



Accesibilidad a instituciones de salud por usuarios en silla de ruedas en dos distritos de Lima

Solaguren Goyoaga, Agustin

asolaguren@outlook.com

Flórez Ibarra, Jannett Maribel

jflorez9@yahoo.es

Universidad Cesar Vallejo, Sede Ate Lima, Perú

RESUMEN

Dentro de la región de las Américas en una ciudad cosmopolita como Lima el acceso a los servicios de salud para personas con movilidad reducida es un reto diario. El problema se agudiza si tenemos en cuenta que se va produciendo un envejecimiento de la población y por tanto se necesita que las instituciones de salud se adapten a los conceptos de acceso universal.

En ese sentido se investigó en una Unidad Básica de Gestión, correspondiente a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Este, constituida por dos distritos de Lima: El Agustino y Santa Anita; a través de un enfoque cualitativo, exploratorio y no experimental y de carácter fenomenológico la accesibilidad a instituciones de salud. Para ello se usó el análisis hermenéutico utilizando el software Atlas ti 7.5 ® con el que se estableció redes semánticas mediante la triangulación de resultados obtenidos a través de entrevistas en profundidad a usuarios en silla de ruedas, listas de observación y evidencias fotográficas en los establecimientos de salud; debidamente contrastado con un análisis documental.

De la investigación se obtuvo que no se están aplicando, tal como está en las disposiciones normativas, los modelos de accesibilidad universal y que esto es debido al desconocimiento general de las leyes y su reglamento; encontrándose que las barreras tanto externas como internas no se han eliminado. Así también, aparece la barrera actitudinal y la de ausencia de información como aquellas que tienen mayor incidencia en accesibilidad y por tanto afectando a la calidad de atención.

Palabras clave: Movilidad reducida, establecimientos de salud, hermenéutica, barreras.

Accessibility to health institutions by wheelchair users in two districts of Lima

ABSTRACT

Within the region of the Americas, in a cosmopolitan city like Lima, access to health services for people with reduced mobility is a daily challenge. The problem becomes more acute if we take into account that the population is aging and therefore health institutions need to adapt to the concepts of universal access.

In this regard, research was conducted in a Basic Management Unit, corresponding to the Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) East Lima, consisting of two districts of Lima: El Agustino and Santa Anita; through a qualitative, exploratory and non-experimental approach, and of a phenomenological nature, accessibility to health institutions. For this purpose, we used hermeneutic analysis using the software Atlas ti 7.5 ® with which we established semantic networks by triangulating the results obtained through in-depth interviews with wheelchair users, observation lists and photographic evidence in health facilities; duly contrasted with a documentary analysis.

From the research it was obtained that the models of universal accessibility are not being applied as it is in the normative dispositions and that this is due to the general ignorance of the laws and their regulation, finding that the external and internal barriers have not been eliminated. Also, the attitudinal barrier and the lack of information appear as those that have greater incidence in accessibility and therefore affecting the quality of care.

Keywords: Reduced mobility, health facilities, hermeneutics, barriers

Artículo recibido: 17 enero 2020

Aceptado para publicación: 15 febrero 2020

Correspondencia: asolaguren@outlook.com

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

1. INTRODUCCIÓN

Tanto los informes de la Organización Mundial de la Salud como documentos de autores como Urbina Lara y Zevallos (2017) señalan que existe un gran número de personas discapacitadas, muy superior a los mil millones en el mundo. En el Perú hay más de un millón de personas identificadas al respecto. Dentro de las discapacidades, está la que conlleva a movilidad reducida ya sea por accidentes, por enfermedad o de manera temporal; asumiendo que la población a nivel mundial está tendiendo a envejecer. Es por ello que, se puede proyectar que la movilidad y concretamente la capacidad de movilidad de las personas en distintos entornos va a convertirse en un factor a gestionar muy importante en los próximos años.

Por el contrario, en la actual capital del Perú la población se enfrenta a multitud de barreras, arquitectónicas, burocráticas que representan un dolor de cabeza para los residentes y turistas. Si bien se debe garantizar el acceso a todos los servicios de salud públicos y privados se evidencia una inequidad enorme, ya que en ciertos distritos de la ciudad de Lima, una persona en silla de ruedas y con una discapacidad motriz permanente o temporal no puede tener acceso de manera autónoma a los mismos, pese a que la Constitución Política del Perú señala que todos los ciudadanos son iguales ante la ley; así también existe la ley general de la persona con discapacidad o normas que señalan como se deben construir las edificaciones, norma A120 del Reglamento Nacional de Edificaciones.

La discapacidad por consiguiente la encontramos en todas las sociedades y culturas y tal y como es señalado por Valencia (2014) a lo largo de los distintos periodos esta se ha interpretado y entendido de maneras muy diferentes. Los antiguos evangelios restringían el sacerdocio a personas con discapacidad porque esta profesión era para persona pura y completa, en algunas polis griegas se permitía su asesinato y en la Roma clásica era permitido además abandonarles. Se entendía pues que la discapacidad en muchos casos era una maldición de los dioses.

En ese sentido Velarde (2012) señaló que la discapacidad se expresa en diferentes modelos, desde el clásico enfocado en los tiempos antiguos el recuperativo más relacionado con la edad de la industrialización y por último el modelo social más enfocado en los derechos y libertades de los individuos.

Los antecedentes a nivel internacional permiten contextualizar el sentido de la investigación; encontrando que Frost *et al.* (2015) seleccionaron un grupo de 30 clínicas y aplicaron una encuesta bajo las indicaciones de las normas de construcción para personas con problemas de movilidad y otra enfocada a las necesidades de los directores de las clínicas y sus conocimientos donde concluyen que la mayoría de clínicas no tienen adecuados los servicios higiénicos ni los medios para tratar a los pacientes para atención en sillas de ruedas.

En el mismo sentido Rodríguez de Azevedo *et al.* (2015) observaron que en los hospitales de Brasil no había una verdadera accesibilidad a las instituciones de salud en cuanto no se estaban aplicando adecuadamente las leyes y normas.

Cuando Iezzoni *et al.* (2015) se centraron en mujeres embarazadas que usaban silla de ruedas y debían acudir al servicio de obstetricia encontraron que la atención no se adaptaba a las gestantes sino que ellas debían adaptarse a la misma recibiendo una atención inadecuada puesto que eran tratadas en las mismas sillas de ruedas.

Y en el mismo sentido, Núñez *et al.* (2017) mediante una encuesta y análisis descriptivo de las barreras en cuanto a la accesibilidad en el Hospital Regional de Arica hallaron que las barreras arquitectónicas no habían sido eliminadas.

Respecto a los estudios nacionales, son pocos los realizados por el sector salud, pero se tiene a Meneses-Espejo y Gonzales-Muente (2014) quienes en un artículo mostraron lo poco accesible y amigable que es una ciudad como Lima para los discapacitados, con servicios públicos poco inclusivos y estructuras antiguas que no han sido adaptadas y mencionando la necesidad de educación que necesitan las mismas personas.

En este sentido Quinto (2018) encontró barreras arquitectónicas y de personal dentro de un hospital de la región Callao; completándose con lo indicado por Sausa (2017) que señaló que debido a la falta de información y accesibilidad, las estructuras no adecuadas, las barreras de gestión y la elevada burocracia se presentan denuncias todos los días en todo el País.

Para realizar una investigación sobre accesibilidad se debe entender los conceptos primarios sobre los que se asienta, siendo así que Renato (2015) indicó que el estado debía garantizar la salud en base a sus normativas incluyendo las coberturas de salud y la accesibilidad; pese a que la salud es un derecho propio de las personas se debería cumplir con todos los mecanismos estatales para que los sistemas de salud sean inclusivos.

Englobando la importancia de este tipo de investigaciones Alonso (2007) marcó la importancia de las mismas puesto que la accesibilidad no es solamente el concepto de acceso a un lugar si no que su definición va más allá y comprende otras dimensiones tanto políticas éticas como culturales y económicas. Todas ellas se relacionan íntimamente y si se incluye el hecho del envejecimiento poblacional tenemos diferencias socioeconómicas que afectan a la persona discapacitada.

Finalmente, Torres *et al.* (2017) mencionaron la importancia que las leyes debían de tener frente a las personas discapacitadas para que pudieran ser incluidas realmente en la universalización de la salud. Estas debían moverse entre varios ejes, las distintas discapacidades, el acceso universal, el diseño universal y las políticas de estado. De este modo se puede señalar que la accesibilidad es un concepto más amplio, que es el acceso universal, el cual va a estar enmarcado en los principios del diseño universal.

