de*; de alguna manera, la inclusión busca lograr que la sociedad otorgue la oportunidad de proveer la participación de la persona con discapacidad y de su familia.

Cuando se proyecta la idea de inclusión en un contexto de accesibilidad arquitectónica, diseño de productos y entornos, se hace referencia al Diseño Universal. En un escenario global en el que en las próximas décadas un porcentaje importante de la población será adulto mayor, sumado a las personas en condición de discapacidad, el desafío presente y futuro es conseguir que las personas, independientemente de su condición, edad y disponibilidad de recursos, puedan tener una mejor calidad de vida en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria.

Lo anterior no implica sólo aplicar las normas y las leyes establecidas sobre esta materia; el desafío es tener la convicción de que los entornos con diseños inclusivos benefician a todos.

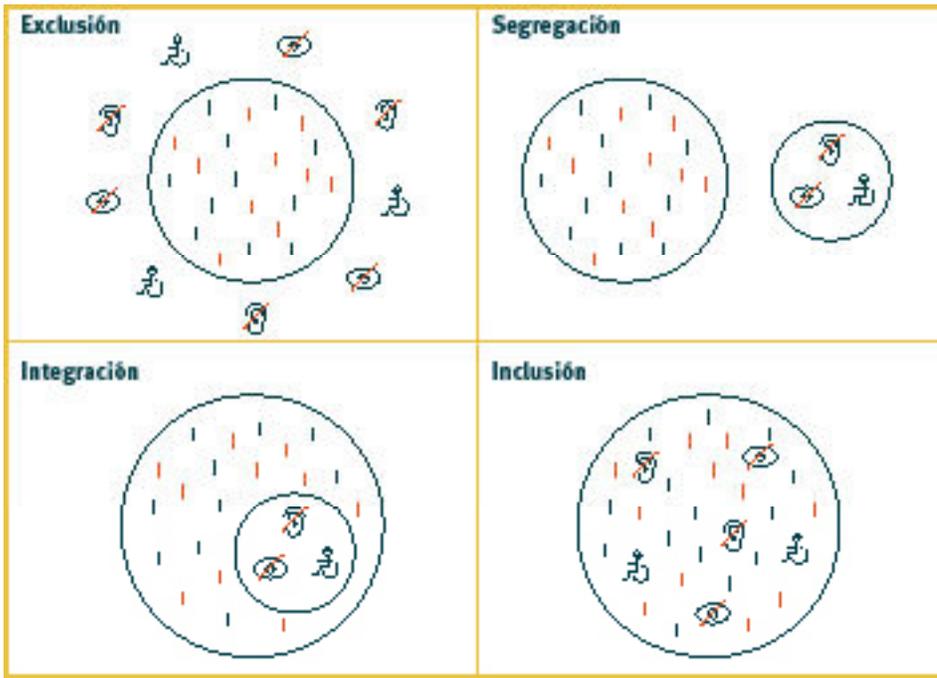


Figura 1. Definición visual de los conceptos de exclusión, segregación, integración e inclusión de personas en situación de discapacidad

Fuente: elaboración propia.

Algunas definiciones relevantes de considerar:

3.2 Independencia

Capacidad de realizar actividades cotidianas por sí mismo. El término contrario es dependencia, cuando se requiere de la asistencia de un tercero para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Una persona con el empleo de algunas ayudas técnicas, tales como, silla de ruedas, órtesis, prótesis o dispositivos o sistemas tecnológicos, puede lograr de igual manera independencia para la realización de tareas cotidianas sin depender de otros.

3.3 Autonomía

Capacidad de tomar decisiones por sí mismo para desenvolverse de la mejor manera en la vida cotidiana.

En otras palabras, es la capacidad de una persona para decidir sobre su existencia en todos los planos, sin la ayuda de terceras personas; sin embargo, para aquellas personas que requieran apoyos especializados, se les puede facilitar el grado máximo posible de independencia para llevar a cabo las tareas cotidianas y para adaptarse positivamente a su medio. En términos generales, se trata de la facultad de tomar decisiones y participar de la sociedad sin ayuda de otro.

En términos más precisos, la autonomía como capacidad, se refiere al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de sus consecuencias. La autonomía se aprende, se adquiere mediante su ejercicio, el aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social. Se trata, pues, de un ejercicio de aprendizaje intrínseco de las personas (López, 2010).

La autonomía como derecho hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto de vida basado en su identidad y control sobre sí mismas. En el caso de personas con grave afectación, el ejercicio del derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir, mediado por otros y a través de apoyos precisos (Martínez, 2011).

3.4 Ayudas técnicas

Son cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especial o ampliamente disponible, con la finalidad de mantener o de mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por lo tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias (Ministerio de Salud, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más de mil millones de personas en el mundo –la mayoría, mayores y con discapacidad– necesitan una o más ayudas técnicas; sin embargo, hoy en día sólo 10% de las personas que las necesitan disponen de ellas (Khasnabis et al., 2015). En Chile hay cifras crecientes de envejecimiento y discapacidad. Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), hoy la población mayor de 60 años es un 15,7% de los habitantes del país, cifra que se proyecta a un 32,9% en 2050. Respecto de la población con discapacidad, el Segundo Estudio Nacional de Discapacidad (Endisc 2015) muestra que 16,7% de la población tiene alguna discapacidad (Ministerio de Salud, 2017).

