



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes
con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación
del Callao, Bellavista, 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:
Maestra en Gestión de Servicios de la Salud**

AUTORA

Br. Miluska Janett Quinto Orellana

ASESOR:

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osoreo

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de la Salud

PERÚ - 2018

Página del Jurado

Dr. Mitchell Alberto Alarcón Díaz
Presidente

Dra. Paula Viviana Liza Dubois
Secretario

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores
Vocal

Dedicatoria

La presente tesis se lo dedico a mi madre, padre y hermanas por haber estado presente y apoyándome en los momentos más difíciles de mi vida.

Agradecimiento

Primero a Dios porque sin Él no soy nada, a mi madre por guiarme por el buen camino, a mis amigos que desinteresadamente me ayudaron y aconsejaron y a mis docentes que hicieron que la gestión sea para mí una nueva forma de ver la salud.

Declaración de autenticidad

Yo, Miluska Janett Quinto Orellana, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 41099236, con la tesis titulada “Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista 2018”

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, Marzo de 2018

.....
Br. Miluska Janett Quinto Orellana
DNI N° 41099236

Presentación

A los Señores Miembros del Jurado de la Escuela de Post Grado de la Universidad César Vallejo, Filial Los Olivos presento la Tesis titulada: Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora en el hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista, 2018; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo; para optar el grado de: Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

La presente investigación está estructurada en nueve capítulos. En el primero se expone los antecedentes de investigación, el marco teórico referencial, marco espacial, marco temporal, categorización de la unidad temática, contextualización. En el capítulo dos se presenta la aproximación temática, formulación del problema de investigación, justificación, relevancia, contribución y objetivos. En el tercer capítulo se presenta las unidades temáticas, la metodología, escenario de estudio, características del sujeto, trayectoria metodológica, técnicas e instrumentos de recolección de datos, tratamiento de la información y rigor científico. El cuarto capítulo está dedicado a los resultados. El quinto capítulo está dedicado a la discusión de los resultados. El sexto capítulo esta refrendado las conclusiones de la investigación. En el séptimo capítulo se fundamenta las recomendaciones. El octavo capítulo se presenta las referencias bibliográficas. Finalmente se presenta los anexos correspondientes.

Indice

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	x
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I Introducción	14
1.1 Antecedentes	15
1.1.1. Antecedentes Internacionales	15
1.1.2 Antecedentes Nacionales	20
1.2 Marco teórico referencial	23
1.2.1 Acceso a los servicios de la salud	23
1.3 Marco espacial	33
1.4 Marco temporal	33
1.5 Categorización de la unidad temática	34
1.6 Contextualización	36

1.6.1 Contexto histórico	36
1.6.2 Contexto cultural	37
1.6.3 Contexto social	37
1.6.4 Supuestos teóricos	38
II Problema de investigación	42
2.1 Aproximación temática	43
2.2 Formulación del problema de investigación	44
2.2.1 Problema general	44
2.2.2 Problemas específicos	44
2.3 Justificación	45
2.4 Relevancia	46
2.5 Contribución	46
2.6 Objetivos	47
2.6.1 Objetivo general	47
2.6.2 Objetivos específicos	47
III Marco metodológico	48
3.1 Unidades temáticas	49
3.1.1 Definición y concepto de las categorías	50
3.2 Metodología	52
3.2.1 Diseño	53

3.3	Escenario de estudio	53
3.4	Características del sujeto	54
3.5	Trayectoria metodológica	54
3.6	Técnica e instrumentos de recolección de datos	54
3.6.1	Técnicas de recolección de datos	54
3.6.2	Instrumentos	55
3.7	Tratamiento de la Información	57
3.8	Rigor científico	57
IV	RESULTADOS	59
4.1	Categorías de análisis	60
4.2	Con relación al objetivo general del estudio: Identificar las barreras de acceso para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao.	62
4.3	Con relación al objetivo específico 1 . Identificar las barreras de acceso desde la oferta para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del callao	68
4.4	Con relación al objetivo específico 2. Identificar las barreras de acceso desde la demanda para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao.	81
V.	Discusión	88
VI.	Conclusiones	93
VII.	Recomendaciones	95
VIII.	Referencias bibliográficas	98
	Anexos	

Índice de Tablas

Tabla 1	65
Tabla 2	66
Tabla3	67
Tabla4	69
Tabla 5	71

Indice de Figuras

Figura 1	25
Figura 2	28
Figura 3	40
Figura 4	41
Figura 5	63
Figura 6	66
Figura 7	73
Figura 8	73

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo Identificar las barreras de acceso para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista 2018. La población estuvo constituida por los pacientes que tienen una discapacidad motora, familiares de pacientes y personal tanto asistencial como administrativo que asisten y/o trabajan en el Hospital de Rehabilitación del Callao.

La metodología empleada fue el enfoque cualitativo, ya que se analizaron las situaciones concretas y se indago la realidad social con la finalidad de aportar algo nuevo. El tipo de estudio es fenomenológico con diseño etnográfico debido a ser este un trabajo de campo y que establecerá una discusión con otros estudios realizados.

Los resultados encontrados fueron que se encontraron insuficientes recursos humanos, infraestructura inhabilitada, la mayoría de personas y/o familias de personas con discapacidad no cuentan con movilidad propia y usan el transporte público y/o privado ocasionando así mayor gasto.

Las conclusiones a que se llegaron fueron que existen barreras de acceso a la salud, como es la brecha que existe en cuanto a los recursos humanos, mayor concentración de personas menor oportunidad de citas, barreras que los ponen la sociedad debido a poca cultura sobre discapacidad.

Las recomendaciones que se dieron fueron que se recomienda que para el presente año se debería habilitar áreas que aún se encuentran sin uso, inversión en la compra de nuevos equipos de terapia y la contratación de nuevo personal para poder cubrir la demanda de pacientes, el gobierno local regional y nacional debería realizar para la sociedad campañas de sensibilización hacia las personas que tiene una discapacidad motora.

Palabras claves: Barreras de acceso en salud, discapacidad.

Abstract

The objective of this study was to identify the access barriers for the care of the person with motor disability at the Callao Rehabilitation Hospital, Bellavista 2018. The population was constituted by patients with a motor disability, family members of patients and staff. as administrative assistance and / or work at the Hospital de Rehabilitación del Callao.

The methodology used was the qualitative approach, since the concrete situations were analyzed and the social reality was investigated in order to contribute something new. The type of study is phenomenological with ethnographic design because it is a field work and it will establish a discussion with other studies carried out.

The results found were that insufficient human resources were found, infrastructure disabled, the majority of people and / or families of people with disabilities do not have their own mobility and use public and / or private transportation, thus causing greater expense.

The conclusions reached were that there are barriers to access to health, such as the gap that exists in terms of human resources, a greater concentration of people, less opportunity for appointments, barriers placed on them by society due to a lack of culture on disability.

The recommendations that were given were that it is recommended that for this year should be enabled areas that are still unused, investment in the purchase of new therapy equipment and the hiring of new staff to meet the demand of patients, the government regional and national local should conduct awareness campaigns for society towards people with a motor disability.

Keywords: Access barriers in health, disability

I. Introducción

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Agudelo et al. (2014) Colombia, en su estudio titulado *Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín*, identificó las barreras y facilitadores de los accesos a los servicios de la salud bucal entre los pobladores de Medellín desde el punto de vista del personal de salud. Se realizó un estudio de tipo cualitativo descriptivo y comprensivo con perspectiva etnográfica. La población estuvo conformada por personal de salud que trabaja en la institución y que presta servicios de asistencia para lo cual se aplicó 34 entrevistas. Los resultados que se encontraron se agruparon según 4 categorías tanto como para las barreras como para los facilitadores los cuales fueron disponibilidad accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio, dentro de estos resultados en lo que corresponde a la categoría disponibilidad se encontró para las barreras dificultades en la implementación de políticas sociales para esta población y dentro de los facilitadores para esta misma categoría se encontró programas que facilitan la demanda inducida programas de salud bucal, en la categoría accesibilidad se encontró como barrera la situación de discapacidad y como facilitador ubicación geográfica de las unidades y centros de salud, en la categoría aceptabilidad se encontró como barrera el analfabetismo y como facilitador la buena capacidad de los profesionales para dar atención a las personas adultas mayores y dentro de la categoría contacto con el servicio se encontró como barrera la crisis del sector salud y como facilitador la articulación de odontología con otras áreas. Este estudio concluyó que es necesario integrar las políticas sociales con las de salud, además que es necesario ofrecer un sistema de atención de salud de manera eficiente y equitativa para de esta manera poder superar las desigualdades que pueden ser evitables en salud.

Arrivillaga y Eugenia (2016) Brasil en un estudio titulado *Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013*, analizó críticamente y sistematizó los modelos conceptuales sobre acceso a los servicios de la salud. El estudio se basó en una revisión sistemática de la literatura

que fue publicada entre los años 1970 al 2013, las fuentes de información fueron 25 publicaciones la base de datos de ISI Web of Science, JSTOR, EBSCO y Proquest, al análisis se realizó utilizando una matriz que contenía la lógica del modelo conceptual y su descripción. El resultado que se encontró tras el análisis clasifico en 5 categorías: (I) acceso a servicios de salud en la lógica de los mínimos decentes, (II) en la lógica de mercado, (III) en la lógica de factores multicausales, (IV) en la lógica de necesidades y (V) en la lógica de la justicia social y el derecho a la salud. El estudio concluyó que hay mayor literatura de acceso a los servicios de la salud desde la lógica de mercado de servicios de atención médica, articulada con la lógica de factores y multicausalidad y además nos dice que no existe modelo conceptual alguno acerca del acceso a servicios de salud basado explícitamente en la justicia sanitaria y el derecho a la salud.

Hirmas et al. (2013) Panamá, realizó un estudio titulado *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de la salud: una revisión sistemática cualitativa*, determinó si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de la salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en que etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia. El tipo de estudio fue una revisión sistemática cualitativa de literatura publicada en el periodo 2000-2010, se revisaron seis fuentes internacionales entre los cuales estuvieron: fuentes académicas, base de datos académicas multidisciplinaria en texto completo (Academic Search Complete), MEDline en texto completo, PubMed, sciELO, LILACS, Los resultados fueron, se seleccionaron 19 de 160 resultados de la revisión de artículos científicos, y 8 de 12 documentos de la revisión de literatura gris. Se identificaron 230 barreras y 35 facilitadores en países con diferentes contextos y grados de desarrollo. Las 230 barreras se clasificaron acorde al modelo de Tanahashi: 25 corresponden a la dimensión disponibilidad, 67 a accesibilidad, 87 a aceptabilidad y 51 a contacto. La mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de aceptabilidad y de accesibilidad. Los elementos facilitadores identificados tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación

de los servicios al paciente. EL estudio concluyó que la identificación de barreras y facilitadores se realiza mayoritariamente en personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud. Se identificaron pocos estudios orientados a quienes no contactan los servicios. Las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría son expresiones de inequidades sociales que existen en los países y requieren una acción conjunta con otros sectores distintos de salud para ser reducidas o eliminadas.

Díaz, Zapata y Aristizabal (2011) Colombia, en una publicación titulada *Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali*, identificó las diferencias en el acceso a los servicios de salud entre la población afiliado y el régimen subsidiado de un barrio estrato dos de Cali. Fue un estudio de prevalencia tipo descriptivo y de corte transversal de diseño probabilístico. La muestra estuvo conformada por 2165 personas quienes se les aplicó una encuesta. Los resultados encontrados demostraron que existe una diferencia significativa en el uso de los servicios preventivos de salud entre el régimen subsidiado y contributivo siendo la mayor diferencia del uso de este en el régimen contributivo, además que existe diferencia en el uso de los servicios de acuerdo al sexo edad y tipo de régimen, también llama la atención de la baja prevalencia de la necesidad de salud sentida y demanda por parte de ambos regímenes. Se llegó a la conclusión que el acceso real y potencial se ve influenciada por el tipo de régimen al que pertenece la población además que las características como el nivel educativo, ocupación, nivel de ingresos y cultural favorecen al régimen contributivo a tener una mayor cultura de salud.

Rodríguez, Rodríguez y Corrales (2014) Colombia en un estudio titulado *Barreras de acceso administrativo a los servicios de la salud en población Colombiana, 2013*, caracterizaron las principales barreras que sufre la población colombiana al intentar acceder a los servicios de salud. Se trató de un estudio descriptivo exploratorio con enfoques cuantitativos y cualitativos. La fuente de

información se basó en los registros de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que llegaron a la superintendencia nacional de salud de Colombia, además de entrevistas semiestructuradas a usuarios y a funcionarios de las empresas promotoras de la salud, las entrevistas se recogieron en grabaciones que después fueron transcritas y analizadas por su contenido. Los resultados evidenciaron que los usuarios de este estudio evidenciaron limitaciones desde la entrada y búsqueda de la atención por fallas en la comunicación para acceder a los Servicios de Salud; en la continuidad del servicio, se encuentran con barreras derivadas por las autorizaciones, faltas de oportunidad para citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos. Con base a los hallazgos se concluyó que las barreras que perciben los usuarios generan percepciones negativas y efectos perjudiciales tanto para éstos, como para sus familias.

Restepro, Silva, Andrade y Dover (2014) Colombia, en su estudio titulado *Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia*, construyó un concepto de acceso e identificar las barreras y estrategias, desde la perspectiva de los actores en Medellín. Se realizó un estudio de tipo analítico explicativo, las técnicas empleadas fueron talleres y jornadas de trabajo con los actores institucionales y líderes comunitarios, entrevistas semi-estructuradas, talleres de sensibilización, grupos focales, cuestionarios de salida, cartografía social y observación. La población estuvo constituida por líderes, usuarios, profesionales y administradores, siendo 133 personas del régimen subsidiado y 77 del régimen contributivo haciendo un total de 210 personas. En los resultados se identificaron similitudes y diferencias en la visión del acceso, las cuales permitieron construir el concepto. Las barreras y los facilitadores se atribuyen a factores de oferta y de demanda. La mayoría de las barreras se dan en el acceso real, durante la búsqueda y continuidad del tratamiento. Algunas características sociales de la población también son factores determinantes. El estudio concluyó que los actores recurren a estrategias para solventar las barreras de acceso. El análisis del concepto de acceso, de las barreras y las facilidades permite identificar alternativas que pueden servir de insumo para políticas en salud.

Mendoza (2016) Brasil, en su investigación titulada *Cobertura acceso y equidad universal en salud, una caracterización de la producción científica de enfermería*, explicó las características científicas que ha aportado la enfermería con respecto a la cobertura, acceso y equidad a los servicios de la salud y conocer este aporte en términos de producción de sujetos y fenómenos de estudio. Se realizó un estudio de tipo investigación etnocumentaria, exploratoria y descriptiva. Las fuentes académicas que se revisaron fueron 97 revistas y 410 documentos de enfermería entre artículos, revisiones, cartas, notas, editoriales, etc. Los resultados obtenidos permitieron observar 25 años de producción. La co-autoría promedio fue de 3.5, con un índice de transitoriedad del 93%. El índice de visibilidad fue del 67.7% y 4 revistas núcleo que concentran el 24.6% de la producción. El estudio concluyó que los profesionales de enfermería deberían definir bien las líneas de investigación para fortalecer las futuras investigaciones, y a través del tiempo fortalecer y aumentar la internacionalización con ayuda conjunta de la comunidad de enfermería.

Vargas, Vásquez y Mogollón (2010) Colombia, en su estudio titulado *Acceso a la atención en salud en Colombia*, aportó en conocimientos acerca del acceso a los servicios de salud, después de la reforma del sistema de salud, las fuentes de estudio fueron artículos originales publicados entre el 1994- 2009. Se realizó una revisión sistemática de bibliografía en la base de datos de MEDLINE, LILIACS, Social Science Citation Index, CINAHL, IME, PsycInfo y Econlit y artículos publicados entre 1994—2009, se incluyeron 27 investigaciones cualitativas y cuantitativas, este análisis se centró en los conceptos de Andersen y Aday acerca del acceso potencial y acceso real. Los resultados obtenidos fue que se observó que no hubo aumento marcado a los servicios de salud, por el contrario se visualizó barreras para este acceso que predominantemente resultaron ser de tipo poblacional y de los propios servicios. El estudio concluyó fue que la revisión presento limitaciones al análisis del acceso por lo que se sugiere que se reoriente la evaluación y se incorpore variables de contexto y perspectiva hacia los actores para de esta manera lograr un mejor entendimiento del impacto de los accesos a la salud.

1.1.2. Antecedentes nacionales

En el estudio del INEI (2012) titulado *Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú*, cuyo objetivo fue identificar como las variables económicas sociales en relación con la accesibilidad de una población van a determinar el que se pueda o no tener acceso a los servicios de la salud. La metodología usada fue de carácter evaluativo desarrollado en base a la encuesta nacional de hogares realizado por el INEI. Los resultados a los que llegaron fueron que existe una relación inversa entre el número de personas que presentan un problema de salud en referencia con el ingreso mensual que poseen, la población rural con menores ingresos son las que menor accede a los servicios de la salud, las condiciones en que viven la población es decir si cuenta con servicios higiénicos en condiciones de hacinamiento y otros son determinan los para el acceso a los servicios de la salud. Las conclusiones a las que se llegó fueron que existen en la población tanto si se clasifica por lugar de residencia como por regiones, barreras (que serán las dificultades para acceder al establecimiento de salud) así como facilitadores (que serán los que nos ayuden a realizar de manera más simple este acceso)

Rabanal, Lazo y Nigenda (2011) en su estudio titulado *Sistema de salud de Perú*, cuyo objetivo describir las condiciones generales de la situación de salud en el Perú, su estructura, cobertura, fuentes de financiamiento, recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. Los resultados evidenciaron que la cobertura de salud fueron a través de Essalud, las Fuerzas Armadas y policía poseen una cobertura en todas las especialidades; Sin embargo, debida a la gran demanda y oferta insuficiente existen grandes listas de espera por lo que los usuarios de estos subsistemas optan por ir a consultar a la parte privada o sistema estatal, en el financiamiento el resultado el SIS financia casi en su totalidad los presupuesto nacional, Essalud se financia de los aportes de los empleadores y la parte privada no lucrativo es financiado íntegramente del bolsillo de la persona, la distribución de los recursos humanos refleja una tendencia al centralismo. Con el incremento de universidades en áreas de la salud, la oferta de

empleo en el interior del país hace que algunos profesionales emigren fuera y no retorne al país, además las actividades de rectoría quedan bajo la supervisión del MINSA quien controla e inspecciona los servicios de la salud cualquiera sea su naturaleza. El estudio concluyó que el reto principal que enfrenta este sistema es ampliar la atención a la salud a poco más de 10% de la población que todavía no recibe servicios básicos, erradicar la exclusión sanitaria que llega entre el 10 y 20% de la población general, se debe fortalecer el saneamiento básico en las zonas rurales además que se requiere de una sólida política de formación y desarrollo de los recursos humanos que permita responder a las nuevas necesidades.

Longaray (2010) realizó un estudio *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú* de tipo descriptivo transversal con el objetivo de determinar el impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú (Q1 y Q2), se utilizó como fuente de recolección de datos la encuesta nacional de Hogares (ENAH) del 2007 del cual se tomó como población a 6 viviendas por conglomerado de zonas urbanas y 7 viviendas por conglomerado en zona rurales de los cuales se estudió a los quintiles más pobres. Los resultados que se obtuvieron fue que el SIS tuvo un impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en forma significativa. El nivel socioeconómico influyó significativamente sobre el acceso a los servicios de salud y pertenecer a un nivel económico inferior a Q5 afectó negativamente el acceso. El residir en área urbana tuvo influencia significativa y afectó negativamente el acceso. La edad influyó significativamente, afectando positivamente el acceso en los menores de 3 años y negativamente en los grupos de 3-17 y de 18-65 años. La variable sexo (de la población general) tuvo efecto significativo pero el ser varón afectó negativamente el acceso. El nivel educativo del jefe del hogar tuvo impacto significativo negativo sobre el acceso solo en los dos grupos con menor nivel educativo. El no contar con servicios higiénicos adecuados tuvo impacto negativo sobre el acceso. El residir en alguna región natural en particular, el sexo del jefe del hogar, la presencia de hacinamiento y la fuente de

abastecimiento de agua no ejercieron influencia significativa sobre el acceso. La investigación concluyó por una parte, el seguro integral de salud (SIS) tiene un impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos especialmente a los correspondientes a los dos quintiles más pobres (Q1, Q2), el principal proveedor de servicios de salud fue el Ministerio de Salud.

Centrágolo, Bertranou, Casanova y Casalí, (2013) realizaron un estudio titulado *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*, estudió el funcionamiento de EsSalud y los desafíos para que esta institución articule con el resto del sistema de salud del Perú en el cumplimiento de los objetivos vinculados con el logro de la cobertura universal de los servicios de salud. Este es un estudio descriptivo presentando un informe. En consecuencia, los diferentes aspectos analizados han debido tomar como referencia el funcionamiento del sistema de salud peruano en su totalidad. Las conclusiones a las que se llegaron fueron, 1) el Perú se encuentra en un proceso de transición demográfica en donde habrá un descenso de la tasa de crecimiento poblacional que paso de ser 2,8% en los años 80 a ser de 1,2% en la primera década de este siglo, la población en edad de trabajar es mayor a la población dependiente, las enfermedades no transmisibles en el 2009 eran un 51% en comparación de las trasmisibles y que esto se incrementara a medida que la población envejezca, 2) el gasto en salud es reducido y se ubica por debajo del promedio de América Latina, 3) el gasto de bolsillo es excesivo lo cual genera inequidades ya que la utilización y/o acceso a los servicios de la salud estará en proporción a la capacidad que tenga la persona de poder pagar por ellos 4) Los recursos humanos y de infraestructura con que cuenta el sector parecen insuficientes y dispersos institucionalmente, las cifras de recursos humanos según la región son diferentes porcentajes lo cual genera inequidades además de la pérdida de profesionales que emigran a otros países con mejoras condiciones laborales , 5) Se presentan importantes restricciones en el acceso a los servicios de salud, por diversas causas, considerándose que el dinero como barrera de acceso a los servicios de la salud va perdiendo significancia,

encontrándose otras barreras como el que las persona prefieren utilizar remedios caseros o automedicarse, el centro de salud quedaba lejos, maltrato por parte del personal, demora en la atención.

1.2. Marco teórico referencial

1.2.1. Acceso a los Servicios de Salud

El acceso a los servicios de la salud se entiende como aquella capacidad de que tiene un grupo de personas que cuando lo requieran busquen y encuentren los servicios de la salud además que estos sean de calidad sin importar el nivel cultural, religioso, socioeconómico de la población.

Según el plan Bicentenario la cobertura de la salud que hoy en día es del 35% de la población, para el 2021 debe llegar al 100%. El acceso a la salud se puede ver limitado dependiendo de diferentes factores que harán que este acceso se facilite o se coloquen barreras para lograrlo.

Existen numerosas definiciones acerca del acceso y muchas veces se le confunde con la accesibilidad, para algunos autores como Andersen define el acceso como “la capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sean necesarios” (Restepro, Silva y Andrade, 2014, p.244). Otro autor bastante conocido en temas de acceso y calidad es Donabedian quien plantea que “el acceso es el resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos” (Hirmas et al., 2013, p.224). Para Cromely y McLafferty el acceso es el “poder de disponer de los recursos del servicio de salud” (Restepro et al., 2014, p.244). Tanahashi (1978) definió el acceso como “resultado del ajuste entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda” (Hirmas et al., 2013, p. 224).

El ministerio de salud buscando lograr la igualdad y equidad en el acceso a los servicios de la salud de las personas con discapacidad, es que propone normas, las diseña y realiza sus mejoras con el objetivo de lograr la recuperación y/o rehabilitación de las personas que posean una discapacidad. El reglamento de ley N°29973 en su Capítulo V artículo 26 dijo:

El ministerio de salud emite disposiciones normativas, a fin de incorporar a las personas con discapacidad en los Planes de Aseguramiento en Salud, los mismos que son ejecutados por las Instituciones Administradoras de fondos de aseguramiento en salud y las instituciones prestadoras del servicio de salud (Conadis, 2015, p. 22)

Avedis Donabedian (1973) describe que el concepto de acceso, es mejor considerado en el contexto, si las personas que actualmente tienen necesidad de atención médica la reciben o no; y en su libro *Aspects of Medical Care Administration* afirma que: “La prueba de acceso es uso de servicios, no simplemente la presencia de una instalación, y que el acceso puede en consecuencia ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad” (Hirmas et al, 2014, p.224)

Adicional a lo anterior y de acuerdo a lo descrito por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005), se definen tres factores que son considerados de total importancia para comprender el acceso a los servicios de salud, a saber:

1. El que corresponde a la capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención.
2. El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral.
3. Las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadoras de servicios de salud.

Y en este contexto, se tienen en cuenta las siguientes dimensiones:

- Geográfica. En términos de distancias, facilidades de transporte, condiciones topográficas, etc.

- Económica. En términos de la capacidad de pago, de los costos de acceso al lugar de la atención, y de la prestación del servicio.
- Cultural. En términos de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación a la utilización de los servicios.
- Organizacional. En términos de las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios.

Para complementar la definición de acceso a los servicios de salud, se puede definir como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente", aclarando que el aseguramiento no es igual al acceso (Restrepo, 2012, p.29)

De acuerdo a Andersen (Bernal, 2015, p.15) su modelo de la utilidad de servicios es el más aceptado por su claridad y eficiencia en su capacidad explicativa:

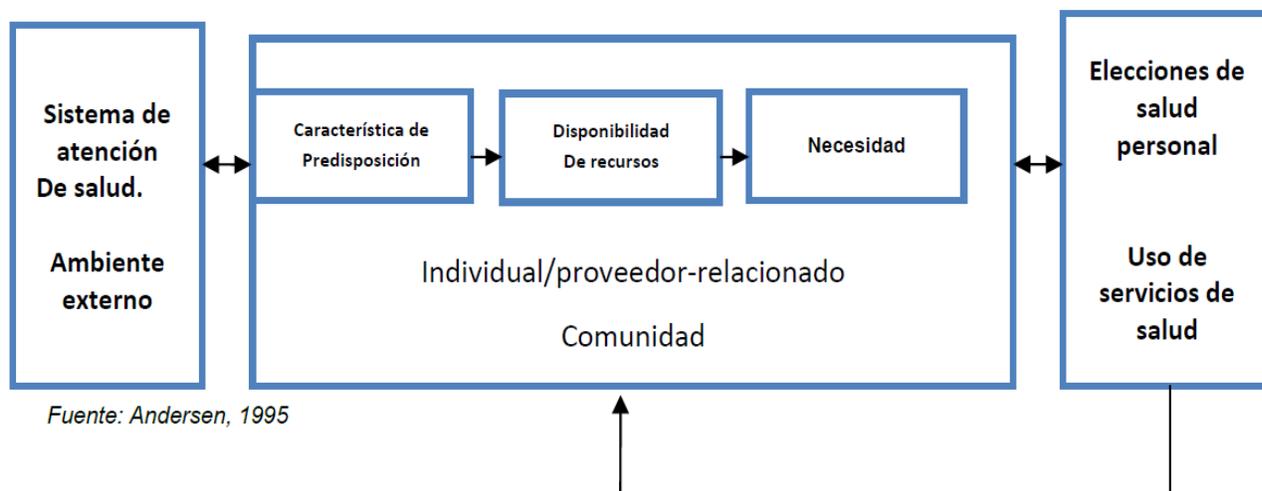


Figura 1. Modelo de la utilidad de servicios.

Para Andersen (1995) descubrir las condiciones o factores facilitaría o impediría su utilización. De modo que el acceso potencial se define como presencia

de recursos disponibles, estos condicionan los medios para acrecentar la probabilidad de que su utilización tenga un lugar.

