

Dificultades en la accesibilidad que presentan los Hospitales E.S.E de primer nivel de la ciudad de Bogotá para personas con discapacidad física.

Eder Geovanni Forero Charry
Diego Alejandro Amaya Villalba

Programa de Tecnología en Electromedicina,

Coordinación de Ingeniería Biomédica

Universidad ECCI

Noviembre 2018.

**Dificultades en la accesibilidad que presentan los Hospitales E.S.E de
primer nivel de la ciudad de Bogotá para personas con discapacidad
física.**

Eder Geovanny Forero Charry
Diego Alejandro Amaya Villalba

Monografía

Maria Antonieta Dussan Alvarez

Tutor

Noviembre

2018

Dedicatoria

Este presente trabajo está dedicado primordialmente a Dios quien nos guía por el buen camino y nos brinda la sabiduría para elaborar este documento, también dedico este trabajo a mi familia que es el motor de mi vida, finalmente dedico a cada docente por la formación de mi ser en ámbitos profesionales y personales.

Abstract

It is important to analyze the state of the infrastructure and accessibility of the health service offered in the first level hospitals of the city of Bogotá to the population that presents some physical disability.

This document contains a search of the necessary information to establish which parameters need to be evaluated in the hospitals visited to determine if the infrastructure and accessibility should be improved, by means of the evaluation of these parameters it will be possible to determine the aspects that should be improved, the first level hospitals.

The method to be used for data collection will be the survey, where each user of the service will be surveyed until completing the total of the required sample, then the results are tabulated to obtain pie charts, which allow analyzing the results obtained in the surveys performed in the first level hospitals in Bogotá, in order to improve the service provided to the user.

Key Words: Physical disability, Accessibility, Infrastructure, First Level Hospital.

Resumen

Tiene como importancia analizar el estado de la infraestructura y accesibilidad del servicio de salud ofrecido en los hospitales de primer nivel de la ciudad de Bogotá a la población que presenta alguna discapacidad física.

En este documento se encuentra una búsqueda de la información necesaria para establecer que parámetros es necesario evaluar en los hospitales visitados para determinar si la infraestructura y accesibilidad debe mejorarse, por medio de la evaluación de estos parámetros se podrá determinar los aspectos que deben ser mejorados de los hospitales de primer nivel.

El método a utilizar para la recolección de datos será la encuesta, donde se cada usuario del servicio será encuestado hasta completar el total de la muestra requerida, luego se tabulan los resultados para obtener gráficas de torta, que permitan analizar los resultados obtenidos en las encuestas realizadas en los hospitales de primer nivel en Bogotá, con el fin de mejorar el servicio prestado al usuario.

Palabras Claves: Discapacidad Física, Accesibilidad, Infraestructura, Hospital de Primer Nivel.

Tabla de Contenido

Capítulo 1	10
Descripción del Problema	10
Capítulo 2	13
Formulación de la pregunta de investigación.....	13
Capítulo 3	14
Justificación.....	14
Capítulo 4	15
Delimitación	15
Capítulo 5	16
Objetivos	16
Capítulo 6	17
Marco teórico	17
<i>Discapacidad</i>	17
Capítulo 7	29
Marco Legislativo de Infraestructura Hospitalaria.....	29
Capítulo 8	35
Diseño Metodológico	35
Capítulo 9	43
Resultados	43

Lista de Ilustraciones

<i>Ilustración 1 Clasificación de la discapacidad física</i>	20
<i>Ilustración 2 Modelo CIF</i>	22
<i>Ilustración 3 E.S.E de primer nivel en Bogotá.....</i>	38

Lista de Tablas

<i>Tabla 1 Comparación tipo de barrera</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 2 Marco Normativo en Accesibilidad</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 3 Operacionalización de las variables de la Encuesta</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 4 Preguntas del Entorno a la E.S.E</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 5 Preguntas de Accesibilidad a la E.S.E.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabla 6 Preguntas del tipo de paciente de la E.S.E</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 7 Preguntas de la accesibilidad ambiente de la E.S.E</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 8 Pregunta atención al usuario en la E.S.E.....</i>	<i>54</i>
<i>Tabla 9 Preguntas de atención E.S.E al usuario</i>	<i>56</i>

Lista de Gráficas

<i>Gráfica 1 Torta del SI variable entorno.....</i>	<i>44</i>
<i>Gráfica 2 Torta del NO variable entorno</i>	<i>45</i>
<i>Gráfica 3 Torta del SI variable accesibilidad paciente</i>	<i>47</i>
<i>Gráfica 4 Torta de la NO variable accesibilidad paciente</i>	<i>48</i>
<i>Gráfica 5 Torta del SI variable tipo de paciente</i>	<i>50</i>
<i>Gráfica 6 Torta del NO variable tipo de paciente</i>	<i>51</i>
<i>Gráfica 7 Torta de la variable accesibilidad ambientes</i>	<i>53</i>
<i>Gráfica 8 Torta atención al usuario en la E.S.E.....</i>	<i>55</i>
<i>Gráfica 9 Torta del SI variable atención E.S.E al usuario</i>	<i>57</i>
<i>Gráfica 10 Torta de NO variable atención E.S.E al usuario</i>	<i>58</i>

Capítulo 1

Descripción del Problema

LA DISCAPACIDAD FISICA FRENTE A LA ACCESIBILIDAD E INFRAESTRUCTURA DE LAS E.S.E HOSPITALES DE PRIMER NIVEL DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como una interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales, englobando tanto deficiencias, como limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. (OMS, 2001)

Estas deficiencias son producto de muchas enfermedades, ya sean congénitas o adquirida en el desarrollo de la vida, que actualmente se encuentran prevalentes en la sociedad durante su proceso de patogenia dejando como consecuencia una discapacidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) y el Banco de la salud, alrededor de 1.000 millones de personas es decir un 15% de la población sufren de discapacidad, el gran problema es que al pasar de los días esta cifra sigue en aumento.

La OMS (2001) también expone que “Uno de cada cinco discapacitados, lo que supone una cifra de entre 110 y 190 millones de personas, debe enfrentarse a grandes dificultades de movilidad y accesibilidad en su día a día”, lo que deja en evidencia la gran problemática que existe para las personas en condición de discapacidad.

Por otro lado, en Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2015) menciona en sus estadísticas que más de tres millones de colombianos padecen algún tipo de discapacidad de los cuales el 86% de esta población acceden a algún tipo de servicio en salud; por lo que las instituciones prestadoras de salud deben cumplir con los estándares y criterios de la accesibilidad e infraestructura, como requisito para su habilitación y prestación de su servicio, tal como lo dispone la Resolución 2003 (2014) del Ministerio de Salud y Protección Social.

Uno de los mayores inconvenientes, se presenta en la accesibilidad de la población a los servicios de salud, entornos comunitarios, centros comerciales u otros lugares, tanto en infraestructura como en ambientes administrativos, puesto que el fácil acceso a los servicios para las personas con discapacidad física no siempre cumple las normas establecidas en la NTC 4143 (2004), lo cual interfiere con el desarrollo de las actividades diarias.

Según el MINISTERIO DE SALUD (2005), la barrera en accesibilidad a los servicios de salud que tienen las personas con discapacidad física, se debe a los problemas acumulados que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan vigentes, como son: 1) la baja capacidad resolutoria de las instituciones de baja y media complejidad; 2) la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura; y 3) la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones, por otro lado los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios político-administrativos de los últimos años y las modificaciones en la situación de salud de la población; un ejemplo de esta problemática es la situación de permanente inconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios.

Restrepo et, al, (2014), menciona que una de las problemáticas actuales en accesibilidad, fue la cancelación del proyecto de ley ordinaria 210 de 2013 que establecía la reforma al sistema de salud y que buscaba mitigar las barreras que impiden que los usuarios puedan acceder a dicho sistema y que a su vez incrementan si los costos de tratamiento y la complejidad de la enfermedad son mayores.

Capítulo 2

Formulación de la pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales dificultades que presentan los usuarios con discapacidad física frente a la accesibilidad en las E.S.E Hospitales de primer nivel de la ciudad de Bogotá?

Capítulo 3

Justificación

La principal razón para trabajar con la población en condiciones de discapacidad física es lograr una integración y reconocimiento de sus necesidades en el sistema de salud colombiano, que se le sea reconocido su participación como agentes promotores del desarrollo y la sostenibilidad del país, por ello en el campo de la salud, es importante observar el cumplimiento de sus necesidades y expectativas, que las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud den garantía de la oportunidad, eficiencia, efectividad y calidad de la prestación del servicio en salud.

Para el logro de esta meta es importante analizar y diagnosticar todas las variables y barreras que afectan la accesibilidad administrativa y uso de la infraestructura que tiene esta población en las E.S.E hospitales de primer nivel de la ciudad de Bogotá. Desde esta perspectiva este estudio quiere demostrar las principales dificultades que se presentan y plantear posibles soluciones para la eliminación de las barreras y así dar el bienestar deseado a la población con discapacidad física.

Este proyecto de investigación tiene como meta, dar a conocer el contexto actual que presentan las E.S.E hospitales de primer nivel de la ciudad de Bogotá en materia de accesibilidad administrativa en salud e infraestructura y su relación con los usuarios que presentan alguna discapacidad física.

Capítulo 4

Delimitación

Delimitación conceptual

Los contenidos temáticos que se abordarán en esta investigación son:

1. Accesibilidad
2. Infraestructura
3. Discapacidad

Servicio de salud en las E.S.E hospitales de primer nivel

Delimitación espacial

La aplicación de la investigación para obtener datos e información precisa y real, se realizará el estudio en las E.S.E hospitales de primer nivel de la ciudad de Bogotá.

Capítulo 5

Objetivos

Objetivo General

Identificar las principales causas de las dificultades que presentan los usuarios con discapacidad física frente a la accesibilidad e infraestructura de las E.S.E Hospitales de primer nivel de la ciudad de Bogotá.

Objetivos Específicos

Determinar las principales causas que generan las dificultades en la accesibilidad y uso de la infraestructura de las E.S.E Hospitales de primer nivel, en los pacientes con discapacidad.

Identificar las diferencias de accesibilidad de tipo administrativo e infraestructura en salud e infraestructura que se presentan en las E.S.E Hospitales de primer nivel de la ciudad de Bogotá.