La accesibilidad universal por tanto tiene dos dimensiones una objetiva, la parte física del centro de salud, el entorno externo y el entorno interno y los elementos médicos que faciliten la atención, y otra subjetiva, la apreciación del medio y la percepción de la atención en el centro de salud.

El diseño universal además se basa consecuentemente en la simplicidad que es el poder moverse sin esfuerzo por un espacio. La información, que todo el mundo disponga y se adapte a cada persona con un esfuerzo mínimo y uso adecuado del espacio.

Todo lo anteriormente señalado sienta la estructura categórica a trabajar en esta investigación como:

Accesibilidad a personas que se desplazan en silla de ruedas

Según la teoría precedente y que en su estudio Ordway *et al.* (2020) la categorizaron en función de que las brechas encontradas son aún limitantes para garantizar la salud en personas en sillas.

Siendo así Fernández Alles (2012) nos dirigió que el desarrollo del diseño, debido a los cambios trazados por los derechos humanos, se unía a la necesidad de accesibilidad que bajo siete principios busca que el acceso sea funcional a todas las personas teniendo en cuenta que en los ciclos de vida de una persona en algún momento va a tener alguna limitación; como es la vejez. Actualmente este concepto se puede certificar en algunos países europeos. Sin embargo, esto no ha llegado aún a Latinoamérica.

En cuanto a los factores que se decidieron iban a influir en la accesibilidad desde un punto de vista del diseño universal son:

Barreras externas

Son las dificultades que presenta el espacio externo alrededor del establecimiento de salud tal y como indica la Organización Panamericana de la Salud (2017) en su informe virtual que para la accesibilidad de personas a los servicios de salud uno de sus pilares es la infraestructura y que esta influye en el acceso de las personas.

Barreras internas

Son aquellas dificultades tanto físicas como de atención dentro de los establecimientos, tal y como se ha mencionado anteriormente y que tanto en autores precedentes como por Welage (2011) que investigó en varios estudios se encontró que las barreras internas afectaban a la atención de las personas en silla de ruedas.

Estructura de las instituciones de salud

Esta se basa en la normatividad nacional que señala como se debe construir un centro de salud y los reglamentos internacionales que indican los aspectos del diseño universal para que estos espacios sean accesibles a todas las personas y que deben garantizar los derechos de las personas de manera eficaz y sencilla sin importar el género edad sexo de las mismas como indicaron Connell et al. (1997).

Información.

La información aparte de ser un tipo de barrera específica corresponde a uno de los eslabones del diseño universal siendo un impedimento para que las personas puedan desarrollarse (CDC, 2020).

Normas y leyes

En Europa se estableció una certificación que estandariza y regula, en este estudio funcionó como columna vertebral ya que la norma UNE 170001-1:2007 (2017) establece los requisitos a cumplir y señala y da forma a las categorías y subcategorías establecidas y que las empresas instituciones y otros deben cumplir para garantizar la certificación en accesibilidad. En Perú, en cambio solo se maneja la ley de discapacidad y una pequeña norma que señala como deben ser ciertas estructuras en los edificios.

Con todos los lineamientos anteriores, barreras externas e internas, información y cumplimientos de leyes se plantearon los objetivos siguientes,

Objetivo General:

- Explorar si las estructuras de las instituciones de salud en El Agustino y Santa Anita afectan el acceso a personas en sillas de ruedas.

Así también se propuso como

Objetivo Específico

1. Explorar si la estructura de las instalaciones de salud en dos distritos de Lima disponen de un entorno externo accesible **Objetivo Específico**
2. Explorar si el entorno interno permite el acceso y movilidad autónoma a personas en silla de ruedas **Objetivo Específico**
3. Evidenciar si existe información de algún tipo que facilite la integración de las personas en silla de ruedas **Objetivo Específico**
4. Comprender si existe un cumplimiento de la legalidad frente al acceso a personas con silla de ruedas.

2. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS O MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación de enfoque cualitativo, tipo básico, buscó desarrollar el conocimiento del entorno para usarlo de modelo base de identificación de brechas para motivar nuevas investigaciones a posteriori que pongan en práctica las acciones necesarias (Relat, 2010)

Siendo además una investigación de tipo exploratorio, no experimental y de carácter fenomenológico, se enfocó en la accesibilidad a varios establecimientos de salud, elegidos al azar sin ningún orden específico, teniendo como única limitante que estuviesen atendiendo y que no atendiesen pacientes Covid 19 de los dos distritos de la ciudad de Lima objeto de la investigación; El Agustino y Santa Anita.

Para la recolección de los datos Ainsworth (2020) indica que en los estudios en los que se trabaja el análisis cualitativo se deben utilizar varias herramientas y que generalmente estas pueden ser las entrevistas, cuestionarios, la observación, documentos y grabaciones, grupos focales y finalmente historias orales. En este caso se utilizaron varias de las técnicas señaladas que consistieron en: (i) entrevistas en profundidad a personas en sillas de ruedas con previo consentimiento informado, (ii) observación mediante lista de chequeo que contemplaba los aspectos normados respecto a la discapacidad y (iii) evidencias fotográficas del interior y alrededores de los establecimientos.

La serie de preguntas para los instrumentos como entrevistas y observaciones fueron validadas por un representante de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) que participa de manera técnica con Asociaciones de sillas de ruedas; así como por una persona usuaria de silla de ruedas. Los entrevistados fueron 8 usuarios de sillas de ruedas seleccionados al azar. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años y personas que usen sillas de ruedas en los últimos dos años.

Para el análisis de la información, según Mendoza y Hernández-Sampieri (2018) se propuso la organización de los datos, mediante codificaciones abiertas donde se revisó la literatura en función de los datos obtenidos para hallar significados, coaxiales y selectivos agrupando las informaciones por patrones y en categorías para encontrar aquellos puntos que expliquen el fenómeno de la investigación.

En ese sentido se realizó el análisis cualitativo mediante la categorización como tal y la triangulación de los datos. Respecto a la categorización, se usó la disgregación del estudio en componentes observables y analizables establecidos en niveles llamados categorías que tenían una relación entre sí. Es decir que la accesibilidad depende del conjunto de elementos y su interacción entre ellos, donde las leyes y normas en realidad son transversales a todos ellos. Teniendo como categoría a la Accesibilidad y cinco subcategorías: estructura, barreras internas, barreras externas, información y leyes y normas. Respecto a la triangulación, se compararon los datos obtenidos a través de cada uno de los instrumentos señalados anteriormente, resaltando las frases codificadas y citas textuales de mayor profundidad, los elementos observados y las fotografías que remitían hacia una objetividad fiable de la accesibilidad. El análisis se vio facilitado mediante el uso de la herramienta tecnológica Atlas ti versión 7.5 ®, este software permite mediante la creación de una unidad hermenéutica, documentos primarios, establecimiento de códigos, citas y redes semánticas de las diferentes relaciones de los instrumentos que forman parte de la investigación.

Tabla 1: Terminología metodológica utilizada en la investigación

Término	Definición utilizada
Atlas. Ti 7.5.4 ®	Herramienta informática para el análisis cualitativo que permite clasificar tratar y analizar un volumen grande de datos y relacionarlos entre sí para encontrar patrones (Sabariego <i>et al.</i> , 2014)

Categoría	Las categorías son elementos comunes que se unen y relacionan entre sí. Cuando esas categorías se empiezan a analizar en sus elementos comunes se dice que estamos categorizando o codificando (Chaves, 2005). Así en el programa Atlas ti ® vemos que se usan con el nombre de códigos.
Código	Los códigos, que encontramos como eje en Atlas ti®, son datos que se relacionan en significado y nos muestran información relevante para la investigación. (normasapa.net, s.f)
Citas	Son segmentos trozos pedazos o partes de textos o fotografías o videos del elemento que se está estudiando. A través de las citas por tanto se fundamenta la teoría y las investigaciones (San Martin, 2014)
Familia de documentos primarios	En atlas ti ® los documentos sobre los que se va a trabajar, ya sean videos fotos o entrevistas o audios se pueden agrupar por temática y eso es lo que se denomina familias. (Muñoz-Justicia y Sahagún, 2017)
Redes semánticas	Es la forma de dibujar elementos lingüísticos mediante grafos. A estos elementos se les conoce también como nodos e interrelaciona conceptos (Anonymous, 2015)

Fuente: (Sabariego et al. , 2014) (Chaves, 2005) (normasapa.net, s.f) (San Martin, 2014) (Muñoz-Justicia y Sahagún, 2017) (Anonymous, 2015) y elaboración adaptada por Jannett Flórez.