Las ayudas técnicas son un elemento imprescindible para favorecer la independencia y mantener o mejorar el funcionamiento de las personas en la multiplicidad de ámbitos de la vida cotidiana. La necesidad o la indicación de uso de una ayuda técnica se define de acuerdo con las interacciones entre la condición de salud, las barreras y los facilitadores del contexto de desempeño, los factores personales, y las demandas de la actividad (Ministerio de Salud, 2017).

3.5 Accesibilidad

Para comprender la accesibilidad como concepto es importante tener nociones de las barreras arquitectónicas, definidas como cualquier obstáculo o impedimento que presenta el ambiente que limite, impida o dificulte a la persona con discapacidad el realizar sus actividades cotidianas, restringiendo sus posibilidades laborales, culturales, sociales, deportivas, etc., fomentando el aislamiento y la dependencia de su desarrollo personal.

El concepto de accesibilidad ha ido evolucionando conforme al modelo de atención de salud y a los contextos históricos y sociales. Hasta la primera mitad del siglo XX, la discapacidad se atribuía no solamente a condiciones de salud, sino también a creencias y mitos existentes según la cultura; así, muchas veces la sobrevida de las personas con alguna secuela física era muy limitada, o bien eran confinadas o reclusas, invisibilizando la discapacidad en el entorno social.

Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, al término de la Segunda Guerra Mundial, se hace evidente la necesidad de atender las secuelas físicas asociadas con un trauma o con la aparición de pandemias como la poliomielitis (Rodríguez Gómez, 2018). Es en este momento cuando la discapacidad comienza a presentar otras necesidades, como por ejemplo la adecuación de espacios físicos, la adaptación de ayudas técnicas que reemplazan un miembro o faciliten su uso y, tal como lo señala Arjona Jiménez, “emerge el concepto eliminación de barreras, el que se puede definir como el procedimiento por el que se intentan suprimir todo aquello que bloquee, frene, límite o aleje de los objetivos planteados por la persona previamente, o restrinja sus oportunidades y/o capacidades de expresión o acción” (<http://www.laciudadaccesible.com/>). Sin embargo, el autor señala que la eliminación de barreras ha estado asociada fuertemente con el binomio arquitectura/silla de ruedas y la reducción de brechas a partir de construcción de rampas o instalación de ascensores para reducir desniveles; la formulación de otras medidas para la reducción de barreras para discapacidades de origen visual o auditivo, entre otros, es casi inexistente.

En la década de 1970 se realiza la primera reunión de grupo de expertos sobre el diseño libre de barreras, en donde se identifica la necesidad de reducción de barreras en el entorno físico y de comenzar a instalar el concepto de inclusión en los procesos formativos de arquitectos, diseñadores, urbanistas y otras áreas vinculadas con temas constructivos; así también comienzan a surgir los primeros manuales con recomendaciones para la reducción de barreras.

A inicios de los años 80 se comienza a acuñar el concepto de Diseño Universal, que reconoce la necesidad de construir y diseñar a partir del reconocimiento de diversas necesidades para todos, sin que ello implique modificaciones posteriores. Este concepto se vincula con todas las áreas en las que la persona con discapacidad pueda desempeñarse, como la educación o el ámbito laboral, entre otros. Finalmente, en el año 1989, Ronald L. Mace, redefine el concepto de Diseño Universal a partir de la creación de siete principios que rigen este tipo de diseños.

A nivel jurídico y político, el concepto de accesibilidad fue reconocido como un eje central para la construcción de normas y recomendaciones en torno a la legislación en materia de discapacidad. Así, en 2006 se aprueba la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que tiene como propósito

Promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y por igual del conjunto de los derechos humanos por las personas con discapacidad. Cubre una serie de ámbitos fundamentales tales como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación en la vida política, y la igualdad y la no discriminación. La convención marca un cambio en el concepto de discapacidad, pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos, que reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen en sí mismos una discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Dicha convención fue promulgada en el año 2006 y ratificada por el Estado de Chile y su protocolo facultativo el año 2008.

A partir de este enunciado, se define que las naciones que adscriben a la Convención deberán establecer estrategias que favorezcan la Accesibilidad Universal, por lo tanto,

Los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Estas medidas deben considerar, entre otras, a edificios y construcciones públicas y privadas, comunicaciones y entornos, y todos aquellos espacios destinados al uso común. De esta forma, en los últimos 70 años se ha transitado desde el concepto de eliminación de barreras al de Accesibilidad Universal, entendida como “la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, en condiciones de seguridad y comodidad, de la forma más autónoma y natural posible” (Ley N°20.422, 2010, art. 3 letra b). Por lo tanto, la accesibilidad no supone que para que exista debe haber una persona en situación de discapacidad que requiera de ella, sino que estas condiciones del entorno deben beneficiar a todas las personas, haciendo que esta condición pase inadvertida y permitiendo a todas las personas disfrutar de una participación segura en su entorno físico.