Identificar las condiciones de discapacidad que más se presentan en los usuarios de las E.S.E Hospitales de primer nivel de la ciudad de Bogotá

Capítulo 6

Marco teórico

Discapacidad

Para PADILLA (2010), La discapacidad ha sido y es un factor de gran impacto que tiene en la vida de los seres humanos, generando cambios en los hábitos del individuo, y con mayor gravedad un impacto negativo a la salud de la persona, esto conlleva a la generación de otras dificultades. La discapacidad puede ser física, cognitiva, psicológica y emocional; todas estas discapacidades pueden ser generadas por causas de enfermedades genéticas o adquiridas por un vector o mediante un acto de accidentabilidad-traumatismo; entonces La discapacidad es una situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive.

Alrededor de la historia han aparecido varios modelos de abordaje de la discapacidad, es así como HERNANDEZ (2014) en la historia se crea el modelo de prescindencia el cual estaba justificado en una cultura de creencias sobrenaturales y religiosas, en donde las personas en condición de discapacidad eran vistas como un castigo razón por la cual no debían vivir.

Con el avance de las civilizaciones se crea el modelo médico o rehabilitador, donde la discapacidad era entendida mediante una explicación científica, donde empiezan a jugar los conceptos fisiológicos, mentales y estructurales, esto impulsado por las guerras de conquista que se llevaron a cabo en dichas épocas.

DI NASSO (2011) menciona que, más adelante cuando la sociedad comienza a fortalecer principios de igualdad de condiciones, comienzas a crearse asociaciones que trabajan por los derechos de las personas en condición de discapacidad.

LUGO (2005) ha descrito que el 15% de la población del mundo tiene alguna discapacidad, en Latinoamérica las prevalencias más altas son: Brasil 23,9%, Chile 12,9% y Ecuador 12,1%; y las más bajas son: Cuba con 3,3%, Honduras 2,3% y Paraguay 0,99%³. Colombia por su parte tiene una prevalencia intermedia del 6,3% lo cual representa a 2.624.898 colombianos según el Censo General del 2005

La legislación colombiana ha elaborado un gran marco legislativo para la salud e inclusión social para garantizar los derechos de las personas sin importar sus creencias, estado sociodemográfico, entre otras variables, frente a la población que presenta alguna discapacidad física la nación ha creado la LEY 1145 (2007), la cual tiene como objeto impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos.

Discapacidad física

Basil et al., (1997) menciona que, uno de los tipos más comunes de discapacidad es la física o motora, la cual se puede definir como la alteración del aparato motor causada por un

funcionamiento deficiente del SNC, del sistema muscular, del sistema óseo o de una interrelación de los tres, que dificulta o imposibilita la movilidad funcional de una o varias partes del cuerpo.

A su vez, la discapacidad física tiene una clasificación importante para entender el tipo de limitación funcional, esta clasificación está dada en términos de las causas que provocan la discapacidad, momento de aparición, origen o localización. En etiología, se destacan tres criterios de clasificación (citar el libro), el primero es el carácter congénito-adquirido en el cual se identifica el momento en que se ha producido la discapacidad, el segundo es la separación enfermedad-aparato locomotor, donde se diferencia la localización del órgano afectado, separando si la discapacidad es producida por enfermedad común o interna o si es producida por alteraciones del aparato locomotor y la tercera es la temporalidad de la etiología, criterio en el cual se define el origen de la enfermedad, y su procedencia (hereditario, genético o adquirido).

La clasificación de la discapacidad física se debe a su función y localización del cuerpo humano, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

(INEGI, 2016) nos sugiere que las discapacidades motrices es la dificultad que presenta el individuo para ejecutar las actividades de caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar tareas de la vida diaria. Las discapacidades motrices están conformadas por tres grupos.

Discapacidades de cabeza, cuello y tronco

Discapacidades en las extremidades superiores

Discapacidades en las extremidades inferiores

Las discapacidades presentes en cabeza, cuello y tronco son las dificultades motoras en el funcionamiento de la movilidad de la cabeza, cuello y tronco, se manifiesta con limitaciones para que el individuo pueda estirarse, girarse por rotación de tronco, agacharse por flexión de columna.

Discapacidades presentes en las extremidades superiores, son las dificultades motoras que se presentan en el movimiento y funcionalidad de los brazos, manos y dedos, se manifiesta con limitaciones para que el individuo pueda hacer rotación de la articulación de muñecas, flexión de la articulación interfalángica, flexión de articulación de codo y rotación de hombro.

Discapacidades presentes en las extremidades inferiores, son las dificultades motoras que se presentan en el movimiento y funcionalidad de las piernas y pies, se manifiesta con limitaciones para que el individuo pueda realizar la marcha o el correr.

En la tabla 1 se visualiza la clasificación que tiene las diferentes discapacidades físicas que puede tener el individuo, teniendo en cuenta su tipo de origen y localización.

Ilustración 1 Clasificación de la discapacidad física

TIPO DE DISCAPACIDAD												
1. Hereditario, autoinmune o por factores corporales (Discapacidad física expresada por fuentes genéticas, sistema inmune o por una fuente del mismo cuerpo humano)	NEUROLÓGICO			MUSCULAR			OSTEOARTICULAR					
2. Agente externo (Discapacidad física expresada por agente patógeno-infeccioso)												
3. Accidente (discapacidad física expresada por un medio u objeto del entorno)												
1. Discapacidades de cabeza, cuello y tronco	parálisis cerebral	1	2	3	Distrofia muscular	1			Tuberculosis osteoarticular		2	
	Accidente cerebro-vascular isquémico	1			Miopatías	1			osteitis deforme			2
	Síndrome de Guillain-Barré	1			celulitis infecciosa en cuello		2		rotoescoliosis	1		
	Atetosis				Quemadura discapacitante en cuello				síndrome de trachea colin	1		
	Tumor en cabeza, cuello o tronco	1	2		fibromialgia en cuello	1			Ostogénesis imperfecta	1		
2. Discapacidades en las extremidades superiores	parálisis cerebral	1	2	3	Distrofia muscular	1			Tuberculosis osteoarticular		2	
	Monoplejía			3	Miopatías	1			osteitis deforme			2
	Diplejía			3	Ambutación de brazos			3	Artritis reumatoide	1		
	Tetraplejía			3	Adactilia en manos	1		3	Ostogénesis imperfecta	1		
	Hemiplejía	1		3	Traumatismo muscular en brazos			3	Ambutación de brazos			3
	mielitis transversa	1	2	3	celulitis infecciosa en brazos		2		Adactilia en manos	1		3
	Accidente cerebro-vascular isquémico	1			Quemadura discapacitante en brazo			3	luxación de codo			3
	Síndrome de Guillain-Barré	1			Fibromialgia en brazos	1			luxación de hombro			3
3. Discapacidades en las extremidades inferiores	parálisis cerebral	1	2	3	Distrofia muscular	1			Tuberculosis osteoarticular		2	
	Monoplejía			3	Miopatías	1			osteitis deforme			2
	Diplejía			3	Agnesia	1			Artritis reumatoide	1		
	Tetraplejía			3	ciática discapacitante				Ostogénesis imperfecta	1		
	Hemiplejía	1		3	Amputación de piernas			3	Anquilodactilia discapacitante	1		
	Paraplejía	1		3	Adactilia en pies	1		3	Amputación de piernas			3
	poliomielitis			2	Traumatismo muscular en pierna			3	Hemimelia	1		
	Espina bifida	1			celulitis infecciosa en brazos		2		Adactilia en pies	1		3
	Mielitis transversa	1	2	3	Quemadura discapacitante en pierna			3	luxación de rodilla			3
	Accidente cerebro-vascular isquémico	1			Fibromialgia en piernas	1			luxación de tobillo			3
	Síndrome de Guillain-Barré	1			Desgarre muscular de pierna			3	Traumatismo óseo en miembro inferior			3

En la ilustración 1 se hace la clasificación de la discapacidad física. Fuente propia del autor en base de información (INEGI, 2016) (MARTINEZ, 2014)

Independiente de la clasificación de su origen o manifestación, siempre se va a ver afectada una estructura o función corporal que repercute en una limitación funcional y su vez en una restricción de la participación como JIMENEZ(2016) define en el modelo CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) donde una patología conlleva a una deficiencia y a su vez a una limitación funcional, que no permite un adecuado desempeño en el desarrollo de actividades cotidianas e instrumentales de la vida diaria, que en conjunto con

aspectos sociales y barreras restringen la participación y el cumplimiento de roles de las personas con discapacidad.

Ilustración 2 Modelo CIF

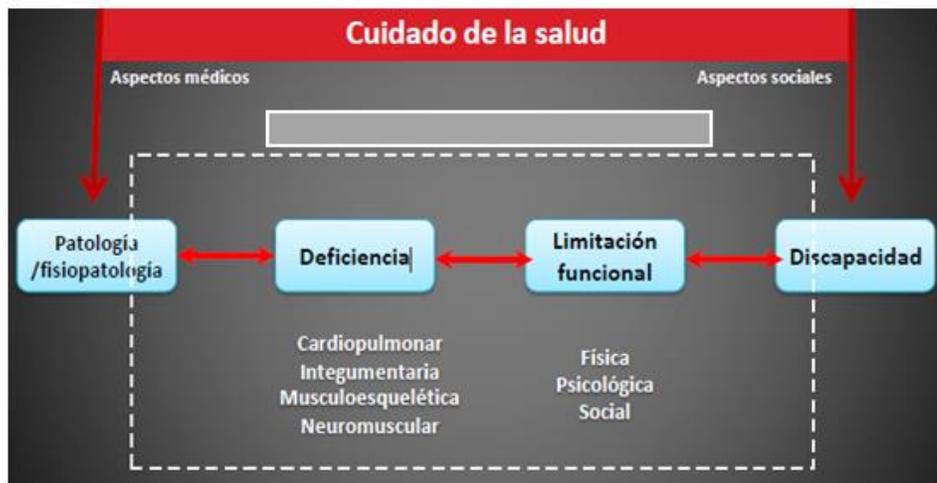


Ilustración 2. Modelo CIF. Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la discapacidad y de la salud. Jiménez. J. 2016 vol.39 no.1

Accesibilidad

La accesibilidad según COMES. Y. et al., (2006) son los canales que permite la relación entre la población y la entidad o unidad que presta la atención en salud, de tal manera que es el conjunto de variables que determinan la forma en los cuales los servicios en salud son ofrecidos a la población y que oportunidad cuenta esta en tomar o usar los servicios en salud; la accesibilidad puede verse afectada por un conjunto de barreras que limita la posibilidad de que la población pueda tener la prestación del servicio en salud.