En este sentido, Andersen (1995):

La utilización del flujo muestra una mejoría en el estado de salud o la satisfacción del consumidor relativo a la cantidad de servicios de atención que se presta en el mercado. Desde esta mirada el acceso a la atención médica es considerado como indicador social en el desarrollo y actitud de la persona mediante este sistema de atención médica. (p.27)

El comportamiento de este modelo demuestra que el acceso a la atención, las características de desarrollo de sistema de salud (recursos propios y la organización) y la población en situación de riesgo, son indicadores de proceso, mientras que la utilización de servicios y satisfacción con la atención como indicador de resultado.

En conclusión se puede definir al acceso específicamente a la salud como el proceso por el cual puede lograrse la atención de la salud bien sea producto de una enfermedad y en el cual se ve afectado por aspectos políticos, sociales y de organización.

Sistemas de salud: Según la OMS un sistema de salud se define como “la suma de toda las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”. Un buen sistema de salud acerca los servicios a la población, los pone a su alcance, elimina las inequidades; pero para lograr esto dependerá de un gobierno que sepa manejar y desempeñar el adecuado funcionamiento de los sistemas; además de los apoyos de los municipios e instituciones relacionadas en este tema.

Para Hirmas et al. (2013) los sistemas de salud cumplirán su objetivo cuando las personas de una población se encuentren sanas, caso contrario cuando

necesiten de los servicios de la salud estos se encuentren, disponibles disminuyendo el daño que puede traer una enfermedad; además que la población quede satisfecha con los servicios utilizados. Según el INEI la población económicamente activa posee barreras para lograr el acceso a la salud. Si a estas barreras se considera que es una persona con discapacidad el acceso en muchas sociedades se hará más difícil pues dependerá del tipo de discapacidad, de las limitaciones de transporte, situación económica, etc.

En su estudio Centrágolo, Bertranou, Casanova y Casalí (2013) afirmaron:

El sistema de salud del Perú comprende proveedores de servicios públicos y privados, cada uno de los cuales incorpora un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios integrados verticalmente. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se organiza en cinco segmentos, con financiamiento contributivo o de rentas generales. (p.43)

Centrágolo et al. (2013) nos dicen:

En primer lugar, el Gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que subsidia la provisión de servicios a la población en situación de pobreza. La prestación de servicios, tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS, se realiza mediante la red de establecimientos de los Gobiernos regionales y del Ministerio de Salud (MINSA), que están ubicados en las regiones y en la capital de la república. (p.43)

El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSALUD ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido

servicios personales a EsSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP). En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional. El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares. (Rabanal, Lazo y Nigenda, 2011, p.244)

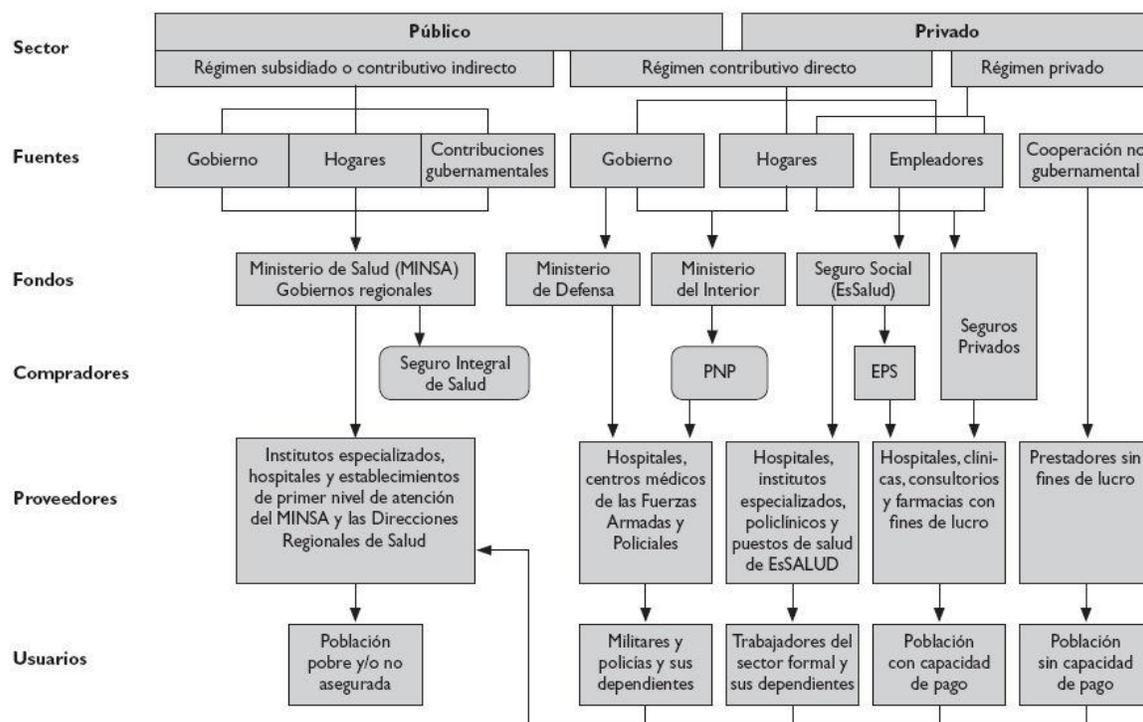


Figura 2. Estructura del sistema de salud en Perú

Londoño y Frenk (1997) Señalaron “la importancia de la integración entre la población y las instituciones para reformar las regulaciones, el financiamiento y prestaciones de los servicios de salud tanto en su concepción como en hacerlos prácticos en los sistemas de salud” (p.17).

Considerando la descentralización como también su financiamiento en los sistemas centralizados, así como la desigualdad entre los grupos sociales y ubicaciones geográficas de los mismos que juntando los problemas acumulados a los actuales y los nuevos que se caracterizan a las sociedades desarrolladas, asimismo el modelo segmentado presenta problemas; uno, que duplica funciones y pierde recursos como los de alta tecnología; dos, hay marcada diferencia de calidad de los servicios entre los segmentos, cuando debería ser reservado para los pobres por su falta de recursos; tres, implica que existen segmentos opuestos con desventajas uno del otro y sin los beneficios de una cobertura universal, de esta manera cada institución ejerce monopolio sobre sus clientes respectivamente.

Como consecuencia de la segmentación, existe un comportamiento diferente de los usuarios, un gran porcentaje de la seguridad social se atiende por el ministerio de salud así como de los privados, esta decisión es del consumidor, quien no toma en cuenta que ya pagó una prima previamente ocasionando pagos repetitivos creando cargas financieras a los mismos usuarios y las empresas.

A manera de contexto, se debe anotar que la investigación se enmarca dentro del sistema de salud vigente en el Perú.

Al respecto, Frenk señaló que

“Los Sistemas de Salud son los vehículos por medio de los cuales se utiliza las tecnologías y a ellos también debemos prestarles atención si queremos que las tecnologías móviles hagan una diferencia” (Londoño y Frenk, 1997 p. 16).

Se puede concluir que el modelo de sistema de salud en el Perú se caracteriza por su segmentación en varios subsistemas.

Accesibilidad: Según Donabedian y Frenk definen a la accesibilidad como “concepto referido al grado de ajuste entre las características de la población y los recursos de atención que disponen la Instituciones Prestadoras de Salud” (Rodríguez, Rodríguez y Corrales, 2014, p.1948).

En el reglamento de la ley N° 29973 Ley General de la Persona con Discapacidad capítulo I, artículo 3; se define la accesibilidad como proceso de asegurar que la persona con discapacidad tenga igualdad de oportunidades y de condiciones con los demás, de poder usar los medios de transporte, comunicaciones , tecnologías y todo servicio de uso público tantos en zonas urbanas como en rurales y que esto les permita poder realizar sus actividades sin ninguna restricción y se puedan integrar sin ningún problema a la sociedad (CONADIS, 2015, p. 9).

Tanto el acceso como la accesibilidad son factores complementarios. Se puede concluir que el acceso va estar dado por todos los factores condicionantes (políticas, cobertura, aspectos geográficos, religiosos, culturales, etc.) que harán que la persona tenga posibilidades de llegar al servicio de la salud; mientras que la accesibilidad se puede definir como la utilización del mismo servicio y aquí van a operar otros factores como son la admisión la calidad del servicio, la facilidad de entrada a este servicio.

Salud: Según la OMS la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”.

Para comprender este concepto, es necesario aludir en primera instancia al estudio de la salud pública y sus componentes. En efecto, para Barragán (2007), “la salud se comprende desde un todo, es integral, que no solo involucra el

conocimiento del estado y/o binomio salud/enfermedad de una comunidad, sino que necesita siempre de recursos para asistirlos” (p. 305).

No obstante, el conocimiento adquirido con el pasar del tiempo de aquel estado: Salud/enfermedad exige una mirada más cercana al sujeto, a la persona y por ende a la población. A diferencia del clásico enfoque asistencial, cuyo sujeto protagónico es el enfermo permite evocar una sola perspectiva: lo biomédico; por el contrario, el enfoque sociodemográfico exige estar ante una comunidad organizada, estructurada, dinámica, y por ende su mirada es multidisciplinaria.

Por tanto, para este autor, la peculiaridad que tiene el enfoque multidisciplinario está relacionado con todo lo que tenga que ver con el bienestar general de las personas, el desarrollo humano, la atención médica especializada, el saneamiento del medio y la salud ocupacional; de algún modo, dimensiones estructurales de gestión de los servicios de salud pública (Barragán, 2007, p. 305).

No obstante, la mirada de Barragán (2007) se entiende, no solo por parte de la epidemiología, sino que parte del presupuesto más esencial: la dimensión humana.

Desde luego, Barragán (2007) aludió siempre:

La atención integral de la salud, parte de la naturaleza misma del ser humano y su prioridad es la atención médica individualizada:”Schaposnik enseñaba que la enfermedad representa para la patología, la reacción del organismo frente a una noxa o estímulo anormal, mientras que para la medicina es algo más que eso; se trata de una experiencia que afecta esencialmente la vida entera, tanto en lo físico como en lo psíquico de un ser humano”. (p. 306)

En la propuesta de Barragán (2007):

La atención integral de la salud viene a comprender un compendio de estrategias, normativas, procesos, herramientas y/o recursos que se logran complementar organizativamente con el sistema de salud, con la finalidad de responder no solo a las necesidades de la población, sino también al medio ambiente el ser humano cronológica y ontológicamente proviene del medio ambiente y de la interacción social (p. 306).

Por otro lado, es de considerar que los especialistas de la Organización Mundial de la Salud han propuesto que para la atención integral de salud, es importante focalizar la buena atención en torno a la persona desde el desempeño del personal de salud: la atención primaria de salud.

Las características propias que tiene la atención primaria de salud, para los especialistas de la OMS (2008):

Son el abordaje de la persona con enfoque de integralidad y de integración y la continuidad en su asistencia, con un acceso sistemático al sistema sanitario, los mismos que puedan entablar relaciones verdaderas basada en la confianza (p. 44).

Desde luego, se tiene como fundamento a la personal, y a partir de ella todo la integralidad e integración, siendo la salud un derecho que nace de su misma naturaleza, “un puente de acceso sistemático” a los sistemas de salud de cada país. En este sentido, se puede definir como atención primaria de salud a la asistencia sanitaria accesible a todas las personas, familias y comunidades mediante los medios aceptables que con plena participación y bajo costo en los servicios que pueda acceder para su bienestar de manera eficaz, eficiente y equitativo (OMS, 2008, p. 45).

En resumen, la atención integral de salud para Barragán (2007) comprende “un compendio de estrategias, normativas, procesos, herramientas y/o recursos que

se logran complementar organizativamente con el sistema de salud” (p. 306) que se complementa con la propuesta de los especialistas de la OMS (2008) de la atención primaria de salud centrada en la persona, teniendo en cuenta la focalización en sus necesidades, guardando relaciones duraderas, compromiso por parte de los profesionales de salud para afrontar los determinantes de la mala salud, y sobre todo que estas sean asociadas en la gestión de su propia salud y la de su comunidad.

1.3. Marco espacial

Este trabajo está siendo efectuado primero tomando como referencia la definición de discapacidad según el CIF, además que su mayor discapacidad que presente sea la motora además que sean pacientes que se encuentren asistiendo de manera regular para ser atendidos en el Hospital de rehabilitación del Callao, siendo su lugar de residencia el mismo Callao u otros lugares diferentes de la capital o del Perú.

1.4. Marco temporal

Según la OMS (2008) los accidentes de tránsito se encuentran como la segunda causa de discapacidad y la primera causa de muerte en el mundo; sin embargo tenemos enfermedades que pueden llevar a una discapacidad motora, como son las deformaciones congénitas de las conexiones cerebrales, enfermedades cardíacas, cerebrales, enfermedades sistémicas, enfermedades degenerativas y congénitas, accidentes ocupacionales, amputaciones, etc. A través de los años y debido al aumento de la delincuencia, al consumo del alcohol que pueden llevar a accidentes, el porcentaje de personas con discapacidad motora va en aumento.

El tratamiento de un paciente con discapacidad debe ser integral, para ello en nuestro país hasta hace 5 años existía un solo instituto especializado en rehabilitación Instituto Nacional de rehabilitación “Adriana Rebaza Flores” y hoy en día además el Perú cuenta con el primer hospital regional de rehabilitación que se encuentra en la Región Callao, a pesar de estos esfuerzos estamos muy lejos de

cubrir la población de discapacidad que hay en todo el Perú

1.5. Categorización de la Unidad temática

Discapacidad

En el transcurso del tiempo el concepto de discapacidad ha sufrido cambios, como por ejemplo el modelo médico-biológico consideraba a la discapacidad como una característica de la persona que era producto de una enfermedad, shock o trauma luego de un tiempo se postuló el modelo social quien nos decía que no era la resultante de las deficiencias de la persona sino que era producto de una relación e interacción de factores ambientales contextuales y condiciones propias de la persona.

Posteriormente se integran el modelo médico-biológico y el social naciendo así el modelo biopsicosocial quien nos definía a la discapacidad como el resultado de la interacción de los factores sociales, y ambientales. Siendo la discapacidad un concepto que está en constante evolución, en la actualidad el concepto más aceptado es el planteado por la CIF el cual la define que es un término que engloba las condiciones de salud, funciones y estructuras corporales, factores ambientales y personales, restricción de la actividad y que esto nos va indicar los aspectos negativos de la interacción entre el individuo y el contexto (Serrano, 2013, p.41).

Según la Ley 29973 Ley general de la persona con discapacidad en su capítulo I artículo 2 define a la persona con discapacidad como aquella como posee una o más deficiencias tanto físicas, sensoriales, mentales o intelectuales que tienen una característica de ser de carácter permanente y que además que al interactuar con su entorno no se vea limitado para hacer valer sus derechos (CONADIS, 2013, p. 8).

Barreras de acceso a los servicios desde la oferta y la demanda

Se puede definir a las barreras de la salud como los factores que obstaculizan y/o limitan el que una persona pueda lograr una necesidad de atención en salud. Las barreras pueden ser de diferentes tipo tanto sociales, políticas como culturales. Algunas de las barreras que se pueden encontrar son la distancia de un centro de salud, los costos de los medicamentos y consultas médicas, creencias e ideologías de las personas e incluso también barreras administrativas ya dentro de la misma institución cuando la persona está haciendo el uso del servicio.

Gestión y políticas públicas

La gestión es el arte de la administración que permite articular los diferentes recursos dentro de una institución.

Operabilidad – Ejecución de Planes

Es aquel proceso mediante el cual se lleva a cabo la realización de los planes de acción que tiene propuesto la institución

Aspectos socioculturales

Son los elementos propios que se manifiestan en esos espacios sociales de estas poblaciones de estudio que influyen de algún modo cuando están frente a un servicio.

1.6. Contextualización

1.6.1. Contexto histórico

El Instituto Nacional de Rehabilitación ubicado anteriormente en el Callao, tenía dentro de su población al 47% personas provenientes del Callao y el resto de diferentes partes de Lima y el Perú, sin embargo debido a un convenio Perú-Japón el instituto Nacional de Rehabilitación fue trasladado a una nueva construcción de infraestructura ubicado en el distritito de Chorrillos. Es así que este porcentaje de población antes mencionado quedo desprotegida de atención y ante esto el Gobierno Regional del Callao, toma la decisión política de crear el Hospital Regional del Callao, con el objetivo de atender a las personas con discapacidad del primer puerto del Callao, así como de las jurisdicciones aledañas, logrando que los servicios de salud que esta clase de pacientes demanda estén al alcance de ellos. A nivel Nacional, de todo el territorio del Perú, sólo existen dos Instituciones Especializadas en Medicina de Rehabilitación. El Instituto Nacional de Rehabilitación – Chorrillos, y el Hospital de Rehabilitación del Callao, para una población de más de 31 Millones de Habitantes en el Perú.

Para el año 2004 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) nos muestra sus primeras cifras respecto a las personas con discapacidad siendo el 37% las personas que presentan problemas motrices, 17% las que presentan discapacidad visual y 15% de las que presentan discapacidad auditiva. Sin embargo para el 2013 otra vez el INEI nos muestra nuevas cifras luego de su primer censo especializado en discapacidad, teniendo fuertes cambios porcentuales a comparación de las últimas estadísticas presentadas en el 2004 siendo ahora las personas que tiene una discapacidad motriz el 59%, el 50% tiene una discapacidad visual y el 33% las que presentan una discapacidad auditiva.

Además según este informe el 5,2% de la población peruana presenta una discapacidad, siendo la población femenina la que se encuentra por encima de la masculina (820731 y 754671 respectivamente); Para el año 2016 se tenía cerca del

60% de las personas con discapacidad contaban sus propios gastos médicos y de manutención apoyados por sus familiares y un gran 81% no tenía acceso a la rehabilitación debido a los altos costos no solo de las citas médicas y de rehabilitación. En comparación con el 2013 estas cifras cambiaron siendo que solo el 31% tenían un seguro de salud y el 88% no tenía acceso a la rehabilitación.

Socialmente se vive en un mundo donde impera la violencia, delincuencia criminalismo, afectando a todos pero es especial a las poblaciones más vulnerables y dentro de este grupo se encuentran las personas con discapacidad de los diferentes tipos que presenta y vemos que más del 70% de las personas con discapacidad no presentan un empleo dependiendo del apoyo de sus familiares, afectando también la discapacidad en la economía de toda la familia. La modernidad y las políticas públicas tratan de incluir y disminuir las barreras a las personas con discapacidad sin embargo a veces la discapacidad es vista como verdaderos muros por la misma sociedad pues los considera personas diferentes, enfermos tomándolos como una persona que no tiene la capacidad para desenvolverse por sí solos.

1.6.2. Contexto cultural

Las personas que viene a atenderse al Hospital de rehabilitación y que tiene un problema de discapacidad motora son personas en su mayoría que tienen un nivel de educación de secundaria completa y algunos educación superior. Tanto ellos como sus familias han vivido toda su vida en el Callao.

1.6.3. Contexto social.

Su mayor población de esta hospital viene a estar dado por personas que residen en el mismo Callao de sus diferentes distritos siendo su mayor porcentaje los que viven en Callao cercado. Sin embargo cada año esta población va incrementándose siendo no solo sus usuarios las personas del callao sino de sus distritos aledaños y personas que viene de provincia, ya que les recomiendan esta institución.

1.6.4. Supuestos teóricos.

Donabedian (1988), propuso la teoría de la calidad, donde la prioridad es el servicio sanitario. Desde luego, la temática de su teoría distingue dos dimensiones de acceso que se encuentran interrelacionadas:

La socio-organizacional, en la que se incluyen todas las características de la oferta que facilitan o limitan la atención con excepción de las de carácter espacial. Se incluye las políticas formales o informales de selección de pacientes en función de su condición social, los recursos financieros, el equipamiento y la capacitación y características del personal. La otra dimensión es la geográfica, que refiere a las medidas de fricción del espacio, que entre otros aspectos incluye: 1) distancia lineal, 2) distancia de traslado, 3) tiempo total transcurrido y 4) costo de traslado. (Ballesteros, 2013, p.3)

Perchansky y Thomas (1981) definen que para lograr el acceso a la salud debe existir un ajuste entre la oferta que viene a ser la población y la demanda representada por el sistema de salud. Para lo cual determinaron 5 dimensiones en su modelo, dentro de los cuales estaban: disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad y aceptabilidad. Mencionan que existe un relación de mercado por lo que usan mucho la palabra cliente (Arrivillaga y Borrero, 2016).

Julio frenk(1985), nos diferencia

Accesibilidad de disponibilidad ya acceso que para el autor es un dominio más amplio que reúne características de los recursos y de la población. Define accesibilidad como el proceso de buscar y recibir atención. Se trata de un continuo entre la disponibilidad de recursos y la capacidad de producir servicios, y la utilización de los servicios que representa el consumo real. (Arrivillaga y Borrero, 2016, p.4).

A la vez Aday y Andersen (1974) clasificaron dos dimensiones para el acceso de los servicios de la salud, El acceso potencial se referirá a la presencia de los

recursos que habilitan y permiten la utilización de los servicios y el otro es el acceso realizado, que se referirá a la utilización del servicio y que estará influenciado por la necesidad de la salud (p.54). El modelo de análisis teórico propuesto por Aday y Andersen, en el cual las características de la oferta y de la población determinan el acceso potencial a los servicios de salud, así como la utilización y satisfacción dan cuenta del acceso real. La literatura tradicional sobre el acceso enfatiza la relación entre quienes lo necesitan y quienes lo obtienen.

Sin embargo, Aday y Andersen (1974) afirmaron que en la utilización de los servicios de la salud existen factores que determinaran su uso y los clasifica en:

Factores predisponentes, que se referirán a los que están presentes antes que aparezca el suceso o problema y van a predisponer a las utilización o no de los servicios, entre los cuales se encontraran las creencias, características demográficas de la zona, estructura social.

Necesidades de la salud, que se referirá a la parte subjetiva de la persona del cómo percibe su salud, por lo cual si la percibe no adecuada usara los servicios de la salud. (p.57)

Factores capacitantes, que son los medios con los que cuenta una personas para obtener la atención en salud y estos medios pueden ser familiares, personales, comunitarios.

A su vez definen dos dimensiones; el acceso potencial y el acceso real. El primero está determinando por los factores predisponentes y los factores capacitantes, mientras que el segundo viene a ser la realización de los servicios (Ballesteros, 2013).

Barreras	<i>Definición y Medición</i>
<i>I. Del lado de la oferta</i>	
A la entrada	<p style="text-align: center;">Variables relacionadas con el contacto inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de viaje - Medio transporte - Distancia desde la residencia hasta el lugar de atención - Horarios de atención
Al interior	<p style="text-align: center;">Dificultades para obtener el servicio una vez se llega al lugar de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muchos trámites para la cita - Tiempos de espera
A la Salida	Aspectos de la estructura del sistema de entrega de servicios, relacionados con la fuente regular de servicios y los horarios que dificultan la continuidad
<i>II. Del lado de la demanda</i>	
Predisposición	<ul style="list-style-type: none"> - Características demográficas (edad, género, estado civil y enfermedades pasadas). - Estructura social (tamaño familiar, ocupación, educación, etnicidad y religión). - Cultura
Habilidad	<p style="text-align: center;">Dotaciones que tienen los individuos para demandar servicios, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingresos - Seguro de salud
Necesidades	<p style="text-align: center;">Episodios de enfermedad que a su juicio necesita atención médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado de salud percibido - Frecuencia de dolor - Número de síntomas - Días de incapacidad
Utilización	<p style="text-align: center;">Relacionadas con las características propias de los recursos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de servicio (hospitalización, médico, medicamentos, odontólogo entre otros) - Propósito (preventivo o curativo) - Unidad de análisis (visitas por primera vez y número de servicios recibidos)
Satisfacción	<p>Percepción de las características y prácticas de los proveedores y satisfacción con el sistema, lo cual podría limitar la continuidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibir poca información sobre su enfermedad - No informar claramente sobre las formas de pago - Perciben actitudes poco favorables desde los profesionales (médicos) - Duración de la cita médica. - Calidad de las salas de espera - Tamaño de los consultorios y habitaciones - Tiempos de espera

fuente: Restrepo et al (2006)

Figura 3: Acceso potencial y real

Tanahashi (1978) planteó cuatro etapas en el proceso del acceso para obtener la cobertura efectiva: 1) disponibilidad, 2) accesibilidad, 3) aceptabilidad, 4) contacto con el servicio, y 5) cobertura efectiva (p.224).

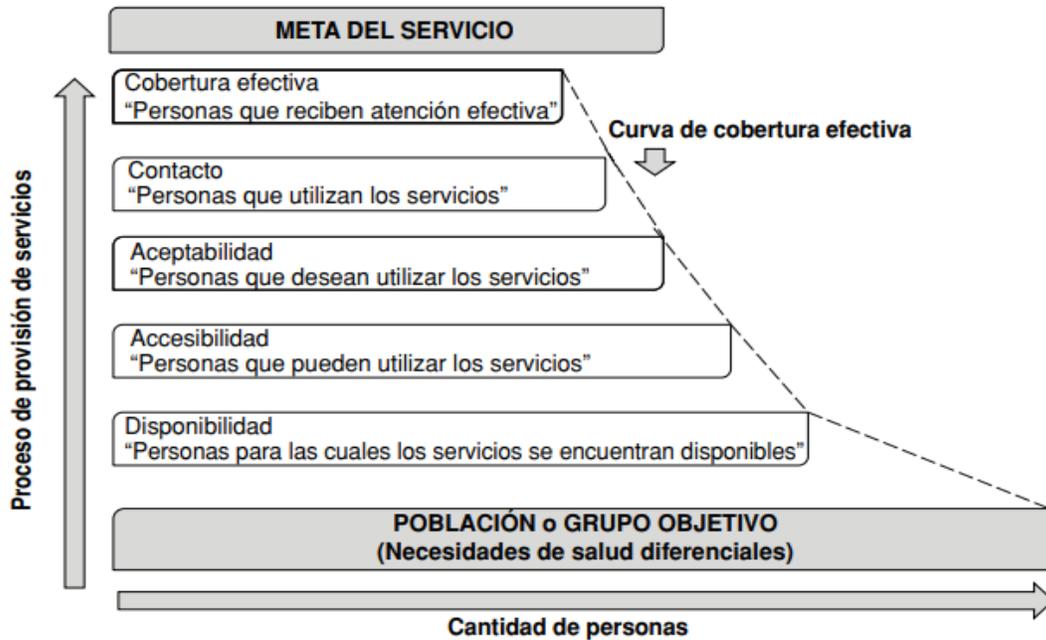


Figura 4: Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad

II. Problema de investigación

Aproximación Temática

La inclusión como modelo de derechos humanos, no sólo se circunscribe al aspecto de bienestar social. Es un concepto transversal, presente en todas las dimensiones humanas. Tiene que ver con cómo, dónde, porqué y qué consecuencias trae no atender las necesidades fisiológicas. La inclusión supone una nueva ética, unos nuevos valores basados en la igualdad de oportunidades. La inclusión debería por ejemplo orientar a la actitud propia de una sociedad insensible al reconocimiento de los derechos humanos, tomando conciencia que se trata de personas y no de divorcio de la naturaleza; supone en la práctica la entrada en escena de una generación de ciudadanos comprometidos socialmente en la lucha contra la exclusión. (Echeita y Ainscow, 2011. p. 31)

La vulnerabilidad de oportunidades a estas personas no solo se manifiesta en la actitud de no ceder el asiento; va más allá de ello, comprende todo un paquete de sistematización social; las personas con discapacidad motora son personas vulnerables a riesgos y amenaza a la integridad física, creándose una brecha entre el derecho adquirido y su materialización. No obstante, el problema de salud pública en el Perú está estrechamente relacionado con el acceso a la prestación de los servicios, al aseguramiento social y al incremento de la cobertura por sí mismos, no garantiza el acceso efectivo a estos servicios; por otro lado, el mismo sistema de salud, segmentado socialmente, se basa en modelos neoliberales del mercado, “seguros sanitarios” y rentabilidad priman sobre el derecho mismo a la salud.