3.6 Diseño Universal

El concepto de Diseño Universal fue utilizado por Ron Mace en la década de 1980 para establecer criterios de uso de elementos para todas las personas. Se entiende como “la actividad por la que se conciben o proyectan, desde el origen, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de forma que puedan ser utilizados por todas las personas o en su mayor extensión posible” (Ley N°20.422, 2010, art. 3 letra c). Es entendiendo al Diseño Universal como la concepción desde el origen de productos o entornos que puedan ser utilizados por la mayor cantidad de personas que, durante la década de 1990 y con base en la propuesta de Ron Mace (1998), el Centro para el Diseño Universal de la Universidad de Carolina del Norte, define siete principios para proyectar o diseñar elementos que respondan al Diseño Universal (Center for Universal Design, 1997).

Principio uno: equidad en el uso.

El elemento puede ser usado por cualquier persona, independiente de sus habilidades, haciendo que el diseño sea atractivo para todos los usuarios.

- ▶ Proporciona las mismas formas de uso para todos los usuarios: idéntico siempre que sea posible y equivalente cuando no lo sea.
- ▶ No provocar segregación o estigmatización a ningún usuario.
- ▶ La privacidad, garantía y seguridad deben ser iguales para todos los usuarios.
- ▶ Diseño atractivo para todos los usuarios.

Principio dos: flexibilidad en el uso.

Implica que el diseño debe acomodarse a un amplio rango de preferencias y habilidades personales (lateralidad, precisión, adaptabilidad al ritmo del usuario, entre otros aspectos personales).

- ▶ Permite escoger el método de uso.
- ▶ Adaptación de acceso y uso a la mano derecha o izquierda.
- ▶ Facilita la precisión y exactitud de los usuarios.
- ▶ Adaptación al ritmo de los usuarios.

Principio tres: uso simple e intuitivo.

El diseño de uso debe ser de fácil comprensión, independiente de la experiencia previa del usuario, su conocimiento, sus herramientas de lenguaje y sus condiciones de concentración. Lo anterior implica que el diseño debe ser sintético, coherente, ajustable para cualquier lenguaje, y debe entregar reportes durante y después de su uso.

- ▶ Ser consecuente con las expectativas y la intuición del usuario.
- ▶ Adaptarse a un amplio rango de habilidades culturales y de lenguaje.
- ▶ Ordenar la información en función de su importancia.
- ▶ Generar avisos y respuestas eficaces durante y después de finalizar la tarea.

Principio cuatro: información perceptible.

El diseño debe entregar una información efectiva para el usuario, independientemente de las condiciones ambientales o de sus habilidades sensoriales, utilizando distintas estrategias para reforzar la información, siendo legible y compatible para usuarios de ayudas técnicas.

- ▶ Utilizar diferentes modos (táctil, sonoro, pictográfico) para presentar la información esencial.
- ▶ Dotar de suficiente contraste entre la información esencial y el entorno.
- ▶ Ampliar la legibilidad de la información esencial.
- ▶ Diferenciar los elementos en formas que puedan ser descritas (por ejemplo, que haga fácil dar instrucciones o direcciones).
- ▶ Permitir la compatibilidad entre los diferentes dispositivos y adaptaciones utilizados por las personas con problemas sensoriales.

Principio cinco: tolerancia al error.

El diseño minimiza riesgos y consecuencias adversas en accidentes o acciones no intencionadas. Su uso debe ser accesible y debe considerar criterios de seguridad.

- ▶ Ordenar y distribuir los elementos de modo que se minimicen el riesgo y los errores: los elementos más usados, más accesibles, y los elementos peligrosos eliminados, aislados o tapados.
- ▶ Facilitar avisos de peligro o error.
- ▶ Facilitar elementos de seguridad ante fallos.
- ▶ Disuadir de la realización de acciones inconscientes en tareas que requieren atención.

Principio seis: reducción del esfuerzo físico.

El diseño debe ser usado en forma eficiente, confortable y con un mínimo de fatiga; es decir, permitir que el usuario mantenga una posición física neutral, usando una fuerza razonable sin sobre exigencia.

- ▶ Permitir al usuario mantener una posición natural del cuerpo.
- ▶ Utilizar de manera razonable las fuerzas necesarias para operar.
- ▶ Minimizar las acciones repetitivas.
- ▶ Minimizar los esfuerzos físicos continuados.

Principio siete: tamaño y espacio para enfoque y uso.

El alcance, manipulación y uso del objeto debe permitir un uso de todas las personas, independientemente de su tamaño, postura o movilidad.

- ▶ Facilitar un amplio campo de visión de los elementos importantes para cualquier usuario, independientemente de que esté sentado o de pie.
- ▶ Permitir el alcance de todos los componentes de forma cómoda, independientemente de la posición de sentado o de pie del usuario.
- ▶ Facilitar las variaciones de tamaño de la mano o del agarre.
- ▶ Facilitar el espacio adecuado para el uso de ayudas técnicas o de asistente personal.