Según BORINI M. (2011), estas barreras están clasificadas en cinco estados:

Tipo administrativo u operacional, estas barreras son establecidas por la misma entidad prestadora del servicio de salud, mediante un sistema defectuoso, impuntual, no coordinado, generando por reprocesos, ausencia de una política amigable con el usuario, el principal efecto es la dificultad que se presenta en la organización hacia el usuario en la prestación del servicio de salud, por una información no exacta, falta de conexión del sistema, sobrecarga de usuarios, aumento y demora de turnos para la prestación, la creación de prerrequisitos para la prestación del servicio, ausencia de canales de comunicación con el usuario, falta de señalización, creación de procedimiento para la prestación de servicios especializados en salud, déficit de personal calificado para la prestación del servicio, inexistencia y daños en los muebles para la espera de los pacientes, ausencia de equipos médicos, la carencia de un sistema de gestión de calidad entre otros.

Tipo geográfico, esta barrera determina la dificultad que tiene la población en acceder al servicio de salud, por las condiciones geográficas que presenta la organización prestadora de salud, tales como la distancia de recorrido que tiene el usuario para llegar al punto de atención, la dificultad del terreno para llegar al punto de atención que puede ser por falta de vías de transporte, terrenos no aptos para la transición de personas, por accidente.

Tipo económico, esta barrera esta subdividida por variables directas e indirectas y por costos intangibles y costos tangibles; las variables directas son las que afectan al principal actor que puede ser tanto el usuario como la organización, al usuario por carencia de recursos económicos para acceder al servicio de salud, como el no tener dinero para el transporte o para el copago de la cuota establecida en el servicio de salud y para la organización, la carencia de dinero para adquisición de

equipos médicos, pago de nómina para personal de la salud etc. Las variables indirectas son las fuentes económicas no propias del primer actor y que son manejadas por un tercer actor, entidad estatal, alcaldía, entidad promotora de salud entre otros. Las variables de costos tangibles son los costos que son calculados en el proceso es decir que ya están planificados y estructurados en el sistema, para el usuario puede ser los costos que tiene establecido para pagar para la adquisición de la prestación del servicio, como medicamentos entre otros y para la organización son costos que están dentro de lo establecido en su política como pago a proveedores y finalmente la variable de costos intangibles, son los costos que si bien pueden estar en la planificación no se tiene con exactitud su cantidad por ejemplo el pago del aumento de un servicio público, el pago incrementado por un servicio prestado por un tercero, en el usuario es por algo no previsto como pago de doble transporte; entre esta variable están los costos por la no calidad, ausencia o retiro del personal en salud, molestias y quejas que se presentan en la prestación del servicio de salud.

Tipo cultural, esta barrera está definida por la población, sus costumbres pueden determinar el acceso al servicio de salud, la falta de puntualidad del usuario, los buenos modales en la relación entre personal de la salud y el usuario, la comunicación efectiva, la perdida de respeto y valoración a las instituciones las cuales fomentan el desarrollo social y sostenible del país, mas sin embargo estas instituciones y la población pueden verse inmersas en una problemática cultural por la corrupción, entendiendo la corrupción según ZULETA (2015) como el proceso degenerativo de las normas y valores que se establecen en la sociedad. El mayor ejemplo de corrupción en salud en Colombia, como lo menciona MANRIQUE (2011) es que se desvía los recursos destinados para la población, generando un impacto en el bienestar de la población, afectando la adquisición de medicamentos, equipos médicos, construcción y remodelación de infraestructura en hospitales, contratación de personal de la salud altamente capacitado. La desviación de estos recursos tiene

como resultado en la salud de la población, muertes maternas, muertes infantiles, muertes por enfermedades crónicas entre otras, lo cual se puede concluir que la corrupción no solo da pérdida al dinero, sino que también a la vida de las personas que no tuvieron el tratamiento oportuno y a las actividades de promoción y prevención.

La última barrera es de tipo político, barrera que determina leyes, normas, decretos y acuerdos que enmarcan la prestación del servicio de salud, el estado y entidades competentes en legislación pueden generar nuevas pautas o acciones que puedan afectar el proceso que tiene las instituciones y organizaciones en salud con la población, como ejemplo, se puede citar los marcos legales de acuerdos interjurisdiccionales, afectando a la población determinada en el desplazamiento de ciudades, municipios etc. Esto perjudica gravemente a las personas con discapacidades físicas para su desplazamiento. Esta barrera también se ve impactada con la corrupción, los políticos que reciben sobornos por agentes externos (compañías farmacéuticas entre otros) pueden aprobar leyes que afecten a la salud de población así mismo, los agentes legales encargados en la supervisión y manejo de los recursos destinados para la salud pueden ser tratados con sobornos u otros tipos de corrupción, afectando de tal manera a la salud de la población colombiana.

Las entidades generan políticas institucionales que no tienen en cuenta las necesidades de la población que se encuentra en discapacidad, el mal manejo de los recursos necesarios para la atención en salud para la población discapacitada, a nivel operativo, no permite la fomentación de medios y muebles físicos necesarios para la atención de sus problemáticas, a nivel de personal, no se capacita al talento humano, para que tenga la pericia, conocimiento y herramientas necesarias en la atención de las personas con discapacidad, a nivel de sistema, no establece los procesos necesarios que ayudan a mitigar los riesgos que puedan presentar las personas con discapacidad en

las instalaciones, no se fomenta un sistema de gestión de calidad que elimine los reprocesos en la atención, no se construye una cultura organizacional para la atención de la discapacidad. Todos estos problemas hacen que la persona se sienta mal atendida y que no le tengan en cuenta con sus dificultades, de tal manera que esta población se sienta desplazada.

Por ello se deben tener herramientas administrativas que potencien la accesibilidad, una de ellas es la regionalización expuesta por ZULETA (2015), que desarrolla y articula regiones autosuficientes, esto permite que la población con discapacidad física no se vea inmersa en traslados innecesarios y hasta peligrosos, asegurando al mismo tiempo mecanismos de referencia y contra referencia.

Otra herramienta es la planeación estratégica, mencionada por CEDIEL (2013), creada por la alta dirección del instituto prestador de salud, la cual le permite enfocar los recursos prioritarios para los procesos con mayor impacto en la prestación de la salud y en el manejo de riesgos para las personas con alguna discapacidad física: la planeación estratégica debe estar retroalimentada en la evidencia, es allí donde se toma decisiones para nuevos retos en salud. La integración de la mejor evidencia disponible con el conocimiento y juicios de parte de los actores y expertos considerados para el beneficio de las necesidades de la población. De tal manera que la alta dirección y el personal en salud son los responsables de tomar estas evidencias para mejorar la calidad de la atención en salud de las personas con discapacidad física.

A continuación, se presenta la siguiente imagen 2, en la cual se condensa la información descrita anteriormente, con el fin de aportar una mayor claridad al tema tratado

Tabla 1 Comparación tipo de barrera

TIPO DE BARRERA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
ADMINISTRIVA U OPERACIONAL	Se establece por misma entidad	Genera reprocesos
	Creación de prerrequisitos para la prestación del servicio	Carece de una política amigable con el usuario
		Información no exacta
		Sobrecarga de usuarios
		Demora de turnos
		Déficit de personal calificado
GEOGRÁFICO	Determina la dificultad de la población para acceder al servicio	Terrenos no aptos para el tránsito de personas
	Identifica condiciones geográficas	Falta de vías de acceso
	Calcula la distancia del recorrido del usuario para llegar al punto de atención	
ECONÓMICO	Tiene otras fuentes económicas, diferentes al usuario que son manejadas por entidad estatal u otras	Afecta al usuario por carencia de recursos económicos para acceder al servicio
	Los costos son calculados, planificados y estructurados en el sistema	Afecta a la organización por la carencia de dinero para adquisición de tecnología
		Hay costos que son intangibles, no pueden ser calculados a exactitud
CULTURAL	Buena atención y relación entre el personal asistencial y usuario	Falta de puntualidad del usuario
	Comunicación efectiva	Corrupción, problemática cultural
POLÍTICO	Determina leyes, normas, decretos y acuerdos entre el servicio de salud, el estado y entidades competentes	Generación de nuevas pautas o acciones que afectan los procesos de la institución
		Perjudica a la población e institución

TIPO DE BARRERA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
		Corrupción a entidades reguladoras del servicio de salud

En la tabla anterior se realiza una comparación del tipo de barrera con las ventajas y desventajas que presentan, de modo que la persona interesada en el texto encuentre la información leída de forma condensada y más clara para su comprensión.

Accesibilidad en Infraestructura para Personas con Discapacidad Física.

La accesibilidad física o en infraestructura se entiende por VALAREZO (2009), como las características de un espacio exterior o interior modificado, que permiten a la población tener una participación en todas las esferas del entorno, un mayor grado de independencia, el fácil desplazamiento y el uso en forma confiable y segura de los servicios instalados.

La construcción de las instalaciones que permitan el acceso al público, deben contemplar el desarrollo de: rampas, escaleras o ascensores, baños adaptados, entre otros aspectos que permitan el desplazamiento y la facilidad en las maniobras de las personas con discapacidad, tales como: superar desniveles, detectar obstáculos, de alcance y control; hay que tener en cuenta que existen guías y herramientas donde se describen los parámetros puntuales de estricto cumplimiento para el diseño y construcción de dichas modificaciones.

Capítulo 7

Marco Legislativo de Infraestructura Hospitalaria

El estado colombiano mediante el artículo 194, 195 y 196 de la ley 100 de 1993 y el DECRETO 1876 (1994), establece que, entre las entidades públicas del orden nacional, da la creación de las empresas sociales del estado (E.S.E) las cuales son una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos. Su principal función es Prestar los servicios de salud que requiera la población teniendo en cuenta su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer. En el cumplimiento de su función, debe estar alineada en dos principios básicos, La eficacia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida y la calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la metería.