En efecto, el acceso a los servicios de salud en el sistema sanitario enfrenta serios problemas, que van desde el escaso presupuesto económico asignado a estos establecimientos de salud, luego a los factores geográficos, aspectos culturales que se asocian con las oportunidades y desde luego a percepción misma de la población en relación a la capacidad resolutoria a las necesidades, una situación que no es afecto a la realidad de las situaciones sociales, desmotiva y limita el uso de los

servicios, generando deterioro en el estado de salud de la población, sobre todo a la población más pobre y vulnerable; además del incremento en la prevalencia de múltiples discapacidades, sumado a ello patologías crónicas, algunas de ellas de alto costo.

El acceso a la salud en discapacidad motora, se enfrenta a una realidad muy adversa, se cuenta con un sistema segmentado, donde existe diferencias sociales: “quien tiene y puede pagar, tiene derecho a la salud” por un lado, pero por otro no todos los establecimientos de salud tienen la especialidad, si la tienen es limitada, puesto que tiene poco personal especializado, escasos insumos o materiales (falta de medicamentos), también se encuentra la distancia, no todos los pacientes tienen los medios para asistir a las terapias o tratamiento continuo; suelen hacer sus atenciones prolongadas, por lo cual es una gran brecha, porque suelen perder la terapia y/o cita médica. A esta realidad se enfrenta cada día el Hospital de Rehabilitación del Callao.

2.2. Formulación del problema de investigación

2.2.1. Problema General

¿Cuáles son las barreras de acceso para la atención de la persona con discapacidad motriz en el hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista 2018?

2.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las barreras de acceso desde la oferta para la atención de la persona con discapacidad motriz en el hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista 2018?

¿Cuáles son las barreras de acceso desde la demanda para la atención de la persona con discapacidad motriz en el hospital de rehabilitación del Callao, Bellavista 2018?

2.3. Justificación

Esta investigación se realiza con el propósito de dar nuevos aportes al poco conocimiento existente acerca de barreras de acceso a la salud en personas con discapacidad motora, tanto en el Callao como tomar de referencia esta población para futuras investigaciones a nivel nacional. Además nos otorgará una visión de los problemas que enfrentan esta población al querer acceder a la salud y como estos se ven influenciados en mayor o menor medida por aspectos sociales económicos, culturales, familiares, laborales, políticos, etc.; a los que se enfrentan que enfrentan este grupo poblacional.

La constitución política del Perú nos dice que la salud es un derecho que tenemos todos, y el estado está en busca de lograr el aseguramiento universal; sin embargo a pesar de ello, las personas que enfrentan algún tipo de discapacidad motora no solo se les presenta en algunos casos la dificultad de no contar con algún tipo de seguro sino que a ello se suman otros factores como, la poca empleabilidad, la lejanía de un lugar especializado en rehabilitación o de contar con pocos lugares especializados en rehabilitación , la dificultad de poder encontrar una cita de atención, la poca cultura de la sociedad acerca de temas de discapacidad, y que hace que ellos muchas veces sean discriminados que esto repercute en sus deseos o dificultad de continuar su tratamiento de rehabilitación.

El conocer las barreras de acceso a la salud en pacientes con discapacidad motora, desde este punto de vista metodológico permitirá conocer de manera más extensa, detallada, veraz y confiable los problemas que presentan las personas con discapacidad motora y sus familiares para lograr la atención de la salud; además también podremos conocer el punto de vista de los profesionales que se encargan de la rehabilitación de estas personas, a diferencia de otras técnicas; esta nos proporcionará un extenso conocimiento actual de acuerdo a la realidad que viven este tipo de población.

2.4. Relevancia

Se considera importante la investigación sobre este tema ya que servirá para conocer las barreras de salud no solo visto desde el punto de vista del paciente, sino de sus familiares y el profesional que está inmerso en el tratamiento. Siendo este un grupo vulnerable de la población nos mostrará el impacto de tener a una persona con discapacidad dentro de una familia; como afecta de manera especial las distancias, costos de salud, la propia discapacidad, el contar o no con un apoyo familiar, ser jefe de familia, etc. y todo esto como produce inequidades en el acceso a la salud debido a todas estas barreras por las cuales se tiene que enfrentar la persona con discapacidad motora.

Se considera importante la investigación sobre este tema ya que el gobierno local, regional y central trata de disminuir las barreras de este grupo de la población logrando que sea mayor la accesibilidad e igualdad de oportunidades con los diferentes grupos de población, además de lograr conocer los mayores problemas por los cuales estas personas que enfrentan para acceder a la salud y los gobiernos al conocerlo podrán plantearse alternativas de solución y mejoras en estos aspectos.

2.5. Contribución

El presente trabajo podrá aportar conocimiento nuevo y actualizado de las barreras de acceso a la salud que enfrentan las personas con discapacidad motora que acuden al Hospital de Rehabilitación del Callao. Tanto las autoridades del propio Hospital de Rehabilitación como los del gobierno Regional del Callao podrían ver la problemática que enfrenta esta población. Debido a que este es un hospital relativamente nuevo no se cuenta con mucha información de este tipo por lo tanto esta investigación podría ayudar a plantear estrategias, realizar mejoras y tomar decisiones por parte del equipo de gestión y autoridades para que la salud de rehabilitación este más al alcance de la población.

Objetivos

2.5.1. Objetivo general

Identificar las barreras de acceso para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista 2018.

2.5.2. Objetivos específicos

Identificar las barreras de acceso desde la oferta para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista 2018

Identificar las barreras de acceso desde la demanda para la atención de la persona con discapacidad motora del Hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista 2018.

III. Marco Metodológico

3.1. Unidades temáticas

Barreras de acceso a los servicios de Salud

El acceso a los servicios de la salud se entiende como aquella capacidad de que tiene un grupo de personas que cuando lo requieran busquen y encuentren los servicios de la salud además que estos sean de calidad sin importar el nivel cultural, religioso, socioeconómico de la población.

Para Barragán (2007), “la salud se comprende desde un todo, es integral, que no solo involucra el conocimiento del estado y/o binomio salud/enfermedad de una comunidad, sino que necesita siempre de recursos para asistirlos” (p.305).

No obstante, el conocimiento adquirido con el pasar del tiempo de aquel estado: Salud/enfermedad exige una mirada más cercana al sujeto, a la persona y por ende a la población. A diferencia del clásico enfoque asistencial, cuyo sujeto protagónico es el enfermo permite evocar una sola perspectiva: lo biomédico; por el contrario, el enfoque sociodemográfico exige estar ante una comunidad organizada, estructurada, dinámica, y por ende su mirada es multidisciplinaria.

Para Aday y col. estas barreras en el acceso a los servicios de salud se definen como aquellos “factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan que estos grupos accedan a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud” (Aday, Angulo, Sepúlveda, Aguilera, Becerra, Vega, 2013, p.147).

Según Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013) dice que las barreras que pueden limitar el acceso a la salud se pueden clasificar en tres tipos: geográficas, financieras y administrativas. Las de tipo geográfica aparecen con la dispersión poblacional, las distancia del centro poblado al centro de salud, el, la presencia de vías de comunicación; las barreras de tipo financieras son aquellas que

tiene que ver con el gasto bolsillo que las personas tienen que hacer para lograr atenderse y las administrativas contemplan los impedimentos las limitaciones estructurales de la misma institución, equipamiento, infraestructura, gestión de la calidad, trámites burocráticos, asignación de citas , funcionamiento de los servicios (Hirmas et al, 2013).

3.1.1. Definición y concepto de las categorías

Discapacidad

La discapacidad como el resultado de la interacción de los factores sociales, y ambientales. Siendo la discapacidad un concepto que está en constante evolución, en la actualidad el concepto más aceptado es el planteado por la CIF el cual la define que es un término que engloba las condiciones de salud, funciones y estructuras corporales, factores ambientales y personales, restricción de la actividad y que esto nos va indicar los aspectos negativos de la interacción entre el individuo y el contexto (Serrano, 2013, p.41)

Barreras de acceso a los servicios desde la oferta y la demanda

Se considera barreras de acceso a la salud a los factores que obstaculizan y/o limitan el que una persona pueda lograr una necesidad de atención en salud. Para nuestro objeto de estudio se ha considerado categorizar a las barreras de acceso a la salud desde dos punto de vista, primero las barreras de acceso a la salud desde la oferta y segundo las barreras de acceso a la salud desde la demanda. Dentro de cada uno de estas categorías posee sus subcategorías. Las barreras de la oferta se pueden identificar porque se relacionan con los aspectos organizacionales y/o institucionales, dentro de los cuales encontramos las subcategorías como la gestión y políticas públicas y la operabilidad y ejecución de planes. Las barreras de la demanda que tienen que ver con las decisiones que toma el usuario y dentro de las cuales encontramos las subcategorías atención humana y aspectos socioculturales.

Dentro de las barreras desde la oferta y asimismo dentro de sus subcategorías podemos encontrar diferentes tipos de barreras como es la cantidad de recursos físicos con los que cuenta la institución, es decir su cartera de servicios que ofrece a este grupo de usuarios que desean acceder a la salud en rehabilitación, la cantidad de recursos humanos con los que cuenta, infraestructura, equipamiento, mobiliario, materiales, insumos, medicamentos gestión de la calidad, distancia del centro de salud, además de las barreras de tipo administrativas tanto para acceder a la atención como para realizar continuamente la misma atención, trámites burocráticos, largas colas, tiempos de espera, distancia de la programación de las citas médicas y/o terapias.

Las barreras desde la demanda también posee sus subcategorías dentro de las cuales podemos encontrar barreras como creencias e ideologías de la persona, situación económica, la necesidad del uso del servicio, cultura del sistema de salud, estructura y apoyo familiar, tiempos de espera, satisfacción, características demográficas.

Gestión y políticas públicas

La gestión es el arte de la administración que permite articular los diferentes recursos dentro de una institución.

Operabilidad – Ejecución de Planes

Es aquel proceso mediante el cual se lleva a cabo la realización de los planes de acción que tiene propuesto la institución

Aspectos socioculturales

Son los elementos propios que se manifiestan en esos espacios sociales de estas

poblaciones de estudio que influyen de algún modo cuando están frente a un servicio.

3.2. Metodología

La hermenéutica es el arte de la interpretación, que en el quehacer metodológico sirve para analizar situaciones concretas, sustentadas desde un aparato crítico científico arguye en indagar a profundidad la realidad social, por tanto es de enfoque cualitativo.

Explorar este campo de acción, muchas veces hace que el investigador sea autor de manera objetiva de sus propios fundamentos epistemológicos. Por lo general, una investigación cualitativa comprende un todo, exige que el investigador sea imparcial, emplee asimismo un análisis exploratorio, indague la naturaleza y proceda a su discurso científico.

Las diferencias entre el enfoque cuantitativo, se basa que la experiencia propia del investigador; “en toda investigación cualitativa el investigador se hace un coautor, participe de la acción, es decir toma y forma parte del mundo que al ser experimentado explora nuevas perspectivas” (Flick, 2004, p. 24)

Comprendido de este modo, los participantes, el contexto, los procesos estructurales que se tratan de un método cualitativo es flexible además el material o el producto de campo lo realiza un hermeneuta, un exegeta que reproduce el contexto social.

Por tanto, señaló Vasilachis de Gialdino (2006):

la finalidad del investigador es descubrir algo nuevo, desarrollando para ello teorías fundamentadas empíricamente como imágenes complejas y holísticas de la realidad, siendo esta la relación que se establece como una teoría, dependiendo de su ampliación y superación, la que lo hace más relevante. (p. 47)

Para Hernández et al. (2010) el enfoque cualitativo posee diversas características, no obstante, sirven como fuente para la recopilación de datos en un proceso de interpretación: investigación naturalista, fenomenológica, hermenéutica y etnográfica; es una suerte de “paraguas”, que no solo incluye variedad de concepciones, visión, técnicas y estudios no cuantitativas, Grinell (Citado Hernández et al. 2010).

En conclusión, la investigación cualitativa se caracteriza por ver las cosas desde el punto de las personas que están siendo objeto de estudio y el investigador tendrá la labor de entender, interpretar las historias, creencias y fenómenos humanos.

3.2.1 Diseño

El estudio tiene un tipo fenomenológico, sustentada por Husserl (1890) y se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar los hechos desde perspectivas grupales e interaccionales (Álvarez-Gayou, 2009, p.85).

De acuerdo a Morse y Richards (citado por Álvarez y Gayou, 2009)

Este tipo de investigación tiene dos premisas; la primera hace referencia a las percepciones de los actores sociales con respecto a la experiencia vivida, la segunda alude que la existencia humana es significativa e interesante, puesto que los actores están en el mundo y solo se comprenden dentro de sus mismos contextos. (p.86)

3.3 Escenario de estudio

El escenario de estudio que se eligió, es el Hospital de Rehabilitación del Callao, ubicado en el distrito de Bellavista; entre el Jr. Vigil y el Jr. Apurímac; a unos 5 minutos aproximadamente desde el óvalo de la Perla del Callao. Se considera que es

un lugar donde se puede obtener información relevante para esta investigación, debido a que ofrece sus servicios a la comunidad, en la rehabilitación de discapacidades motoras, de lenguaje y cognitivas.

3.4 Características del Sujeto

Los protagonistas de esta investigación son usuarios que se atienden en este hospital y que presentan discapacidad motora. Estos sujetos son tanto niños como adultos, mujeres y hombres, que pertenecen a cualquier tipo de sistema de salud y que viven tanto en la zona del Callao como cualquier otra zona de Lima y el Perú y que actualmente siguen atendiéndose en su rehabilitación en este hospital. Además la fuente de datos también fueron otorgados por las personas que son familiares de un usuario con discapacidad motora y personal que se encuentra inmerso en el tratamiento de la persona con discapacidad del hospital de Rehabilitación.

3.5 Trayectoria Metodológica

El enfoque cualitativo opta por la construcción de datos descriptivos para atender un abanico de posibilidades en el camino de la exploración, dando mayor énfasis a la indagación en profundidad para, no solo captar los hechos reales, sino también el avance en la comprensión de los diversos elementos que se relacionan con la problemática de interés (Flick, 2004, p. 76)

3.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnicas de recolección de datos

En el presente estudio se ha utilizado diversas técnicas como entrevistas, estado del arte y la observación. Para Díaz y Barriga (2002) “las técnicas son herramientas que

usa el investigador para obtener evidencias de los desempeños de los actores sociales en la cotidianidad” (p. 369).

El observador en el proceso de observación, no pregunta ni se comunica con las personas que observa. La información puede registrarse de varias maneras, uno, conforme ocurren los sucesos, dos a partir de sucesos o tres, a partir de registros anteriores.

Entrevista: “Es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias” (Álvarez y Gayou, 2009, p.109).

Estado del arte: Es una modalidad de investigación, por la cual el autor realiza una recopilación crítica de diversos materiales documentarios, revisa de manera detallada el conocimiento que hay acerca de un tema específico (Londoño, Maldonado y Calderón, 2014).

Observación: Es un proceso voluntario, que se realiza con el objetivo de querer obtener una información. La observación consiste en “obtener impresiones del mundo circundante por medio de todas las facultades humanas relevantes. Esto suele requerir contacto directo con el (los) sujeto(s) aunque puede realizarse observación remota registrando a los sujetos en fotografía, grabación sonora, o videograbación y estudiándola posteriormente” (Adler, 1998, p.80). El observador en el proceso de observación, no pregunta ni se comunica con las personas que observa. La información puede registrarse de varias maneras, uno, conforme ocurren los sucesos, dos a partir de sucesos o tres, a partir de registros anteriores.

3.6.2 Instrumentos

El estudio ha utilizado los siguientes instrumentos: Guía de entrevistas a profundidad, fuentes documentarias, focus group.

El enfoque cualitativo opta por la construcción de datos descriptivos para atender un abanico de posibilidades en el camino de la exploración, dando mayor énfasis a la indagación en profundidad para, no solo captar los hechos reales, sino también el avance en la comprensión de los diversos elementos que se relacionan con la problemática de interés. (Flick, 2004, p. 76)

La guía de entrevistas: es un guión elaborado por el investigador, del cual se basa para recopilar la información requerida. En efecto, la entrevista es una conversación dirigida a un sujeto que participa en el estudio y está en base a las necesidades de información del investigador. “La entrevista no pretende obtener información sobre que piensan, sienten o creen las personas sobre sus experiencias. Los actores participantes cuentan sus propias historias en su lenguaje” (Arantzamendi, López-Dicastillo y Vivar, 2012, p.84b).

Fuentes documentarias: son los materiales físicos y/o virtuales que el investigador tiene a disposición, en las cuales se basa su experticia de interpretación. Se clasifican en dos tipos: Fuentes primarias y fuentes secundarias, las primeras son aquellos documentos que ofrecen información escrita de primera mano, estos pueden ser testimonios, manuscritos incunables, mientras que los segundos son escritos que tratan de los primeros.

En efecto, el trabajo documental no solo es un instrumento de recolección de información, constituye en una estrategia de investigación con características propias en el diseño de proyectos, obtención de información, el análisis e interpretación. “Su expresión más particular está en trabajos basados en documentos recogidos en archivos oficiales o privados que son materia prima fundamental: cartas, periódicos, autobiografía, fotografías, etc” (Velez y Galeano, 2002, p.40).

Focus Group: Es un tipo de técnica de análisis de opiniones de determinados grupos objetivos; entre 6 a 12 personas como máximo; “se basa en la discusión informal, conducida por un moderador experto, sobre tópicos o aspectos que se

relacionan con el objeto de estudio” (Barbour, 2013, p.24). Sin embargo, se puede definir como: “Cualquier debate de grupo se puede denominar grupo de discusión en la medida en que el investigador en que el investigador estimule activamente la interacción del grupo y esté atento a ella” (Kitzinger y Barbour, 1999, p.20).

3.7 Tratamiento de la Información

Para el análisis de datos y hallazgos se llevaron a cabo el análisis de contenidos de las intenciones, percepciones, observación, registro de datos mediante la triangulación de datos y categorización de contenidos. Para ello fue necesario utilizar el software de investigación cualitativa Atlas ti v. 7 (Scientific Software Development).

“Atlas.ti. es un programa informático que asiste a quien realiza un análisis cualitativo, proporcionando una herramienta que facilita la organización, manejo e interpretación de grandes cantidades de datos textuales” (Cuevas-Romo, Méndez-Valencia y Hernández-Sampieri, 2014, p. 5).

3.8 Rigor científico

Para Hernández et al. (2010) el enfoque cualitativo posee diversas características, no obstante, sirven como fuente para la recopilación de datos en un proceso de interpretación: investigación naturalista, fenomenológica, hermenéutica y etnográfica; es una suerte de “paraguas”, que no solo incluye variedad de concepciones, visión, técnicas y estudios no cuantitativas. (Grinell citado por Hernández, 2010, p. 94)

Otros autores hicieron análisis sobre las actividades fundamentales del investigador social y es así que por su parte, Lawrence (1994) afirma que "el investigador es aquel que observa los eventos ordinarios, y de manera cotidiana, va reflejando en su acción, describiendo los acontecimientos de manera natural, sin

tergiversar las condiciones fenomenológicas de los hechos” (p. 34).

Los criterios que comúnmente se usan para evaluar la calidad científica de una investigación cualitativa son:

Credibilidad: también denominado como valor de la verdad o autenticidad, este criterio nos permite acercarnos y evidenciar a través de la observación y la conversación profunda; a los fenómenos tal y como lo perciben, sienten y piensan los sujetos de estudio. “La credibilidad se refiere como los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigados” (Castillo y Vásquez, 2003, p.165).

Confirmabilidad: Se refiere a la garantía de los resultados arrojados por los instrumentos de investigación, es decir que estos no hayan sido manipulados.

Bajo este criterio los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. (Noreña, Moreno, Rojas y Malpica, 2012, p.268)

Transferibilidad: “La transferibilidad o aplicabilidad consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos” (Noreña et al., 2012, p.267). Con este criterio se trata de ver si los resultados se pueden adaptar a otros contextos o poblaciones.

IV. Resultados

4.1. Categorías de Análisis

La propuesta de estudio se aproxima a la indagación y profundización de tres categorías que se han logrado definir, permitiendo realizar la fundamentación y análisis de estudio, tanto en el marco teórico como en el marco metodológico. Desde luego, estas tienen en sí sus propias subcategorías, todas ellas relacionadas al objeto de estudio: Barreras de acceso a los servicios de la salud en personas con discapacidad física en un hospital de rehabilitación.

En efecto, esta propuesta ha permitido recopilar no solo las experiencias vividas por la autora, sino también las percepciones, opiniones y sentimientos de los protagonistas; personas que padecen de alguna de las discapacidades físicas, todas ellas con sus experiencias peculiares; se han mostrado solícitas para participar del estudio. Sin duda, es de suma importancia el rol que tienen todos los actores sociales, principalmente el personal que labora: funcionarios, profesionales y personal administrativo, y por otra parte, los mismos pacientes y sus familiares, de los cuales se logró obtener datos a través de la realización de dos grupos focales; el primero dirigido hacia personas que tienen un familiar con discapacidad motora y el segundo grupo focal conformado por pacientes que tienen una discapacidad motora; además que se realizaron 8 entrevistas a personal tanto asistencial como administrativo del hospital que se encuentran inmersos en la rehabilitación de estas personas.

Referirse a las barreras de acceso a la salud, se hace alusión a los aspectos que limitan en menor o mayor escala, las brechas en atención al servicio. De este modo, se analizará tres categorías: Discapacidad, las barreras de acceso desde la oferta y las barreras de acceso desde la demanda; dentro de cada uno de ellas, se analizarán las subcategorías, las mismas que se explican en los siguientes párrafos.

Al respecto Lema (Citado por Echeita et al., 2009) afirmó:

La discapacidad en buena medida ha comenzado a revertir su concepto; se

entendía como exclusión, un concepto que con el pasar del tiempo ha tenido acentos diversos y diferentes relevantes para la vida, necesidades y dignidad de las personas que padecen con discapacidad. Desde luego, no es lo mismo decir persona con discapacidad que persona excluida socialmente, manteniendo para ello una mirada de desprecio y marginación. (p.155)

No obstante, en la nueva concepción de discapacidad, ya no se refiere a Exclusión, por el contrario se trata de focalizar todo el bagaje epistemológico para darle otro enfoque, un enfoque más de la vida, teniendo en cuenta la perspectiva del derecho y con ello lograr mecanismos para la inclusión social. Es así, que para el año 2011, se creó el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis)

Finalidad de mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el ejercicio de derechos, acceso a oportunidades y el desarrollo de capacidades en coordinación y articulación con las diversas instituciones estatales, y sector privado y sociedad civil. (Ley 29792, 2011, p.451893)

Con ello se fortaleció el Consejo Nacional para la integración de la persona con discapacidad (Conadis), dándole mayor respaldo y apertura para promover un programa de sensibilización a la sociedad, pero también espacios laborales para estas personas, de este modo se garantizaba el bienestar y la calidad de vida. En este sentido, el Hospital de Rehabilitación del Callao, bajo esta nueva filosofía cada día atiende a mayor cantidad de personas con discapacidad, siendo objeto para este estudio personas con discapacidad física.

En cuanto a los accesos de salud, se ha consultado diversos estudios, siendo los más representativos; los estudios de Donabedian (1988), Aday y Andersen (1972), Tanahashi (1978), Frenk (1985); Lodoño y Frenk (1997), Goddard y Smith (2001) y el modelo de las Dimensiones y Habilidades de Levesque, Harris y Russell (2013). Cada uno de estos autores tienen sus diferencias, algunas muy marcadas, sin embargo existe un común denominador: buscar un bien común, una mejor calidad

de vida mediante la salud. No obstante, lo que atañe a este estudio no es hacer un meta análisis de los conceptos, por el contrario describe las nociones de los protagonistas. Por un lado, se ha considera el acceso a los servicios de la salud desde la oferta, es decir, qué es lo que ofrece la institución a los usuarios; y por otra parte, el acceso a los servicios de salud desde la demanda, es decir desde lo que puede ofrecer el usuario al hacer uso de los servicios de salud; en este caso los acceso a los servicios de salud del Hospital de Rehabilitación del Callao.

A modo de resumen; los hallazgos están focalizados desde dos perspectivas: Acceso a los servicios de salud desde la oferta y acceso a los servicios de salud desde la demanda en una población específica; personas con discapacidad.

4.2. Con relación al objetivo general del estudio: Identificar las barreras de acceso para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao

De acuerdo a los hallazgos se evidenció que la población que se atiende en el Hospital de Rehabilitación del Callao proviene, generalmente del norte, usuarios que viven en los distritos de Ventanilla, sobre todo de los sectores Ciudadela Pachacutec, Mi Perú, una población que se cataloga como la población emergente, migrantes todos del norte peruano, que buscan el Sueño Limeño (Vertiz, 2013), una mezcla social que han logrado enraizarse con un pujante estilo; conquistar el mercado, mediante la educación (Matos Mar, 2012, p. 416). Sin embargo, las personas con discapacidad pertenecen estar en los límites sociales, algunos de ellos con posibilidades económicas, por lo general empleados, suelen pagar sus consultas y terapias; y el otro sector, corresponde a la población de bajos recursos económicos, que oscilan entre el primer y segundo quintil de pobreza. Muchas veces, estos usuarios suelen venir de las zonas más alejadas del Callao, zona de Pachacutec, Nuevo Perú, (reciente asentamiento humano), barriada producto de las últimas invasiones a la ciudad.

“Venimos de tan lejos, salimos a las 5: am, con mi hijo el más grandecito, y mi hija la enfermita, mientras que los otros están en el estudio” (familiar de paciente 2018).

De acuerdo al Análisis situacional de salud (ASIS) (2016) se registró un mapa de pobreza a nivel Callao, para el 2016, la región Callao sumó 194 148 mil personas pobres, representando para el 18.8% de la población con reducción de 3.2 puntos porcentuales y la pobreza extrema bajo a 0.1%. Existen diferencias notables en la distribución de la pobreza en los diferentes distritos. Los indicadores de pobreza del distrito de Ventanilla son los más altos y los de La Punta los más bajos. De modo que se logra hacer una idea de la magnitud de problema, eso por un lado, por el otro, recuérdese que el distrito de Ventanilla es el más grande de todo el Callao.

Al no contarse con datos más actuales sobre el censo nacional, se ha recurrido al mapa de pobreza del 2007. (Figura N° 5)

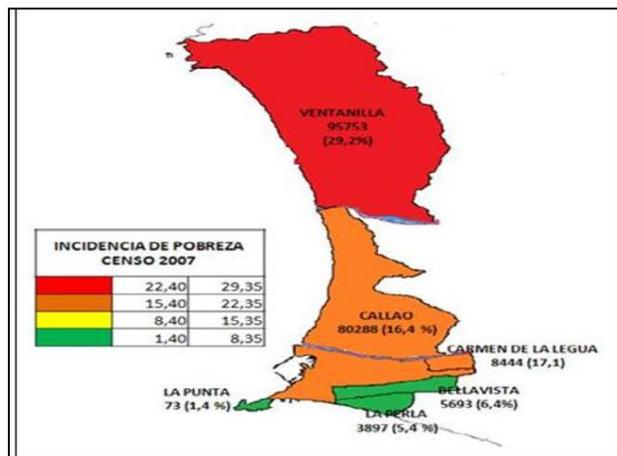


Figura 5. Censo de población y vivienda 1996-2007-INEI.

En efecto, la población de Ventanilla, por sus características mismas, un distrito que se ha formado en base a las invasiones y toma ilegal de terrenos, sin una organización urbana, cada quien tomaba parte y construía su vivienda como podía. Un desierto capitalino, sin servicios básicos entre otras necesidades.