La sociedad está conformada por una amplia diversidad que no sólo se basa en las características físicas y funcionales de las personas; también está constituida por las diferentes culturas, idiomas, religiones, etc. En este sentido, se puede afirmar que el Diseño Universal simplifica la vida de las personas, haciendo que el entorno en el que se mueven, las comunicaciones que utilizan y los productos adquiridos sean más usables por todos con un coste mínimo o nulo para el usuario, considerando además otros aspectos, como la cultura en la que será usado, el clima, etc. (Center for Universal Design, 1997).

3.7 Accesibilidad/participación y clasificación de funcionalidad

En el desarrollo del ser humano, la interacción con su entorno directo constituye un factor determinante, tanto en su proceso vital individual como en su participación en la vida social y comunitaria. Una visión integral considera al ser humano como un ser complejo en permanente interacción con su entorno y ambiente (Organización Mundial de la Salud, 2001). Este ambiente lo constituyen aspectos físicos, sociales, culturales, espirituales e institucionales/ organizacionales que, en su continua variación, determinan factores protectores o limitantes del proceso de inclusión.

En este proceso, enfrentarse a un desafío, la persona puede responder óptima y eficientemente a las demandas del ambiente, condicionada por factores externos (entorno) e internos (habilidades personales, fortalezas, valores y motivaciones); así, el éxito de su desempeño está mediado tanto por sus capacidades como por la cantidad y calidad de oportunidades que ofrezca el entorno.

En tanto, la percepción de la persona respecto de su participación es subjetiva, siendo el componente de participación y actividades insuficiente para valorar lo que podría referirse a la satisfacción de la persona sobre ello; esta se define como el estado cognitivo y de motivación que compromete a la persona según su estado funcional y cultural, entre otros factores individuales y sociales. La naturaleza de este estado puede resultar resiliente o inhibitoria para la persona, influida probablemente por un componente propio de los aspectos personales que no existen predeterminados en la CIF¹.

3.7.1 Impacto del ambiente en el proceso de participación e inclusión de personas con discapacidad

La diversidad de limitaciones físicas es una de las principales dificultades para establecer puntos en común, promedios o acuerdos orientados a poner fin o disminuir las barreras arquitectónicas; sin embargo, se intenta establecer criterios mínimos para que las personas con diversidad funcional puedan interactuar de manera más autónoma posible con su ambiente.

¹ Ver capítulo 2. Funcionamiento, discapacidad y salud.

Si bien en el contexto de esta guía se adhiere mayormente a la visión del modelo biopsicosocial de la discapacidad, el siguiente contenido se presenta en función del punto de vista médico-terapéutico que aún se utiliza para esta clasificación, para facilitar la comprensión del impacto que el ambiente pudiese tener sobre quienes presentan alguna deficiencia en las estructuras o funciones corporales. Se han establecido criterios de funcionalidad general independientes, agrupados según sea la condición transitoria o permanente.

Muchas de las siguientes definiciones se encuentran basadas en las presentadas en el Libro Blanco de la Accesibilidad (Rovira-Beleta Cuyás, 2003) de Enrique Rovira-Beleta, arquitecto español especialista en accesibilidad universal.

Ambulantes

Clasificación referida a aquellas personas en situación de discapacidad que realizan marcha independiente con o sin ayuda de algún elemento externo, ya sea zapato ortopédico, bastones, carro andador, etc. (Alonso López, 2003).

Entre este grupo se identifican:

- ▶ Personas con hemiplejia o parálisis total o parcial de un lado del cuerpo.
- ▶ Personas con amputación de una o ambas piernas a distinto nivel.
- ▶ Personas con secuelas de polio, espina bífida, parálisis cerebral, etc., y otros tipos de enfermedades neuromusculoesqueléticas con secuelas o malformaciones, en los grados que permitan caminar.
- ▶ Personas con insuficiencia cardíaca o respiratoria.
- ▶ Mujeres embarazadas.
- ▶ Personas convalecientes de enfermedades o intervenciones quirúrgicas.
- ▶ Personas de la tercera edad con movilidad reducida.
- ▶ Personas que se encuentren utilizando yesos o vendaje en un miembro inferior.
- ▶ Personas que llevan cargas pesadas o voluminosas.
- ▶ Personas que llevan niños pequeños en brazos o en coche.

Las principales dificultades que afectan a este grupo son:

- Dificultad para desplazarse en desniveles y escaleras, tanto por problemas musculares como de equilibrio.
- Dificultad para transitar por espacios estrechos.
- Dificultad para abrir y cerrar puertas, especialmente si tienen mecanismos de retorno.
- Dificultad para ejecutar trayectos largos sin descanso.
- Riesgo aumentado de caídas por tropiezos o resbalones de los pies o de los bastones.
- Dificultad para accionar mecanismos que precisan actividad bimanual (el uso de ambas manos a la vez).
- Dificultad para mantener la posición de pie en forma estable o prolongada.

Usuarios de silla de ruedas

Son aquellas personas que precisan de una silla de ruedas para realizar sus actividades autónomamente o con la ayuda de otros.