Las E.S.E en su plataforma estratégica se visualiza unos objetivos que deben estar alineados a la atención eficiente y efectiva en salud para la población general y a la población que tenga discapacidad física. Las E.S.E deben tener recursos de infraestructura y físicos suficientes para la atención de la población con discapacidad física, debe de disponer la solvencia económica, satisfacer los requerimientos del entorno, cumpliendo las necesidades y expectativas de la

población con discapacidad física, permitiendo que esta pueda vincularse a los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria.

Las E.S.E en su toma de decisiones bajo el estudio de evidencias, debe generar una investigación científica para dar solución a la población con discapacidad física; para ello la RESOLUCIÓN 8430 (1993), establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, las cuales deben ser inspeccionadas por el comité de ética encargado; teniendo en claro según el artículo 4 que “a investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c) A la prevención y control de los problemas de salud.
- d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f) A la producción de insumos para la salud

La Resolución No. 5261 de 1994, establece que las E.S.E Hospitales tienen tres divisiones según a los recursos que posee y a su complejidad del servicio se le divide en tres niveles de responsabilidad de la atención en la salud.

Las E.S.E de primer nivel atienden a los servicios básicos en salud, posee médico general, ofrece atención ambulatoria, prescripción de medicamentos esenciales, laboratorio clínico básico y acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control. Los de segundo nivel prestan servicios en salud especializados, no quirúrgicos y no de carácter intervencionista, posee laboratorio clínico especializado, radiología especializada, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos. Los de tercer nivel prestan servicios de alta complejidad, tiene procesos quirúrgicos especializados. Todas estas entidades deben cumplir una serie de requisitos para el cumplimiento en la prestación del servicio en salud. Las E.S.E están en un proceso de control y vigilancia por parte del ministerio de salud, superintendencia de salud, secretarías de salud departamentales y/o municipales.

Teniendo en cuenta que la investigación se llevará a cabo en las E.S.E Hospitales de primer nivel, este lugar debe encontrarse habilitado y registrado ante la Secretaría Distrital de Salud, por medio del sistema único de habilitación RESOLUCIÓN 2003 (2014), que es un “conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud “. Para garantizar el proceso de habilitación se han dispuesto de una reglamentación específica, la principal de ellas es la Resolución 2003 de 2014 en la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, para lo cual se propusieron como requisitos: la autoevaluación, la inscripción por medio del formulario y la visita de la secretaria de acuerdo a los

servicios inscritos, en la cual se evalúan módulos como: dotación, recurso humano, infraestructura, procesos prioritarios y contabilidad.

Por otro lado, se encuentra la LEY 12 (1987) Por la cual se suprimen algunas barreras arquitectónicas y se dictan otras disposiciones, donde describe en el artículo 1 que “Los lugares de los edificios públicos y privados que permiten el acceso al público en general, deberán diseñarse y construirse de manera tal que faciliten el ingreso y tránsito de personas cuya capacidad motora o de orientación esté disminuida por la edad, la incapacidad o la enfermedad. Parágrafo. Deberán acogerse a lo dispuesto en la presente Ley: las construcciones destinadas a la prestación de servicios de salud, como hospitales, clínicas y centros médico-asistenciales; los centros de enseñanza en los diversos niveles y modalidades de la educación; los escenarios deportivos; los cines y teatros; los edificios de la administración pública; los edificios donde funcionen servicios públicos; los supermercados; los centros comerciales; las fábricas; los bancos y demás establecimientos del sector financiero; las iglesias; los aeropuertos; las terminales de transporte; los parqueaderos y los medios de transporte; los museos y los parques públicos.”

Adicionalmente, Colombia cuenta con un amplio marco normativo en materia de accesibilidad, que se describirá a continuación.

Tabla 2 Marco Normativo en Accesibilidad

Norma	Año	Fundamento
Ley 1287	2009	Establece normas de accesibilidad como bahías de estacionamiento y medio físico señalando multas y sanciones por su incumplimiento.
Ley 1346	2009	Se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Art. 9. Medidas a tener en cuenta para la eliminación de obstáculos y barreras de acceso.
Ley 762	2002	Aprobación de Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Art. 3. Eliminación de barreras arquitectónicas y de transporte.
NTC 4774	2000	Accesibilidad de las personas al medio físico, edificios, cruces peatonales a nivel señal y sonora para semáforos peatonales.
Decreto 1504	1998	Art. 6 Obligatoriedad de cumplir normas de accesibilidad en los diseños y en la construcción de los elementos constitutivos del espacio público.
NTC 4143	1998	Accesibilidad de las personas al medio físico. Rampas fijas.
NTC 4145	1998	Accesibilidad de las personas al medio físico. Escaleras.
NTC 4279	1998	Accesibilidad de las personas al medio físico, espacios urbanos y rurales, vías de circulación peatonales planos.
NTC 4349	1998	Accesibilidad de las personas al medio físico, edificios, ascensores.

Norma	Año	Fundamento
Ley 361	1997	Título IV de la Accesibilidad. Normas y criterios para facilitar la accesibilidad a las personas con movilidad reducida.
Ley 400	1997	Artículo 6. Parágrafo 3. Obligatoriedad de cumplir normas de accesibilidad en los diseños y en la construcción de las edificaciones
NTC 4139	1997	Accesibilidad al medio físico símbolo gráfico, características generales.
NTC 4140	1997	Accesibilidad de las personas al medio físico, edificios, pasillos, corredores y características generales.
NTC 4144	1997	Accesibilidad de las personas al medio físico. Edificios y señalizaciones.
NTC 4201	1997	Accesibilidad de las personas al medio físico, edificios, equipamientos, bordillos, pasamanos y agarraderas.
Ley 12	1987	Aprobación de Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.
Resolución 14861	1985	Incluye dimensiones técnicas para la construcción de los elementos constitutivos del espacio público

En la tabla 2. Se presentan las normas sobre accesibilidad física. Normas sobre la accesibilidad física, ministerio de salud y la protección social, república de Colombia, recuperado de:

https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Discapacidad_Accesibilidadfisica.aspx

Capítulo 8

Diseño Metodológico

Este trabajo es de naturaleza cualitativa y se encuentra enmarcado en un estudio descriptivo, donde según MANTEROLA C. (2009) a través del tiempo se evalúan las características que presentan las personas con discapacidad física para acceder a los E.S.E hospitales de primer nivel, siendo este el tema de investigación, de manera que se genere una secuencia de pasos para estudios analíticos posteriores, donde se muestren las principales dificultades de accesibilidad de tipo administrativo e infraestructura que se presentan en la prestación del servicio en salud de las E.S.E de primer nivel de la ciudad de Bogotá a la población con discapacidad física; esto como pauta para estudios posteriores que ayuden a mejorar y minimizar la problemática del tema.

Como principal paso de esta investigación descriptiva es llegar a conocer las situaciones, características y contexto de la accesibilidad de las personas al servicio de salud en las E.S.E de primer nivel de la ciudad Bogotá, a través de la descripción exacta de la recopilación de datos ejecutados mediante encuestas, donde se describe una meta que no solamente se limita a la recolección de datos, sino a la identificación de las relaciones que existe entre la discapacidad física y la accesibilidad al servicio de salud en las E.S.E de primer nivel de la ciudad de Bogotá.

Tipo de Investigación.

Para el presente proyecto de investigación se realizó una segmentación de desarrollo de la monografía, mediante la creación de etapas de ejecución:

En la primera etapa del proyecto se realiza el planteamiento del problema, el cual permite hacer la especificación del enfoque del proyecto, de manera que permita dar solución hasta la delimitación establecida.

En la segunda etapa se realiza un contraste entre la normatividad que se tiene y la prestación del servicio a las personas con discapacidad física, este paralelo se obtiene de la búsqueda de información acerca de lo que debería ser y la prestación del servicio y la aplicación de un estudio por encuestas, de manera que permita evaluar el cumplimiento y no cumplimiento de lo establecido por la ley.

En la tercera y última etapa, se obtienen los resultados obtenidos de la aplicación de la etapa uno y dos, la cual se ve reflejada en la secuencia de procesos en los que se evidencian fallas de la prestación del servicio de salud de las E.S.E en hospitales de primer nivel en Bogotá para la población con discapacidad física.

Por tanto, los autores a través de la revisión de la literatura define una hipótesis, que aplicada a una muestra de las ESE de primer nivel de la red hospitalaria de la Ciudad de Bogotá, busca comprobar a través de la herramienta de encuesta la relación que tienen los usuarios con discapacidad física frente a la accesibilidad de tipo administrativo que tienen estos al servicio de salud de las E.S.E y descubrir las principales fallas de infraestructura que impactan en los usuarios con discapacidad física.

Como resultado, se espera recopilar los datos de información arrojados por las entrevistas y visitas ejecutadas en las E.S.E de primer nivel de la ciudad de Bogotá para dar un análisis detallado

y dar a conocer las principales fallas que se presentan en la accesibilidad tipo administrativo que tienen los usuarios y presentar las principales discapacidades físicas que tienen los usuarios de las E.S.E. Estos resultados podrán ayudar en futuras investigaciones, la construcción de un modelo o herramientas para solucionar los problemas de la accesibilidad del servicio de salud para usuarios con discapacidad física.

Método utilizado.

Esta investigación emplea el método cuantitativo, el cual se basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer aspectos de interés de la población objeto de estudio.

Este método define una hipótesis que posteriormente traduce en indicadores o variables que mide mediante técnicas de recolección de información estadística.

Los análisis de los resultados se comparan frente a la hipótesis, constituyendo una explicación de cómo estos encajan en el conocimiento existente (HERNANDEZ, 2010). Esta investigación pretende generalizar los resultados encontrados en la muestra a la población.

Operacionalización de las preguntas en variables. Comprende la construcción de variables de investigación partiendo de las preguntas del problema, las cuales son planteadas en una herramienta de recolección de datos, que para este documento es la encuesta (Anexo 1).

Las variables definidas para este trabajo son:

Accesibilidad de tipo administrativo e infraestructura en salud

Discapacidad física de los usuarios.

Población

La población a trabajar está enfocada en las once (11) E.S.E de la red E.S.E de la ciudad de Bogotá, en la tabla (3) se describe sus respectivos datos.