La triangulación de los datos representa uno de los modelos de presentación de los resultados de una investigación, existen varios modelos de triangulación de resultados, por ser una herramienta válida que obliga a la rigurosidad cualitativa la interpretación en una investigación (Benavides, 2005): En la presente investigación se realizó la triangulación de los datos tal como expresa la Figura 1., lo que representa el análisis de triangulación obtenido a través de redes semánticas creadas mediante el análisis hermenéutico de las fotografías, entrevistas en profundidad y las listas de observación.

Figura 1: Triangulación de los datos

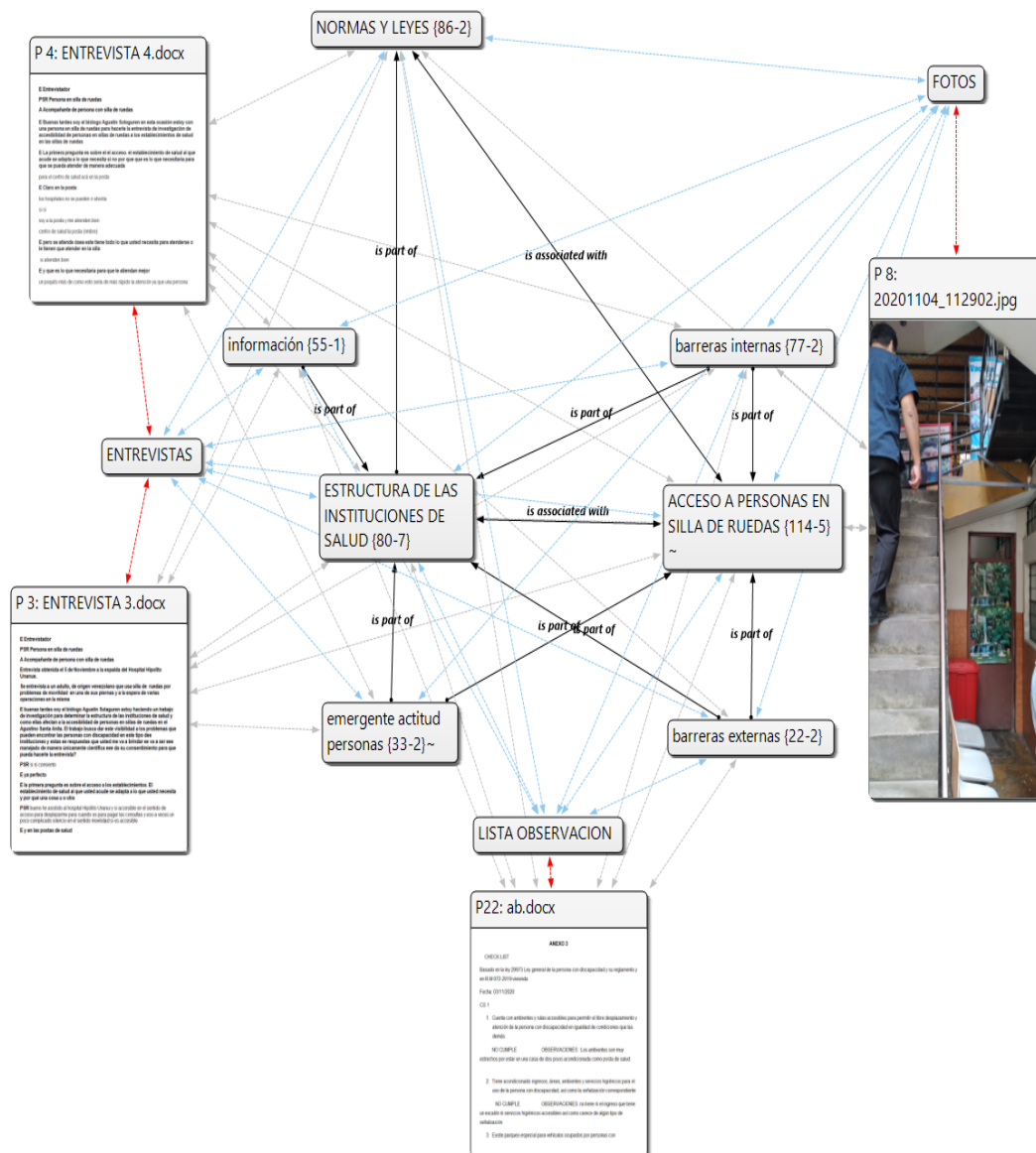


Nota. La triangulación de los datos obtenidos en las entrevistas en profundidad, lo evidenciado en las fotografías y lo observado a través de listas de chequeo basadas en los

requisitos que solicitan las normas de discapacidad para garantizar el acceso universal nos evidencia la realidad para definir la accesibilidad objeto de estudio.

En la Figura 2. se muestra la Red semántica de interrelación de las principales subcategorías del estudio, que para responder a los objetivos específicos planteados se tomaron de las transcripciones realizadas en las entrevistas en profundidad, del análisis de los documentos normados para el acceso, del uso de silla de ruedas, de las barreras externas e internas, así como de las fotografías encontradas fruto de esa triangulación.

Figura 2: Triangulación de la información mediante Red semántica - Atlas ti 7.5.4



Nota. La figura refleja a través de redes interrelacionadas en un mapa mental como la triangulación de la información y su análisis hermenéutico vincula a los instrumentos

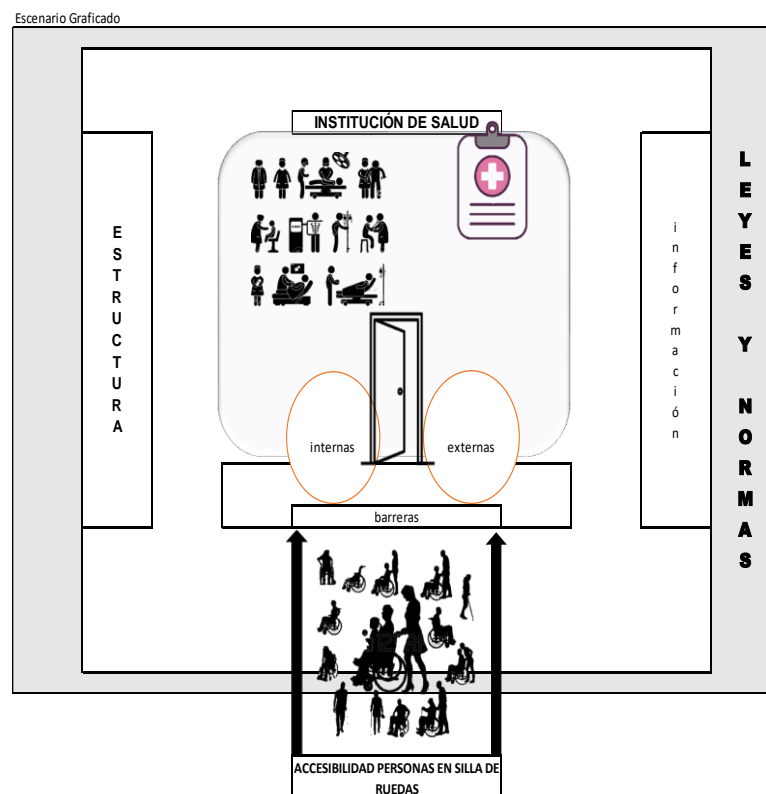
usados para poder responder al objetivo. Resalta que todo orbita bajo las leyes y normas que aparecen como barreras nuevas, actitud de indiferencia de las personas no contempladas en la investigación y que son un punto importante a tener en cuenta en cuanto a garantizar la accesibilidad.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Analizando la información obtenida de la triangulación de las entrevistas, las listas de observación y las fotografías se ha obtenido diseñado un escenario de estudio que muestra los resultados que se detallan a continuación tratando de responder a las preguntas lanzadas para explorar los distintos problemas específicos que se desarrollaron en las subcategorías y, por consiguiente, son el Core que sostienen el cuerpo de la investigación.