En este grupo encontramos a:

- ▶ Personas con paraplejía o con parálisis en la parte baja del cuerpo (extremidades inferiores).
- ▶ Personas con secuela de lesión encefálica y personas con doble amputación de extremidades inferiores.
- ▶ Personas con tetraplejía, es decir, parálisis tanto de la parte alta como baja del cuerpo, incluyendo piernas y brazos.
- ▶ Afectados de manera importante por enfermedades o condición a causa de estas (polio, parálisis cerebral, etc.).

Los principales problemas que afectan a este grupo son:

- Imposibilidad de desplazarse por desniveles bruscos y escaleras.
- Imposibilidad de superar pendientes importantes.
- Peligro de volcar o resbalar.
- Limitación de sus posibilidades de alcance manual y visual.
- Necesidad de espacios amplios para girar, abrir puertas, etc.
- Imposibilidad de pasar por lugares estrechos.

Sensoriales

Son aquellas personas que tienen dificultades de percepción, debido a una limitación de sus capacidades sensitivas, principalmente visuales o auditivas.

En este grupo encontramos a:

- ▶ Personas ciegas.
- ▶ Personas con dificultad de visión.
- ▶ Personas sordas.
- ▶ Personas con algún nivel de hipoacusia.

Los principales problemas que afectan a este grupo se presentan según dificultad de percepción:

Personas con dificultades de visión

- Identificación de espacios y de objetos.
- Detección de obstáculos (desniveles, elementos salientes, agujeros, etc.).
- Determinación de direcciones y seguimiento de itinerarios.
- Acceso a información escrita.

Personas con dificultades de audición

- Identificación de señales acústicas (alarmas, timbres, etc.).
- Sensación de aislamiento respecto del entorno.
- Acceso a información sonora (voz, música, etc.), específicamente en edificios de uso público (estaciones, aeropuertos, etc.) y transportes colectivos (aviones, barcos, trenes, etc.).

3.7.2 Dificultades del entorno que encuentran las personas con movilidad reducida

Dificultades para maniobrar

Principalmente, limitación en el acceso a los espacios y a la movilidad dentro de ellos. Afectan de forma especial a los usuarios de silla de ruedas, tanto por sus dimensiones, que obligan a prever espacios más amplios, como por las características de desplazamiento que tienen (Alonso López, 2003).

Consideraciones con respecto al uso de sillas de ruedas en edificios públicos:

- ▶ Desplazamiento en línea recta, es decir, maniobra de avance o retroceso.
- ▶ Rotación o maniobra de cambio de dirección sin desplazamiento, es decir, sin mover el centro de gravedad en el sitio en el que se encuentra.
- ▶ Giro o maniobra de cambio de dirección en el movimiento.
- ▶ Franquear una puerta: maniobra específica que incluye los movimientos necesarios para aproximarse, abrir, traspasar el umbral y cerrar una puerta.
- ▶ Transferencia o movimiento para instalarse o abandonar la silla de ruedas.

Dificultades para subir/bajar desniveles

Son las que se presentan en el momento en que se pretende cambiar de un nivel a otro (subiendo o bajando) o superar un obstáculo aislado dentro de un itinerario horizontal. Afectan tanto a usuarios de sillas de ruedas (imposibilitados de superar desniveles bruscos o con pendientes muy pronunciadas) como a los ambulantes, es decir, quienes presentan dificultades con los desniveles bruscos, los itinerarios de fuerte pendiente y los recorridos muy largos (Alonso López, 2003). Este tipo de dificultad se puede apreciar en tres clases:

- ▶ **Continuos o sin interrupción.** Presentes principalmente en las vías públicas y en espacios abiertos, propios de condiciones topográficas (naturales del terreno) más que a una intención proyectual (diseño vial o arquitectónico).
- ▶ **Bruscos y aislados.** Propios de una intención proyectual para evitar, por ejemplo, una entrada de agua (en los accesos desde el exterior a locales cubiertos); separar y proteger (en el caso de las aceras), o conseguir una determinada opción compositiva (escalinata, escalones, etc.).
- ▶ **Grandes desniveles.** Que responden bien a condiciones topográficas o con mayor frecuencia a la superposición de niveles (edificios de más de una planta).

Dificultades para alcanzar

Se distinguen tres clases de dificultades de alcance:

- ▶ **Manual.** Afecta de forma primordial a usuarios de silla de ruedas, tanto por su posición sedente, que disminuye las posibilidades de disponer de elementos situados en lugares altos, como por el obstáculo para la aproximación que representan las propias piernas y la silla de ruedas.
- ▶ **Visual.** Incide en los usuarios de silla de ruedas disminuyendo la altura y el ángulo de visión, principalmente en las personas con deficiencia en el sentido de la vista.
- ▶ **Auditivo.** Repercute de forma primordial en los individuos con disminución o pérdida de las capacidades auditivas (de Benito Fernández et al., 2005).

Dificultades para el control

Son las que aparecen como consecuencia de la pérdida de capacidad para realizar acciones o movimientos precisos con los miembros afectados; inciden tanto en los usuarios de silla de ruedas como en los ambulantes, y se distinguen dos clases de dificultades de control:

- ▶ **Del equilibrio.** Tanto en la obtención como en el mantenimiento de una determinada postura en los usuarios de silla de ruedas y ambulantes a causa de la limitación adicional en las extremidades superiores.
- ▶ **De la manipulación.** Asociada más a las afectaciones de las extremidades de los miembros superiores por la limitación adicional que estas presentan y no precisamente por la condición cedente o ambulante de la persona (de Benito Fernández et al., 2005).