Ilustración 3 E.S.E de primer nivel en Bogotá

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E (E.S.E DE PRIMER NIVEL)				
ZONA	RESPONSABLE	UNIDAD	TELEFONOS	DIRECCIÓN
Centro oriente	Martha Yolanda Ruiz	U.S.S Centro oriente	2882550-3444484	Diagonal 34 #5-43
		U.S.S Rafael Uribe Uribe	5966600	carreara 12D#26a-62sur
		U.S.S San Cristóbal	2091480	calle 22 sur#8a-58
Norte	Yidney García Rodríguez	U.S.S Chapinero	2354122-3481784	Calle 66#15-41
		U.S.S Usaquén	6583030	carrera 6A#119B-14
Sur Occidente	Victoria Eugenia Martínez Puello	U.S.S Sur	7560505	Carrera 78#35-71sur
		U.S.S Fontibón	4044694-4860033	carrera 106#15A-32
		U.S.S Pablo VI Bosa	7799800	Carrera 77 I BIS#69B-70Sur
Sur	Claudia Helena Prieto Vanegas	U.S.S Nazareth	2956353-7435903	31 kilometros del área urbana de Bogotá
		U.S.S Usme	7660666	carrera 13 #135A-42sur
		U.S.S Vista Hermosa	7300000	Calle 67A Sur#18C-12

En la Ilustración 3 se muestra la subred de E.S.E de primer nivel de la ciudad de Bogotá (elaborada por el autor con fuente de la secretaria de salud de Bogotá, 2018)

La población objetivo para la aplicación de la encuesta son personas que se encuentran en la entrada de los hospitales de primer nivel en forma de paciente o acompañante de paciente, pero el enfoque en la selección de las personas a encuestar, son aquellas que en su mayoría presentan una discapacidad física evidente al resto de la población, de modo que la información obtenida provenga de una fuente confiable, es decir de una persona que utilice las instalaciones del hospital de primer nivel en el cual es atendido.

Exclusión de Población

Por criterios del autor se realiza exclusión de la E.S.E red sur Unidad de servicio en salud Nazareth, por cuestiones de movilidad y distancia, al no encontrarse en el casco urbano de la ciudad de Bogotá.

Diseño Muestral

La población determinada para esta investigación, está conformada por las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) de primer nivel de la red hospitalaria de la ciudad de Bogotá.

Con el fin de garantizar la representatividad de la muestra debido al tamaño de la población (once (11) E.S.E de primer nivel), la investigación debe realizarse en la totalidad de la población, estableciendo como criterios: Porcentaje de error del cinco por ciento (5%), Porcentaje estimado de la muestra del cincuenta por ciento (50%) y el Nivel de confianza del noventa y cinco por ciento

(95%). No obstante, el marco de muestra está sujeto a la aceptación por parte de las entidades para realizar el estudio.

Para el desarrollo del diseño muestral, fue de vital importancia dividirlo en tres fases, de modo que la aplicación sea mucho más ordenada y sencilla de analizar en el momento de la recolección y análisis de datos, según como se explica a continuación.

Este trabajo se divide en tres fases, en la primera fase se realiza un diagnóstico de las variables de la investigación, para lo cual la recolección de la información se orienta a los usuarios que presentan una discapacidad física y al personal administrativo de las E.S.E encargado en llevar datos de la accesibilidad y oportunidad en la atención en salud.

En la segunda fase se realiza el análisis de los datos, para dar a conocer el impacto de las variables al problema de investigación

En la tercera fase se realiza la publicación y ponencia de los resultados y la propuesta de una posible construcción de metodologías y herramientas para dar solución a la problemática en futuros trabajos investigativos académicos.

Tabla 3 Operacionalización de las variables de la Encuesta

VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA
ENTORNO	Vías pavimentadas	Esta variable consta de tres preguntas, las	Estas preguntas fueron planteadas con el tipo de respuesta dicotómica

VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA
	Acceso por escaleras	cuales abarcan lo mencionado en el dimensionamiento de la variable	de modo que permita determinar la cualidad a evaluar
	Puentes o canales fluviales		
ACCESIBILIDAD HOSPITAL	Tiene rampa, material antideslizante	Esta variable consta de siete preguntas, las cuales abarcan lo mencionado en la columna del dimensionamiento de la variable, esta variable se relaciona con el entorno del paciente cuando se encuentra en las instalaciones del hospital	Estas preguntas fueron planteadas con el tipo de respuesta dicotómica de modo que permita determinar la cualidad a evaluar
	Baños para discapacitados		
	Tiene ascensor		
	Consultorios para personas discapacitadas		
	Tiene señalización		
	Pasamanos, barandas		
	Cuenta con sala de espera		
TIPO DE PACIENTE	Tiene discapacidad	Esta variable consta de ocho preguntas, las cuales abarcan lo mencionado en la columna del dimensionamiento de la variable, esta variable se relaciona con el tipo de discapacidad del paciente y las dificultades que la misma presenta para el uso del sistema de salud	Estas preguntas fueron planteadas con el tipo de respuesta dicotómica de modo que permita determinar la cualidad a evaluar
	tiene discapacidad física		
	Lugar de la discapacidad		
	Conoce la discapacidad que padece		
	Necesita de acompañante		
	Necesita de accesorios		
	Usa medicamento		
	Usa transporte especial		
ACCESIBILIDAD AMBIENTES	Entrada E.S.E	Esta variable consta de cuatro preguntas, donde se relaciona el acceso del paciente a los ambientes del hospital	Estas preguntas fueron planteadas con el tipo de respuesta dicotómica de modo que permita determinar la cualidad a evaluar
	Acceso sala espera		
	Acceso baños		
	Acceso consultorios		

VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA
ATENCIÓN AL USUARIO	Atención del personal asistencial	Esta variable consta de una pregunta, de manera que valore el servicio recibido por parte del personal	Esta pregunta fue planteada con el tipo de respuesta dicotómica de modo que permita determinar la cualidad a evaluar
ATENCIÓN DEL E.S.E AL USUARIO	Le brinda silla de ruedas	Esta variable consta de cuatro preguntas, donde se relacionan los cuidados que tiene el E.S.E con el paciente dentro del hospital	Estas preguntas fueron planteadas con el tipo de respuesta dicotómica de modo que permita determinar la cualidad a evaluar
	Recibe asesorías		
	Permite acceso con acompañante		
	Presenta inconformidades con la atención		
RECOMENDACIÓN	Conformidad o inconformidad del paciente con la E.S.E	Esta variable consta de una pregunta, de manera que el paciente valore como se siente con la prestación del servicio	Esta pregunta fue planteada con el tipo de respuesta abierta de modo que permita conocer lo que debe mejorar el E.S.E

En la tabla 3 se presenta lo que conforma cada variable a evaluar en la encuesta, donde en la columna variable se establecen los nombres de las variables a utilizar, en la siguiente columna, se muestra el enfoque que tiene cada variable, la cual va relacionada a cada pregunta de la encuesta, en la tercer columna se hace una pequeña descripción de lo que se evaluará y en la última columna se expresa el tipo de planteamiento de las preguntas, las cuales en su mayoría son dicotómicas y otra es de tipo abierta, este tipo de respuestas se plantearon de esta manera, de modo que la forma de evaluación cualitativa de las variables propuestas sea más precisa.

Capítulo 9

Resultados

A continuación, se presentan las preguntas y el resultado de la tabulación de los resultados obtenidos de una muestra de 100 personas que usan los servicios asistenciales de las E.S.E.

La primera tabla hace referencia al Entorno, dentro de esta tabla se encuentran relacionadas las tres preguntas planteadas en la encuesta, las cuales son las siguientes:

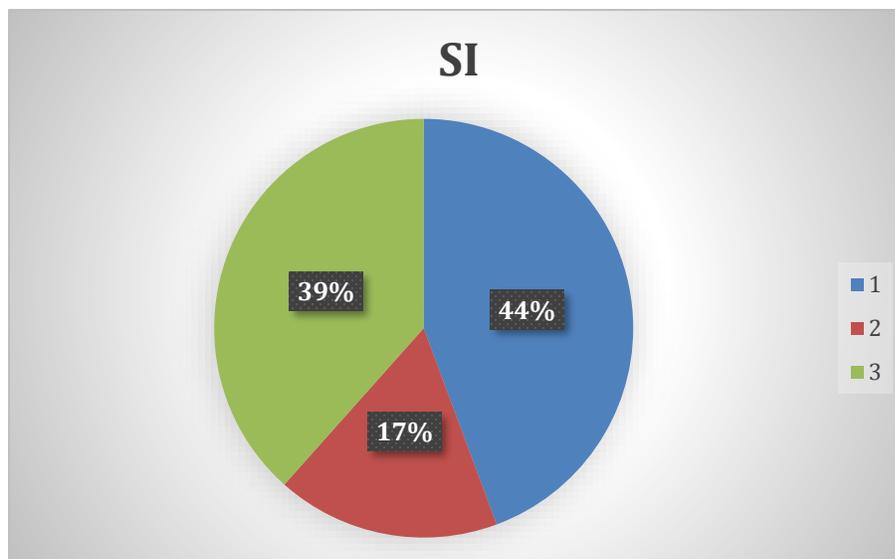
1. Las vías públicas y de acceso al E.S.E se encuentran pavimentadas
2. Para llegar a la E.S.E hay que subir escaleras o calles empinadas
3. Para llegar a la E.S.E hay que cruzar puentes o canales fluviales

Tabla 4 Preguntas del Entorno a la E.S.E

PREGUNTA ENTORNO A LA E.S. E		
Nº	SI	NO
1	90	10
2	35	65
3	78	22

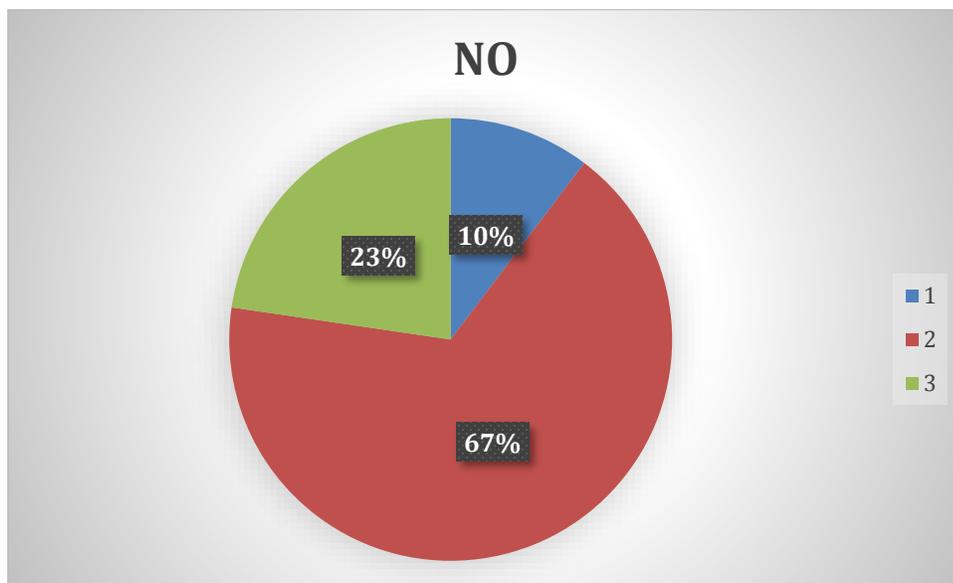
En la tabla 4 se relacionan las tres primeras preguntas acerca del entorno a la E.S.E con un tipo de respuesta dicotómica.