El Hospital de Rehabilitación del Callao, fue uno de los primeros, y porque no decirlo el primero que ofreció sus servicios a la gran demanda de personas con discapacidad; el entonces Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) conocido también como el hospital Vigil, empezó a funcionar en 1971, se convirtió en el hospital referente para la atención especializada de discapacidad a nivel nacional; testigo de muchas décadas, se trasladó en el 2012 luego a Chorrillos, actualmente Instituto Nacional de Rehabilitación “Adriana Rebaza” ubicado en la avenida Prolongación Defensores del Morro. Debido a la alta demanda, y con un local vacío en el distrito de Bellavista, la gestión del Ministerio de Salud, juntamente al gobierno regional del Callao crearon el Hospital de Rehabilitación del Callao. No obstante, hoy en día, cubre una gran demanda que no solo abarca los distritos de la Provincia del Callao, también los distritos capitalinos aledaños: San Miguel, San Martín de Porres, Magdalena, Pueblo Libre, Los Olivos, Puente Piedra, e incluso Comas, Independencia, Breña, Jesús María, San Juan de Lurigancho, Surquillo, Miraflores, Santiago de Surco, La Molina, El Agustino y Villa el Salvador.

La Rehabilitación es un proceso donde el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales ayudan a los individuos con discapacidad a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles e integrarse a la sociedad. Todas estas medidas están en relación a técnicas específicas de tratamiento para las diferentes entidades nosológicas que generan incapacidad ya sea temporal o definitiva. Se considera que la enfermedad constituye una dificultad en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él, es decir, es incapaz de seguir cumpliendo su rol social habitual y no puede mantener las relaciones con los demás. Por lo cual, el concepto de que el impacto de la enfermedad se alivia indirectamente al tiempo que se consigue controlar la situación que la determina es incompleto porque no se llega a considerar las consecuencias de la enfermedad. Es por esta razón que “se llega a los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía como parte de la medición y clasificación de las consecuencias de la enfermedad” (Echeita, 2009).

La cobertura de pacientes Atendidos durante el 2016 en la región Callao es en un 71.5%, mientras que en la región Lima es en un 26.2% y en otras regiones es en un 2.3% de un total de 11099 pacientes. Mientras que la cobertura de pacientes atendidos durante el 2015 en la región Callao es en un 75.6%, en la región Lima es en un 22.8% y en otras regiones es el 1.6% de un total de 11774 pacientes

Tabla 1:

Atenciones por departamentos del Perú

	2015		2016	
	TOTAL	%	TOTAL	%
	189	1.6%	256	2.3%
Ancash	18	0.15%	31	0.28%
La libertad	17	0.14%	30	0.27%
Piura	14	0.12%	28	0.29%
Ica	17	0.14%	25	0.23%
Cajamarca	22	0.19%	21	0.19%
Junín	13	0.11%	17	0.15%
Huánuco	8	0.07%	16	0.14%
Arequipa	10	0.08%	13	0.12%
Lambayeque	10	0.08%	13	0.12%
Tumbes	8	0.07%	10	0.09%
Cusco	2	0.02%	9	0.08%
San Martín	11	0.09%	9	0.08%
Apurímac	5	0.04%	8	0.07%
Ayacucho	19	0.16%	8	0.07%
Loreto	3	0.03%	5	0.05%
Madre De Dios	0	0.00%	3	0.03%
Amazonas	2	0.02%	2	0.02%
Huancavelica	0	0.00%	2	0.02%
Pasco	0	0.00%	2	0.02%
Tacna	1	0.01%	2	0.02%
Moquegua	1	0.01%	1	0.01%
Ucayali	0	0.00%	1	0.01%
Puno	8	0.07%	0	0.00%

Tabla 2:
Atenciones del Hospital de Rehabilitación del Callao

PERÚ	2015		2016	
	TOTAL	%	TOTAL	%
CALLAO	8904	75,60%	7932	71,50%
LIMA	2681	22,80%	2911	26,20%
OTROS	189	1,60%	256	2,30%
TOTAL	11774	100%	11099	100%

Nota: La fuente de información es el ASIS (2017)

Los pacientes atendidos dentro de las otras regiones del Perú se han cubierto casi en su totalidad, abarcando veintidós departamentos de un total de 23 departamentos de nuestro país, en el cual el departamento con más incidencia en el año 2016 ha sido Ancash con 31 atendidos, luego le sigue el departamento de La libertad con 30 atendidos. Mientras que para el 2015 el departamento con más incidencia es Cajamarca con 22 atendidos y Ayacucho con 19 atendidos.

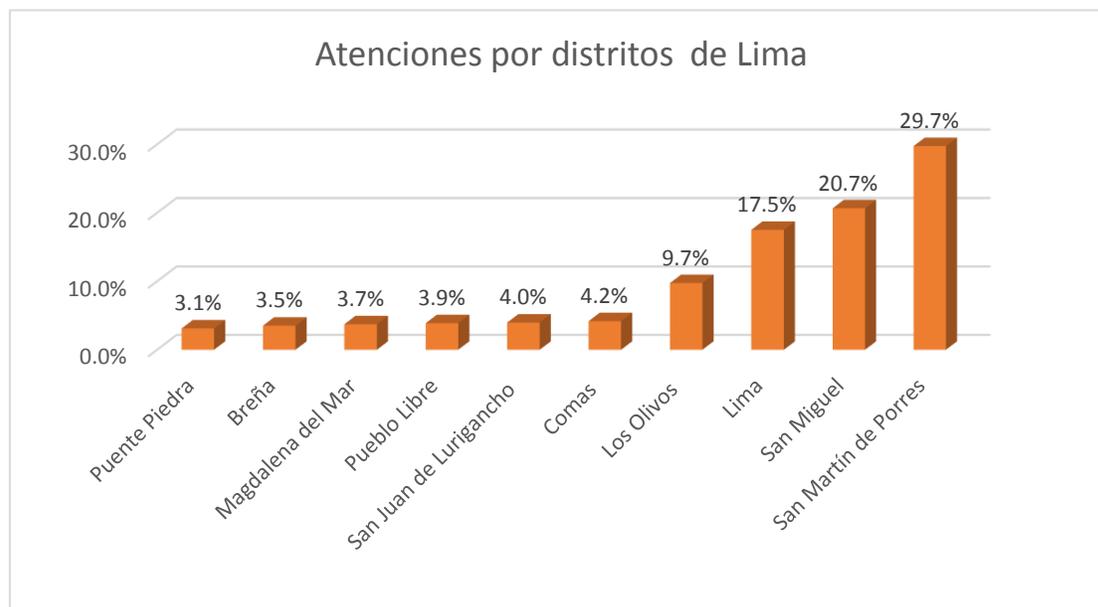


Figura 6. Atenciones por distritos de Lima

De acuerdo a la Figura 6, los pacientes atendidos dentro de los distritos de Lima se han cubierto casi en su totalidad, abarcando 37 Distritos de un total de 43

Distritos de Lima, en el cual el Distrito con más incidencia en el año 2016 ha sido San Martín de Porres con 727 atendidos, luego le sigue el Distrito de San Miguel con 505 atendidos. Mientras que para el 2015 el Distrito con más incidencia es San Martín de Porres con 689 atendidos y San Miguel con 472 atendidos.

Tabla 3:

Atenciones en todo Callao durante los años 2015 y 2016

REGION CALLAO	2015		2016	
	TOTAL	%	TOTAL	%
CALLAO	5656	(75.6%)	4893	(44%)
BELLAVISTA	1225	(10%)	1085	(10%)
LA PERLA	967	(8%)	888	(8%)
VENTANILLA	751	(6%)	735	(7%)
CARMEN DE LA LEGUA	199	(2%)	218	(2%)
LA PUNTA	106	(1%)	113	(1%)

Con se evidencia en la Tabla 3 los distritos que más demandan han tenido, fueron Bellavista con el 10% y el Callao con el 44%. No obstante, la demanda sigue en creciente, puesto que en Ventanilla hay un hospital, éste no tiene el servicio de medicina física y rehabilitación y se viene cubriendo los atendidos de discapacidad con un total de 735 y 752 en los años 2015 y 2016 respectivamente. Por otro lado, es de considerar que el distrito Mi Perú, se creó el 16 de noviembre de 2002 con Ley 27867. No se tiene registrado aún los pacientes que se atienden en este hospital, puesto que se cuenta con la base de datos de Ventanilla.

Se tiene datos de las atenciones, los casos de discapacidad física en adultos es más frecuente que en niños; sin embargo, no deja de ser una preocupación de salud pública, porque la demanda crece y la oferta disminuye. Por otro lado, se ha evidenciado las distancias de los pacientes para llegar al hospital *“Suelen venir desde muy lejos”*; muchas veces empleando varios carros (líneas de ruta); taxis particulares, siendo estos en oportunidades insensibles a la petición de estas personas: *“Los ven con sillas de ruedas, y nos los llevan”*. Diversos factores intervienen en la gestión hospitalaria de rehabilitación, los mismos que serán analizados en los siguientes acápite.

4.3- Con relación al objetivo específico 1. Identificar las barreras de acceso desde la oferta para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao.

Los recursos Físicos

El Hospital de Rehabilitación del Callao tiene una alta demanda de usuarios a nivel nacional; juntamente al Instituto Nacional de Rehabilitación “Adriana Rebaza”, son los dos únicos hospitales que ofrecen las especialidades de rehabilitación. Sin embargo, se ha logrado descongestionar, las necesidades son cada más más exigente de demanda de un gran esfuerzo para poder cubrir con lo deseado. Los usuarios provienen de diferentes distritos, no solo del mismo Callao, sino también de los 43 existen en Lima, 37 de ellos hacen uso de sus servicios. Su categoría es II-E, de alta complejidad, especializado.

A pesar que el hospital esta en procesos de mejorar su cartera de servicios y tener diferentes especialidades que engloben todo el tema de discapacidad, esto ha hecho que algunos pacientes opten por consultar otros lugares u hospitales más cercanos que tengan las especialidades médicas que no encuentran aquí.

ENTREVISTA A PERSONAL DEL HOSPITAL

E3: Hay pacientes que han dejado de venir a atenderse porque no encuentran una atención completa de rehabilitación ya que no encuentran todos los servicios.

E6: Hay pacientes que necesitan otros especialistas en patologías más específicas y los derivo a otros hospitales.

Tabla 4:

Cartera de servicios del Hospital de Rehabilitación del Callao

Servicio que presta-oferta

Medicina de Rehabilitación en discapacidad intelectual, comunicación y audición.	Procedimientos médicos de rehabilitación. Terapia física y rehabilitación especializada
Medicina de Rehabilitación de trastorno músculo esquelético.	Terapia física en afecciones musculo esqueléticas Terapia física neurológica infantil Terapia física en alteraciones del desarrollo psicomotor Terapia física neurológica en adulto
Medicina de Rehabilitación en lesiones neurológicas y periféricas.	Hidroterapia Terapia de lenguaje y comunicación especializada
Medicina y Rehabilitación pediátrica	Terapia del lenguaje y comunicación del adulto Terapia de lenguaje y comunicación en el niño Terapia de aprendizaje Terapia ocupacional del adulto Terapia ocupacional en niños
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento Farmacia Psicología Servicio social Radiología

Nota: elaboración propia.

Recursos Humanos

Este Hospital cuenta con un total 270 trabajadores, de los cuales 46 tienen un tipo de contrato CAS, 13 son nombrados destacados y 211 son locadores de servicios. Para el 2020 el hospital tiene como objetivo tener 400 trabajadores todos ellos con modalidad CAS. Los tipos de modalidad de trabajo afecta en parte la atención que encuentra el usuario externo en este hospital, ya que en ciertas áreas y por ciertas épocas falta personal por motivos de renuncias, al no encontrar una estabilidad laboral en esta institución, lo que causa que se dilate la programación de las terapias de los pacientes hasta que contraten un nuevo personal que en ciertos casos de algunas especialidades de terapia es un poco difícil encontrar. Por otra parte en algunas áreas de cuentan con mayor cantidad de personas que pueden asistir al profesional siendo esto más notorio en el turno de la mañana, lo cual facilita la atención del paciente.

FOCUS GROUP FAMILIARES

P8: Algo vi en el turno tarde es que la licenciada que atiende pacientes con problemas con parálisis, la terapia que realiza es de muy poco tiempo, esto debido a que no se abastece con la cantidad de pacientes y ella está sola, en cambio en el turno mañana los licenciados tienen sus asistentes. También deberían colocarle asistente para que pueda atender mejor.

ENTREVISTAS A PERSONAL

E7: hay mal clima laboral, más en algunas áreas abuso en contra del personal con referente a horarios, se les realiza descuentos cuando no corresponde por el tipo de contrato que se tiene y eso al personal le incomoda.

Tabla 5:

Número de personal por tipo de contrato y cargos que ocupan

TIPO DE CONTRATO	CANTIDAD	ÁREAS Y/O CARGOS
NOMBRADO	13	Jefaturas Asistencial
CAS	46	Profesionales Asistencial Administrativos y técnicos Administrativos
LOCADOR DE SERVICIO	211	Profesionales asistenciales Administrativos, técnicos asistenciales Técnicos administrativos personal de servicio general

En el cuadro se muestra la distribución del personal por tipo de contrato

Nota: elaboración propia

Infraestructura y ubicación

Cuando el Instituto de Rehabilitación Adriana Rebaza se muda a sus instalaciones en Chorrillos, el local ubicado en la calle Vigil queda sin usar por un periodo de un año aproximadamente. La DIRESA del Callao junto con las redes asistenciales del callao usó este local como una especie de almacén donde colocaban sus pertenencias. El local tiene una infraestructura, fachada, redes de cableado eléctrico y tuberías ya bastante antiguas.

En el año 2014 cuando empieza a funcionar el hospital de rehabilitación inicio usando menos del 50% de sus instalaciones, ya que se apertura unos cuantos servicios y solo en el turno mañana. En el 2017 este hospital al pasar a ser unidad ejecutora, comienza la habilitación de nuevas áreas tanto asistenciales como oficinas

administrativas, dando mayor comodidad al personal que labora ahí. En la actualidad el hospital de rehabilitación cuenta con varias áreas en su infraestructura sin usar, algunas están en proceso de remodelación antes de su habilitación, otros en proceso de remodelación y otras aún están siendo ocupadas por equipos en desuso de otros centros de salud del Callao. Dentro de estas áreas se encuentra lo que antes el instituto lo usaba como hospitalización y el área de lavandería. Además que existen algunas áreas pequeñas en donde no puede ingresar o dificultad la entrada de silla de ruedas.

Con respecto a su ubicación este se encuentra a una cuadra de una avenida principal, situado en una zona de alta delincuencia, por lo cual muchos profesionales y pacientes han sido asaltados. Por un tiempo la dirección y gestión del hospital colocó personal de seguridad a las afueras del hospital, sin embargo esto solo fue por un tiempo. El personal que trabaja en el turno tarde sale a las 7:00pm teniendo que salir en grupos pero a pesar de ello han sido víctimas de los delincuentes

ENTREVISTAS A PERSONAL DEL HOSPITAL

E1: Tenemos un ambiente bastante cerrado, poco ventilado.

E2: A pesar de ser un hospital especializado existen barreras arquitectónicas con respecto a discapacidad en mi servicio, espacios pequeños donde no entran sillas de ruedas.

E4: La delincuencia que hay por aquí, a veces es muy temprano o muy tarde asaltan y sobre todo al personal

E6: Uno de los grandes problemas que siempre ha existido incluso cuando existía el Instituto de rehabilitación era la ubicación del hospital, se encuentra un poco metido, la inseguridad que siempre había y las personas tienen que pasar por zonas peligrosas, la gente no venía o algunos taxis no querían traerlos. Creo que se debería mejorar la seguridad externa tanto para el paciente como para el personal, informar al paciente que es una zona vigilada.

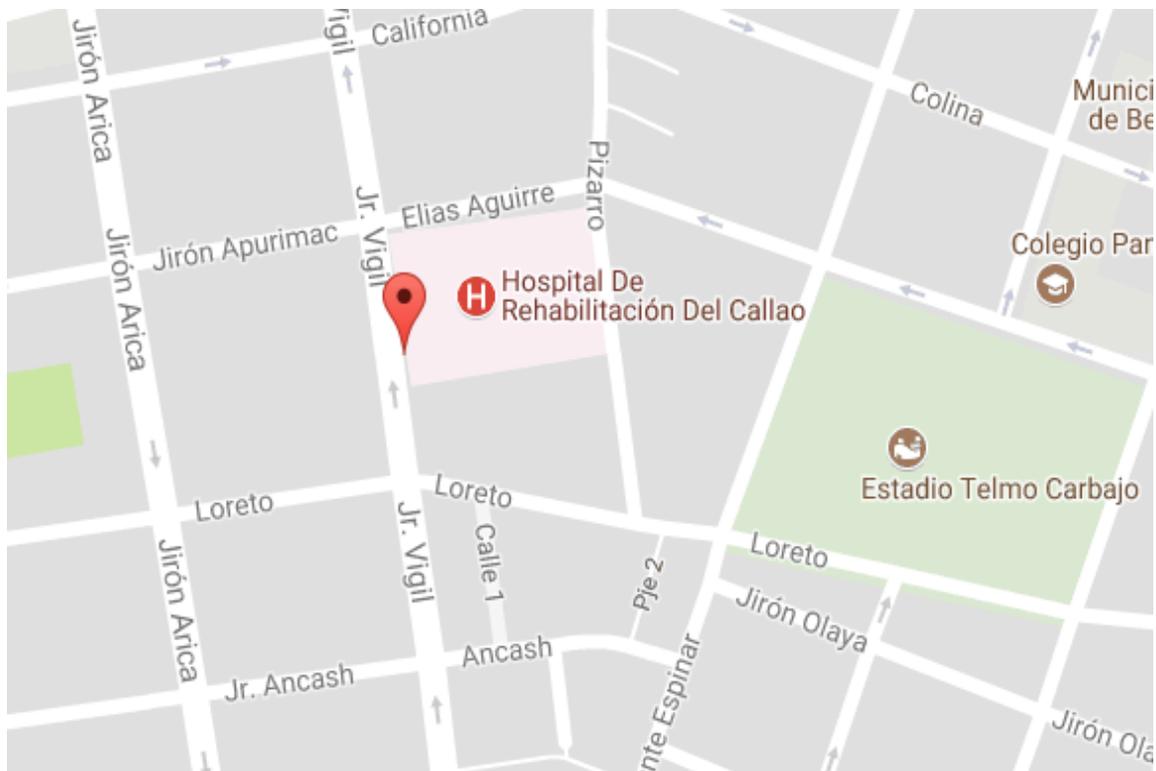


Figura 7. Ubicación del Hospital de Rehabilitación del Callao



Figura 8. Fachada del Hospital de Rehabilitación del Callao. Fuente: Captura de internet

Equipamiento, mobiliario, materiales e insumos

En la actualidad los equipos con los que cuenta el hospital de rehabilitación son insuficientes para la demanda de usuarios que hoy en día presenta, sobre todo en los equipos que se usan en el servicio de terapia física musculoesquelético y terapia física traumatológica. Los equipos con los que se cuenta son de corrientes en varias modalidades, ultrasonidos, láser, magneto, tanque hidrocolector para compresas calientes.

La cantidad de estos equipos como refieren los profesionales es menor al que realmente necesitan; además comentan que ya se han hecho los pedidos necesarios a través de documento, pero desde que inicio a funcionar el hospital se continua con la misma cantidad de equipos. Algunos equipos los cables no se encuentran en buenas condiciones y el mismo personal tiene que estar reparándolo a veces colocando cintas aislantes porque si se espera a que esto se haga por la manera normal de gestión esto puede demorar meses y habría un equipo menos en uso lo cual significaría demora en la atención al paciente.. El último equipo que se está en proceso de compra es el arqueo spring que es un robot que serviría como parte del tratamiento de las personas que tiene alguna discapacidad que les impida el movimiento de miembros superiores y/o inferiores, sin embargo aún se está en el proceso de capacitación del personal y de su total compra.

En cuestión de los mobiliarios y materiales en algunas áreas como la de gimnasios niños y adultos se han realizado la compra de varios materiales para mejorar la atención del usuario, ya que antes este era insuficiente. Sin embargo en otras áreas como terapia de lenguaje el mobiliario es el inadecuado e insuficiente, pues durante el año se han presentado reclamos por los usuarios externos referente a este tema en el cual indican que el mobiliario no es suficiente ya que hay algunas terapias que son grupales y algunos niños se tienen que quedar de pie por no haber suficientes sillas. Las camillas en algunas áreas no se encuentran en buenas condiciones ya que se puede observar que están un poco inestables, los peldaños para subir a las camillas son menor en cantidad de los que deberían ser, los bancos

que usan los profesionales para la atención al paciente algunos se encuentran en mal estado e inclinado.

El mobiliario y equipos para la parte administrativa es insuficiente pues hay muchos profesionales que se encuentran laborando compartiendo computadoras y escritorios. Sin embargo desde que el hospital es unidad ejecutora viene haciendo la gestión necesaria para realizar la compra y mejorar las condiciones en el que trabaja el personal para poder ofrecer una buena atención al usuario externo.

Los insumos y materiales es una gran debilidad que presenta el hospital, ya que la mayoría de profesionales de las diferentes áreas afirman que la cantidad que se les da por mes es insuficiente. Es así que un profesional atiende en promedio 15 pacientes por día (eso depende del servicio pues este puede llegar a 10-20 pacientes) y el uso de guantes es por paciente; por lo tanto el promedio que se le debería dar es de 375 pares de guantes por mes, sin embargo refieren que se les da por mes 50 pares de guantes aproximadamente y ellos muchas veces tienen que pedirle a los mismo pacientes que traigan sus propios materiales para poder atenderlos con la calidad que merecen y también porque es un medio de protección por normas de bioseguridad el que usen guantes durante la atención que brinden.

ENTREVISTAS A PERSONAL DEL HOSPITAL

E6: Falta bastante materiales, tanto para mí como para el paciente, como jabón, guantes, mascarilla, no hay botiquín y ante esto a veces le pido a los pacientes que traigan pero no lo traen porque muchas veces ellos son de recursos económicos bajos y no los traen entonces uno mismo por amistad consigue estos materiales.

E7: Hay pocos materiales para mejorar la bioseguridad y muchos trámites para realizar el pedido.

FOCUS GROUP PACIENTES

P 1: En el servicio de farmacia no se cuenta con medicación necesaria que a veces el médico indica por lo que los pacientes tiene que salir a comprar afuera del hospital, sin embargo la farmacia más cercana se encuentra a 5 cuadras del hospital

P 2: A veces no han tenido medicinas.

P 3: En la terapia del dolor te piden un chisquete (medicina en crema) que no venden aquí, casi todos tenemos ese problema, tenemos que comprarlo en la calle, y a veces ya llegamos aquí y no podemos ir a comprar. Antes se vendía pero ya han dejado de vender. Por aquí no hay farmacia cerca, hay a unas 4-6 cuadras de aquí. Nosotros tenemos dificultad para caminar, no podemos caminar muy rápido y fastidia.

P 4: Claro tener una farmacia aquí y que no haya productos dificulta a uno el salir a comprar. Cuando uno es nuevo aquí no sabes que cosas te piden que debes traer y cuando llegas te dicen: acá en la farmacia compren; y tú vas y no hay y ya eso es una pérdida de tiempo para uno mismo porque tienes que salir a comprar a la calle y va corriendo el tiempo y te queda menos tiempo de terapia.

Gestión de la Calidad

El hospital abre sus puertas a las 6:30 am, habiendo un personal de orientación quien indica a los pacientes donde deben realizar sus colas mientras esperan las aperturas de cajas que son a las 7:30am o esperan a su atención en sus citas ya programadas.

La atención al paciente que tiene una discapacidad motora en el hospital de rehabilitación, respecto al trato que se le da por parte del profesional es buena, los mismos pacientes lo refieren, los mayores problemas viene a ser por fallas de la propia institución y/o de gestión. Es así que una de las grandes barreras que

encuentran los pacientes para lograr su atención en el hospital de rehabilitación son las citas; pues en algunos servicios la programación para iniciar terapias es de 2 a 5 meses de espera. Esto se asocia a que el número de profesionales es insuficiente pero también los ambientes que están habilitados para la atención ya están saturados.

Las cajas de atención para sacar citas y para realizar el pago de terapias han sido motivo de muchos reclamos por el paciente, pues hay momentos en que el tiempo de espera debido a la cola que se forma, es de aproximadamente de 20 minutos, esto no es continuo pero sí que se ha dado en varias oportunidades. En caja otro motivo de queja es el número de estas abiertas y el que no exista una caja de atención preferencial. El sistema de pago en más de una ocasión se ha ido no habiendo un plan de contingencia para atender al público que busca pagara para poder entrar a terapia.

FOCUS GROUP PERSONAL

E1: El sistema de cajas, creo que llega un momento a saturarse y tengo muchos pacientes que vienen con niños en brazos y les desespera un poco. El tiempo de espera promedio para terapias es de 2 a 3 meses

E4: En el área de caja se debería poner mayor personal, aperturar mayor número de cajas, mejor atención, no hay atención preferencial tanto del SIS como de pagantes.

FOCUS GROUP PACIENTES

P1: normalmente uno saca cita y te dicen a las 10am pero te atienden a las 12 ó 12:30pm, mucho es esta demora para la atención de citas de los médicos

P5: un problema concurrente es que se va le sistema y no hay opción de emitir boleta a mano para que el paciente pueda ser atendido en terapia, debería haber un plan alterno.

El tiempo de atención establecido por terapia es de 30 minutos por sesión; sin embargo en algunas áreas y dependiendo del profesional este tiempo es mayor dándose debido a que queda a criterio del profesional si no tiene muchos pacientes suelen los pacientes obtener más tiempo en terapia. A pesar v de ser eso establecido por la institución, los usuarios encuentran un poco de insatisfacción pues consideran que esto es muy poco comparado al tiempo que invierten en llegar y retornar a sus domicilios.

FOCUS GROUP FAMILIARES

P1: Algunas personas vienen de lejos y se demoran 1 hora en llegar y 1 hora en regresar a su casa, todo para llevar una terapia de 30 minutos y todas las terapias duran ese tiempo, yo no sé si es por el volumen de pacientes o cual es la explicación de ese tiempo de terapia.

En cuanto al trato al paciente, las respuestas de parte de los usuarios han sido positivas hacia los profesionales de terapia, el 100% de los participantes se encuentran contentos con la atención brindada por el personal asistencial, un pequeño porcentaje de descontento se encontró por parte del personal administrativo en cuanto a su atención brindada.

FOCUS GROUP PACIENTES

P9: la atención es buena no me puedo quejar uno se siente en familia
P5: Los licenciados son como familia, son buena gente.

La limpieza del hospital ha sido otro punto en el cual muchos han referido que esta no es suficiente. Se observa que el personal de limpieza no cuenta con los elementos de protección personal completos, sus materiales de limpieza no son los adecuados, la dotación de insumos para la limpieza que les entregan semana y mensual no es la adecuada; además los mismos trabajadores no cuentan todos con

la capacitación necesaria para el correcto uso de estos materiales, exponiendo así su salud a contaminarse con los productos de desechos.

ENTREVISTAS A PERSONAL DEL HOSPITAL

E2: La limpieza es algo que siempre me ha incomodado, está mejor cada día pero el tema de las colchonetas o de usar herramientas así de sucias, manchadas no es muy grato y el estar en un lugar poco ventilado.

Un tema que cabe resaltar es el número de servicios higiénicos que cuentan el hospital. A pesar de ser un hospital especializado la ubicación y número de baños ha sido tema de reclamos por parte de usuarios, ya que estos son insuficientes y no se encuentran ubicados para disponibilidad del paciente con discapacidad.

FOCUS GROUP PACIENTES

P 3: Soy un paciente con problema para caminar,, el único baño para varones se encuentra en el otro extremo de entrada de pacientes, por el área administrativa y a veces me es difícil llegar , yo soy usuario continuador pero los nuevos no saben donde esta este baño.

Los usuarios nuevos no pueden ubicar algunas áreas ya que hay señalizaciones o un croquis de entrada que indique la ubicación de las áreas.