Estructura

Figura 3: Representación gráfica del escenario de estudio sobre accesibilidad



Nota. El escenario de estudio grafica el contenido de la investigación desde el título a las distintas subcategorías del estudio.

En la Figura 3 se aprecia una secuencia de la ruta de accesibilidad frente a la estructura que debe seguir una persona en silla de ruedas al ingresar a un establecimiento de salud.

Los elementos intervinientes durante este proceso de atención se interrelacionan con las subcategorías planteadas como barreras externas, barreras internas, información así como las leyes y normas. La cuantificación de resultados de citas en función de la densidad donde la información (o la falta de) las normas y leyes (o la falta de) y las barreras internas son las categorías y subcategorías que irrumpen con mayor fuerza y por tanto donde se ha puesto mucha atención. Por consiguiente para entender como la concepción planteada en el estudio afecta o no a este grupo de personas se ha encontrado los siguientes hallazgos, formulando tanto para las barreras internas como externas preguntas sobre las dificultades para acceder al establecimiento de salud así como la identificación de estas barreras.

Barreras externas

Durante la investigación a la hora de identificar si las instalaciones de salud disponen de un entorno accesible se pudo comprobar que respecto a los entornos externos estos no son accesibles para las personas usuarias en silla de ruedas. En general no cumplen las leyes y normas y a menudo presentan obstáculos temporales o permanentes que hacen dificultoso el acceso, por lo que se pudo identificar a través de la subcategoría barreras externas, que engloba el entorno externo y su accesibilidad:

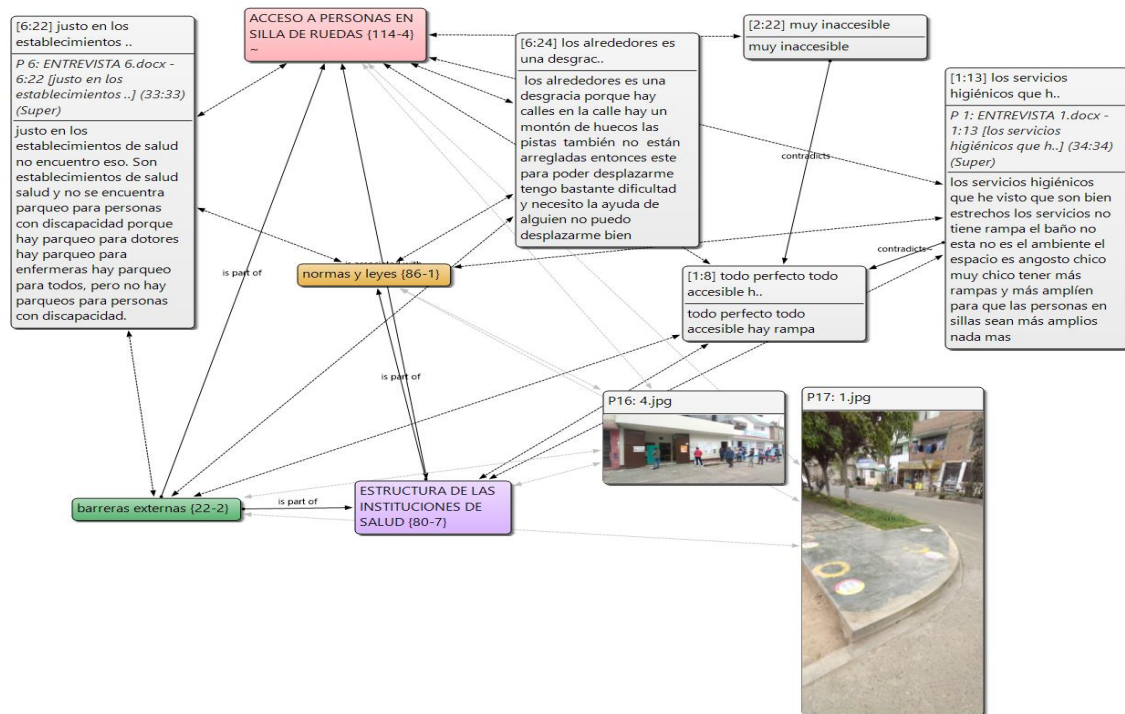
“acá no hay de esas rampas que han puesto una vez casi me voy de cara por que las rampas están mal hechas están con una entrada hay como un hueco hay una vez me metí así y casi me voy para adelante”. Entrevista 4.

De este modo se encontraron resultados mediante la lista de chequeo basada en los reglamentos de la ley y normas indica que hay un incumplimiento total respecto a lo reglamentado, las evidencias fotográficas respaldan que, si bien se enfocan en algún parte de la normativa, como las rampas, esto en realidad no se adapta a lo señalado legalmente. Sin embargo, los usuarios no parece que tengan toda la información referente a la normativa de accesibilidad. Es así que señalan que se les dificulta el entorno externo por la presencia de rampas que en su mayoría señalan mal diseñadas, aunque desconocen las medidas exactas. Otro de los aspectos encontrados es que externamente no hay señalética que ayude para el acercamiento en vehículo y por tanto no se tienen las facilidades de un parqueo exclusivo.

“justo en los establecimientos de salud no encuentro eso. Son establecimientos de salud salud y no se encuentra parqueo para personas con discapacidad porque hay parqueo

para doctores hay parqueo para enfermeras hay parqueo para todos, pero no hay parqueos para personas con discapacidad Entrevistado 6

Figura 4: Red semántica de barreras externas – Atlas ti 7.5.4.



Nota. La red muestra la existencia de barreras externas que afectan a los usuarios de silla de ruedas.

Barreras internas

La identificación si el entorno interno permite el acceso y movilidad autónoma a personas en silla de ruedas se orientó en la normativa de edificaciones, las normativas del Ministerio de Salud para este tipo de establecimientos y lo señalado en la Ley de discapacidad relacionándolo con la atención en el establecimiento de salud.

Se encontró que las personas desconocen las barreras internas reglamentadas en la ley y las normas. Se preocupan en general más por que se les trate dignamente y con celeridad frente a la comodidad o autonomía en general. Es resaltante que la barrera interna que más les preocupa es el acceso a los servicios higiénicos que en general no se adaptan a facilitar el confort que necesitan los usuarios en sillas de ruedas.

“los servicios higiénicos que he visto que son bien estrechos los servicios no tiene rampa en el baño, no esta, no es el ambiente, el espacio es angosto chico muy chico tener más rampas y más amplien para que las personas en sillas sean más amplios nada mas.”

Entrevistado 1

Por otro lado, tanto en las entrevistas como en la lista de observación y las fotografías se pudo apreciar la ausencia de rampas, y los mismos entrevistados señalan que las que existen son peligrosas para su uso y necesitan de un soporte o ayuda. Las ventanillas no están a su altura por lo que tienen que estirarse, hacer esfuerzo o depender de otras personas. Ningún establecimiento tiene un espacio especial para sala de espera de las sillas de ruedas. Las atenciones son dificultosas en el sentido que no se acoplan a ayudar a la movilidad y atención de las personas en sillas de ruedas y la barrera nueva que emerge que es la falta de empatía del personal de salud que requiere se mencione como un hallazgo nuevo.

“cuando yo he estado y he visto yo una persona de edad y la verdad dejan esperar y no atienden uno está en silla, pero te hacen sentar no hay y le hacen a uno esperar no hay quien le entienda al señor o al viejito.” Entrevistado 2

“normalmente atienden en la silla cuando e ido yo a (nombres) si uno tiene primero que subir a la esto hacer fuerza por había un tiempo que yo no podía ni moverme tenía que estar ahí tenía que subir pararme.” Entrevistado 4

La otra gran categoría utilizada para la presente investigación se estableció que se sustentase en la información entendiendo que se relaciona a su vez íntimamente y con un concepto similar a la categoría anterior. La explicación gráfica, elaborada mediante redes semánticas desde Atlas Ti 7.5.4. se detalla en las Figuras 5, 6 y 7 respectivamente.

Información

Las personas indican que no hay quien les facilite la información, y que inclusive esa información es negada constituyendo una barrera de atención interna y externa porque los usuarios en silla de ruedas no saben donde estan las rampas, no se señalan adecuadamente los servicios higiénicos, no se señala si hay parqueo para discapacitados.