Gráfica 1 Torta del SI variable entorno



En la gráfica 1 se observa que de un 100% la proporción de las preguntas 1, 2 y 3 viene dada de la siguiente manera: la primera pregunta tiene un 44% siendo la de mayor relevancia de las tres preguntas en la respuesta SI, mientras que la de menor relevancia es la segunda pregunta con un 17%, con lo cual se concluye que la mayoría de personas coinciden en que el entorno de la E.S.E se encuentra con vías de acceso públicas, debidamente pavimentadas.

Gráfica 2 Torta del NO variable entorno



La comparación entre las gráficas 1 y 2 se observa que la proporción de las preguntas 1, 2 y 3 entre el SI y el NO viene dada de la siguiente manera: la primera pregunta tiene un 44% de concordancia entre la muestra encuestada para el SI, mientras que con la pregunta dos se presenta un concordancia de la población del 67% en relación con la respuesta NO siendo la de mayor relevancia de las tres preguntas en la respuesta NO, pero también es la de menor relevancia es la en la respuesta SI, con un 17%, con lo cual se concluye que la mayoría de personas coinciden en que el entorno de la E.S.E se encuentra con vías de acceso públicas, debidamente pavimentadas y presentan un fácil acceso para llegar a ellas, ya que no hay muchas E.S.E que para llegar a ellas se encuentren obstáculos como escaleras o calles empinadas.

La segunda tabla hace referencia a la Accesibilidad, dentro de esta tabla se encuentran relacionadas las siete preguntas planteadas en la encuesta, las cuales son las siguientes:

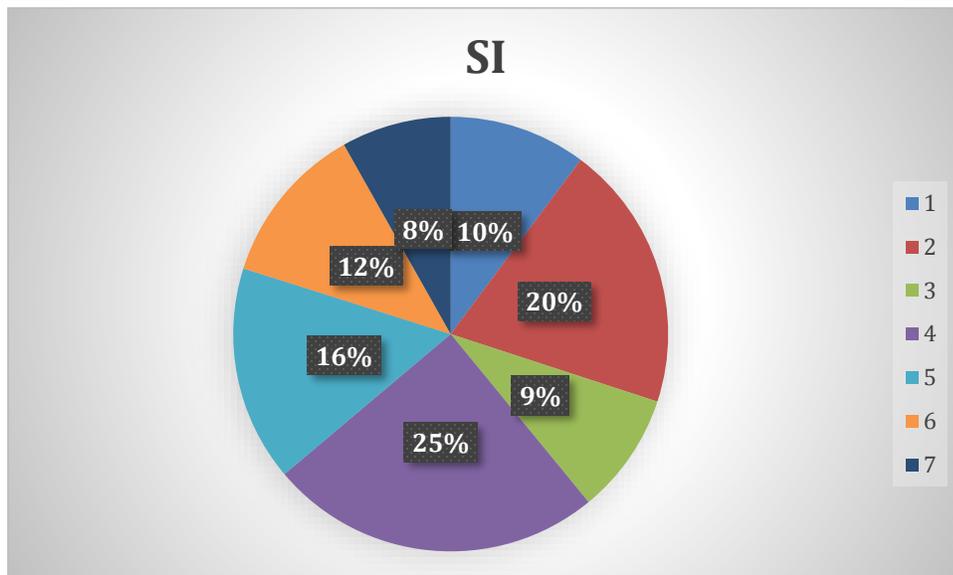
1. Antideslizante en la puerta principal de acceso
2. Cuenta con señalización
3. Cuenta con un espacio en la sala de espera/recepción para las personas con discapacidad física
4. Cuenta con un baño para personas con discapacidad física
5. Cuenta con ascensor
6. Cuenta con consultorios para personas con discapacidad física
7. Cuenta con pasamanos o barandas en escaleras y pasillos

Tabla 5 Preguntas de Accesibilidad a la E.S.E

ACCESIBILIDAD PTE A LA E.S.E		
N°	SI	NO
1	35	65
2	68	32
3	31	69
4	85	15
5	55	45
6	41	59
7	28	72

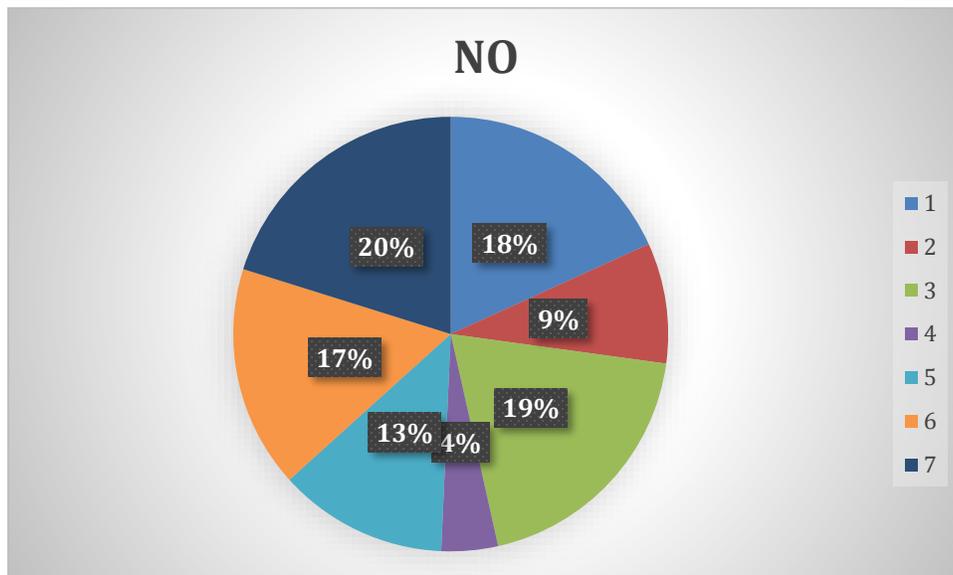
En la tabla 5 se relacionan siete preguntas acerca de la accesibilidad del paciente a la E.S.E con un tipo de respuesta dicotómica.

Gráfica 3 Torta del SI variable accesibilidad paciente



En la gráfica 3 se observa que de un 100% la proporción de las preguntas de la 1 a la 7 correspondientes a la variable accesibilidad del paciente a la E.S.E, viene dada de la siguiente manera: la cuarta pregunta tiene un 25% siendo la de mayor relevancia de las siete preguntas en la respuesta SI, mientras que la de menor relevancia es la séptima pregunta con un 8%, con lo cual se concluye que la mayoría de personas coinciden que la mayoría de las E.S.E cuentan con baño para personas con discapacidad física.

Gráfica 4 Torta de la NO variable accesibilidad paciente



La comparación entre las gráficas 3 y 4 se observa que la proporción de las preguntas del 1 al 7 entre el SI y el NO viene dada de la siguiente manera: la cuarta pregunta tiene un 25% de concordancia entre la muestra encuestada para el SI, mientras que con la pregunta siete se presenta un concordancia de la población del 20% en relación con la respuesta NO siendo la de mayor relevancia de las siete preguntas en la respuesta NO, pero también es la de menor relevancia es la en la respuesta SI, con un 8%, con lo cual se concluye que la mayoría de personas coinciden que la mayoría de las E.S.E cuentan con baño para personas con discapacidad física, pero a su vez dentro de la infraestructura no cuentan en todas las áreas comunes con las debidas barandas, pasamanos, escaleras y pasillos para acceder a los ambientes o servicios a los cuales deben asistir.

La tercera tabla hace referencia al Tipo de paciente, dentro de esta tabla se encuentran relacionadas las ocho preguntas planteadas en la encuesta, las cuales son las siguientes:

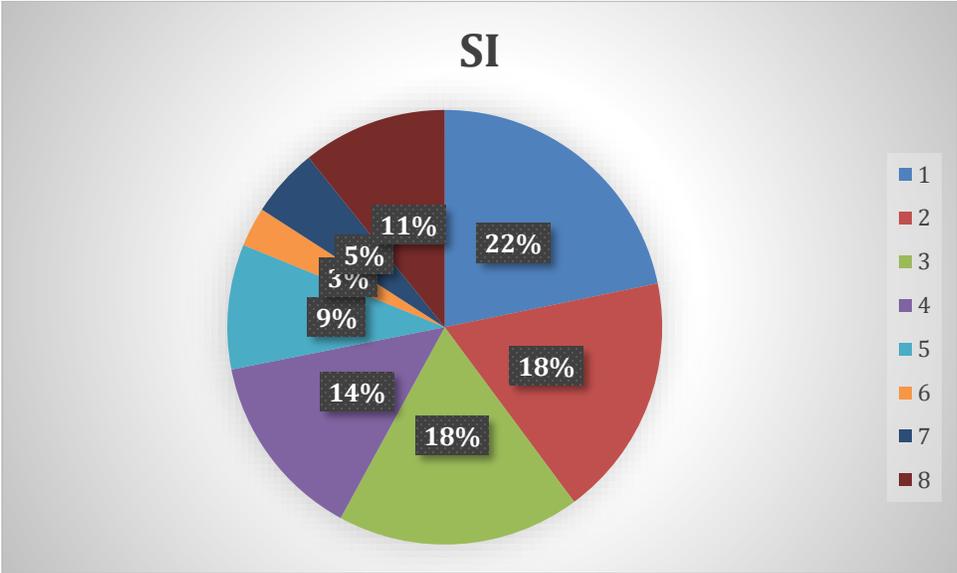
1. Presenta alguna discapacidad
2. Tipo de discapacidad
3. Manifiesta dolor
4. Conoce el nombre de su discapacidad
5. Necesita acompañante para ir al E.S.E
6. Utiliza accesorios o herramientas para cumplir sus actividades diarias a causa de su discapacidad física
7. Toma medicamentos para controlar los factores que generaron su discapacidad física
8. Utiliza un medio de transporte especial