Las dificultades son dependientes de las características y condiciones físicas de cada individuo y su interacción con el ambiente; es aquí donde aparecen estas restricciones. Por lo tanto, las limitaciones no dependen únicamente de las edificaciones ni únicamente de las personas que las habitan.

3.8 Teletón Chile

Las sucesivas epidemias de poliomielitis que afectaron a Chile a mediados del siglo XX dejaron sus huellas en el país: miles de niños y niñas resultaron con secuelas –entre otros problemas–: parálisis, atrofiás musculares, deformaciones esqueléticas y escoliosis. Pensando en ellos, nació en 1947 la Sociedad Pro Ayuda del Niño Lisiado, institución integrada por un grupo de médicos, padres y educadores que, durante 31 años, trabajó con gran esfuerzo y dedicación, con precarias condiciones económicas, en beneficio de la rehabilitación infantil.

Todo esto comenzaría a cambiar radicalmente en 1978, pues Mario Kreutzberger² fue invitado a conocer la institución e, impactado por su realidad, tuvo la convicción de volcar una cruzada de unidad nacional que diera fe, esperanza y futuro a los niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad. Así, nace Teletón.

Hoy resulta indudable que Teletón es la obra más importante que se ha realizado en Chile a favor de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad, no sólo por trabajar en su rehabilitación, sino por haber producido un cambio cultural en pro de la dignidad de las personas en situación de discapacidad y de la promoción de sus derechos. De esta forma, gracias al aporte de todos, desde 1978 a la fecha se han levantado 14 institutos de rehabilitación a lo largo de Chile.

En sus primeros 30 años de vida, la Sociedad Pro Ayuda del Niño Lisiado atendió a 1.800 niños y niñas. A partir del nacimiento de Teletón, son ya más de 100 mil los niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad que se han rehabilitado en la institución; año a año ingresan cerca de tres mil nuevos usuarios. Teletón es una institución solidaria en la que hoy se rehabilitan cerca de 31 mil personas anualmente (www.teleton.cl).

3.8.1 Modelo de atención Teletón Chile

El modelo de atención Teletón se basa en un enfoque bio-psico-social de la discapacidad, entendiéndola como un proceso dinámico de interacción entre el niño/a / jóvenes, su familia y su entorno, promoviendo la inclusión de los usuarios y usuarias en todos sus contextos. La familia toma un rol importante en el proceso de rehabilitación, siendo partícipe activo en las diferentes intervenciones y procesos que implica cada tratamiento.

² Destacado animador de televisión, conocido por su nombre artístico, Don Francisco, en el programa Sábados Gigantes, al cual fue transmitido desde 1962 hasta 2015. https://es.wikipedia.org/wiki/Don_Francisco

Dicho modelo surge de la necesidad de mejorar la calidad de atención, entendiéndola como "el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual" (Aguirre Gas et al., 2002). Esta definición responde a dimensiones de calidad para entregar una atención óptima a los usuarios/as de los institutos a lo largo de Chile: efectividad, seguridad, foco en el usuario, equitativa, continua y oportuna, son las dimensiones que buscan abordar no sólo al usuario, sino que a su familia y comunidad. El objetivo principal del modelo de atención es el mejoramiento en los servicios de rehabilitación y el conocimiento de resultados por parte de la institución y sus trabajadores, para una mejora continua.

El modelo de atención Teletón se emplaza sobre pilares fundamentales que entregan directrices respecto del funcionamiento del plan de rehabilitación.

- ▶ El foco son las necesidades de la familia.
- ▶ La familia es parte fundamental del proceso de rehabilitación.
- ▶ Las atenciones están orientadas a la medición de resultados.
- ▶ El equipo de rehabilitación mantiene un grupo de usuarios.
- ▶ Fomenta el autocuidado del usuario y su grupo familiar.
- ▶ Incorpora indicadores de medición internacional, lo que permite realizar procesos de seguimiento y comparación a nivel nacional e internacional.

Las intervenciones pueden ser abordadas a partir de acciones definidas por los propios equipos de clínica o a través de los servicios transversales, que de manera complementaria se orientan a la atención de las necesidades de los usuarios, generadas por la existencia de dificultades o de barreras que afecten su desarrollo personal y el ejercicio de sus derechos, contribuyendo a generar cambios tanto en el individuo como en su relación con el entorno.

3.8.2 Programa Abre Teletón

Desde el año 2005, a partir de una experiencia piloto en Santiago, surge el programa Abre en el contexto de los servicios transversales de la Dirección de Gestión Social y Voluntariado de Teletón. Este ha desarrollado diversas acciones, como la creación de programas comunitarios que brindan apoyo directo a los usuarios y sus familias en sus hogares o en el contexto comunitario, contribuyendo a mejorar su participación social y el desempeño en las actividades cotidianas e impactando positivamente en su calidad de vida e inclusión social. Los programas comunitarios están formulados en las áreas de accesibilidad, acompañamiento y participación en actividades de ocio y tiempo libre.