“encuentro rampas, pero con esas deficiencias que he nombrado anteriormente pero no hay señalización hay una deficiencia con señalización no hay eso no.” Entrevistado 6

“me mandan y no sabes dónde está, más atención.” Entrevistado 2

En la normatividad respecto a información no se encontró indicaciones del tipo de señáletica o información en los locales para facilitar el acceso, y no está dirigida para personas con discapacidad y concretamente a usuarios en silla de ruedas sino dirigido a todas las personas que acuden a un establecimiento. En la figura 8. se aprecia que cuando se viaja y se llega a un sitio nuevo lo primero que se va a buscar es infomación ya sea

verbal escrita o en pictogramas para que la persona se oriente. Sin esa orientación la dificultad aumenta. Ver Figura 8.

Normas y leyes

Se buscó comprender si se estaban cumpliendo las disposiciones señaladas tanto en las normas y leyes y si estas permitían el acceso de personas en sillas de ruedas, tanto desde el punto de vista interno de los establecimientos como del entorno externo.

De este modo las normas y leyes se quedan en el cumplimiento de tener rampas, pero estas no se adaptan a lo que esta normado. Por tanto, los edificios y sus alrededores no permiten o facilitan el acceso a las personas en silla de ruedas. Este tipo de usuarios, al igual que el resto su prioridad es la atención. Cuando se les pregunta sobre la accesibilidad muchos responden que los espacios son amplios y que en algunos sitios como los hospitales si tienen rampas. Sin embargo, señalan que su mayor problema representa el acceso al servicio higiénico y cuando se les repregunta, señalando aspectos que están indicados en la norma se contradicen en el sentido que ellos mismos empiezan a identificar los aspectos que están en la ley y no se cumplen.

“la personas con discapacidad tienen trato preferencial y también más que nada preferencial para la atención nada mas.” Entrevistado 1

“yo tengo mi antiguo reglamento del CONADIS que creo que han cambiado algunas cosas.” Entrevistado 4

“con respecto a las leyes y normas no tengo el conocimiento detallado que norma es específicamente pero sí sé que nosotros tenemos bastante beneficios al momento práctico no.” Entrevistado 6

Cabe mencionar y resaltar que además de lo citado anteriormente en la investigación se encontró que la accesibilidad se enraíza fuertemente con la atención en los establecimientos relacionando sobre todo por la actitud poco agradable de los usuarios externos así como del personal que trabaja en los mismos establecimientos.

Figura 5

Red semántica de Barreras internas 1

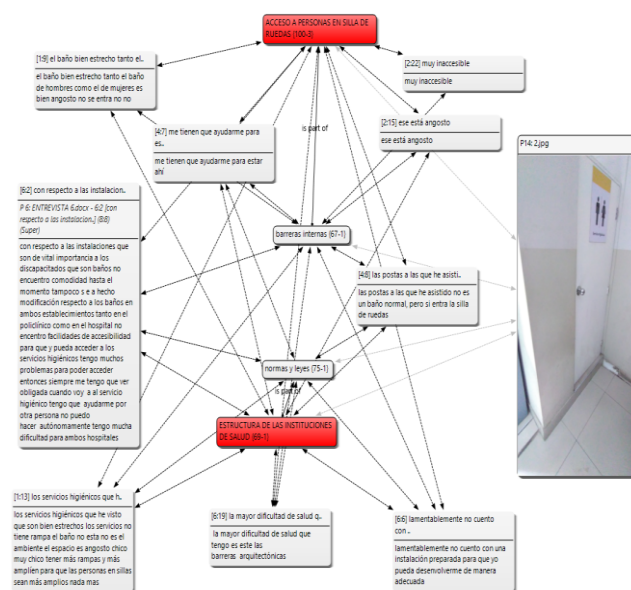


Figura 6

Red semántica de Barrera internas 2

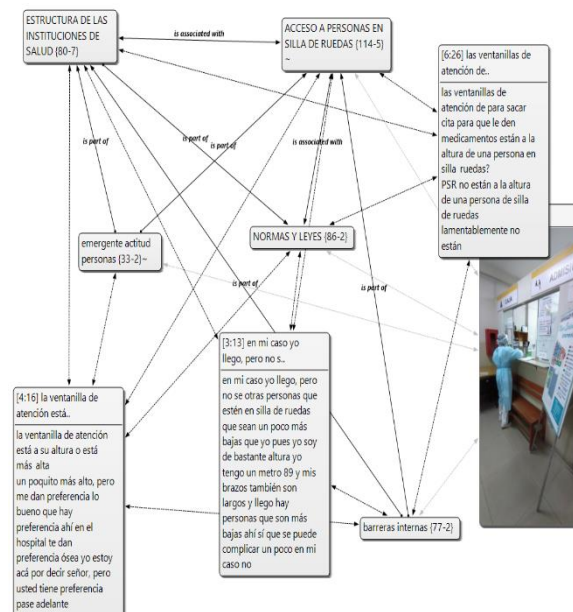
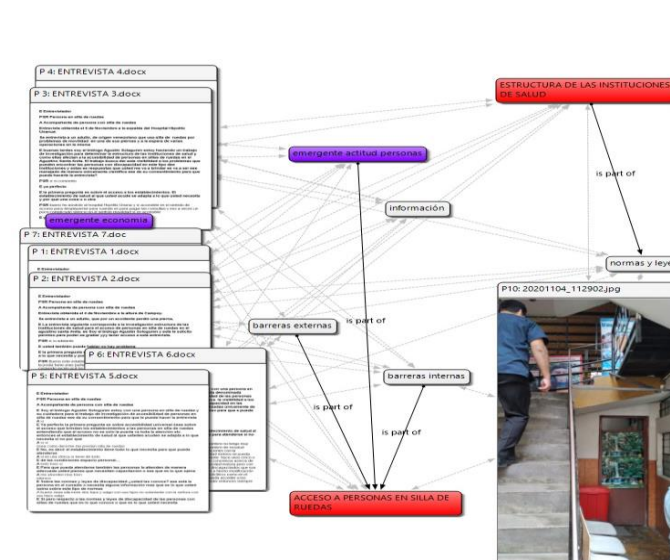


Figura 7

Red semántica de Barrera internas 3



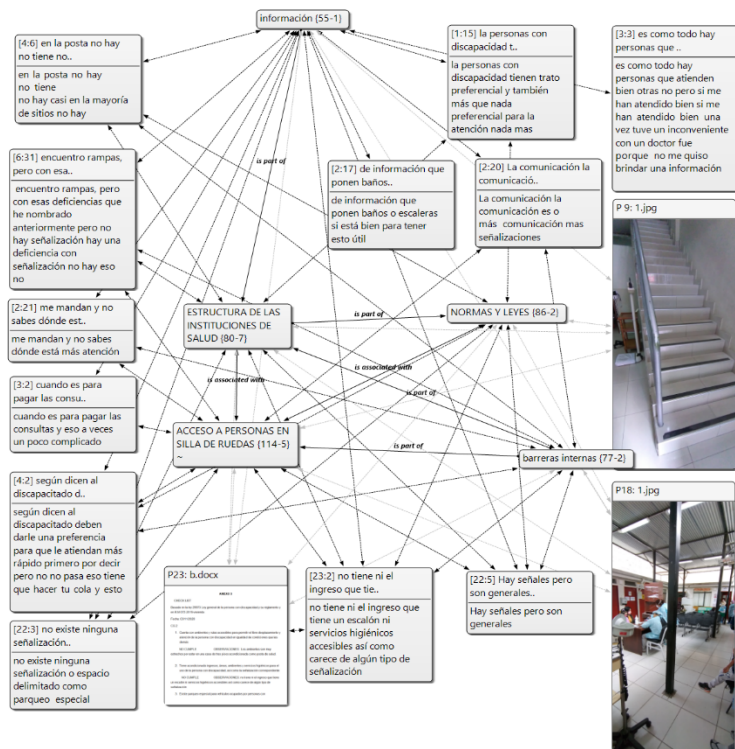
Nota. La figura muestra como existen barreras internas por falta de servicios higiénicos para personas en silla de ruedas, incumpléndose las normas y las leyes.

Nota. Se observa la existencia de deficiencias en el cumplimiento de espacios que sean accesibles

Nota. Se observa la ausencia de rampas.