Gestión, planeamiento y operabilidad

Al ser una unidad ejecutora nueva la mayoría de sus planes operativos se encuentran aún en inicio de aplicación, algunas áreas recién se están creando. A pesar de ello los profesionales sienten que no hay mucho interés por parte de las jefaturas o que hay un poco de desidia,, falta de capacidad para desempeñar el

cargo de las personas que asumen las jefaturas, ya que actualmente estas son ocupadas por cargo de confianza y el personal siente que los jefes no cumplen con el perfil adecuado para desempeñar el cargo.

ENTREVISTAS A PERSONAL DEL HOSPITAL

E1: si hay ideas, se quiere hacer nuevos proyectos pero no están organizados para implementarlos

E2. Tienen intención pero no creo que estén capacitados o que tengan una idea de proyección pues para esto hay que ser muy ordenado muy proyectado al futuro.

E4: hay voluntad pero les falta más empuje, más ahínco para mejorar la atención al paciente y para mejorar el trato al personal. Creo que algunos de las autoridades deberían mejorar su nivel de capacidad de manejo al personal y de conocimientos.

E5: Yo creo que debe haber compromiso pero no lo hacen

E7: algunos sí, pero la mayoría no; muchas autoridades no están capacitados para desarrollar planes que estén bien estructurados.

E8: parcialmente, no todas las jefaturas. El problema es que creo que no están bien capacitados o no están para tener esas jefaturas, falta mejor elegir a los que dirijan a este hospital.

Ante un problema no hay planes de contingencia y la justificación que se da es que se encuentran en proceso de creación.

El personal siente que no hay consideración para considerarlos y comunicarles las gestiones que se viene realizando a favor del hospital y de ellos.

Cuando se quiere realizar una actividad muchas veces el trámite es engorroso para la compra de materiales a usar por lo que el personal se desanima, no encuentra apoyo por parte de sus jefaturas.

ENTREVISTAS A PERSONAL

E1: el año pasado tuve a mi cargo realizar una actividad, lo cual no se me fue fácil pues primero se me aviso con muy pocos días de anticipación no se me otorgo presupuesto, todo fue solventado por los que participamos a pesar que pedimos presupuesto a dirección pero no recibí respuesta. Hay apoyo de parte de los mismos colegas pero no de la parte administrativa.

E6: Hay demasiada demora el tramitar planes y que sean aprobados. Hay mucha dejadez por parte de las autoridades de aquí,

E7: Depende, a algunas áreas siento que les facilitan por amistad el trabajo.

4.4. Con relación al objetivo específico 2:

Identificar las barreras de acceso desde la demanda para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao

Diversos factores de riesgo son barreras de acceso, aun cuando afecten a distintas personas en distintos momentos, actúan en conjunto de modo que hacen posible la continuidad de un maltrato hacia el paciente con discapacidad. De igual manera, ya sea que se refiera a factores de riesgo o a barreras, es apreciable la relación causal que existe entre ellas.

En el caso que alguna barrera de acceso se siga dejando desatendida, tendrá un impacto en que las personas demoren más tiempo en terminar sus atenciones, pudiendo esto desencadenar en un empeoramiento en la situación emocional de cada uno de los pacientes.

“No es fácil llegar al hospital, salgo muy temprano, los carros no se detienen para llevarnos, se tiene que padecer todo esto casi todos los días” (Paciente con discapacidad, 2018).

El espectro social a todo nivel y que desde diferentes ámbitos hay conexiones vinculantes que participan activa o pasivamente y que tienen o deberían tener un rol más protagónico e interrelacionado, el cual ni es el caso en la actualidad, sino el de islas trabajando por su cuenta.

Tanto en los distintos tipos de factores de riesgo, como en las barreras, se encuentran criterios identificados desde la oferta y la demanda en salud, esto es, desde los establecimientos de salud y las personas que acuden a estos. Asimismo, estos factores de riesgo y barreras de acceso que contribuyen a la alta incidencia de la tuberculosis en la zona, pueden ser divididas de acuerdo a su origen respecto de los pacientes en endógenos y exógenos.

Es conocido que a un nivel más general, las constantes desatenciones tanto en las cajas como en los consultorios no son satisfechas, ello explica mayor incremento de demanda, e insatisfacción al usuario directamente. Esta realidad se repite en buena medida en que existen dos centros especializados para una ciudad como la de Lima y Callao.

FOCUS GROUOFAMILIARES

P3: La terapeutas son muy buenas, cuando tiene un poco de tiempo me dan un poco más de tiempo de terapias a mi niña.

Las diferencias entre las atenciones que existen en los centros especializados frente a los hospitales o establecimiento de salud son marcadas; Los primeros concentran profesionales especializados, espacios idóneos y en consecuencia

instrumentos o herramientas para su finalidad; Los otros centros, arguyen que el presupuesto asignado no les da la capacidad presupuestaria para implementar el área de terapia física, o rehabilitación. Las causas endógenas remitirán a aquellas características identificadas en la población que aludan a una situación ya existente, con la que las personas deben convivir, ya sea antes, durante o después de la atención en los servicios de salud.

En ese sentido, las causas endógenas remitirán a aquellas características identificadas en la población que aludan a una situación ya existente, con la que las personas deben convivir, ya sea antes, durante o después de la atención en los servicios de salud. Dentro de este tipo de causas, se incluyen las condiciones en las que se vive, las creencias, actitudes hacia los profesionales de salud, los estados de ánimos, la cercanía y confianza con otras personas de su misma condición. Se trata pues de factores que las mismas personas realizan, refuerzan a diario y reproducen en su relación con los demás, y que sin embargo, no depende exclusivamente de ellos el poder cambiarlos, de modo que dejen de representar un riesgo o una barrera de acceso.

Dentro de este tipo también se han incluido aquellas relacionadas con las carencias económicas, que si bien no son situaciones que las personas puedan cambiar de un momento a otro, condicionan de alguna manera sus comportamientos y maneras de proceder, como puede ser el comer de manera inadecuada, el no asistir a la rehabilitación de manera regular o el no realizarse los chequeos necesarios que les son solicitados o deberían cuando se sienten mal o deprimidos.

Por su parte, las causas de tipo exógeno aluden a aquellas condiciones que escapan a las personas en su accionar diario. Estas pueden referirse a las condiciones en que se presenta la oferta de salud, a la voluntad política respecto al tema o a las actitudes de otras personas frente a los que han perdido facultades físicas y forman parte de los nuevos agentes de discapacidad.

La desinformación que tienen los familiares con respecto a la discapacidad de algunos casos está relacionada a la carencia de una cultura de sensibilización y en efecto a la falta de oportunidades y violación de los derechos. Así, la información recogida apunta a que no es la falta de difusión y promoción de actividades sobre la discapacidad lo que está fallando, sino la poca atención que reciben de las personas o la poca importancia que le dan a la información recibida. Al intentar establecer un vínculo entre la condición económica o nivel educativo y esta problemática, se descubrió que en realidad estos problemas no son exclusivos de la población más afectada económicamente o con menos educación.

Por el contrario, tanto el personal de salud como pacientes y ex pacientes coinciden en afirmar que la “discapacidad no es Incapacidad” y en algunos casos evolucionar a un estado más crítico debido a “descuidos” personales. Estos descuidos aluden a no hacer caso a los diversos eventos que puedan pasar.

Desde la demanda se pudieron identificar barreras en 3 aspectos: personales vinculadas a las percepciones y sentimientos hacia la discapacidad, culturales y económicos.

Por su parte, las barreras desde la oferta pueden ser clasificadas entre aquellas de tipo intramural, es decir, que se encuentran dentro del recinto del establecimiento de salud y extramurales, más asociadas a la gestión y trabajo articulado con otras instituciones. Asimismo, las barreras de acceso pueden ser sometidas a una segunda clasificación. De acuerdo, al nivel en el que afecten se pueden tratar de barreras en el acceso a la salud, o a barreras que impidan culminar el tratamiento, cuando ya se traten de pacientes nuevos.

FOCUS GROUPO PACIENTES

P5: El trato de la sociedad hacia la persona con discapacidad es de discriminación. Porque a pesar que no debería hacerlo yo cargo mi carné del CONADIS, no hay diferencia en el trato, hasta a veces nos tratan peor.

Al respecto, se evidenció que la gran mayoría de pacientes con discapacidad son atendidos por el SIS, algunos provienen de Essalud y un menor porcentaje corresponde a la atención particular. Frente a este efecto, los pagantes tienen mayores ventajas para la atención con respecto a los de SIS, suelen atenderse por todos los servicios de manera más eficiente, para los servicios, mientras que las largas colas y los trámites burocráticos del SIS; hace que el paciente SIS se demore más de la cuenta.

FOCUS GROUP PACIENTES

P8: Yo he tenido que dejar de trabajar en algunas cosas, pero por el bien de mi hija y verla que termine sus estudios vale la pena.}

P9: Yo soy policía y tengo un trabajo estable y tengo que compartir mi tiempo para traer a mi hija al hospital, pero también es un problema a cuando quiero sacarla porque ella usa muletas y cuando estamos por la calle pedimos permiso para pasar y a veces la gente hasta insulta, por eso a veces las personas con discapacidad se sienten menos porque son insultados.

Debido a la dificultad que ellos tienen para desplazarse muchos de los pacientes con problemas motores salen acompañados de alguna persona que puede ser su familiar, un amigo o una persona que contratan para realizar esta labor. Cuando se trata de una familiar, esta persona tiene que dejar de trabajar o realizar sus actividades durante todo el tiempo que les demora en ir, permanecer y regresar de las terapias a su domicilio, en otros casos cuando se trata de ir con un bus público, tienen que ir dos familiares y tiene que tomar hasta más de dos buses lo cual hace que se incremente el costo de sus pasajes.

Muchos de los pacientes refieren que encuentran discriminación hacia a ellos por parte de la sociedad. En los transportes públicos sienten que los rechazan porque cuando los conductores ven a una persona con discapacidad, prefieren pasar de frente. Dentro del mismo bus no hay educación hacia estas personas y no respetan el asiento preferencial. Las personas por las calles a veces los observan y

critican pensando que lo que tiene puede ser algo contagioso. Dentro del trabajo (los que trabajan) sienten que son ociosos pues no logran entender la dificultad que tienen y que se cansan rápidamente por lo que su ritmo de trabajo es menor que las otras personas.

FOCUS GROUP FAMILIARES

P9: a pesar de todos los inconvenientes no he dejado de llevar terapias porque la salud lo justifica.

P2: El problema del hospital en sí para mí, es que aquí hay bastante profesional e internos y técnicos, pero cuando nos atienden nos empiezan evaluando pero al mes rotan de servicio y llegan otros que pueden ser muy buenos o no, pero nosotros sentimos que volvemos a empezar de cero y nosotros nos acostumbramos a ellos y luego rotan y nosotros volvemos al inicio. Para mí eso es un retraso, deberían por lo menos quedarse dos meses y luego rotar.

P10: Yo no quiero que las terapias me den gratis, pero al menos una rebaja, yo gasto aproximadamente 250 soles semanales solo para venir aquí por las terapias de mi madre, aparte los taxis, el almuerzo.

P5: Es complicado tener a alguien con discapacidad.

P2: En mi caso, mis hermanos están en el extranjero y solamente yo estoy aquí acompañando a mi padre. Ahora he tenido que pedir licencia en mi trabajo. Mis hermanos apoyan económicamente para traer a mi padre.

V. Discusión

Para entender el tema del estudio es necesario abordar algunos conceptos que dan luces para explicar luego las categorías de investigación, detalladas a continuación: Discapacidad, entendida desde un modelo biomédico, la discapacidad es una alteración del organismo y/o producto congénito o adquirido por una enfermedad, shock o trauma; un postulado que está quedando atrás por las nuevas teorías; no obstante, el enfoque social permite tener una mirada holística y en efecto, la “discapacidad no es sinónimo de incapacidad”, por el contrario, la discapacidad es entendida ya no como un resultado de las deficiencias de la persona en sí, sino como un producto ocasionado por la interacción de factores culturales, ambientales, psicológicos y sociales, promovidas por el imaginario colectivo (Echeita, 2002, Serrano, 2013). Por otro lado, están las barreras de acceso a los servicios de la atención a la salud; bajo esta mirada, el estudio retoma como propuesta teórica, los postulados de Tanahashi (1978) que focaliza los servicios de la salud teniendo en cuenta los factores o barreras presentados en la atención; desde dos perspectivas afines, complementarias la una a la otra. En efecto, Las barreras de la salud para este teórico vienen a ser los factores que obstaculizan y/o limitan, en el que una persona pueda lograr una necesidad de atención en salud. Desde luego, las barreras pueden ser de diferentes tipo tanto sociales, políticas como culturales. Asimismo, Aday y Andersen (1974) categorizan el acceso a la atención de la salud en tres temáticas: la utilización de los servicios de la salud, factores determinantes en su uso, y factores predisponentes. Todos ellos referidos a los que están presentes antes que aparezca el suceso o problema, predisponiendo la utilización o no de los servicios, entre los cuales se encontraran las creencias, características demográficas de la zona, estructura social, etc.

En la identificación de las barreras de acceso desde la oferta para la atención de la persona con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao; de acuerdo a los hallazgo encontrados se evidenciaron insuficientes recursos humanos tanto en los servicios asistenciales como en los administrativos, servicios no cubiertos por especialistas, infraestructura no habilitada al 100%, equipamiento aún en implementación, escasa atención en las cajas para los usuarios, planes de

contingencia aún en proyectos, gestores que no cumplen los perfiles para los puestos requeridos, dificultades para la ejecución de los planes institucionales por los trámites burocráticos existentes, inestabilidad laboral de los profesionales que laboran dentro del hospital, y la inseguridad ciudadana periférica del Hospital que se convierte en una amenaza para el personal de salud y desde luego para los mismos usuarios, desde esta perspectiva el estudio está de acuerdo con la propuesta de Hirmas et al. (2013) quienes identificaron las barreras de acceso a la atención desde la oferta realizadas mayoritariamente por personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud han sido expresiones de inequidades sociales existentes en muchos países, los mismos que requieren una acción conjunta con otros sectores distintos a los de salud para ser reducidas o eliminadas. Otras barreras que se han encontrado fueron el desabastecimiento farmacéutico, ello contribuye que la persona con discapacidad se desplace a otros establecimientos farmacéuticos más distantes, una dificultad que se vive a diario por estas personas; Por lo que se está de acuerdo con el enfoque propuesto de Agudelo et al. (2014) es necesario integrar las políticas públicas con las de salud, además que es necesario ofrecer un sistema de atención de salud de manera eficiente y equitativa para de esta manera poder superar las desigualdades que pueden ser evitables en salud.

En cuanto a la identificación las barreras de acceso desde la demanda para la atención de la persona con discapacidad motora del Hospital de Rehabilitación del Callao; los hallazgos evidenciaron muchas barreras entre ellas; la distancia y ubicación del Hospital; lejano para los usuarios que vienen de la Provincia (Matos, 2012) e inaccesibles para otros que cuentan con bajos recursos económicos y abandonan las terapias por sus condiciones de pobreza, desde esta perspectiva el estudio concuerda con Rabanal, Lazo y Nigenda (2011) quienes indicaron el reto principal que enfrenta este sistema fue ampliar la atención a la salud a poco más de 10% de la población que todavía no recibe servicios básicos, erradicar la exclusión sanitaria que llega entre el 10 y 20% de la población general, se debe fortalecer el saneamiento básico en las zonas rurales además que se requiere de una sólida

política de formación y desarrollo de los recursos humanos que permita responder a las nuevas necesidades. Por otro lado, la demanda de los usuarios está en relación al acceso al seguro integral de salud (SIS), siendo esta población la mayoría en las atenciones terapéuticas y médicas, aspecto que concuerda con la propuesta de Longaray (2010) en la medida que determina la urgencia y oportunidad a las personas con bajos recursos económicos e importancia de la accesibilidad a los seguros sanitarios como impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos especialmente a los correspondientes a los dos quintiles más pobres (Q1, Q2), el principal proveedor de estos servicios de salud fue el Ministerio de Salud.

Otro hallazgo importante es la calidad de atención por parte de los profesionales de salud, a diferencias de otros establecimientos sanitarios como fueron los casos Hospital "Carrión" y el Hospital de Essalud, el Hospital de Rehabilitación del Callao concentra un buen número de servicios especializados en la atención de la discapacidad motora, destacándose por su trato amable, cálido y empático, aspecto que se opone a la propuesta de Arrivillaga y Eugenia (2016), que indicaron un mayor acceso a los servicios de la salud desde la lógica de mercado, la misma que está en relación a los servicios de atención médica, articulada con la lógica de factores y multicausalidad, ante lo otro que contempla el acceso a servicios de salud basado explícitamente en la justicia sanitaria y el derecho a la salud. Otros centros arguyen que el presupuesto asignado no les da la capacidad presupuestaria para implementar el área de terapia física, o rehabilitación.

En esta lógica, barreras como las limitaciones para el traslado hacia el Hospital, se evidenció que la gran mayoría de personas con discapacidad no cuenta con movilidad propia, se valen del transporte público y/o en efecto del privado, ocasionando así mayor gasto, puesto que suelen, al llegar tarde a la cita, perderla, y en el mejor de los casos obtener una gracia al final de todas las atenciones; dichos hallazgos concuerdan con Rodríguez, Rodríguez y Corrales (2014) autores que evidenciaron limitaciones en la atención como fallas en la comunicación; continuidad

del servicio, muchas veces derivadas por las autorizaciones; faltas de oportunidad para citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos; hallazgos que de algún modo se perciben en los usuarios, generando así percepciones negativas y efectos perjudiciales tanto para ellos mismos como para sus familias. Particular interés generaron los hallazgos manifestados a través de las entrevistas y del focus group; el acompañamiento de otra persona a las sesiones de rehabilitación, por lo que ello representa dejar de hacer las labores para dedicarle tiempo a las visitas. Sin embargo, existen usuarios que teniendo seguridad social mediante Essalud, optan por la atención en este Hospital por la saturación de la programación de citas, pagando todos los servicios; en consecuencia, estos este hallazgo concuerdan con la propuesta de Díaz, Zapata y Aristizabal (2011) quienes demostraron que existe una diferencia significativa en el uso de los servicios preventivos de salud entre el régimen subsidiado y contributivo siendo la mayor diferencia del uso de este en el régimen contributivo, además que existe diferencia en el uso de los servicios de acuerdo al sexo edad y tipo de régimen, también llama la atención de la baja prevalencia de la necesidad de salud sentida y demanda por parte de ambos regímenes, por lo que el acceso real y potencial se ve influenciada por el tipo de régimen al que estos usuarios pertenecen.

En consecuencia, la identificación de las barreras de acceso a la atención de la salud por parte de la persona con discapacidad motora o física en el Hospital de Rehabilitación del Callao se evidenciaron desde dos perspectivas: barreras de acceso desde la oferta y las otras barreras de acceso desde la demanda. Sin duda alguna, los escasos recursos humanos, la insuficiente infraestructura, las trabas en la gestión administrativa de la salud; entre otras permiten que la atención en los servicios sea cada vez más insatisfactoria dentro del Hospital de Rehabilitación del Callao. Otras barreras que se encontraron son la distancia y ubicación del Hospital de Rehabilitación del Callao, inseguridad ciudadana de la localidad; otra barrera determinante fue las demoras de citas en el régimen de la seguridad social y la saturación de la misma por la creciente demanda, muchos usuarios optan por los servicios de este hospital; el tema de la pobreza y condiciones socioeconómicas de

muchos usuarios, esto hace que la gran mayoría abandonen las sesiones de terapia; lo otro fue la disponibilidad de un familiar para el acompañamiento a la rehabilitación; el transporte no es consciente de la situación de una persona con discapacidad “*No nos recogen, por eso salimos a las 5 am*”, creencias e ideologías de las personas e incluso también barreras administrativas ya dentro de la misma institución cuando la persona está haciendo el uso del servicio. Al respecto, Restrepo, Silva, Andrade y Dover (2014) identificaron similitudes y diferencias en la visión del acceso, las barreras y los facilitadores se atribuyen a factores de oferta y de demanda. La mayoría de las barreras se dan en el acceso real, durante la búsqueda y continuidad del tratamiento. Algunas características sociales de la población también son factores determinantes. En este sentido, los actores recurren a estrategias para solventar las barreras de acceso. No obstante, las barreras y las facilidades permiten identificar alternativas que pueden servir de insumo para políticas en salud.

I. Conclusiones

- Primero:** La discapacidad en el Perú está comenzando a revertir su concepto y es considerada como un problema de salud pública. Existen políticas públicas sobre discapacidad pero que aún falta implementarlas por completo y además de difundirlas en la sociedad.
- Segundo:** Existe una enorme brecha para lograr la atención en rehabilitación de las personas con discapacidad debido a que la demanda es mayor a la oferta al solo existir en el Perú dos instituciones dedicadas íntegramente a la atención de las personas con discapacidad.
- Tercero:** Existen barreras de acceso a la salud por parte de la oferta, como es la brecha que existe en cuanto al recursos humano asistencial, infraestructura antigua, ambientes aun sin ser operativos; falta de equipo necesarios, trámites documentarios engorrosos establecidos por el gobierno que hacen que las citas para la atención se dilaten, los gestores son personas colocadas en confianza; por lo tanto no se ve el tema técnico sino político.
- Cuarto:** Por parte de la demanda los pacientes refieren que la atención es buena por parte del profesional las mayores barreras que encuentran es desde la sociedad, económica y el gobierno. Ya que ellos refieren que la sociedad los discrimina, los costos de transporte son altos y el gobierno no hace nada ante ello.
- Quinto:** A pesar de presentarse barreras tanto desde la oferta como desde la demanda las personas con discapacidad que se atienden en el hospital de rehabilitación se encuentran satisfechas con el trato que se les brinda.

II. Recomendaciones

- Primero:** Mayor participación en temas de discapacidad tanto de instituciones públicas como de privadas. Las instituciones dedicadas a temas de discapacidad deberán trabajar más para dar a conocer a la sociedad sobre los deberes y derechos de las personas con discapacidad.
- Segundo:** Debería existir instituciones dedicadas a la atención especializada de personas con discapacidad y estas deberían encontrarse en otras partes del Perú para que estas personas tengan el acceso a la atención de la salud.
- Tercero:** Se recomienda realizar planes anuales adecuados a la realidad del hospital de rehabilitación así como planes de contingencia para disminuir las barreras que se han presentado como fueron las colas largas falta de sistema de cajas, inadecuada infraestructura, etc. Además de la selección del personal de jefaturas que tengan el perfil adecuado para cada cargo.
- Sexto:** El gobierno local regional y nacional debería realizar para la sociedad campañas de sensibilización hacia las personas que tiene una discapacidad motora.o algún tipo de discapacidad
- Quinto:** La discapacidad es un tema que se puede prevenir en algunos casos para ello se necesita mayor participación en los temas de promoción y prevención de la salud de los profesionales involucrados en el tema, tanto desde la parte asistencial como desde las políticas publicas.

III. Referencias Bibliográficas

Andersen, (1995) en Bernal, S. (2015). *Factores relacionados con bajas coberturas de vacunación en niños menores de dos años en el Municipalidad de Amatitlán del área de salud Guatemala Sur.* (Tesis de maestría en salud pública. Universidad de San Carlos de Guatemala).

Barragán, H. (2007). *Fundamentos de Salud Pública.* 1era ed. Buenos Aires: Universidad de la Plata, Argentina. Consultado en: <https://bit.ly/2qK68mE>

Bernal, S. (2015) *Factores relacionados con bajas coberturas de vacunación en niños menores de dos años en el Municipalidad de Amatitlán del área de salud Guatemala Sur.*(Tesis de maestría en salud pública. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, Guatemala)

Hernández M y Lazcano L (eds) (2013). *Salud pública, teoría u práctica.* México DF: INSP y el Manual Moderno.

Hospital de Rehabilitación del Callao (2017) Análisis Situacional de Salud. Lima, Diresa. Consultado en: <https://bit.ly/2HTLhWh>

Echeita, G, Verdugo M, Sandoval M, López M, Calvo y Gonzáles-Gil F. (2009) *Paradojas y dilemas en el proceso de inclusión educativa en España.* Revista de Educación 349 (1): 153-178. Consultado en: <https://bit.ly/2HTI3ly>

Echeita, G y Ainscow, M (2011) *La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente.* Internet (Consultado el 10 de marzo de 2017). Tejuelo 12 (2): 26 – 46. Consultado en: <https://bit.ly/2atS4X0>

Ley N° 29792, Ley de la Creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Londoño J y Frenk J (1997) *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador*

para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Documento de Trabajo 353. México of Banco Interamericano de Desarrollo. Consultado en: <https://bit.ly/2FPeP1q>

Matos Mar, J (2012) *Perú estado desbordado y sociedad nacional emergente*. Lima: Universidad Ricardo Palma.

Organización Mundial de la Salud (2008) *Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS. Consultado en: <https://bit.ly/1TfSvkm>

Vertiz, R. (2013) *Estigmatización de la Tuberculosis pulmonar: Impactos en la reestructuración de roles de los entornos sociales en el cerro San Cosme, Lima*. Tesis para obtener el grado de maestría. PUCP. Consultado en: <https://bit.ly/2FP8lzH>

Anexos

Consentimiento Informado
Universidad César Vallejo

Título: Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora del Hospital de Rehabilitación del Callao – Bellavista

Investigadora principal: Lic. Miluska Quinto Orellana

Introducción:

Como adulto y persona con discapacidad recibe su atención médica mediante la rehabilitación en el Hospital de Rehabilitación de Bellavista, Callao. Se le solicita su gentil participación de manera voluntaria en este proyecto de investigación sobre Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora del Hospital de Rehabilitación del Callao – Bellavista. Para ello, le pedimos que se tome el tiempo necesario para decidir y se sienta con completa libertad de discutirlo con sus familiares y/o compañeros de trabajo.

El propósito de este estudio es conocer su experiencia y opinión sobre las barreras de acceso de atención a los servicios de la salud, en la modalidad de Focus Group o Grupo de discusión. Se hará de forma de un taller, en el cual se discutirá el tema específico mediante preguntas, siendo la mayoría abiertas. Por favor puede Ud. hacer preguntas sobre el estudio.

Su información se mantendrá confidencial y sus respuestas serán identificadas únicamente por un número o código y no por su nombre. La información que usted comparta no será comunicada a terceras personas ya que solo se reportarán los resultados de manera general.

Usted puede decidir: (1) no participar en el estudio; (2) no responder a cualquier pregunta que no quiera contestar;(3) parar la entrevista en cualquier momento.

Es importante recordarle que si usted decide no participar en el taller y/o actividad lo puede detener en cualquier momento, esto no afectará de ninguna

manera los servicios que usted recibe. Una vez que termine la actividad, se le agradecerá por su participación.

Este estudio de investigación ha sido aprobado por la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte. Cualquier pregunta sobre la misma o los derechos que como participante del estudio usted tenga, puede dirigirse a la investigadora principal: Lic. Miluska Quinto Orellana o a su número celular: 987079385 o al correo electrónico: miluska_tf@hotmail.com

He recibido una copia del consentimiento informado. He leído o se me ha leído el consentimiento informado y entiendo esta información.

_____ Fecha ___ de _____ del 2018

Firma del o la participante

He explicado el procedimiento de investigación del estudio en el cual el/la participante ha decidido participar y le he entregado una copia del consentimiento informado.

_____ Fecha ___ de _____ del 2018

Nombre del Moderador(a)

Anexo 1: Matriz de categorización: Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora del Hospital de Rehabilitación del Callao – Bellavista.