El programa Abre forma parte del área de accesibilidad mediante la construcción de adecuaciones en las viviendas que permitan favorecer el desplazamiento autónomo, la realización de las actividades de la vida diaria de los usuarios y el cuidado del cuidador, y se implementa en toda la red de institutos Teletón del país. Es uno de los programas comunitarios con mayor cobertura, y beneficia anualmente en promedio a 700 familias a nivel nacional.

El objetivo general del programa es el de disminuir barreras arquitectónicas y sociales; luego de un proceso de postulación y gracias al trabajo de voluntarios, quienes, en conjunto con la familia –que participa activamente de todos los procesos del programa–, mejora la participación autónoma dentro del hogar de las personas en situación de discapacidad y mejora la calidad de vida familiar.

Aun cuando el foco de atención del programa está en el trabajo directo con las familias en sus hogares, la experiencia ha permitido crear documentos y manuales de uso interno para la formación de voluntarios y compartirlos en espacios de intercambio con otras instituciones o personas que buscan desarrollar acciones de accesibilidad e inclusión social de personas con discapacidad.

El programa Abre se enmarca en un modelo de trabajo en conjunto con la familia, que permite:

Empoderamiento de su situación personal. Modificar el entorno para aumentar la participación social, dejando de ver la discapacidad como un problema.

Conocimiento mutuo entre las familias y voluntarios. Al inicio, la familia completa una ficha de postulación como un acto cívico de formular su propia necesidad y, durante la evaluación, participa activamente identificando con los voluntarios las problemáticas de accesibilidad existentes en su hogar. Durante esta primera etapa se identifican las redes con las que cuenta la familia para que, una vez terminada la intervención, se puedan orientar las posibles soluciones a problemáticas pendientes que pueden ser abordadas en conjunto con sus redes. Asimismo, se identifica si la familia conoce o ha sido beneficiaria de subsidios estatales, si cuenta con la inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad, beneficios del Servicio Nacional de la Discapacidad, etc. Lo que se quiere lograr es que los voluntarios sean facilitadores del proceso, evitando que la familia sea un mero receptor de adecuaciones, entendiendo el empoderamiento de la familia como un paso fundamental en su inclusión social.

Muchas de las familias beneficiadas por el programa tendrán que convivir por largo tiempo o toda su vida con las necesidades de accesibilidad; por ello, es clave conectarlos con las redes comunitarias o informarles de los beneficios que brinda el Estado para que puedan acceder a ellos a futuro y seguir mejorando sus condiciones de habitabilidad y calidad de vida. La situación de discapacidad puede ser un tema lejano y poco frecuente para quien no experimenta esta condición; muchas personas desconocen la cotidianeidad de las familias en las que existe una persona en situación de discapacidad, círculo que se rompe con el acercamiento entre los voluntarios y las familias.

La estructura de trabajo del programa en cada instituto es la siguiente:



Figura 2. Estructura general de trabajo del programa Abre Teletón

Fuente: elaboración propia.

El ciclo de intervención completo está definido de la siguiente manera:

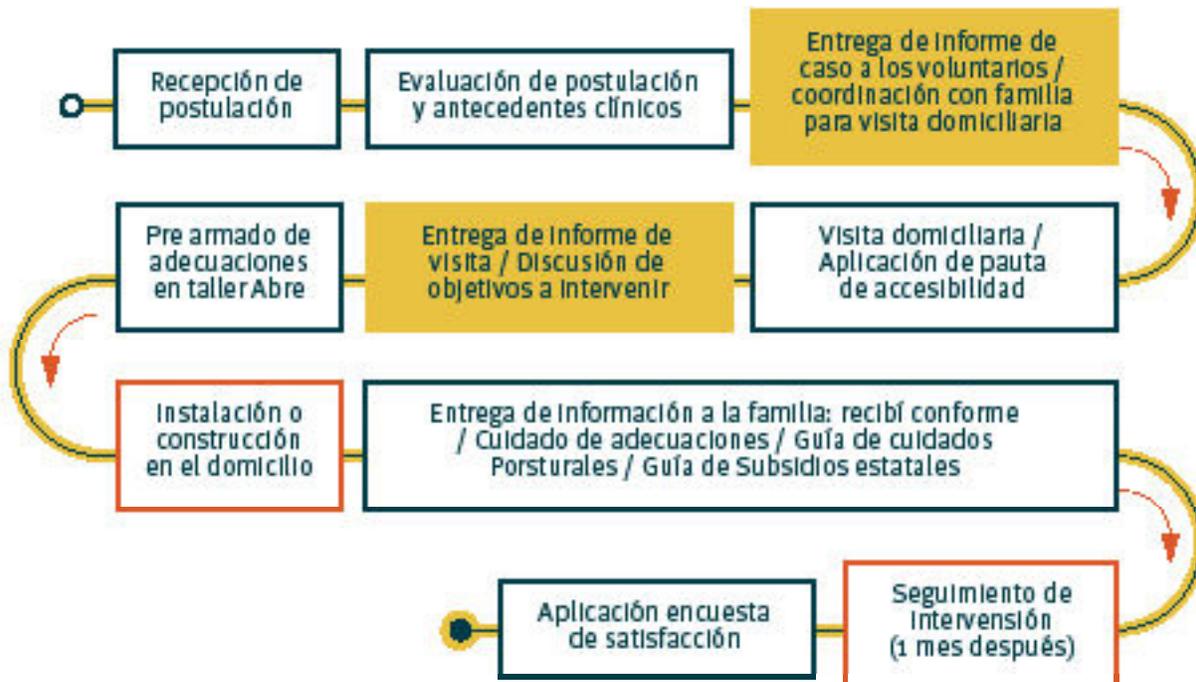


Figura 3. Ciclo de intervención de adecuaciones realizadas por el programa Abre Teletón

Fuente: elaboración propia.

Para la ejecución del programa, la institución dispone de un presupuesto interno por familia a intervenir, no siempre suficiente para cubrir todas las necesidades detectadas o los requerimientos mínimos. Por eso, es clave involucrar a otros actores, como empresas y organizaciones que se puedan sumar mediante sus programas de voluntariado corporativo y donación de materiales, al proceso constructivo para realizar las adecuaciones requeridas.

Pese a todo lo anterior, la clave del proceso de intervención está en empoderar a las familias en la búsqueda de mejores condiciones para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria dentro del hogar, mediante la postulación a subsidios de los que hoy dispone el Estado para el mejoramiento de las viviendas, ya que el programa contribuirá en una etapa de su ciclo de vida, pero ellas seguirán manteniendo este tipo de necesidades u otras. Para eso, será necesario activar sus redes comunitarias o acceder a las transferencias económicas de las que dispone el Estado mediante la asignación de subsidios cuando corresponda.

En todas las regiones en las que se ha implementado el programa, habilitando las casas de los usuarios de Teletón, con pequeñas adecuaciones o ayudas técnicas, se ha evidenciado que el trabajo sería más eficiente tanto en la utilización de recursos como en las ayudas técnicas, si las viviendas estuvieran formuladas con criterios mínimos de accesibilidad desde el diseño original. La mayor proporción de las personas que son beneficiarias de los subsidios del Estado en vivienda realizan todo su ciclo de vida en la misma casa. En términos prácticos, a una familia que le será asignada hoy su casa llegará hasta la tercera y cuarta edad en este mismo lugar, debiendo en algún momento de este ciclo requerir de ayudas técnicas u espacios físicos optimizados para lograr mejores desplazamientos, que les brinden independencia y autonomía ante una eventual situación de movilidad reducida o discapacidad.

Contar con viviendas accesibles desde el diseño inicial es, a largo plazo, una inversión en salud pública, en la medida en que se minimizan las posibilidades de accidentes intradomiciliarios, principalmente de adultos mayores, reduciendo la asistencia o cuidados directos de un familiar cercano que, probablemente, deba dejar de aportar ingresos a la economía de su hogar, realidad que hoy por hoy viven muchas personas que debe ejercer el rol de cuidadores.

Referencias

- Aguirre-Gas, H. (2002). *Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo* (3ª ed.). Noriega Editores.
- Alonso López, F. (Coord.). (2003). *Libro Blanco de la Accesibilidad*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.
- de Benito Fernández, J., García Milà, J., Juncà Ubierna, J. A., de Rojas Torrealba, C., & Santos Guerras, J. J. (2005). *Manual para un entorno accesible*. Real Patronato sobre Discapacidad. <http://hdl.handle.net/11181/2875>
- Center for Universal Design (1997); *Principios del Diseño Universal o Diseño para Todos*. College of Design, North Carolina University, Estados Unidos. Disponible en: https://www.ujaen.es/servicios/spe/sites/servicio_spe/files/uploads/SGAU-UJA/Formacion%20Infraestructuras%20y%20Ayudas%20Tecnicas/ppios_diseno_universal.pdf
- Khasnabis, C., Mirza, Z., & MacLachlan, M. (2015) Opening the GATE to inclusion for people with disabilities. *The Lancet*, 386(10010), 2229-2230. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01093-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01093-4)
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno Vasco.
- Ministerio de Salud. (2017). *Ayudas Técnicas Marco Conceptual y Regulatorio... hacia un programa Nacional en Salud*. Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre de 2013, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Madrid, España, 04 de diciembre, 2013. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>
- Rovira-Beleta Cuyás (2003). Libro Blanco de la Accesibilidad. Mutua Universal, Universitat Politècnica de Catalunya, España.
- Rodríguez Gómez. (2018). Los orígenes de la rehabilitación: entre la guerra y la polio. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 17(1), 46-51. <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v17.n1.2018.310>
- Sen, A. (2001). *Development as Freedom*. Oxford University Press.
- Blanco-Guijarro, R., Aguerrondo, I., Ouane, A., & Shaeffer, S. (2008, November 25). “*La Educación Inclusiva: El camino hacia el futuro.*” http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Policy_Dialogue/48th_ICE/CONFINTED_48_Inf_2_Spanish.pdf