Figura 8

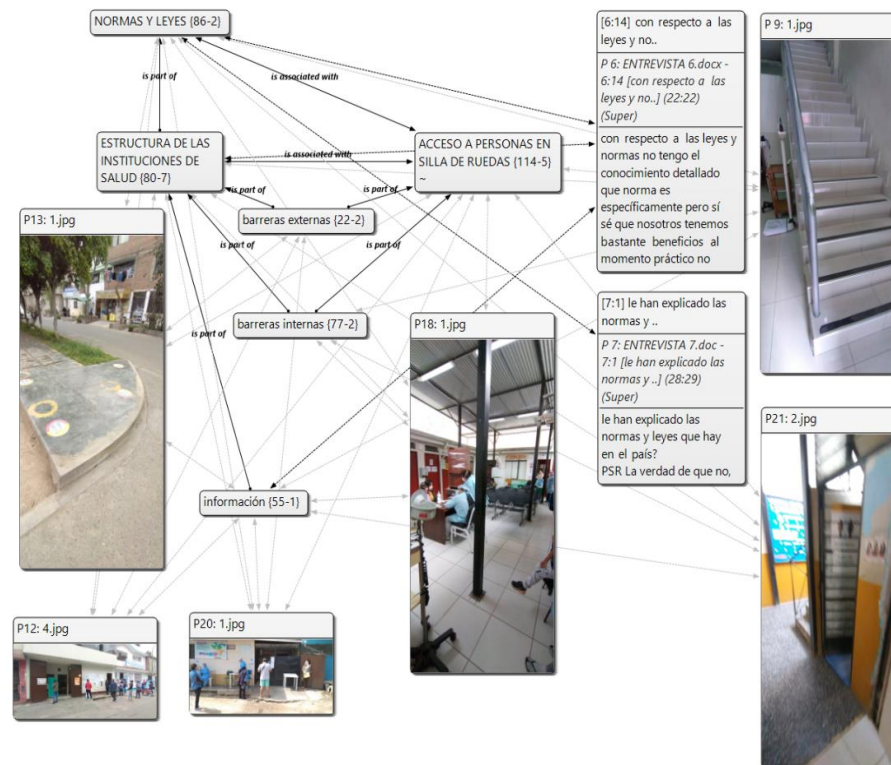
Ausencia de información – Atlas ti 7.5.4.



Nota. La red muestra tanto las opiniones vertidas por las personas entrevistadas reconociendo a la información como una barrera de instituciones de salud, donde no se encuentra explicaciones de por dónde ingresar, donde están las rampas o los servicios higiénicos entre otros.

Figura 9

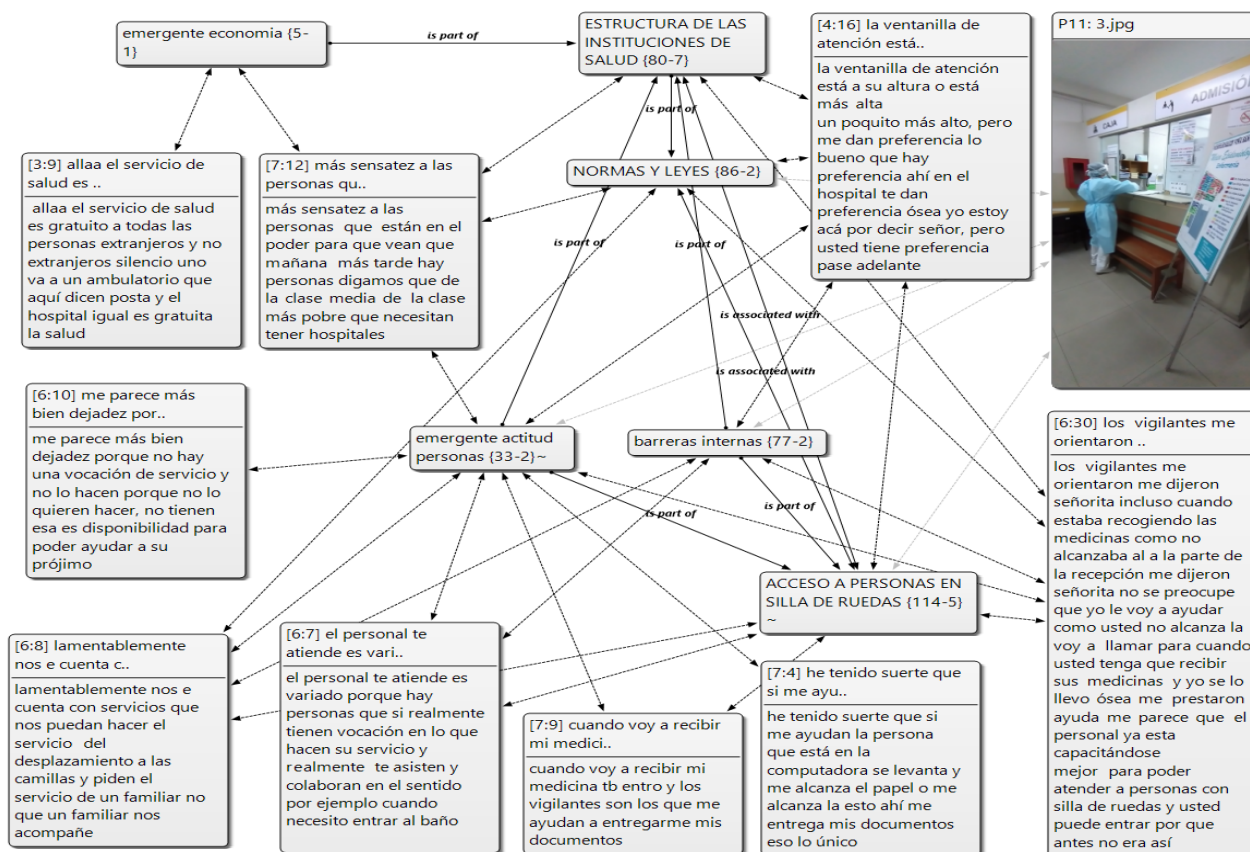
Estructura de las instituciones de salud y la accesibilidad



Nota. Se muestra como no se cumple con la accesibilidad en las instituciones de salud.

Figura 10

Subcategoría emergente Actitud de las personas.



Nota. La red muestra como las personas en silla de ruedas interactúan con el personal de salud, el personal de seguridad y los usuarios del establecimiento. Las barreras estructurales evidencian las barreras actitudinales siendo el personal de vigilancia o seguridad el presta el mejor apoyo.

Actitud de las personas

En la investigación apareció una subcategoría de manera emergente que corresponde a un tipo de barrera y que se relaciona íntimamente con la calidad de atención como es la actitud de las personas tanto usuarios como profesionales en los establecimientos de salud. Durante las entrevistas las respuestas se fueron orientando hacia la necesidad de las personas en silla de ruedas por obtener un trato humanizado que este enmarcada en una actitud amigable por parte del personal de salud.

“es parte de comunicación también la actitud de las personas como llega cuando hacen verse también y por parte del personal de salud también deben de tener un poco más de paciencia con los pacientes y dar un poco mejor de atención de esa parte.” Entrevistado

3

“la doctora de neurología le dijo si tú quieres tener tu carnet CONADIS amarillo no te lo voy a poder dar porque yo te veo bien tus piernas no funcionarían pero la mitad de tu cuerpo funciona así un trato horrible.” Entrevistado 4

“el personal te atiende es variado porque hay personas que si realmente tienen vocación en lo que hacen su servicio y realmente te asisten y colaboran en el sentido por ejemplo cuando necesito entrar al baño.” Entrevistado 6

“hay falta de empatía falta de vocación de servicio no, eso es lo que yo básicamente pienso porque capacitado yo creo que si están porque si ellos estudian para para hacer resto qué es justamente su labor de técnicos saber cómo desplazar al paciente más aún si es un paciente que está en silla de ruedas ellos lo saben hacer pero que a veces no lo quieren hacer simplemente por dejadez.” Entrevistado 6

En las entrevistas se indicó que las personas actuaban en diferentes contextos con el grupo de personas usuarias de silla de ruedas. El personal asistente no se preocupa en la mayoría de casos por este grupo de personas y señalan que se atiendan según el orden de llegada, mientras que algunas personas y estos mismos usuarios reclaman su derecho a la atención preferencial. Sin embargo, la ley de discapacidad no señala atención preferencial en su reglamento, pero preocupa la actitud poco agradable del personal de salud, quien delega tanto a familiares como acompañantes el trabajo físico de moverlos o facilitarles los documentos frente a estructuras que no se adaptan a este grupo de personas.