Problema	Problema de investigación	Objetivos de investigación	Categoría	Sub categoría	Fuente (informante)	Técnica	Instrumento
Barreras de acceso para la atención de la persona con discapacidad motora en el hospital de Rehabilitación del Callao.	¿Cuáles son las barreras de acceso para la atención de la persona con discapacidad motora en el hospital de Rehabilitación del Callao?	1. Identificar las barreras de acceso para atención de la persona con discapacidad motora en el hospital de rehabilitación del Callao	Barreras de acceso para la atención de rehabilitación en la persona con discapacidad				
	¿Cuáles son las barreras de acceso desde la oferta para la atención de la persona con discapacidad motora en el hospital de	2. Identificar las barreras de acceso desde la oferta para la atención de la persona con discapacidad motora en el hospital de rehabilitación del Callao.	Barreras de acceso desde la oferta	Gestión y políticas pública Operabilidad – ejecución de planes	Profesionales de salud, especialista en rehabilitación que laboran en el hospital de rehabilitación del Callao	Observación participante Debate	Guía de grupos de discusión (Focus Group)

	<p>Rehabilitación del Callao?</p> <p>¿Cuáles son las barreras de acceso desde la demanda para la atención de la persona con discapacidad motriz en el hospital de rehabilitación del Callao?</p>	<p>3. Identificar las barreras de acceso desde la demanda para la atención de la persona con discapacidad motriz en el hospital de rehabilitación del Callao</p>	<p>Barreras de acceso desde la demanda</p>	<p>Calidad de Atención</p> <p>Aspectos socioculturales</p>	<p>Usuarios externos y familiares</p> <p>Especialistas de rehabilitación</p> <p>Documentos</p>	<p>Observación participante</p> <p>Debate</p>	<p>Guía de grupos de discusión (Focus Group)</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

Anexo 2: Matriz de codificación

Categoría		Sub categoría	
Código	Denominación	Código	Denominación
C1	Barreras de acceso desde la oferta	C1.1	Gestión y políticas públicas
		C1.2	Operabilidad – ejecución de planes
C2	Barreras de acceso desde la demanda	C2.1	Atención humana
		C2.2	Aspectos socioculturales

REGISTRO DE OBSERVACIÓN

(16/02/2018)

1. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE LA OBSERVACIÓN?

a. ¿Qué?

Observaremos las expresiones de emociones como alegría , pena , tristeza, cólera, acuerdos o desacuerdos con otras personas

¿Por qué?

Porque ello nos puede evidenciar si la personas también opina de manera similar que el grupo de personas en sus opiniones

b. ¿Dónde?

En una habitación donde solo se encontrar personas que son pacientes con discapacidad motora y/o familiares de estas personas

d. ¿A quiénes?

A los familiares y pacientes que presentan una discapacidad motora y que asisten al Hospital de Rehabilitación del Callao.

2. REGISTRO

Se describirá las reacciones que los participantes reflejaron mientras se manifestaban opiniones similares o diferentes a las suyas.

Taller/Actividades: **Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora del Hospital de Rehabilitación del Callao - Bellavista**

Actividad N° 1: Familiares de personas con discapacidad motora

Objetivos:

1. Explorar la percepción de los familiares de personas con discapacidad del hospital de rehabilitación del Callao.
2. Recoger información sobre las barreras de acceso para la atención en los servicios de salud en personas con discapacidad
3. Identificar las barreras de acceso a través de los testimonios de los familiares

Actividad	Metodología: Cualitativa/Observacional	Preguntas abiertas	Materiales	Instrumentos	Tiempo
Motivación	Introducción al taller Presentación del Moderador y sus colaboradores	¿Cuánto tiempo vienen acompañando a su familiar al hospital? ¿Vivo con el/la? Cuenten su experiencia como acompañantes.	Una madeja de hilo pábilo Cartulina con sus respectivos nombres	Diálogo	20 min
	Calidad de Atención	¿Cómo es la atención en el hospital? ¿Le ha sido fácil acceder a la atención de todos los servicios? ¿Es fácil acceder a las citas programadas? Razones para perder una cita.(referencias, pasajes, tiempo de demora, etc)	Papel Bond A4 y lapiceros se les reparte a cada participantes	Fuente escrita Diálogo	35

Proceso		<p>¿Qué tipo de dificultades encuentra en la atención?</p> <p>¿Cómo es la atención de los profesionales en este hospital, han tenido apoyo?</p> <p>¿Consideran que hay atención diferenciada entre los pacientes (pagantes y SIS)?</p> <p>¿Es fácil conseguir las medicinas dentro del hospital, o compran fuera??</p>			
	Aspectos Socioculturales	<p>¿En qué debe mejorar el hospital?</p> <p>¿Consideran que el hospital debe trabajar más y sensibilizar a la sociedad para disminuir la discriminación social?</p> <p>¿De qué manera participa Ud. para sensibilizar a la sociedad?</p> <p>¿Se siente avergonzada/o por acompañar a su familiar?</p> <p>¿Considera que el grado de cultura es importante para saber tratar a una persona con discapacidad?</p> <p>¿La sociedad no es consciente de lo que</p>	<p>Cartulinas amarillas y celestes.</p> <p>Plumones: rojo, negro y azul.</p> <p>Papelotes blancos</p>	Experiencias Colectivas	35 min

		hace? ¿Pertenece a sus familiares a algún grupo social?			
Salida	Discusión Conclusiones	¿Cómo les gustaría que sea la atención para sus familiares por parte del hospital? ¿Creen que este hospital debe crecer y/o mejorar, en qué aspectos, de qué manera?	Hojas Bond A4 Lápiz.		30 min.

Responsable: Lic. Miluska Quinto Orellana

Colaboradores: Participantes

Fecha: 16 de febrero 2018

Lugar: Hospital de Rehabilitación del Callao.

Tiempo de duración: 2 horas.

Taller/Actividades: **Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora del Hospital de Rehabilitación del Callao - Bellavista**

Actividad N° 2: Personas con discapacidad motora

Objetivos:

1. Explorar la percepción de las personas con discapacidad del hospital de rehabilitación del Callao.
2. Recoger información sobre las barreras de acceso para la atención en los servicios de salud en personas con discapacidad
3. Identificar las barreras de acceso a través de los testimonios de los mismos pacientes.

Actividad	Metodología: Cualitativa/Observacional	Preguntas Abiertas	Materiales	Instrumentos	Tiempo
Motivación	Introducción a la actividad, presentación del moderador y sus colaboradores	¿Se conocen? ¿Viven cerca del Hospital? ¿Desde dónde vienen? ¿Cuánto se demoran para llegar al hospital?	Una madeja de hilo pábilo. Cartulina con sus respectivos nombres	Guía de observación	15 min
Proceso	Calidad de Atención	¿Cómo es la atención en el hospital? ¿Le ha sido fácil acceder a la atención de todos los servicios? ¿Es fácil acceder a las citas programadas? Razones para perder una cita.(referencias, pasajes, tiempo de demora, etc) ¿Qué tipo de dificultades encuentra en la atención? ¿Alguna vez han sentido una mala atención	Papel Bond A4 y lapiceros se les reparte a cada participantes	Fuente escrita Diálogo	30 min

		<p>por parte del hospital, cómo ha sido su reacción?</p> <p>¿Existe una atención diferenciada, entre las personas pagantes y las del SIS?</p> <p>Luego de la atención médica, ¿Le es fácil comprar los medicamentos, tanto dentro del hospital como fuera de él?</p>			
	Aspectos socioculturales	<p>¿Cómo cataloga la sociedad a una persona con discapacidad?</p> <p>¿Consideran que aún existe discriminación social por parte de la sociedad a una persona con discapacidad?</p> <p>¿La discapacidad es sinónimo de incapacidad?</p> <p>¿Se siente menos por ser una persona con discapacidad?</p> <p>¿Cómo debe trabajar la sociedad para disminuir el grado de discriminación por parte de la sociedad?</p> <p>¿Qué es lo que ud más crítica de la sociedad frente al trato de una persona con discapacidad?</p> <p>¿Considera ud que las personas extranjeras</p>	<p>Cartulinas amarillas y celestes.</p> <p>Plumones: rojo, negro y azul.</p> <p>Papelotes blancos</p>	Experiencias Colectivas	35 min

		con discapacidad deben atenderse con los beneficios del Estado?			
Salida	Discusión Conclusiones	¿Cómo le gustaría que sea la atención por parte del hospital? ¿Creen que este hospital debe crecer y/o mejorar, en qué aspectos, de qué manera?	Hojas Bond A4 Lápiz.		35 min.

Responsable: Lic. Miluska Quinto Orellana

Colaboradores: Participantes

Fecha: 16 de febrero de 2018

Lugar: Hospital de Rehabilitación del Callao.

Tiempo de duración: 2 horas.

Taller/Actividades: **Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora del Hospital de Rehabilitación del Callao - Bellavista**

Actividad N° 2: Personal que trabaja atendiendo a personas con discapacidad

Objetivos:

1. Explorar la percepción de las personas con discapacidad del hospital de rehabilitación del Callao.
2. Recoger información sobre las barreras de acceso para la atención en los servicios de salud en personas con discapacidad
3. Identificar las barreras de acceso a través de los testimonios de los mismos pacientes.

Actividad	Metodología: Cualitativa	Preguntas Abiertas	Materiales	Instrumento	Tiempo
Motivación	Introducción al taller Presentación del Moderador y sus colaboradores.	¿Qué fue lo que le llamo la atención de las actividades de su compañero/a? ¿Cuál es su función dentro del hospital? ¿Qué estrategias utiliza para prestar una atención de calidad? ¿Cómo es su relación con sus compañeros?	grabadora	Guía de preguntas Dialogo	20 min
Proceso	Gestión y política pública:	¿Qué debe mejorar la gestión para brindar una buena atención? ¿El hospital ofrece un buen servicio? ¿Cuál es la filosofía del hospital? ¿Existe una cultura de salud en la rehabilitación, hay mayor compromiso por parte de los profesionales hacia los usuarios? ¿A qué dificultades se enfrentan cada día? ¿Existe compromiso por parte de las autoridades para llevar a cabo proyectos de gestión de la	grabadora	Guía de preguntas Diálogo Fuente escrita	20 min

		calidad?			
	Operabilidad de ejecución de planes	¿Es fácil tramitar planes en beneficio del hospital? ¿Se coordina con todas las áreas para el mejoramiento de infraestructura, insumos de medicamentos, cultura organización, salud ocupacional, etc.? ¿Se le da la prioridad a los proyecto con presupuesto, por parte del hospital? ¿Se ejecuta los proyectos por parte de planeamiento sin mayores trámites? ¿Existe compromiso por parte de las autoridades del hospital para la ejecución de planes de mejoramiento? ¿Se cumple con las metas durante el año?	grabadora	Guía de preguntas Diálogo Experiencias profesionales y propias Fuente escrita	20 min
Salida	Discusión	Participación de todos los profesionales	grabadora	Diálogo	20 min
	Conclusiones:		grabadora	Diálogo	

FOCUS GROUP DE PACIENTES

Las personas a veces no pueden orinar, hay muy pocos urinarios

eso sí, solo urinario, los baños paran ocupado pero solo necesitamos más urinarios

Cesar Terrones, vengo de sarita colonia y ya tengo viviendo 5 años aquí al hospital de rehabilitación. Antes no podía ni caminar pero las personas que me han traído han sido un primo que ha estado aquí así yo llegue. La verdad yo me siento más bien

Percy Rodríguez, soy de san miguel, me dio un accidente cerebro vascular, ya llevo 5 años en la terapia, pero aquí 3 años en rehabilitación antes no podía hablar no podía hacer muchas cosas. Pero de todas maneras la gentes piensa (no sé cómo podría decir, se me olvidan las palabras)

Yo soy Cristian Velásquez Sotomayor, yo tuve un accidente de tránsito el carro me atropello y aquí me atendí cuando estaba todavía el instituto de rehabilitación, un primo me dijo anda al vigil ahí te atenderán bien.

EN QUE HA CAMBIADO EL HOSPITAL

Sr Bianchi: La infraestructura es mucho mejor, hay una mejor sincronización entre las terapias de física, lenguaje y ocupacional y eso es bueno porque eso es algo que en el hospital Carrión no hay, yo antes me trataba en el Carrión pero veo la diferencia, que acá son más eficientes, aparte que acá es mejor el trato, hay personas que nos orienta nos guían, me ayudan y acompañan al baño para hacer mis necesidades, en esa parte los encomio por su trabajo.

¿EN CUANTO A LAS CITAS LLEGUAN TIENE DIFICULTADES?

Sr Bianchi: Normalmente uno saca cita te dicen alas 10am, pero te atienden a las 12 o 12:30 mucho demora esto es las citas para médicos

EN CUESTION DE CITAS DE TERAPIAS

Ahí no hay muchos problemas, los licenciados apoyan mucho en cuestión del horario, pero la atención es muy buena de las terapias, solo en ese aspecto de las citas médicas molesta y fastidia un poco que te digan a las 10 y te atienden 2 a 3 horas más tarde.

Y HAY DIFERENCIA ENTRE LA ATENCION O CITAS DE LOS PACIENTES SIS Y LOS PAGANTES

Ahora no porque ahora ha cambiado el método de atención porque te dan un ticket de atención tanto sean pagante o SIS entonces van entrando como van llegando

CUANTO TIEMPO SE DEMORAN USTEDES EN LA TERAPIA

40 -45minutos, Lo normal es 40 minutos

ES FÁCIL CONSEGUIR LOS MEDICAMENTOS HAN TENIDO PROBLEMAS PARA CONSEGUIRLOS EN LA FARMACIA

A veces no han tenido medicinas. En la terapia del dolor te piden un chisguete (medicina en crema) que no venden aquí, casi todos tenemos ese problema, tenemos que comprarlo en la calle, y a veces ya llegamos aquí y no podemos ir a comprar .Antes se vendía pero ya han dejado de vender.

Por aquí no hay farmacia cerca, hay a unas 4-6 cuadras de aquí.

Nosotros tenemos dificultad para caminar, no podemos caminar muy rápido y fastidia.

Claro tener una farmacia aquí y que no haya productos dificulta a uno el salir a comprar.

Cuando uno es nuevo aquí no sabes que cosas te piden que debes traer y cuando llegas te dicen: acá en la farmacia compren; y tú vas y no hay y ya eso es una pérdida de tiempo para uno mismo porque tienes que salir a comprar a la calle y va corriendo el tiempo y te queda menos tiempo de terapia

Y HAY PROBLEMAS EN CAJA HAY VENTANILLA PREFERENCIAL

Ahorita solo hay ventanilla preferencial en la oficina del SIS-

Antes en la atención del SIS se demoraban menos porque atendían dos personas ahora solo hay una persona y por eso la cola es larga

Otro problema concurrente en caja, es que se va el sistema y no hay una opción de emitir boleta a mano para que el paciente puede ir llevando esta boleta y sea atendido en terapia, debería haber un plan alternativo porque cuando se soluciona lo del sistema la cola, esta se hizo larga y ahí viene otros problemas para personas como nosotros que no tenemos mucha estabilidad

Nosotros no podemos estar mucho tiempo sentados ni tampoco mucho tiempo parados porque nos fastidia

Nos cansa, a mí la pierna izquierda me cansa, cuando estoy más de una hora parado y i no camino me comienza a molestar o me pesa la pierna para caminar.

HAN ENCONTRADO UDS DIFUCLTADES POR EL TRATO DE LOS PROFESIONALES ALGUNA VEZ, LOS HAN TRATADO MAL

No nunca

Y EN EL ASPECTO DE PEDER CITAS COMO HAN SUBSANADO ESO

Que he escuchado si han perdido citas, y les han dado un adicional.

QUIENES DE AQUÍ TRABAJAN

Yo apoyo a uno de los licenciados

Yo trabajo

Y QUE TAL ES EL TRATO POR PARTE DE LA SOCIEDAD CON RESPECTO A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

mmmm cuál es la palabra.....discriminación. Porque a pesar que no debería hacerlo yo cargo mi carné del CONADIS, no hay diferencia en el trato, hasta a veces nos tratan peor. Muchas veces las personas nos piden hacer algunas cosas rápido y cuando voy a realizar algún encargo al regresar me dicen del porque me he demorado, pero el detalle es que yo no puedo ir tan rápido. En otras ocasiones como yo me canso de estar parado me siento y las personas me dicen: jeso, eso es trabajo! ¡Mira cómo trabaja! A pesar que saben de mi discapacidad, y yo me siento mal porque

me digo mejor me paro porque después van a hablar que yo paro sentado y me van a botar.....a pesar que sé que no lo pueden hacer pero yo de todas maneras no me amparo en mi discapacidad y todo eso me hace sentir mal, me hace daño. Hay mucha de discriminación

¿HAY FALTA DE SENSIBILIZACION? ¿ES REALMENTE CONSCIENTE LA SOCIEDAD DE SUS ACTOS?

Si bastante.

Yo una vez fui a comprar a tottus y la cajera tuvo problemas con su máquina, como yo sé un poco de computación la ayude y después yo le deje mi cv me dijeron que me llamarían y hasta ahorita sigo esperando que me llamen. Llamaron a un chico que tenía el brazo enyesado y yo me pregunto porque él y no yo, ¡ay discriminación! solo porque él tiene el brazo y yo tengo más problemas que él.

El carne del CONADIS es necesario llevarlo cuando uno se presenta a un trabajo, con eso te identificas

Con el carné del CONADIS que uno saca puede entrar hasta estadio pagando la mitad

El CONADIS tiene dos tipos de carne hasta ellos mismo nos hacen diferencia

Esto del carne de dos tipos es porque nos clasifican por el grado de discapacidad

CREEN QUE EL TENER EL CARNE DEL CONADIS AYUDA EN ALGO

Sí, porque si uno quiere trabajar es indispensable porque nos avala y además que me buscan un trabajo de acuerdo a mi discapacidad, porque puedo yo ser un profesional pero por mi discapacidad ya no puedo hacer lo que hacía y me adecuan un trabajo de acuerdo a mi estabilidad y lo que pedo hacer.

QUE CRITICA UDS HARÍAN A LA SOCIEDAD

Eso es bien difícil, porque hasta para tomar un carro es bien complicado para nosotros, porque no paran, no tienen conciencia. El otro día tome un carro ya ni terminaba de subir y arranco, yo no tengo mucha estabilidad pero si fuerza, pero casi me caigo por mi poca estabilidad y la gente casi lo linchan al chofer. No hay mucha cultura hacia nosotros las personas con discapacidad. Los mismos micros que vienen por aquí no tienen ventaja en espacio para la silla de ruedas, hay bastante limitación para una persona con discapacidad y en muchas partes. Hasta las mismas rampas de por aquí están destruidas.

Hubo un congresista que prometió trabajo para los discapacitados y no lo cumplen solo roban.

También cuando yo voy hasta la molina desde el callao para ir a practicar deportes especiales con bochas , yo me siento en mi sitio preferencial para personas con discapacidad y a veces hay personas que suben y me paran y me dicen ¡oye pero si tu estas bien porque no le das el asiento a las personas! Yo llevo mi carne pero igual quieren que me pare pero yo les explico

Hay muchas personas que no conocen el carne del CONADIS por más que llevemos el carne colgado nos dicen ¡que es eso!

También para estacionamos, nos critican del porque nos estacionamos ahí, yo les digo aquí está mi carne pero no saben o no conocen el carne no están enterados. Hay bastante dificultad para los discapacitados

EN QUE HA MEJORADO DE UN TIEMPO AQUÍ EN PERÚ EN EL TEMA DE DISCAPACIDAD. CUALES SON LAS MEJORAS DESDE LAS POLITICAS PÚBLICAS EN EL TEMA DISCAPACIDAD

Yo soy de Bellavista y la única mejoraría que he visto, es que ahora hay rampas para poder tener un libre acceso antes había veredas altas, ahora hay rampas. Los puentes peatonales es un castigo para nosotros.

Los puentes peatonales en ciertas partes de Lima están muy alejados.

No ha habido una verdadera conciencia del estado, no ha sido mucho, solo parcial, porque si ud ve solo hablamos de los errores que han tenido, de lo que pasamos, muy poco es ese compromiso del estado, muy bajo. ¿Qué ha mejorado? De repente la parte humana, por ejemplo aquí sabes que poco a poco estas progresando pero también es una cuestión tuya no es el estado, ellos no ponen ese ahínco, e inclusive nosotros no podemos expresarnos bien pero si estuviéramos sano así como tú hablaríamos más, solo que a veces no podemos por el problema que tenemos, uno a veces no encuentra las palabras y a veces nos quedamos callado, pero de lo poco que hemos dicho , la mayoría es el desacuerdo que tenemos con el estado; no pedimos grandes cosas pero sí que seamos apoyados, que cuando vayamos a un sitio te atiendan como debe ser y no tener la necesidad de enseñarte que yo estoy mal, solo que al verme caminando con dificultad me atiendan preferencial.

A mí una policía me dijo mi vida: como es posible que tu este haciendo cola tú se fresca échate vaselina y has que se respete tu cola, eso depende como uno se sienta.

El problema es que la gente no respeta esa atención preferencial.

Acá miso sucede eso, cuando uno va a pagar a caja, hay muchas personas de edad que están bien y llega uno con bastón y la gente empieza a decir: ¡ya has tu cola!

A veces nosotros queremos decir que se atienda la cola preferencial pero nos ponemos nerviosos y no podeos hablar en ese momento.

Yo fui bien acomplejada hasta que me enseñaron.

Pero no todos somos así con esa capacidad pues somos nerviosos.

Pero hay un problema que cuando nosotros nos estresamos tenemos un coraje tenemos miedo de que nos vaya a dar algo otra vez.

También hay el miedo que alguien nos digan una palabra ofensiva

No todos tiene la misma reacción, algunos enfrentan otros no algunos llegan a la agresión entonces nosotros para evitar eso hacemos nuestra cola.

Pero porque permiten eso acérquense al vigilante pide que le ayuden y pidan la atención preferencial, este mundo es de los frescos.

Como le decía todo es negativo si hablamos que el estado y de las entidades del estado que deberían ver por nosotros no están, debería venir alguien del CONADIS y que vean lo que esta sucediendo no solamente aquí, sino en todos los hospitales, aquí hay buena atención, pero en otros hospitales es mala, hay gente que están con su discapacidad y esperan mucho más que nosotros, y que hacen,, nada, porque no hay nadie quien abogue por ellos.

LA DISCAPACIDAD ES SINONIMO DE INCAPACIDAD

NO, NO, NO.

Porque Ud. puede tener una discapacidad, pero Ud. puede hacer varias cosas.

Yo soy de las personas que piensa: como te sientes te tratan.

UD CREEN QUE HAY BENEFICIO POR PARTE DEL ESTADO HACIA LOS VENZOLANOS Y NOS ESTAN DEJANDO DE LADO A NOSOTROS MISMOS

En parte sí

Yo creo que la ventaja es para todos, como les está ocurriendo a ellos a nosotros nos ocurrió hace un tiempo, pero hay gente que no piensan igual piensan que han venido a quitarnos el trabajo. Acá muchos peruanos no quieren trabajar de mozo, hay muchas chicas con presencia y trabajan de mozo pero los peruanos no quieren trabajar de eso, para mi es falta de cerebro, yo por lo menos soy una persona activa y trabajaría de todo.

Cuando me ocurrió esto no podía hacer nada paraba todo el tiempo echado,, ahora ya puedo manejar pero si recibí bastante ayuda aquí y yo creo que estoy a un 80% de lo que estaba antes gracias a las terapias

Y EN QUE DEBE MEJORAR EL HOSPITAL PARA DAR UNA BUENA ATENCIÓN

El problema del hospital en sí para mí, es que aquí hay bastante profesional e internos y técnicos, pero cuando nos atienden nos empiezan evaluando pero al mes rotan de servicio y llegan otros que pueden ser muy buenos o no, pero nosotros sentimos que volvemos a empezar de cero y nosotros nos acostumbramos a ellos y luego rotan y nosotros volvemos al inicio. Para mí eso es un retraso, deberían por lo menos quedarse dos meses y luego rotar.

Hay mucha gente que toman pastillas y creo que debería haber depósitos de agua sobre todo en verano.

Antes cuando estaba el instituto había la cancha de fútbol y los licenciados nos sacaban a practicar y había más distracción y era parte de la terapia.

Debería también haber talleres como sala de cómputo.

Por el gimnasio hay un jardín que para mí esta desolado, yo creo que debería haber una piscina terapéutica y en esa área esta preciso hacerlo pues nos ayudaría para beneficio del tratamiento, porque hay mucha gente de aquí que se va a la región para hacer terapia en la piscina.

También debería haber un taller de fabricación de prótesis, mucha gente pregunta por eso, y aquí debería costar más barato.

Debería haber más servicio como neurología.

TIENE INCONVENIENTES PARA CUBRIR LOS GASTOS DE SUS TERAPIAS, MEDICINAS, ETC

Depende pues algunos llevan más de una terapia y eso incrementa el costo del presupuesto diario.

Yo tengo SIS pero no me cubre hidroterapia en el tanque grande y a mí me ayudaría bastante que sea cubierta esta terapia.

EN EL TEMA DE LOS SERVICIOS FALTA ALGO IMPLEMENTARLOS, REFERENTE A LAS ATENCIONES.

Sería bueno que hubiera traumatólogo, ortopedista, cardiólogo

Sería maravilloso pues los terapeuta podrían también comunicarse con los médicos.

COMO CUBREN SUS GASTOS DE MOVILIDAD

En mi caso lo cubre mi hijo para mis pasajes mis gustitos.

En mi caso mis hijos son los que me apoyan.

UDS SE HAN SENTIDO DISCRIMINADOS POR LA SOCIEDAD CUANDO SALEN A CAMINAR, QUE LOS MIRAN MUCHO

Hay gente que es bruta y cuando uno está caminando te meten el cuerpo...no hay respeto por esa parte. Yo ya no trato de hacer problemas porque no me conviene estar mal, ya solo digo ...¡ojalá no te pase lo que me esta pasando a mí! Claro sin malicia

Si la vida te cobra caro.

LA MUNICIPALIDAD LOS APOYA

ES muy poco solo cuando están en campaña política,, ahí si viene todos, te llevan a pasear.

El problema es que vienen y empiezan a regalar cosas pero solo por campaña.

ALGUNO DE UDS PERTENECEN A ALGÚN GRUPO SOCIAL

Mayormente mi grupo hacemos visitar albergues llevando algunas cositas llevando un poquito de alegría, eso es lo que se necesita

QUE ESPERAN DE LA SOCIEDAD

Que sean más sensibles

QUE HICIERON CUANDO E INSTITUTO SE FUE Y AUN NO ESTABA EL HOSPITAL, DONDE SE ATENDIERON

Yo iba hasta la por una terapia,, tomaba un solo carro.

Yo fui al Carrión solo por una evaluación y la atención fue pésima, hice un trámite el cual se demoró 7 meses. Y eso que tuve apoyo por un familiar que era un poco influyente, imagínate sino hubiera tenido esa ayuda.

Eso es cierto yo también tuve la suerte que mi madre trabajaba en el hospital y si ella no se movía quizás no hubiera tenido la suerte de estar aquí.

El que no tiene padrino no tiene bautizo

Y CUAL ES EL MAYOR INCONVENIENTE POR EL CUAL NO HAN ASITIDO A TERAPIA

Hay un momento en la vida que quieres tirar la toalla, te entra la depresión

Todo depende de uno.

Yo vivo con mi hermana solo, y yo hago mis cosas solo y a veces me demoro por eso se me dificulta en ocasiones el venir a terapia.

En mi casa normalmente yo hago mis cosas solas porque mi mamá trabaja y a veces pierdo las terapias porque no hay tiempo para venir

Yo vivo solo, en la casa de mi hermana, ella vive en Ayacucho

A veces nos sentimos estorbo. Yo cuando caí con esto me propuse que nadie me ayudara, yo solito debería hacerlo. Ellos lo hacen no de mala fe pero nos limitan.

Y CUANDO UNO ESTA SOLO A VECES LA DEPRESIÓN LLEGA FUERTE, Y HAY MOMENTOS EN QUE UNO PIENSA EN MATARSE

Si al inicio

Si al principio nos sentimos así sobre todo cuando uno es activo.

Por eso el doctor te dice que vayas al psicólogo para que vayas superándolo.

(Algunos de los participantes se puso triste y empezó a llorar, sus compañeros decían que aún no lo supera y que siempre se pone así).

Yo he sido bien activo por eso me deprimó, yo baila iba a fiestas.

HAN PASADO AQUI TERAPIA CON PSICÓLOGO

Si, si hemos pasado terapia psicológica

Yo creo que debería haber un psicólogo especializado en personas con discapacidad tanto para nosotros como para la familia, porque el psicólogo de aquí ve en general.