Tabla 6 Preguntas del tipo de paciente de la E.S.E

TIPO PACIENTE DE LA E.S.E		
N°	SI	NO
1	89	11
2	74	26
3	74	26
4	57	43
5	38	62
6	12	88
7	21	79
8	44	66

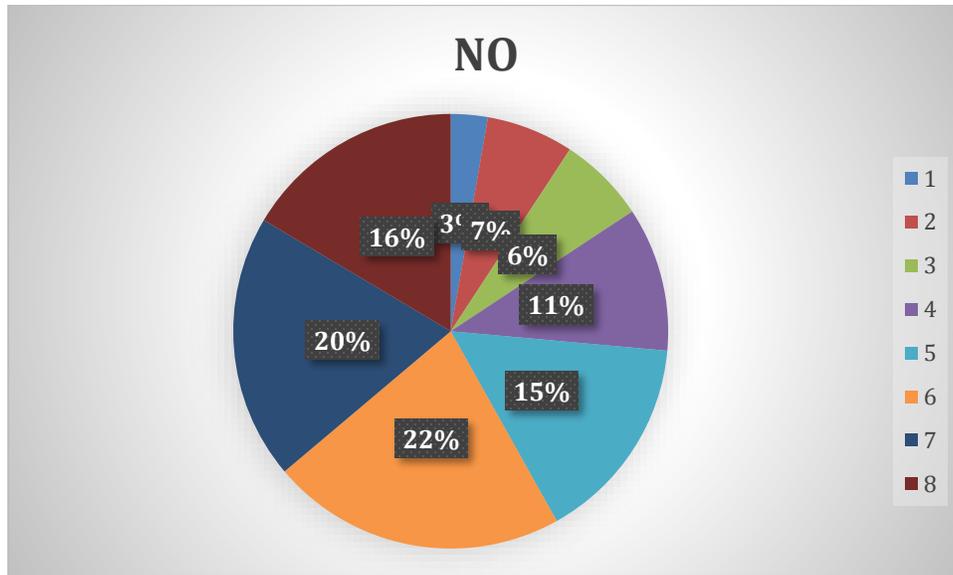
En la tabla 6 se relacionan ocho preguntas acerca del tipo de paciente de la E.S.E con un tipo de respuesta dicotómica.

Gráfica 5 Torta del SI variable tipo de paciente



En la gráfica 5 se observa que de un 100% la proporción de las preguntas de la 1 a la 8 correspondientes a la variable tipo de paciente de la E.S.E, viene dada de la siguiente manera: la primera pregunta tiene un 22% siendo la de mayor relevancia de las ocho preguntas en la respuesta SI, mientras que la de menor relevancia es la seis pregunta con un 3%, con lo cual se concluye que la mayoría de personas que fueron encuestadas cuentan con una discapacidad física.

Gráfica 6 Torta del NO variable tipo de paciente



La comparación entre las gráficas 5 y 6 se observa que la proporción de las preguntas del 1 al 8 entre el SI y el NO viene dada de la siguiente manera: la primera pregunta tiene un 25% de concordancia entre la muestra encuestada para el SI, mientras que con la pregunta seis se presenta un concordancia de la población del 22% en relación con la respuesta NO siendo la de mayor relevancia de las ocho preguntas en la respuesta NO, pero también es la de menor relevancia es la en la respuesta SI, con un 3%, con lo cual se concluye que la mayoría de personas que fueron encuestadas cuentan con una discapacidad física, las cuales en su mayoría manifestaron que necesitaban de accesorios o herramientas para cumplir sus actividades diarias a causa de su discapacidad.

La séptima tabla hace referencia a la accesibilidad del ambiente, dentro de esta tabla se encuentran relacionadas las cuatro preguntas planteadas en la encuesta, las cuales son las siguientes:

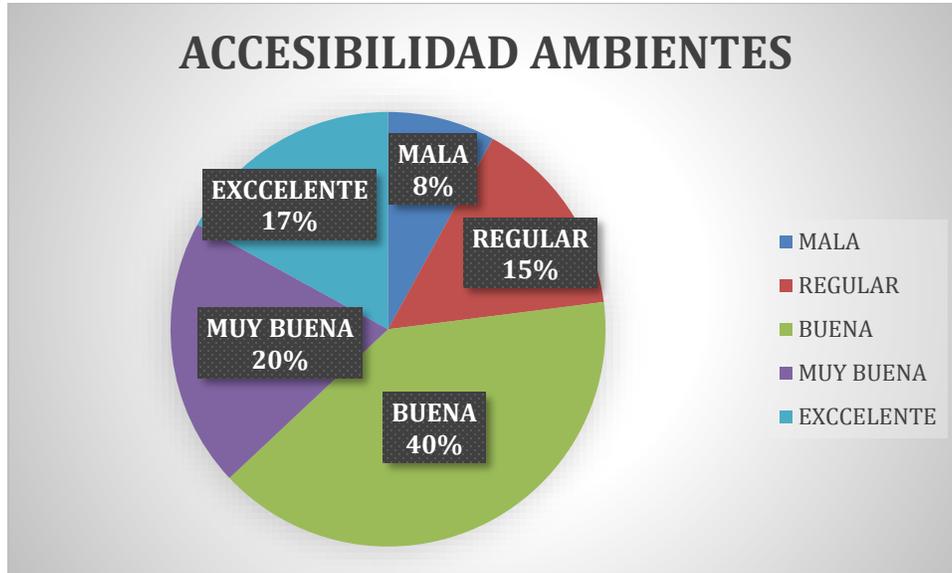
1. La accesibilidad de la entrada, frente a su discapacidad
2. La accesibilidad de la sala de espera/recepción, frente a su discapacidad
3. La accesibilidad al baño de discapitados, frente a su discapacidad
4. La accesibilidad al consultorio, frente a su discapacidad

Tabla 7 Preguntas de la accesibilidad ambiente de la E.S.E

ACCESIBILIDAD AMBIENTES					
Nº	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
1	8	15	40	20	17
2	2	22	55	16	5
3	10	65	16	8	1
4	6	17	38	27	12

En la tabla 7 se relacionan cuatro preguntas acerca de la accesibilidad que tiene el paciente a los ambientes de la E.S.E con un tipo de respuesta dicotómica.

Gráfica 7 Torta de la variable accesibilidad ambientes



En la gráfica 7 se observa que de un 100% la proporción de las preguntas de la 1 a la 4 correspondientes a la variable accesibilidad del paciente a los ambientes de la E.S.E, en general presta un servicio de buena calidad, ya que según los datos obtenidos el 40% de la población opina que la accesibilidad a los ambientes del hospital de primer nivel es buena, pese a que no está adecuado en su totalidad para el tránsito de personas con discapacidad, como lo refleja el 23% de la población con calificaciones como mala y regular.

La octava tabla hace referencia a la atención al usuario, dentro de esta tabla se encuentra relacionada la pregunta planteadas en la encuesta:

1. La atención del personal, frente a su discapacidad

Tabla 8 Pregunta atención al usuario en la E.S.E

ATENCIÓN PERSONAL A.		
N°	SI	NO
1	89	11

En la tabla 8 se relaciona una pregunta acerca de la atención del personal asistencial prestado al paciente de la E.S.E, con un tipo de respuesta dicotómica.

Gráfica 8 Torta atención al usuario en la E.S.E



En la gráfica 8 se observa que para esta única pregunta correspondiente a la variable atención del personal asistencial al usuario, en general la muestra concuerda en que presta un servicio de buena calidad, ya que según los datos obtenidos el 43% de la población opina que el trato dado por el personal asistencial es bueno aunque el personal no es capacitado para prestar un trato óptimo a personas con discapacidad, pero puede mejorar según se refleja en el 28% de la población con calificaciones como mala y regular.

La novena tabla hace referencia a la atención al usuario, dentro de esta tabla se encuentran relacionadas las cuatro preguntas planteadas en la encuesta, las cuales son las siguientes:

1. Le brindan silla de ruedas u otro medio para movilizarse, mientras se encuentra dentro de la infraestructura
2. Recibe asesoría y acompañamiento del personal, si usted no lo solicite
3. Le permite el acceso de un acompañante, el personal le brinda toda la información necesaria a su acompañante para la atención y manejo de su discapacidad
4. Ha presentado inconformidad en la atención de salud por su discapacidad física

Tabla 9 Preguntas de atención E.S.E al usuario

ATENCIÓN E.S.E AL USUARIO		
N°	SI	NO
1	55	45
2	32	68
3	51	49
4	43	57

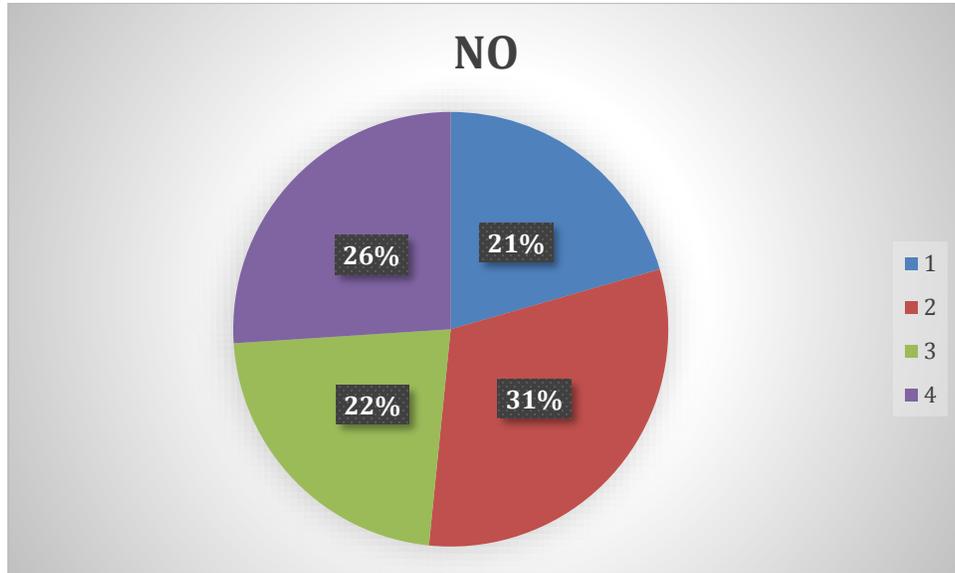
En la tabla 9 se relacionan cuatro preguntas acerca de la atención que recibe el paciente por parte de la E.S.E, con un tipo de respuesta dicotómica.