En el aspecto actitudinal hay tres actores involucrados como el personal médico o asistencial, el personal de seguridad y los usuarios del establecimiento. Es pertinente

reconocer que aparece la figura del vigilante, como primer punto de contacto, quien se convierte en el mejor apoyo para una persona en silla de ruedas, principalmente para superar las barreras físicas como la rampa, el acceso al establecimiento y otros. Convirtiéndose en el mejor mediador entre el establecimiento de salud y la persona en silla de ruedas.

De los resultados obtenidos se puede discutir respecto al objetivo que responde a explorar si la estructura de las instalaciones de salud dispone de un entorno externo, encontrándose que los entornos externos no son accesibles y en general no cumplen las leyes y normas. Este hallazgo coincide con lo señalado por Rodríguez y García Altamar (2018) quienes señalaron que ya de antes del 2018 varias ciudades sudamericanas se encontraban con barreras de accesibilidad en general y que lamentablemente hasta que la gente no este empoderada no se van a eliminar estas barreras. Lo mismo fue observado por Rodríguez de Azevedo *et al.* (2015) en su estudio sobre la poca accesibilidad en los establecimientos de salud del Brasil a pesar que también existen leyes y normas al respecto.

Referente al objetivo que explora si el entorno interno permite el acceso y movilidad autónoma a personas en silla de ruedas , se puede decir que también Azevedo (2015) encontró que frente a las normas del país en los hospitales hay barreras internas que dificultan el acceso a personas, como pueden ser la ausencia de rampas, rampas mal diseñadas, servicios higiénicos inadecuados lo que confirma lo hallado en esta investigación en la que los mismos usuarios han ido identificado algunas de estas barreras y se evidencia en las fotografías como las listas de observación mostrando el incumplimiento normativo y legal. Esto no coincide con lo descrito en la norma de accesibilidad del Ministerio de Vivienda (2019) que da las pautas mínimas para que los edificios tanto públicos como privados sean accesibles y la Norma Técnica 113 del Minsa (2015) que define que los establecimientos deben alinear su infraestructura a la presente legislación que intenta ser respetuosa con la Ley de Discapacidad, pero que en la práctica el objeto de garantizar el acceso universal a todas las personas queda sin efecto

En el siguiente objetivo, sobre evidenciar si existe información de algún tipo que facilite la integración de las personas en silla de ruedas. Si bien en la investigación no se encontraron evidencias sobre señaléticas o información que oriente o facilite la autonomía de las personas en sillas de ruedas en entornos hospitalarios, centros de salud u otros, algo que si se pudo escuchar de los entrevistados es que les resulta difícil encontrar la

ubicación de las rampas, servicios higienicos adaptados, parqueo diferenciado entre otros. No encontraron este tipo de informacion y tampoco se logró encontrar con las listas de observacion y fotografías la presencia informativa de estos hechos. Cuando se realizó la pregunta a algun personal por el baño de discapacitados a modo de prueba, para plasmar en una foto, la información estaba dirigida hacia los servicios higiénicos comunes para las personas en general. Esto también es remarcado por Parra-Muller (s.f.) en su artículo sobre arquitectura de maternidades confirma que la sola visita a un establecimiento de salud que no cuenta con información o señales informativas, provoca estress, y esta barrera informativa impide no sólo la integración sino que genera un carga emocional que afecta la atención.

Para el objetivo que desea entender el cumplimiento de la legalidad frente al acceso a personas con silla de ruedas, se encuentra enmarcada en la Ley N° 29973 y su Reglamento de obligatorio cumplimiento, sin embargo la infraestructura de los establecimientos no está adaptada o construida específicamente considerando estos aspectos. En este estudio se trata de establecimientos de salud del estado , quienes hacen caso omiso en la construcción de infraestructura para personas con discapacidad, a pesar que queda entendido que los principios rectores debieran cumplirse en todos sus organos, como la autonomia individual y la independencia de la persona con discapacidad a la igualdad de oportunidad y accesibilidad. En la misma norma y en uno de los subcapítulos se señala el derecho de la persona discapacitada a tener el acceso a todos los procesos como el resto de personas y que el Estado debe garantizarlo con los servicios y espacios adecuados, pero al contrastar con la realidad se aprecia que es el Estado quien incumple de manera sistemática sus propias leyes y normativas. (Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad - CONADIS, 2020) Asi también Frost *et al.* (2015) en los antecedentes de la presente investigación afirma que en los establecimientos de salud no se cumple con la aplicación de las leyes de discapacidad de estados unidos y por tanto esto afectaba a la accesibilidad de los usuarios en silla de ruedas, los que terminaban siendo atendidos en sus propias sillas. Esta situación no es diferente en el Perú.

Finalmente, en el estudio no se había propuesto analizar la situación actitudinal respecto al hacer de muchos de los actores sociales involucrados en la atención a personas con habilidades diferentes en silla de ruedas. Es Vergunst *et al.* (2015) quien en su estudio desarrollado en Africa y utilizando la misma herramienta tecnológica Atlas Ti ®,

encuentra que en las zonas rurales la prevalencia de barreras frente a la accesibilidad es mayor que en las zonas urbanas pero que tanto en una zona como otra se tienen barreras geográficas y estructurales. Además señala como hallazgo similar al encontrado en esta investigación el aspecto sobre la actitud del personal convirtiéndose en una barrera para establecer una relación de atención empática y agradable. Siendo el vigilante quien ayuda y orienta al ser el primer contacto, pero eso no ocurre con el resto del personal que labora en el establecimiento de salud. A pesar que esta situación no requeriría de un costo económico y sería lo más fácilmente cambiable, es algo que debe motivar a la reflexión. El problema radica en que no todos los integrantes del establecimiento de salud, están dispuestos a tratar de manera agradable y orientadora dando la impresión de una atención poco humanizadora.

De este modo se presentan nuevos aportes que emergerían para estudios próximos enfocados a analizar por qué en el Perú el estado no monitorea ni supervisa los establecimientos de salud bajo los mismos criterios y parámetros que aplica para la parte privada. Probablemente se necesite comprender la necesidad de reformular las políticas de acción y que el sistema actual que se apoya más en el dicho popular “*otorongo no come otorongo*” ha institucionalizado no sólo la corrupción, sino el incumplimiento de sus obligaciones al construirse infraestructuras que no toman en cuenta una atención de salud tan necesitada de cambios estructurales que corresponden a maquillajes visibles durante la inauguración de los establecimientos de salud sino a la construcción de nuevos edificios eliminando los antiguos sumidos en una metástasis que promulga la inequidad la ineficiencia y genera intensas barreras de accesibilidad.

4. CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES

1. Los entornos externos no son accesibles y por tanto en alguna medida presentan barreras externas que no facilitan que los usuarios en silla de ruedas puedan acercarse o acceder de manera autónoma a los establecimientos de salud.
2. Hay desconocimiento e inaplicabilidad de la normatividad vigente, por parte del personal, al existir dificultades para la identificación o la inexistencia de rampas en general, éstas representan una gran barrera de accesibilidad impidiendo la movilización autónoma.

3. El estado incumple de manera general las leyes y normas sobre accesibilidad a personas con discapacidad, específicamente para las personas en silla de ruedas, lo que afecta a todos los usuarios para gozar de una atención debida.
4. El manejo inadecuado de la información o no proporcionarla en el momento apropiado en todos los sentidos, impedirá el logro de lo propuesto en el Plan para las personas con discapacidad orientado al 2023, y esto no sólo involucra al sector salud sino a todas las instituciones del país. En este documento de un grupo de trabajo multisectorial se señala que no se cuenta con información de brechas al respecto de como estan los establecimientos de salud pero se aspira que para el 2023, el 5 % sean accesibles bajo los conceptos explicados en la presente investigación y que al parecer tien visos de no cumplirse. (Grupo de trabajo multisectorial, 2018)
5. El trato y la falta de información que generan expectativas no fundadas frente a las atenciones de salud desde la actitud indolente de algunos ciudadanos asi como el personal de salud refleja maltrato que debiera generarse con una educacion en salud amigable, es una de las barreras mas dificiles de eliminar.