La familia no sabe cómo afrontarlo ellos se preocupan mucho.

El llevar terapia es luchar bastante no te recuperas como milagro de un día para otro.

Influye mucho el apoyo de los padres para que podamos seguir las terapias, el apoyo económico.

Aquí debería existir una pizarra con afiches que digan donde se puede seguir curso gratis o curso para personas como nosotros. Muchas veces estamos en 4 paredes y no hacemos nada más porque no sabemos que hacer .Si nosotros conociéramos a través de esta pizarra donde podemos capacitarnos e incluso por niveles sería bueno.

La mayoría deseamos reinsertarnos en el empleo y el tener estos talleres o cursos nos ayudarían

FOCUS GROUP FAMILIARES

Acá no me exoneran todo el pago pero gracias a la asistenta social me exonera algo porque mi niña tiene salud y el gasto es alto ya que lleva 3 terapias de las 5 que le han indicado, además gasto 2 pasajes porque tengo que venir con mi hijo quien me ayuda a cargar a mi hijita porque ella no camina. En total son 4 pasajes de ida y venida, más gastos de las terapias. Yo vengo de ventanilla.

Sería bueno que los familiares de los pacientes siempre estén al tanto de los temas sobre discapacidad, como que deben tener el carné del CONADIS. Sería bueno aquí mismo uno que viene a atenderse podría haber una oficina donde se pueda sacar el carné del CONADIS, sin necesidad de ir hasta sus mismas oficinas.

El carné del CONADIS, no ayuda mucho, claro nos sirve cuando queremos sacarlos a pasear al parque de las leyendas no nos cobran entradas o cuando queremos ir al cine no le cobran entrada, pero si uno quiere ir de viaje no le aceptan, obligatoriamente tiene que pagar el pasaje.

El carné no me ayuda cuando quiero tomar un bus, los buses no quieren parar, tengo que pedir ayuda a alguna persona que pare el carro para yo poder subir.

Yo tengo que levantarme a las 6am, la terapia de mi hija es a las 8:30am, es un calvario todas las veces para venir aquí, porque la gente no te quiere ceder el asiento, se pasan de frente las combis, te dicen que no hay asiento y por eso no dejan me dejan subir.

Es una discriminación.

Hay algunos que si paran te ven y dicen ya ¡sube sube! incluso piden que nos cedan el asiento, pero son muy pocos.

Si son muy pocos.

Entonces tenemos que venir como sea, doblando y apretados con mi niña para poder subir en la combi, no importa como sea. Yo le digo a mi hijo que me acompaña, tu anda adelantándote, yo paro el carro por aquí, así para ver si alguno para, y así tenemos que venir diariamente.

Algunas personas vienen de lejos y se demoran 1 hora para llegar y 1 hora para regresar a su casa, todo para llevar una terapia de 30 minutos y todas las terapias duran ese tiempo; yo no sé si es por el volumen de pacientes o cual es la explicación de ese tiempo de terapia.

Cuando le programan terapia a mi niña, yo siempre le pido a la srta que me programe las tres terapias todas en un mismo día para no tener que estar gastando tanto pasaje y tiempo porque vengo de lejos.

Sería bueno hacer una campaña en donde todos los buses tengan un cartel donde diga que toda la persona discapacitada que tenga su carné del CONADIS, no paga pasaje y que tienen un asiento preferencial. Y esto debería ser obligatorio con una Ley y entonces el los pasajeros y el chofer

leería y estarían más enterados del asunto. Eso ayudaría a tomar consciencia que no haya esta discriminación hacia las personas con discapacidad.

No hay un orden o ley que a las personas con discapacidad les cedan el asiento. Por ejemplo a mí me paso hace un año que venía en el carro y ella estaba sentada en un asiento con mi hijo a su costado y vino un señor y le dijo párate que ya estaba grande y la jalo; mi niña se cayó porque ella no se para ni camina, el bus se detuvo junto a un policía, el sr dijo que no sabía que ella no podía caminar, yo le dije que yo no tenía porque ponerle un cartel a mi niña que diga que es una persona con discapacidad. La gente no pregunta actúa no más, no quise poner denuncia a pesar que estaba en mi derecho.

La gente inventa cosas para no ceder el asiento. Cuando uno les pide el asiento reservado dicen que también tiene una discapacidad o simplemente no se quieren parar, hasta ahora hay jovencitas que dicen que tienen 3 meses de embarazo para no pararse.

También deberían adaptar los carros con rampas para poder subir y el espacio para una silla de ruedas, así como hay en otros países. Yo para traer a mi hijito lo tengo que traer en taxi y eso es otra inversión porque los buses o combis no nos quieren subir con la silla de ruedas.

Yo por eso tengo que traer cargada a mi niña porque por la silla de ruedas no la reciben en el bus.

Deberían ya hacer estos cambios porque ya se acerca las olimpiadas de discapacitados y como vamos a quedar nosotros.

Los carros no están adecuados para personas con discapacidad como en otros países.

QUE DIFICULTADES TIENEN PARA VENIR AL HOSPITAL Y PARA TENER LAS CITAS

Yo vivo en ventanilla y me demora en venir 1 hora en venir aquí si no hay tráfico. En citas no me puedo quejar, las terapeutas saben que vengo de lejos y que ni niño que me acompaña esta en edad escolar y tiene que ir por la tarde a l colegio entonces me acomodan el horario para poder salir temprano de terapias y del hospital.

Vivo en el Callao, no tengo inconveniente de venir aquí, vengo en taxi, ahora ultimo si me demoro más por el tráfico que hay. Pero si hace dos a tres semanas atrás , no me gusto el trato de un médico porque fuimos con la nutricionista a triaje para pesar a mi hijo, mi hijo tiene 13 años y no se para ni camina y como pesa la nutricionista estaba trayendo una silla que era del médico de ahí, el medico al darse cuenta no permitió que tocaran la silla a pesar que vio a mi hijo, eso me indigno mucho, quería llorar pero no dije nada, pensé que quizás así sea el trato del médico.

Algo vi, es que en el turno tarde es que la licenciada que ve paciente con problemas como parálisis, la terapia que hace es muy poco porque no se abastece con la cantidad de pacientes y ella está sola; en cambio en el turno mañana los licenciados tiene sus asistentes. También debería colocarle asistentes a la licenciada para que pueda atender mejor.

Yo vengo ya hace dos años aquí, la atención es buena, no me puedo quejar uno se siente en familia, nos apoyamos entre los pacientes de información de CEBEs, PRITEs, CONADIS.

Los licenciados son como la familia, son buena gente, pero cuando uno saca cita a veces no hay cupo. Yo tengo 5 terapias para programar pero solo me han dado 3 porque dicen que no hay cupos. Es mucho tiempo de espera. Yo soy del SIS pero está bien.

Aquí a la gente los orientan los acompañan.

Yo vengo de San Martín de Porres, ya llevo dos años viniendo y pertenezco al SIS; para que hay buena atención. Los horarios son un poco lejano, pero si me atienden, hay un buen trato las técnicas tratan de darme las programaciones no tan lejanas

Nosotros recién tenemos un mes aquí. No me quejo de la atención es buena, solo que el tiempo de duración de las terapias deberían ser un poquito más. Por distancia no tengo problemas porque yo vivo aquí cerca en Bellavista.

Vengo acompañando a mi madre desde mayo, soy pagante. Intente tramitar una rebaja porque mi madre lleva 5 terapias, pero me dijeron que no se podía porque mi madre es asegurada; pero en estos momentos ella no usa el seguro, sino que esta aquí pagando las terapias, me dijeron que tenía que hacer un papeleo, pero la asistenta social me dijo, que así lo haga no me iban a rebajar nada. Yo gasto 65 soles diarios, esto sin incluir el taxi que es aproximadamente 15 soles, esto interdiario 3 veces por semana, ya no sé de donde pagar. A parte la programación de terapias es muy prolongado por falta de cupos, creo yo que debería ser todas a la parte y dar prioridades de acuerdo al diagnóstico.

Yo aquí no uso EsSalud sino pago porque si yo voy a EsSalud, imagínate para cuando me darían las citas, ya estaría muerta mi madre

Si en EsSalud las citas son demasiado lejos.

Yo también vengo aquí a pesar que tengo essalud pero allá las citas son muy lejos.

Yo no quiero que las terapias me den gratis, pero al menos una rebaja, yo gasto aproximadamente 250 soles semanales solo para venir aquí por las terapias de mi madre, aparte los taxis, el almuerzo.

Es complicado tener a alguien con discapacidad.

En mi caso, mis hermanos están en el extranjero y solamente yo estoy aquí acompañando a mi padre. Ahora he tenido que pedir licencia en mi trabajo. Mis hermanos apoyan económicamente para traer a mi padre.

Yo vengo acompañando a mi madre, ella era una persona que hacia su vida normal, pero hace un año aproximadamente tuvo un infarto al cerebro a consecuencia de una negligencia médica en el hospital Carrión, le recetaron una médica que no le correspondía. Hoy por hoy mi madre no

camina, esta postrada en cama, no puede moverse ni valerse por ella misma. Yo he tenido que dejar de trabajar para dedicarme a mi mamá. Uno de los inconvenientes que he encontrado básicamente son dos, uno de ellos es lo que ya han mencionado que es la demora para encontrar un cita, hay pacientes como mi mamá que necesitan que las terapias sean continuas porque ellos sienten cuando se demoran o que la terapia no sea consecutiva que retroceden, he tenido que espera hasta un mes para encontrar o que me programen una cita. En mi caso soy de las personas que ven que hacen los terapeutas y trato de realizar los ejercicios en casa, pero hay ocasiones en que un terapeuta va a atender a mi mamá en casa, pero no todos pueden o están en esa situación de poder hacer esto; si pudiera existir que las terapias sean más próximas sería genial, creo que muchos de los familiares de pacientes esperamos esto. El segundo inconveniente no sé si les ha pasado, pero el médico me dijo que si no ve avances en mi mamá ya no le va a indicar más terapias porque él dice que mi mamá ya va a quedar así. Yo no sé si sea política del hospital pero mi pregunta es ¿si ella ya no va avanzar, acaso no le pueden indicar terapias para darle aunque sea calidad de vida?, yo no sé si el médico en la siguiente cita que me toque con el me volverá a indicar más terapias. Yo creo que no debería ser así, porque debería haber terapias para tratar de mantenerlos. La atención es muy buena, no he visto diferencia si es SIS o no.

Yo todas las veces para venir aquí tomo taxi, porque mi hijo no camina, y a eso sumarle el tráfico, pero no importa con tal de ver que mi hijo avance.

LAS MEDICINAS SE ENCUENTRAN AQUÍ EN EL HOSPITAL

No, no se encuentran. Mi madre toma 5 pastillas diarias, es una persona de alto riesgo y he tenido que ir a otras farmacias a comprar. A veces he ido a preguntar y me dicen que la pastilla no esta en stock, que se acabo, se desabastecieron; de las 5 pastillas solo encuentro 1.

Yo tomo una pastilla que antes cubría el SIS, pero ahora me dicen que ya no lo cubre y lo tengo que comprar afuera porque aquí no hay.

Mi niño ha terminado hace dos semanas y me acaban de volver a programar terapias para fines de mayo. Me acerque a la terapeuta y ella amablemente me dejo actividades apuntando en el cuaderno de mi niño para que haga en casa hasta que empiece nuevamente la terapia.

Mi niña de las 5 terapias que debe llevar solo lleva 3 porque no me alcanza el dinero, pero aun así no lleva estas tres al mismo tiempo; ahorita esta llevando dos y la tercera le toca el siguiente mes; yo tendría que venir desde tan lejos por una sola terapia, no me conviene por una terapia de 20-30 minutos. La terapeuta me dice que es porque no hay cupo.

Yo ya vengo a terapia desde hace más de 10 años, desde que estaba el instituto aquí y cuando inicio este hospital, y la demora para programación de terapias es larga

La terapeutas son muy buenas, cuando tiene un poco de tiempo me dan un poco más de tiempo de terapias a mi niña.

Y EN CAJA COMO ES LA ATENCIÓN, HAY PROBLEMAS

Si, yo sugiero que debe haber una caja para pacientes nuevos porque son en ellos que se demoran más. Las colas son largas. Debería haber una cola para nuevos y antiguos porque con los nuevos se demoran porque tienen que llenarla.

Los terapeutas nos apoyan porque nos entienden y nos dicen: ya señora vaya pasando a terapia y luego me alcanza el ticket.

HAN LLEGADO A PERDER CITAS POR INASISTENCIA

Si, y tenemos que pasar nuevamente cita y esperar una nueva programación que otra vez es larga.

Mi madre una vez estuvo resfriada y me dijeron que ante problemas que tenga tenía que llamar, así lo hice y si me ayudaron y dieron la facilidad, esa cita me la reprogramaron para otra fecha y no la sacaron de terapia.

Yo tengo la suerte de tener a mi cita con el SIS, la única pastilla que encuentro es el clonazepan, ahora quizás las personas se quejan por la programación es larga, pero eso es porque ahora hay demasiado paciente; yo no estoy en contra de las personas que se quejan, pero tienen que entender que la solución no es rápida, ni estoy favoreciendo al SIS, solo que hay que ver la realidad.

Perdí mi cita de terapias porque ni niña se enfermó, traje los papeles del porque ni niña faltó a terapia y por lo tanto perdí mi cita.

A veces cuando no se consigue cita, yo hablo con las terapeutas y tratan de ver algún cupo, no siempre es inmediata la programación de terapias.

COMO SE SIENTEN UDS AL ACOMPAÑAR A SUS FAMILIARES, SIENTEN QUE LA SOCIEDAD LOS MARGINA O QUE YA SE SENSIBILIZO Y LES DA AYUDA A UDS Y DE QUE MANERA CREEN QUE LA SOCIEDAD PODRÍA AYUDARLOS.

Las combis pasan y no paran, ese día no tuve para taxi y a uno solo le queda tener paciencia

Cuando te ven con pacientes así las combis no paran, así que lo único que nos queda por hacer es salir más temprano. Yo tengo que salir a las 6am esperando que alguno se compadezca y pare.

Y COMO SE SIENTE UD CUANDO PASA ESTO

(Los participantes algunos comenzaron a sollozar)

Eso es el pan de cada día. Yo no puedo salir a pasear con mi niña, porque nadie me quiere recibir con la silla de ruedas. Y no tengo otra movilidad como el tomar un bus, solo combis, porque de ventanilla para aquí el Callao solo hay combis.

No hay educación por parte de la sociedad.

No hay metropolitano porque ahí si dejan subir con sillas.

Soy policía y tengo tres meses aquí trayendo a mi hija que tuvo un accidente de tránsito. Con el esfuerzo y lo poco que gano he logrado comprarle su silla de ruedas y andador. Pero es cierto lo que dicen aquí, hay taxistas que no paran cuando ven a una persona con silla de ruedas

Si también los taxistas, dicen ¡ah va a llevar esa silla, no voy!.

Entonces creo que deberían poner un letrero que diga **¡NO RECOGO INVÁLIDOS!**. A veces se quieren pasar de vivos y te cobran 30 a 40 soles. Yo como sea trato de sacar adelante a mi hija. Ni hija se siente resentida psicológicamente se siente mal, porque tiene una cicatriz en el muslo grande y fea, y tenemos la dificultad que no quiere venir, esta resentida psicológicamente se siente mal, yo trato de animarla y lo logro pero luego encontramos otra dificultad que los taxis nos cobran caro. Yo vivo por san miguel y los taxistas por el hecho de llevar una silla de ruedas me quieren cobrar 20 – 25 soles y otros no quieren parar o se burlan de las personas con discapacidad. A nosotros los familiares nos falta como seres humanos, que lo que decimos aquí sea como un mensaje a nivel nacional, porque hay personas con discapacidad que como sea suben a una custer o combi y la sociedad no es capaz de cederle el asiento. Yo he tenido que hacer uso de la autoridad y decirle a los choferes porque no suben a personas con discapacidad y me responde que no pues es un **¡COJO!** y los cobradores son peores. Lo que falta aquí en Perú es darle a las personas e, mensaje de cómo se debe tratar a las personas con discapacidad. Los famosos asientos reservados que vemos, suben personas embarazadas y otras personas se hacen los dormidos y no les ceden el asiento.

Hacen que no te ven, porque están con el celular.

Falta mucha cultura por parte de la sociedad.

Y DESDE LA POLICIA QUE PUEDE TRABAJAR

Bueno nosotros nos vamos a lugares alejados y damos charlas de cómo debe tratarse a la persona con discapacidad, cuáles son sus derechos, cuales son los deberes y obligaciones de nosotros hacia una persona con discapacidad.

Lo que veo aquí en el Callao hay canales que pasan información sobre los pacientes discapacitados, pero en el gobierno de Lima no hay esta información.

Los serenazgos tratan muy mal a las personas en Lima, y he visto como los de serenazgo golpearon y le quitaron su carrito de ventas a una persona con discapacidad. Yo me digo donde esta la humanidad. Ellos se basan en que obedecen órdenes de la municipalidad.

VENEZOLANOS EN EL PERÚ

Lamentablemente todo un grupo de serenos de la municipalidad están sujetos a la orden de un jefe de la policía en retiro, entonces ellos por ganarse el puesto fijo obedecen la orden. Yo no boto a las personas con discapacidad, pero si he visto como los policias y serenos botan y quitan sus

carritos de venta a personas con discapacidad, pero me digo porque no botamos nosotros a los venezolanos.

Yo también me pregunto porque el presidente deja entrar a tantos venezolanos, mientras que a los peruanos no nos dejan trabajar, vender, nos botan. Yo les digo a los municipales Uds. trabaja porque necesitan llevar un plato de comida a su familia, pero nosotros también necesitamos trabajar, también tenemos familia.

Yo soy padre y madre, yo salgo a vender mis caramelos, vendo mi mazamorra, porque soy padre y madre para mis tres hijos y tengo que ver como cubrir las terapias de mi niña. Pero los municipales están detrás detrás, nos quieren quitar nuestras cosas, pero pasa un venezolano, no les quitan nada los dejan vender tranquilos, solo les dicen...ya pero vende más allá....en cambio a nosotros nos tiene correteando, los cuidando, les dan ahora su SIS.

Por todo sitio los serenos a los venezolanos los cuidan, no les quitan sus cosas como a nosotros que no nos deja vender.

EI PRECIO QUE TAL ES

El trato en los hospitales es pésimo, no es como aquí, en la mayoría de hospitales es así para sacar una cita, sea para sacar en pediatría o cualquier otra especialidad. Aquí el mayor problema es la cita que no hay cupo.

Al inicio nos chocó porque cuando estaba el instituto nos cobraban 4 soles, ya cuando vino el hospital nos cobraba 10 soles, y a eso más los pasajes, entonces nos desequilibró, pero uno tenía que ver la forma de continuar con las terapias. Pero a comparación de otros lugares aquí esta módico.

En otros hospitales a los que tenemos SIS solamente nos programan 5 sesiones de 15 minutos máximo 20 minutos, en cambio aquí nos dan 10 sesiones de 30 minutos

En EsSalud es igual el tiempo es decir 15 minutos y las programaciones uuuuffff son demasiado lejos.

Y HAN DEJADO DE HACER COSAS POR TRAER A SU FAMILIA AQUÍ A LA TERAPIA

Si, por el bien y salud justifica

Yo he tenido que dejar de trabajar en algunas cosas, pero por el bien de mi hija y verla que termine sus estudios vale la pena.

Yo soy policía y tengo un trabajo estable y tengo que compartir mi tiempo para traer a mi hija al hospital, pero también es un problema a cuando quiero sacarla porque ella usa muletas y cuando estamos por la calle pedimos permiso para pasar y a veces la gente hasta insulta, por eso a veces las personas con discapacidad se sienten menos porque son insultados.

También hay conductores que no respeta los lugares de estacionamiento para discapacidad o las rampas y se estacionan bloqueando rampas y si tengo a mi hija con silla de ruedas encontramos la dificultad para venir rápido aquí o para salir a cualquier parte.

Por eso el problema de la sociedad es que falta mucha cultura.

Por eso para mí, traer a mi hija a terapia es todo un sacrificio. Si yo viviera en avenida sería más fácil, pero yo vivo arriba en el cerro en ventanilla, para bajar desde donde yo vivo hasta la parte plana, son más de 15 minutos, de ahí el salir a la pista son otros 15 minutos para tomar el carro y además también es volver a subir hasta donde vivo.

LOS VECINOS APOYAN

Son insensibles.

Los mismos congresista solo para cuando se quieren postular y recolectar firmas nos prometen cosas para las personas con discapacidad pero al final nada, que podemos entonces esperar de la sociedad si los que dicen ser padres de la patria no nos apoyan entonces mucho menos los vecinos. *(sollozos)*

A veces nosotros necesitamos un hombro donde llorar porque en mi caso estoy solo no tengo familia aquí, y ahora mi esposa también esta enferma es diabética, como sea veo como darle lo que necesitan y los problemas a los familiares nos abaten, pero tenemos que sacar fuerzas para continuar. A veces quiero sacar a pasear a mi hija, pero ella no quiere porque dice que la gente se burla de ella.

Yo padezco duro para sacar adelante a mis hijos. Lo único que mi hija se divierte es su cumpleaños en casa porque no la puedo sacar porque hay que tener dinero para el taxi, hay que bajarla cargando hasta la avenida hay que ver que un taxi quiera llevarnos. Lo que trato es darle la mejor calidad de vida, que se divierta en lo que puedo darle en la casa, porque nadie del gobierno se digna a hacer pistas por aquí, lo cual me resultaría más fácil trasladarla hasta la avenida, ya que ella pesa bastante y tenemos que llevarla cargada en brazos. En tiempo de invierno este arenal es peor porque es resbaloso y me he caído varias veces. Pero ninguna autoridad nos escucha, ya no sirve de nada quejarnos simplemente nos queda seguir viviendo nuestra realidad y ver que la gente nos ignora nos ven y no nos quieren ayudar, se voltean, por más que nos ven que estamos con dificultad cargando a mi niña.

Los vecinos nos ven y no nos ofrecen ayuda al ver que tenemos dificultad para cargar a nuestros familiares.

Y LA GENTE LES DICEN O LOS VEN RARO CUANDO ESTAN POR LA CALLE CON SU NIÑOS O FAMILIA CON DISCAPACIDAD

Si una vez en el carro una señora me pregunto si mi niña estaba enferma, le dije que sí que estaba malita, y la señora me dijo: ¡ay siéntela más allá no ve vaya a contagiar!, yo solo le dije, que ignorante es Ud. Mi hija tendrá en su cuerpo, pero Ud. La tiene en el cerebro. Es lo único que le dije. Nosotros nos sentimos mal.

Yo soy madre soltera su padre de mi niña el padre manda 250 al mes y esto tiene que ser para todo, terapias movilidad, comida, pañales, colegio, para todo.

Yo lavo ropa y hago lo que sea, yo les he dicho a mis hijos si es necesario pedir limosna para traer a la terapia a mi hija, lo haré, no me interesa, con tal que ni hija reciba su terapia. Yo tengo que dejar de trabajar ahorita para traer a mi niña a terapia pero no importa, que más me queda.

QUE CREEN QUE EL HOSPITAL DEBE MEJORAR PARA BRINDARLES UNA MEJOR ATENCIÓN

Solamente las terapias más seguida.

La caja debe haber una exclusiva a pacientes nuevos.

Debe haber más baños, algunos de ellos no tiene seguros.

Al finalizar los participantes se sienten agradecidos de ser escuchados

ENTREVISTAS AL PERSONAL DEL HOSPITAL

¿QUE FUE LO QUE LE LLAMO DE LAS ACTIVIDADES DE SU COMPAÑERO?

E1: Si hay muchos profesionales competentes no!!!, muchos de ellos con formación, que tienen una perspectiva distinta en el trabajo con el niño; como también veo en otras áreas no específicamente en la de física que.... si hay mucha deficiencia con nuestros colegas, el manejo, con el trato; ahí si veo diferencia....de hecho te motiva tener un colega con mucho más preparación con mucha más formación, el tema del trato como trata al paciente y te desmotiva bastante ver como es del otro lado entonces al menos nosotros que vemos el trabajo multidisciplinario, el apoyo por decir de las áreas en competencias no lo veo que hay un buen nivel. Considero que estas diferencias son marcadas por áreas.

E2: hay unos colegas que tratan muy bonito a los pacientes, pues hay colegas que por más títulos que tengan no tratan bien.

E3: A los pacientes les importa el carisma y buen trato y veo que hay colegas que se especialidad que se especialidad para dar su mejor atención además de darlo con calidad. Escucho cosas positivas como cosas negativas de algunos colegas. En rehabilitación de niños veo que hay muy buena atención el trato es muy bueno, pero en terapia ocupacional los pacientes mucho se quejan de mal trato.

E4: Bueno me llama la atención de manera negativa que algunos compañeros no se sensibilizan con el problema del paciente, muchos pacientes no comprenden bien y el personal no se toma el tiempo de preguntarle al paciente si le entendió.

E5: No hay para mi algo resaltante, en otras áreas algunos tiene buen trato para convencer al paciente porque a veces el paciente son poco tolerantes y algunas técnicas tiene un poder de convencimiento y son hábiles de poder hacerlos entender; y los pacientes se quedan tranquilos por la atención que les da la técnica.

E6: en general todos tienen un conocimiento y trato al paciente es casi igual. Por ahí alguno que se escapa a la realidad.

E7: los de la parte asistencial tratan de dar mucho por su trabajo, pero los de la parte administrativa no dos pero suelen ser un poco ociosos.

E8: la pro-actividad en algunos de ellos.

¿CUÁL ES SU FUNCIÓN DENTRO DEL HOSPITAL?

E1: Exactamente no...solamente sé que debo de cumplir la parte de atención asistencial en el tema de intervención temprana de 0 a 1 1/2 años. Como coordinadora van básicamente con el apoyo a mi jefa en lo que es comunicación de avisos, recepción de documentos; básicamente es eso.....un poco más administrativo.

E2: dar atención asistencial en mi especialidad a los pacientes que me programan y cumplir con ciertas actividades administrativas.

E3: Atención asistencial en terapia de lenguaje con niños que tengan diferente síndromes y un poco de llenar parte de evoluciones, administrativa.

E4: soy orientadora de la salud, orientar al paciente ayudarlos todo lo que pueda y guiarlos.

E5: prestar servicio al paciente darle información, orientarlo, ayudarlo también.

E6: Soy terapeuta físico en el área de neuro-rehabilitación adultos

E7: soy tecnóloga médica que realiza apoyo administrativo.

E8: soy comunicador social, realiza las campañas de prensa y campañas de marketing.

¿QUE ESTRATEGIAS UTILIZAS PARA OFRECER UNA ATENCIÓN DE CALIDAD?

E1: Primero que sean escuchados, este tener una buena atención un buen trato, el respeto que se merecen y sobretodo una preocupación constante en su evolución ¡no! No solo es trabajarlo y termino la sesión y punto; es un poco más interesarse que es lo que hace en casa, como lo trabajan en casa, es un conjunto.

E2: el trato y respeto que donde yo esté trabajando me sienta cómodo para trasmitir eso a mis pacientes.

E3: Lo principal es el trato y el carisma, porque acá tú eres de todo, psicóloga, consejera, acá vienen papás llorando porque la mayoría de mis pacientes tiene diagnósticos severos y por lo tanto hay que escucharlos. Desde mi punto de vista tú puedes estudiar la maestría o papeles que tengas pero si no tienes el carisma el paciente no se irá contento. Se tiene que explicar al paciente muchas cosas asesoras a las familias porque veo que ciertas áreas como los médicos no

escuchan a los pacientes y no dan buena información. El paciente bien muchas veces de lugares muy lejano y mínimo hay que darle buen trato.

E4: Les explico bastante, converso hasta que el paciente me entienda y dar buen trato.

E5: Les hablo, los calmo, les explico porque el paciente se queja a veces por la programación está lejos y les explico y les doy mi testimonio que yo también soy paciente y es la programación y les digo que no deje la terapia porque es por su bien por su salud.