Gráfica 9 Torta del SI variable atención E.S.E al usuario



En la gráfica 9 se observa que de un 100% la proporción de las preguntas de la 1 a la 4 correspondientes a la variable atención prestada del E.S.E al paciente, viene dada de la siguiente manera: la primera pregunta tiene un 30% siendo la de mayor relevancia de las cuatro preguntas en la respuesta SI, mientras que la de menor relevancia es la segunda pregunta con un 18%, con lo cual se concluye que la mayoría de personas coinciden que la mayoría de las E.S.E le brinda al paciente con discapacidad física herramientas, equipos o dispositivos que necesite para movilizarse dentro de la infraestructura del hospital.

Gráfica 10 Torta de NO variable atención E.S.E al usuario



La comparación entre las gráficas 9 y 10 se observa que la proporción de las preguntas del 1 al 4 entre el SI y el NO viene dada de la siguiente manera: la cuarta pregunta tiene un 30% de concordancia entre la muestra encuestada para el SI, mientras que con la pregunta dos se presenta un concordancia de la población del 31% en relación con la respuesta NO siendo la de mayor relevancia de las cuatro preguntas en la respuesta NO, pero también es la de menor relevancia es la en la respuesta SI, con un 18%, con lo cual se concluye que la mayoría de personas coinciden que la mayoría de las E.S.E le brinda al paciente con discapacidad física herramientas, equipos o dispositivos que necesite para moverse dentro de la infraestructura del hospital; pero en cuanto a nivel informativo en cuestión de asesoría al paciente o personal acompañante no es óptima, ya que en ocasiones aunque se realice la consulta por parte del paciente, no obtiene respuesta a su pregunta.

CONCLUSIONES

Para la obtención de resultados fueron propuestas seis variables, las cuales son Entorno a la E.S.E, Accesibilidad paciente a la E.S.E, Tipo de paciente de la E.S.E, Accesibilidad Ambientes, Atención E.S.E al Usuario, Accesibilidad ambientes, estas variables son de tipo cualitativo, las cuales son conformadas por preguntas individuales, las cuales se usaron para la formulación de una encuesta de 30 preguntas. Con las preguntas propuestas y las variables evaluadas, se determinaron los criterios que se deben mejorar en los Hospitales de primer nivel de Bogotá, buscando que la atención recibida por el paciente con discapacidad física sea completa en todos los aspectos, según lo indica la CIF.

Los Aspectos que deben ser mejorados son: Entorno (Acceso por escaleras), Accesibilidad al hospital (Las rampas con material antideslizante, Señalización, Instalación de pasamanos, barandas), Tipo de Paciente (Información detallada acerca de la discapacidad que padece el paciente, transporte especial, accesorios), Accesibilidad ambientes (Mejora entrada E.S.E, sala de espera, baños, consultorios), Atención prestada por el personal asistencial, Atención del E.S.E frente al usuario (Uso silla de ruedas, permite acceso con acompañante).

Como las principales dificultades que tienen los usuarios con discapacidad física en la accesibilidad en los hospitales, se encuentra primero en que la infraestructura establecida, no es la apropiada para el acceso a los servicios del hospital, desde el punto de vista de la distribución, también el trato que presta el personal asistencial al paciente con discapacidad y el suministro de información a los mismos dado que el personal no está capacitado.

RECOMENDACIONES

Con el desarrollo de este trabajo, se recomienda que para futuras evaluaciones se utilicen las variables planteadas en el cuadro organizacional de variables, de modo que las variables que se generen en otros proyectos lleven los mismos lineamientos y sea mucho más sencillo de hacer su planteamiento y la aplicación del análisis de estas. Igualmente, se sugiere hacer enfoque en un solo hospital de modo que sea más objetivo y se puedan plantear soluciones asequibles para cada infraestructura y así obtener los resultados deseados.

Una forma de mejorar las falencias de los Hospitales de primer nivel es en primera medida identificando cuales son los servicios y ambientes que más utilizan las personas con discapacidad física, de manera que se puedan establecer indicadores y variables que permitan la propuesta de soluciones a los factores identificados.

Para determinar el impacto que ha generado el plan de acción se sugiere hacer un sondeo de valoración inicial de la impresión que tiene el paciente sobre para con el hospital, antes de la ejecución de las mejoras, otra valoración en la mitad del proceso, de modo que permita evaluar si las soluciones planteadas están generando el impacto deseado o por el contrario deben ser reestructuradas para alcanzar el objetivo de mejoría, y una valoración final, con la cual se tiene un seguimiento del proceso, el efecto que provocó y las ventajas y desventajas que este obtuvo durante su ejecución.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. (2017). Discapacidad y salud. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/> [Accessed 21 Jul. 2017]

DANE (2017). *Citar un sitio web - Cite This For Me*. [online] Available at: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad> [Accessed 21 Jul. 2017]

RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 (2014). COLOMBIA. Available at: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

NORMA TÉCNICA COLOMBIANA (2017). Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). Retrieved 21 July 2017, from <http://www.mincit.gov.co/loader.php?lServicio=Documentos&lFuncion=verPdf&id=75418&name=NTC4143.pdf&prefijo=file>

POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (2005). Retrieved 21 July 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

RESTREPO-ZEA JH, et al., ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: ANÁLISIS DE BARRERAS Y ESTRATEGIAS EN EL CASO DE MEDELLÍN, COLOMBIA. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27) P. 245.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. 2016. Clasificación de tipo de discapacidad – histórica. Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf .

Muñoz, A. (2010). *CONCEPTO Y MODELOS DISCAPACIDAD: CONTEXTO, CONCEPTO Y MODELOS*. *Revistas.javeriana.edu.co*. Retrieved 21 July 2017, from <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/internationallaw/article/view/13843>

BREVE HISTORIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: De la Oposición a la Lucha por sus Derechos / *Resumen.cl*. (2017). *Resumen.cl*. Retrieved 21 July 2017, from <https://resumen.cl/articulos/breve-historia-de-las-personas-con-discapacidad-de-la-opresion-a-la-lucha-por-sus-derechos>

BREVE HISTORIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: De la Oposición a la Lucha por sus Derechos / *Resumen.cl*. (2011). *Resumen.cl*. Retrieved 21 July 2017, from <https://resumen.cl/articulos/breve-historia-de-las-personas-con-discapacidad-de-la-opresion-a-la-lucha-por-sus-derechos>

Colombia. Censo General Básico 2005, Resultados población conciliada citado en, Lugo L. Seijas V La discapacidad en Colombia: una mirada global. Colombia. 2005.

MINISTERIO DE SALUD; Ley 1145 de 2007 Retrieved 21 July 2017, from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201145%20DE%202007.pdf

Basil Almirall. C., Bolea López, E. y Soro-Camats, E. LA DISCAPACITAT MOTRIU. En: *Transtorns del desenvolupament i necessitates educatives especials*. 1997. P 247-352.

Jiménez. J. Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. vol.39 no.1. 2016.

Comes. Y. Et al., (2006) A. EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen xiV P 202

BORINI M. (2011). ACCESIBILIDAD AL I NIVEL DE ATENCIÓN. Argentina. P.3

ZULETA A. (2015) LA CORRUPCIÓN SU HISTORIA Y SUS CONSECUENCIAS EN COLOMBIA. Universidad militar.P.8

MANRIQUE Lina, (2011), AUSCULTANDO LA CORRUPCIÓN EN LA SALUD: DEFINICIÓN Y CAUSAS. ¿QUÉ ESTÁ EN JUEGO? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 4. P 312.

CEDIEL N. KRAUSE G. (2013) Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. Revista colombiana en salud pública. 15 (5). P 696.

VALAREZO P. (2009) Guía de Accesibilidad al medio físico. Vol. 1. P 8.

MINISTERIO DE SALUD; DECRETO 1876 de 1994 Retrieved 21 July 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1876-1994.pdf>

MINISTERIO DE SALUD, RESOLUCIÓN 8430 Retrieved 21 July 2017, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

MINISTERIO DE SALUD, LEY 12 DE 1987 Retrieved 21 July 2017, from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14932>

Ministerio de Salud y protección Social. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Discapacidad_Accesibilidadfisica.aspx

MANTEROLA C. (2009) ESTUDIOS OBSERVACIONALES. LOS DISEÑOS UTILIZADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA. Revista médica clínica condes. Número20 (4). P.2.

E.S.E Hospital de usaquen. Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en la localidad de usaquen. [en línea]. 11 de noviembre de 2014. [revisado el 14 de julio de 2017]. Disponible en internet: <http://www.hospitalusaquen.gov.co/website/index.php/2-principal/11-rehabilitacion-basada-en-comunidad-en-la-localidad-de-usaquen>

E.S.E Hospital del sur. Ruta de la salud. [en línea] [revisado e 114 de julio de 2017] disponible en internet:

<http://www.hospitalsur.gov.co/2012/configu.nsf/444f22d96cd7d74a052579bf006b9866/783e93d4777eb415052579bf005a303d?OpenDocument&Highlight=0,discapacidad>

HUESO Andrés y CASCANT Josep, 2012. Metodología y técnicas cuantitativas de investigación. España. Editorial universidad politécnica de Valencia, primera edición. ISBN: 978-84-8363-893-4

VARGAS C Zoila R. 2009 La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Costa Rica, EN: revista educación, Junio no. 33, ISSN: 0379-7082, p.4. Disponible en: www.latindex.ucr.ac.cr/descargador.php?archivo=edu007-09

HERNANDEZ R, FERNANDEZ C Y BAPTISTA P. 2010 Metodología de la Investigación: Los Enfoques Cuantitativo y Cualitativo de la Investigación Científica. México D.F. Editorial McGraw Hill. p. 4-6.

Secretaria Distrital De Salud. 2018. Directorio de la Subred del Sur. Disponible en: <https://www.subredsuoccidente.gov.co/>

MARTINES, M. 2014. Recursos sociales y comunitarios para personas con discapacidad. España, IC editorial.