Palabras finales

La orientación hacia la decisión, para un cambio radical debe estar liderada desde la gestión, para promover políticas públicas necesarias que eliminen las barreras que consumen los cimientos de la salud y garanticen una accesibilidad universal de calidad, este es el primer paso trascendental que debe darse. Solventar mínimamente el desarrollo de recursos humanos que asistan de manera real, efectiva y adecuada a las personas en los establecimientos de salud, mediante una mejora con la delimitación de un flujo eficaz de capacitación en servicio que provea un soporte de calidez humana y de familia para el usuario que acude al establecimiento; sería el inicio para disminuir algunas barreras de accesibilidad en los establecimientos de salud. Si se pudo demoler el muro de Berlín, es tiempo de generar nuevos actos para legitimar e institucionalizar precedentes trazando como punto de partida la proximidad al bicentenario y asi demoler los muros que crean las personas con sus actitudes y que resaltan aún más inaccesibilidad e inequidad. Lograr esto es la pretensión tan ansiada dentro de toda la concepción de universalizacion de la salud.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

5. LISTA DE REFERENCIAS

- Ainsworth, Q. (1 de Junio de 2020). Data Collection Methods. Obtenido de Jot Form:
<https://www.jotform.com/data-collection-methods/>
- Altamar, S. M. (18 de Julio de 2018). Las barreras que siguen sufriendo las personas con discapacidad. El espectador. Obtenido de <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/las-barreras-que-siguen-sufriendo-las-personas-con-discapacidad/>
- Andres, V. L. (2014). Breve historia de la discapacidad: de la opresión a la lucha por sus derechos. Obtenido de <https://rebellion.org/docs/192745.pdf>
- Anonymous. (12 de 06 de 2015). unidad educativa nacional tena. Obtenido de ¿que es una red semantica?: <http://maryuri1998.blogspot.com/2015/06/a-que-es-una-red-semantica-red.html>
- Benavides, M. O.-R. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colombiana de Psiquiatría, 18-124.
- Bettye Rose Connell, M. J. (1997). THE PRINCIPLES OF UNIVERSAL DESIGN. Obtenido de https://projects.ncsu.edu/ncsu/design/cud/about_ud/udprinciplestext.htm:
https://projects.ncsu.edu/ncsu/design/cud/about_ud/udprinciplestext.htm
- CDC. (2020). Obstáculos a la participación. Obtenido de Centro para el control de las enfermedades:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-barriers.html>
- CDC. (2020). Obstáculos a la participación. Obtenido de Centros para el control de las enfermedades:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-barriers.html>
- Chaves, C. R. (junio de 2005). LA CATEGORIZACIÓN UN ASPECTO CRUCIAL EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Revista de Investigaciones Cesmag, 11(11), 113-118. Obtenido de http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/Investigacion%20I/Material/37_Romero_Categorizaci%C3%B3n_Investigacion_cualitativa.pdf
- Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad - CONADIS. (2020). Ley N° 29973 y su Reglamento. Ley General de la persona con

- discapacidad y su reglamento. Lima: EDITORIAL GRAFICA PERUANA. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/534697/Ley29973_2020_VFdigital.pdf
- de Azevedo, T. R. (ENERO de 2015). Accesibilidad para personas con discapacidad física en los hospitales publicos. *Enfermeria Global*, 310-318. Obtenido de http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1103/AR_de%20AzevedoRodriguesT_Accesibilidadparapersonascondiscapacidadfisicaenloshospitalespublicos_2014.pdf?sequence=1
- Fernandez Alles, M. T. (2012). El diseño universal: concepto y certificación. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 4-11. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/236984554_El_diseno_universal_concepto_y_clasificacion/citation/download
- Fernando, A. (2007). Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal. *Trans*(11), 15-30. doi:<https://doi.org/10.24310/TRANS.2007.v0i11.3095>
- Frost, K. L. (2015). Accessibility of outpatient healthcare providers for wheelchair users: Pilot study. *Journal of rehabilitation research and development*, 653–662. doi:<https://doi.org/10.1682/JRRD.2015.01.0002>
- Grupo de trabajo multisectorial. (2018). Plan Nacional de Accesibilidad. Plan Nacional de Accesibilidad 2018 2023.
- Hipolito nuñez, M. C. (2017). Estudio sobre la accesibilidad de las personas que se encuentran en silla de ruedas del Hospital regional de Arica . *Revista d eciencias de la salud y medicina*, 6-12.
- Iezzoni LI, W. A. (2015). Physical Accessibility of Routine Prenatal Care for Women with Mobility Disability. *Womens Health (Larchmt)*, Dec;24(12):1006-12. doi:10.1089/jwh.2015.5385
- Juan Muñoz-Justicia, M. S.-P. (2017). Manual de uso: Agrupar familias. En M. S.-P. Juan Muñoz-Justicia, *Hacer análisis cualitativo con Atlas.ti 7* (págs. 55-62). Obtenido de <https://manualatlas.psicologiasocial.eu/atlasti7.pdf>
- Magali, U. L. (3 de Diciembre de 2017). Gran Angular. Obtenido de Perú es un país inaccesible para las personas con discapacidad:

- <http://elgranangular.com/blog/reportaje/peru-es-un-pais-inaccesible-para-las-personas-con-discapacidad/>
- Marta Sabariego-Puig, R. V.-B.-E. (julio de 2014). El análisis cualitativo de datos con ATLAS.ti. REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 7(2), 119-133. doi: DOI:10.1344
- Mendoza Torres Paulina, H.-S. R. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA.
- Meneses-Espejo Y, G.-M. A. (2014). Lima y sus barreras arquitectónicas para los discapacitados. Rehabilitación, ;48(3):196-7. doi:10.1016/j.rh.2014.03.002
- Ministerio de Salud. (27 de enero de 2015). Resolución Ministerial 045-2015. Norma técnica de salud " Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención" . Lima, Peru.
- Ministerio de Vivienda. (2019). Resolución Ministerial 072-2019. Modificación de la norma técnica A.120 Accesibilidad universal en edificaciones del RNE.
- normasapa.net. (s.f). normas apa.net. Obtenido de Categorizar y codificar los datos en tesis cualitativas: <http://normasapa.net/categorizar-codificar-datos-tesis-cualitativas/>
- Ordway A, G. C. (2020). Health care access and the Americans with Disabilities Act: A mixed methods study. Disability and Health Journal. doi:https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100967
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). SALUD EN LAS AMERICAS, INEQUIDADES Y BARRERAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD. Obtenido de Barreras en el acceso a los servicios e inequidades en la cobertura: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es
- Parra- Muller. (s.f.). Accesibilidad Universal: más allá de la silla de ruedas. Obtenido de Parra-Muller Arquitectura de Maternidades: <http://arquitecturadematernidades.com/accesibilidad-universal-mas-alla-de-la-silla-de-ruedas/>
- Quinto Orellana, J. M. (2018). tesis. Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes. Lima, Lima. Obtenido de

- http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16814/Quinto_OM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Relat, M. (MAYO de 2010). Introducción a la investigación básica. RAPD ONLINE, 33(3), 221-222.
- Renato, C. (2015). Rampas, camillas, pastillas y más: Barreras en el ejercicio. Lima: Paz y Esperanza.
- Richard Vergunst, L. S. (2015). You must carry your wheelchair' – barriers to. Global Health Action, 8:2. doi:10.3402/gha.v8.29003
- Rodrigues de Azevedo, T. &. (2015). Accesibilidad para personas con discapacidad física en los hospitales públicos. Enfermería Global(14), 310-318. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3658/365834856012>
- San Martin, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 16(1), 104-122. Obtenido de <http://redie.uabc.mx/vol16no1/contenido-sanmartin.html>
- Sausa, M. (2 de Septiembre de 2017). Servicio de salud presenta más de 47 mil reclamos en lo que va del año. peru21. Obtenido de <https://peru21.pe/lima/ministerio-salud-47-000-reclamos-2017-deficiente-servicio-salud-374194-noticia/>
- Torres Fuentes Marcelo, N. A. (2017). La situación de discapacidad y su relación con la accesibilidad universal en la atención primaria de salud, comuna de Rancagua. REVISTA PERSPECTIVAS(29), 67-99.
- UNE EN. (2007). Norma UNE 170001-1:2007 Accesibilidad global. Criterios para facilitar la accesibilidad al entorno. Parte 1: requisitos DALCO.
- Velarde Lizama, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. Empresa y humanismo, 115-136.
- Welage N, L. K. (2011). Wheelchair accessibility of public buildings: a review of the literature. Disabil Rehabil Assist Technol, 1-9. doi:10.3109/17483107.2010.522680