E6: les converso bastante me preocupó como vienen como se van, tengo bastante confianza con ellos

E7: trato de convérsales, entenderlos y dar lo mejor de mis conocimientos y toda mi atención para el paciente.

E8: practico bastante la empatía

¿Y CUANDO TU ENTABLAS UNA COMUNICACIÓN HAS ENCONTRADO QUE LOS CUIDADORES FAMILIARES SON ASEQUIBLES PARA CONTAR LO QUE TU LES PREGUNTAS?

E1: La gran mayoría sí, otros demoran en cuanto a conocer a la persona en cuanto de generar confianza para poder manifestar todos los problemas que ellos traen.

E2: tengo pacientes que si socializan y otros que no hablan nada, y los que si me cuentan me dan indicadores que les hace complicado venir como por ejemplo el horario es muy complicado pues están programados a las 12pm, además que tiene varias terapias.

E3: Yo suelo ser muy sincera con ellos con el fin de ayudarlos, hay padres que aceptan más fácil otros son reacios y prefieren cambiar de terapeuta aunque son muy pocos y he logrado muy buena empatía comunicación con ellos.

E7: la mayoría que tienen familiares con problemas motrices si tienden a preguntar a querer saber más o como pueden ayudar ellos al familiar.

TU CONSIDERAS QUE ELLOS TRAEN PROBLEMAS O BARRERAS PERSONALES PSICOLOGICOS ETC O QUE ENCUENTRAN PROBLEMAS AQUÍ PARA ATENDERSE

E1: Sí, muchos problemas tanto familiares, económicos que de todas maneras, pues sobrecargan en ellos. Y aquí en cuestión de las citas

E2: si problemas familiares muchos, inadecuados materiales o alguien que los asistan cuando viene solos.

E3: si porque el tener un familiar con discapacidad trae hasta rupturas de matrimonios. La mamá suele encargarse de todo y el padre solo pasa el dinero. En lo laboral las mamás han tenido que dejar de trabajar por lo tanto hay un ingreso menos.

E4: Si ellos sufren por su discapacidad tiene problemas emocionales y a veces no tiene dinero para venir y veo que se piden prestado para pagar sus terapias, bastante dilatación cuando quieren sacar un certificado de discapacidad.

E5: creo que la acreditación no debería haber que esta se debería hacer solo en caja y no mandar al paciente de un lugar a otro, realizan mucha cola y trámite cuando esta podría realizarse en una sola cola. Y en cuestión para sacar un certificado de discapacidad creo que es mucho tiempo de trámite y este debería ser menor. En algunas ocasiones hay pacientes o su familia que encuentra problemas para trasladarlo dentro del hospital pues el paciente no se puede ni sentar y se necesita de una camilla; y como no las hay los intentan sentar en las sillas de ruedas (que no están en buen estado) y han ocurrido accidentes. La programación es muy larga en diferentes horarios.

E6: Uno de los grandes problemas que siempre ha existido incluso cuando existía el Instituto de rehabilitación era la ubicación del hospital, se encuentra un poco metido, la inseguridad que siempre había y que hay las personas tienen que pasar por zonas complicadas peligrosas, la gente no venía y si venía venían en micros algunos taxis no querían traerlos por esta zona. Tengo pacientes que los han asaltado y ya tiene miedo de venir por acá, los mismo taxistas no quieren recogerlos al verlos en sillas de ruedas a mis pacientes se les complica, muchas veces no tiene un familiar que los acompañen porque ellos están en silla de ruedas por eso dejan de venir a las terapias. Aquí hay reglas internas que a dos faltas se le retira de programación y permitir el horario a otro paciente, pero yo que conozco la situación trato de manejarlo internamente pues ellos no es que quieran faltar sino que hay cosas que se escapan de sus manos y uno tiene que ver de una u otra manera de manejar la situación

E7: Si muchos, porque el tener un familiar con discapacidad motora afecta bastante a la familia. En el aspecto psicológico la familia no sabe cómo afrontar lo que le afecta a esa persona con discapacidad. Otro factor más es el costo de las terapias pues no solo es una terapia sino dos o tres, el costo de la movilidad que muchas veces es taxi porque muchos buses no quieren parar. El lugar donde está ubicado el hospital no es una avenida concurrida además de ser un poco peligrosa

por la delincuencia, tengo algunos pacientes que han sido asaltados y han optado por buscar lugares más cercanos a su casa influenciado también por el costo que les sale cada día el trasladarse hasta aquí.

CONSIDERAS QUE EL TENER UN FAMILIAR CON DISCAPACIDAD MOTORA AFECTA LA ECONOMIA.

E1: Si afecta la economía en ellos, porque muchas veces los papas en su desesperanza de buscar opciones no necesariamente toma las terapias en un solo lugar, sino que busca otras opciones y van buscando nuevos tratamientos. Entonces ya los que tienen un poquito más de carencia económica, como que si se reubican en una sola institución como que resignados a lo que pueden obtener o lo que se les puede dar. Los que pueden pagar terapias en otros lugares llega a veces el momento en que piden un descanso obligatorio porque el gasto y costo de terapias pasajes no les alcanza y piden postergar las sesiones hasta nuevo aviso.... Es por pedido de ellos.

E2: si porque tiene otros tratamientos en otros lugares y no alcanza, la distancia es un gran factor.

E3: si porque estos pacientes tiene una alimentación diferente, el llevar 3 terapias de 10 soles más movilidad y eso multiplicarlo por 3 veces a la semana, yo tengo varios pacientes que son de bajos recursos y vienen de lejos desde Pachacútec y se vienen en combis. Pero a pesar ello las madres hacen de todo, cuando la terapia es buena los traen de donde sea.

E4: sí, muchas madres piden ayuda con la asistenta social porque no solo llevan una terapia pero a veces se tiene que sacar cita o no corresponde porque tienen salud. La movilidad es cara porque gastan en taxi, lo logran hacer venir pero se les hace difícil.

E5: si porque muchas veces vienen en taxi y el paciente se siente incómodo cuando el profesional falta porque gasto en taxi para no recibir atención. Ellos esperan que el hospital los llamen si el profesional no viene para que no gasten en movilidad.

E6: Sí, porque ya sea por problemas neurológicos, motores, los cuidados que se tiene que hacer son caros, el tener una silla de ruedas, una cama neurológica, los mismos pañales, costo de guantes, una alimentación diferente, la movilidad que invierten en poder venir en general es un costo alto todo esto por eso algunos dejan de venir por factores económicos porque no han tenido ni para el pasaje.

E7: Por supuesto porque, ellos vienen tres veces a la semana muchas veces por más de una terapia si a eso le suman el costo del taxi es un promedio de 50-60 soles por día que tienen que gastar al venir aquí. Además que si esa persona era trabajaba eso se pierde, también se tiene que tener en cuenta que ellos vienen acompañados quien puede ser un familiar u acompañante que tiene que dejar de trabajar o ser productivo con un ingreso más para la familia por tener que venir también al hospital.

¿CÓMO ES SU RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS?

E1: Bastante buena, eso es bastante cordial; cuando he tenido casos de pacientes común han sido asequibles a un tipo de conversación, esteeee también he tenido bastante apoyo con el tema de horarios ya cuando yo les he conversado ya cual es el caso ya si pues han accedido fácilmente...más por amistad...siendo pacientes que no han tenido ningún tipo de familiaridad conmigo si los han podido acceder.

E2: bien me hablo con todos mis colegas.

E3: buena, no soy de hacer problemas, me dedico a trabajar y a llevarme bien con mis demás colegas.

E4: nos ayudamos, no tengo problemas con ellos, pero muchos vienen con sus problemas al hospital y hace que la relación no sea buena, una relación entre compañeros si es mala influye como se va a tratar al paciente y el paciente se da cuenta.

E5: es una relación de compañeros, pero más a fondo no, no hay coordinación, ni apoyo. Esto influye el tener un buen compañerismo para dar una buena atención.

E6: es buena en general es buena

E7: Buena, no tengo problemas con mis compañeros me agrada entablar comunicación con ellos.

E8: cordial, amical, buen trato de relación de trabajo con todos ellos.

¿QUÉ DEBE MEJORAR LA GESTIÓN PARA BRINDAR UNA BUENA ATENCIÓN?

E1: El sistema de cajas, creo que llega un momento a saturarse y tengo muchos pacientes que vienen con niños en brazos y les desespera un poco (risas), el tiempo de espera de sesiones de terapias, al menos en el área de niños es larga, uuff es en promedio entre 2 a 3 meses de espera...que más???

.....infraestructura, tenemos un ambiente bastante cerrado, poco ventilado y a eso agrégale que hay alfombras (por la limpieza) que más?...

E2: que dentro de todo por más que es un hospital especializado, hay barreras arquitectónicas con respecto a lo que concierne a discapacidad en mi servicio...hay camillas grandes, hay entradas en donde si entran sillas de ruedas, pero los acompañantes no siempre son las personas pertinentes o el personal técnico son damas o son adultas...el desenvolvimiento y comodidad no es el 100% de lo que se espera.....el otro tema si es cierto lo de caja hay que coordinarlo mejor; sería bueno que haya un a mejor personal no sé si corresponde al área de calidad de que este muy pendiente de las personas mayores que tiene que subir rampas que viene con la esposa(o) que también son mayores abuelitos... desde la recepción del taxi hasta que los embarquen y suban a su taxi, hay mamás que viene con niños grandes en los brazos sería interesante asistirlos hasta la puerta, sería importante tener mejor calidad de silla de ruedas, los lugares limpios y ventilados porque el personal que soy yo, tengo que tirarme a ponerme a limpiar todo.

E3: Mis pacientes viene de lejos y cuando llegan aquí no pueden traer sus propias sillas neurológicas y solo tengo aquí una silla estándar neurológicas, es decir no hay un lugar adecuado para sentarlos no hay materiales adecuados para la atención. Falta implementar actividades de integración para pacientes con discapacidad pues llega un límite donde podemos intervenir hay cierta edad donde tenemos que integrarlos a actividades como bisoutería , tener talleres donde puedan realizar actividades funcionales. Hay pacientes que han dejado de venir a atenderse porque no encuentran una atención completa de rehabilitación ya que no encuentran todos los servicios. No hay buen criterio de parte de las jefaturas para contratar al personal ya que muchos hacen un trabajo mecánico, no saben realizar un buen diagnóstico.

E4: Se debería mejorar el área de caja, poner mayor personal, aperturar mayor número de cajas, mejor atención, no hay atención de caja preferencial tanto del SIS como pagantes. La ubicación de la farmacia no es estratégica, se encuentra muy metida, es poco visible y algunos pacientes se retiran sin recoger sus medicinas y muchos se ellos son los que no saben leer. La atención a los pacientes de provincias que tienen SIS, no se les pueden atender, en otros hospitales hay una oficina para poder facilitar la atención de pacientes de provincia y los atienden porque ellos se van desilusionados y para ser atendidos necesitan su hoja de referencia de su centro de salud de provincia para este hospital pero no sabiendo que tiene que venir con su hoja de referencia. Otro punto es la programación de terapias las áreas deberían ponerse de acuerdo para acomodar los horarios para que le paciente se sientan más contento.

E5: algunos pacientes que son del SIS y vienen de provincia no pueden ser atendidos. Yo creo que el SIS es uno solo y debería haber una solución para estos pacientes; y ellos se van desilusionados viniendo de tan lejos buscando un lugar especializado, llegan acá pero aquí encuentran este problema porque necesitan la hoja de referencia de su posta. Muchos de ellos no vuelven y quizás mueren al no encontrar atención de especialidad en ellos. Otro más debería mejorar el control de entrada porque a veces los profesionales llegan tarde o faltan y el paciente se siente incómodo espera mucho tiempo.

E6: debería más charlas, dar mejor información acerca de las atenciones que se ofrece, tener médicos especialistas s urgente, hay pacientes que necesitan estos médicos y los derivo a otros hospitales, especialistas en patologías más específicas se necesitan

E7: ¡vaya, vaya! Deberían realizar las ideas que tienen...veo que hay ideas algunas soluciones que son tan evidentes, pero que no lo realizan. También que cada área haga sus funciones, porque realizan cosas que no les compete en vez de enfocarse en su trabajo.

E8: Hay muchas cosas para mejorar, como la orientación que se le da al paciente, hay que realizar una actividad ahí más técnica y sobre todo capacitaciones para las personas que trabajan en el área de orientación. En sí las áreas deben mejorar en el área de gestión como que hay tardanzas en las diligencias de archivos, en oficinas no hay feedback lo que hace que se retrase la comunicación

¿CREES QUE MEJORANDO TODO ESTOS PUNTOS EL HOSPITAL MEJORARIA SU ATENCIÓN?

E2: Claro va haber mayor accesibilidad, al tener mayor comodidad, el usuario va a tener mucho más ganas de quedarse aquí y recomendarloy va a valer la pena que se trasladen desde tan lejos porque van a saber que no van a tener muchos inconvenientes y todo va a ser mejor...el tema de limpieza y orden , no se quizás venga una disposición u orden desde arriba para que todos cumplamos las normas de convivencia tendría .

E1: en cuanto a la limpieza aquí no hay muchos problemas pero el que padece un poco es el turno tarde...en el turno mañana no puedo quejarme tenemos un personal de limpieza que es muy bueno.

¿CONSIDERA QUE EL HOSPITAL DA UN BUEN SERVICIO?

E2: si dentro de todo si

E1: mmmm si...la atención, la parte asistencial si es buena.

E2: En cuanto a la atención si es buena pero debería el hospital en cuanto a la infraestructura eso no es bueno en cuanto al gimnasio, la ventilación no es adecuada, no hay limpieza de espejo, no solo basta con limpiar los pisos, además los materiales no se limpian solo las colchonetas, en general el lugar donde uno recibe el tratamiento. Desde mi punto de vista es una nota aprobatoria pero puede llegar a ser óptima, para llegar hacer a cosas grandes, no le falta mucho.

E3: sí ofrece un buen servicio, hay muy buenos colegas, pero del manejo de los gestores, doctores no están dando buena atención se equivocan mucho en los diagnósticos lo que esto no ayuda a dar un filtro adecuado de que paciente tiene que ser derivado a las áreas lo que causa a veces discomfort por parte del familiar.

E4: si lo ofrecen, pero el problema es que la programación de las terapias es demasiado lejos y hay muchos pacientes que viene con mucho dolor o vienen entusiasmado por que les recomendaron pero se decepcionan al no encontrar terapia inmediata. Por otra parte el paciente encuentra buen servicio por parte del profesional.

E5: si un 80%, creo que sobre todo el personal asistencial.

E6: Dentro de todo sí, porque los pacientes están contentos en general, porque si hablamos en individualizado, quizás habrá problemas porque como todo hospital hay sus contras, dentro de aquí, en caja etc

E7: si porque la atención del profesional es buena sobre todo de la parte asistencial, el paciente se siente contento.

E8: sí, porque se basa en dar atención al paciente y es aceptable, quizás buena no, pero sí aceptable, usualmente cuando vamos a un hospital del MINSA, posta, se caracteriza por el mal trato en cambio en este hospital digamos que le trato es relativamente agradable tanto es así que la mayoría de pacientes no se quejan de un maltrato

¿CUAL ES LA FILOSOFIA DEL HOSPITAL?

E2: ¿la misión?...no lo he averiguado

E1: me imagino que debe ser la calidad, imagino que deben estar en busca de la calidad de atención.

E2: según lo que oí, en las reuniones que dan, creo q como misión es dar la excelencia en la atención de los servicios para el usuario.

E1: la visión creo que es incluir un tratamiento con alta tecnología

E2: Con una proyección que este sea un instituto especializado y subir de nivel.

Pero no nos lo ha difundido, quizás en alguna de las reuniones que ha habido inducción pero como hemos estado con pacientes de repente ha sido en la primera conferencia que se apertura con el caso pero no, no lo sabemos.

E3: dar atención con calidad y reintegrarlos a la sociedad. Pero nunca nos lo difundieron. Quizás sí lo hicieron en alguna reunión pero estas las realizan en horarios donde no podemos asistir el área asistencial porque tenemos pacientes programados.

E4: no lo sé no me lo han dicho, pero he escuchado y entiendo, que desean ser más que un hospital, tener más cosas, más áreas para ayudar a la población con discapacidad.

E5: no me lo han dicho, pero creo que busca ser como era el instituto de rehabilitación

E6: es darle la calidad de atención al paciente y no solo del callao sino también de otras partes

E7: brindar una atención de la calidad y llegar a ser un instituto especializado en rehabilitación.

E8: La visión es llegar a ser una institución que atiende a la mayoría de pacientes y llegar a ser un instituto de rehabilitación

¿EXISTE UNA CULTURA DE SALUD EN REHABILITACIÓN?

E1: Hay mucha carencia por parte de los mismos fisiatras, con respecto que por ejemplo un niño de meses porque debería llevar terapia ocupacional, ellos dicen que están muy chiquitos que ni pueden hacer actividades con las manos; cuando sabemos es que se puede abordar la parte sensorial, por lo tanto hay un desconocimiento que es lo que maneja cada área ...eso es un ejemplo bien clara....en la parte administrativa me supongo que debe tener más carencia de conocimiento...no he tenido ningún impase, pero imagínate si en la parte médica es así!!! Imagino también que en la parte administrativa.

E2: Yo con la parte de salud, bueno siempre discrepas tienes opiniones, esto es un mundo grande no todos estamos para saberlo de todo pero si sería interesante y necesario si es un centro especializado que lo sepan

E1: claro!!!!

E2: con respecto a lo administrativo.... sé que no hay el conocimiento al 100% y de las autoridades salvo el director que conoce del tema, lo constate en la entrevista que tuve, no conocen lo que hacemos porque; conté un poco lo que hacíamos, mostré lo que hacía; y llamo la atención les agrado y recibí un comentario...no sabía que tantas cosas hacia el hospital!!!!!!

E1: no, no, no yo creo que es un conocimiento más antiguo el que ellos tienen, el que simplemente tienes tu indicación, aplicas tal y tal y ahí se quedan ellos

E2: si, creo que no están informados

E1: no saben las pruebas de evaluación que manejamos los tipos de tratamiento que manejamos.

E3: Creo que no, los más empapados somos los asistenciales, creo que los administrativos desde mi punto de vista no creo que saben todo lo que abarca. Quizás tengan un conocimiento básico porque cuando uno les comenta algo ellos se asombran que eso hagamos. Incluso el personal médico yo creo que no saben lo que cada terapia trabaja.

E4: no creo, porque varias veces he conversado con diferentes profesionales sobre todo del área administrativa y se asombran cuando ven como es la atención o les comento que hacen en las terapias, y yo pienso que ellos saben porque supuestamente son más ilustrados, tiene más formación pero me doy cuenta que no conocen que se hace aquí.

E5: yo creo que no, todos no saben y creo que si todos trabajamos en un casa todos deberíamos saber de todo y esto es más la parte administrativa que desconoce de lo que abarca rehabilitación.

E6: No, lastimosamente a veces confunden que terapia física es solo masajes y no se brinda más información de lo que si abarca una terapia integral en el paciente con los familiares; falta un poco más de información sobre eso; tanto a los trabajadores del hospital de la parte administrativa porque ellos a veces viene y dicen "un masajito" o los mismo pacientes viene y preguntan dónde hacen los masajes, y la terapia no es solo eso, abarca mucho más allá, es un análisis mucho más profundo. Todos los profesionales de la salud deberían saber un poco más, el mismo médico debería tal vez comunicarse un poco más con el terapeuta porque en si lo que nosotros estamos en mayor contacto con el paciente y somos los que más manejamos que es lo que le está pasando al paciente, quizás un nuevo diagnóstico, todo en sí para el bienestar del paciente.

E7: No, la mayoría de profesionales administrativos tiene un concepto muy equivocado sobre rehabilitación piensan que solo es masajes y ni siquiera saben

que es una profesión universitaria que implica varias áreas. Los médicos mismos no saben que hacemos en cada área, y mandan pacientes en donde no deben enviarlos o dejan de enviar pacientes que si lo necesitan, no realizan un diagnóstico adecuado.

E8: yo veo de un tema más general pues no conozco mucho del tema de rehabilitación, pero lo que yo sé es que no solo el hospital ve la rehabilitación física sino la mental, psicológica.

¿HAY MAYOR COMPROMISO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES HACIA LOS USUARIOS?

E1: sí, la parte asistencial los terapeutas en sí creo que muchos estamos atrás de nuestros pacientes, viendo la evolución de nuestros pacientes, es cierto que no es su totalidad porque debe haber alguno, algún personal como te hice el comentario inicial que no se preocupa tanto, que es un poco despectivo en el tratamiento, siempre hay de todo, pero yo pienso que la gran mayoría si estamos con esa predisposición de ayudar.

E2: si de hecho, si hay un porcentaje 7-8 de 10 puntos, siempre por ahí encuentras opiniones u observas simplemente.

E3: a algunas personas les falta el carisma, la empatía. Los pacientes comparan y a veces transmiten que el profesional no les da todo el empeño que podría darse. He tenido pacientes que han decidido irse a atenderse a otro lugar porque no ha encontrado un buen trato o una empatía por parte del profesional o desean no llevar esa terapia y otras.

E4: si considero que casi el 80% ponemos el hombro.

E5: creo que solo el 50% se pone la camiseta.

E6: Sí, eso sí, por parte de los profesionales de la salud lo hay, por lo que los mismo pacientes manifiestan, ellos se sienten a gusto, contento significa que hay calidad de atención de los profesionales hacia el paciente.

E7: Si, aunque de los profesionales administrativos no veo que haya la empatía hacia el usuario.

E8: si hay porque no hay muchas quejas, hay algunas pero no son muchas

¿A QUE DIFICULTADES SE ENFRENTAN CADA DÍA?

E1: Ahorita en el tema del verano, el bochorno, es mi primer inconveniente, porque por más que tenga ventilación cuando hay mucha gente este ambiente es bien

caliente entonces esto genera sudor en el bebe y esto lo pone de mal humor. En mi persona no me siento holgado porque ya estoy con todo ese fastidio, entonces paro un poco la terapia y luego proseguir con las terapias. El tema que no tenemos esa facilidad que no se nos esté dando el uniforme (risas), tengo un inconveniente que no tengo ahorita un estante donde colocar pues mi botella de agua, cosas básicas, la fruta que pueda tener a la mano, nada!!!! Ahorita es puro sillas, todo tirado. No sé si será desde mi perspectiva, pero yo tengo niños pequeños, bebes que vienen desde de comas mmmm lugares lejos que les toca la terapia entre 11am y medio día para lo cual para regresar a su casa es un par de horas más con el tráfico y todo, entonces prefieren darle el tema del alimento aquí, son estos niños que no tienen un control de cabeza, no vienen en silla, no viene en coche, sino vienen cargados...entonces no hay un lugar adecuado e donde los papas puedan darle la comida...yo a veces así a escondidas les digo ya pero rapidito.... pero sé que si los ven están bajo todo bajo mi responsabilidad que no debería ser así pues no es el lugar adecuado.

E2: Primero el tema ambiental de mi parte de parte del usuario, creo que en general, como imagen de mi servicio y del hospital, la limpieza es algo que siempre me ha incomodado; esta mejor cada día pero el tema de las colchonetas o de usar herramientas que están así sucias, manchadas no es muy grato estar en un lugar que esta poco ventilado, quizás no hay dinero para comprar materiales. También la producción que tenemos que hacer de pacientes...aun nos exigen mucho y no podemos asistir a las capacitaciones programadas

E3: No tengo los materiales adecuados para atender. Las programaciones son una tras otra lo que hace que el paciente este corriendo de una terapia a otra y el paciente se aburra se estresa de la prisa. Algunos pacientes tiene miedo de pedirles a las técnicas que la programación sea una tras de otra porque no han encontrado buen trato por parte de ellas. Los horarios son muy lejanos sobre todo para pacientes SIS por lo tanto su tratamiento se dilata, mientras que el pagante puede optar estar llevando terapias en otros lugares mientras espera su cita.

E4: La delincuencia que hay por aquí, a veces muy temprano o muy tarde asaltan y sobre todo al personal los han asaltado. En mi trabajo encuentro que los pacientes se sienten insatisfechos por el trato con la srta de trámite documentario el paciente no encuentra buen trato, empatía por parte este personal y yo varias veces tengo que explicarle entenderlos pero me siento un poco mal por ellos.

E5: El poco apoyo por parte de los compañeros, creo que si todos cumplieran su labor todo se solucionaría mejor y la atención al paciente sería mejor.

E6: Falta de materiales bastante, tanto para mí como para el paciente, como jabón, guantes, mascarilla, no hay botiquín y ante esto a veces le pido a los pacientes que traigan pero no lo traen porque muchas veces ellos son de recursos económicos bajos y no los traen entonces uno mismo por amistad conseguirse estos materiales. Hoy en día nos falta jabón y es un elemento muy importante para un profesional de salud porque la higiene y la bioseguridad de las manos pueden transmitir o que nos contagien muchas enfermedades. El paciente tampoco encuentra jabón para asearse y se va de la terapia así y puede enfermarse.

E7: en el aspecto de beneficios que favorecerían al usuario hay pocos materiales como mascarilla, guantes, etc. para mejorar la bioseguridad, muchos trámites para realizar algo a favor de la institución. En cuanto con el personal hay un mal clima laboral más en algunas áreas, abuso contra el personal en cuestión de horarios.

E8: el personal no cuenta con las herramientas necesarias, falta material para trabajar, falta implementación y comunicación entre las oficinas.

¿CONSIDERAS QUE EXISTE UN COMPROMISO POR PARTE DE LAS AUTORIDADES PARA LLEVAR ACABO PROYECTOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD?

E1: si hay ideas, se quiere hacer nuevos proyectos pero no están organizados para implementarlos

E2. Tienen intención pero no creo que estén capacitados o que tengan una idea de proyección pues para esto hay que ser muy ordenado muy proyectado al futuro.

E3: Creo que recién veo este año. El que se esté realizando reuniones para unirnos, el que haya un ambiente laboral bueno para poder trabajar bien, esto ayuda a dar un buen trato al paciente, pero si no hay consideración y buen trato al profesional por parte de nuestras autoridades hace que nuestros profesionales estén renunciando, hay habladurías que afectan al personal. Sin embargo se hace mucha la diferencia de integrar en las reuniones de capacitaciones o información de acuerdo al tipo de contrato que tengas, si eres tercero no te incluyen mucho eso hace que el personal no se sienta contento y los proyectos que se realicen solo lo hagan con el personal nombrado y CAS.

E4: hay voluntad pero les falta más empuje, más ahínco para mejorar la atención al paciente y para mejorar el trato al personal. Creo que algunos de las autoridades deberían mejorar su nivel de capacidad de manejo al personal y de conocimientos.

E5: Yo creo que debe haber compromiso pero no lo hacen, hay los ánimos pero no lo hacen, saben los problemas que hay pero no hay compromiso.

E6: Esperemos que sí, porque siempre dicen que lo más importante es la calidad de atención que se le tiene que brindar al paciente porque ellos son la base y que están haciendo todo el trámite y todo lo necesario para que sea sí, y esperemos que se dé.

E7: algunos sí, pero la mayoría no; muchas autoridades no están capacitados para desarrollar planes que estén bien estructurados.

E8: parcialmente, no todas las jefaturas. El problema es que creo que no están bien capacitados o no están para tener esas jefaturas, falta mejor elegir a los que dirijan a este hospital.

E8: si hay compromiso pero lamentablemente las autoridades del gobierno regional son las que toman las decisiones y muchas veces quedan ahí, a nivel de dirección no es tanto el problema es más por el gobierno regional o el mismo ministerio de salud.

¿ES FÁCIL TRAMITAR PLANES EN BENEFICIO DEL HOSPITAL?

E1: el año pasado tuve a mi cargo realizar una actividad, lo cual no se me fue fácil pues primero se me avisó con muy pocos días de anticipación no se me otorgó presupuesto, todo fue solventado por los que participamos a pesar que pedimos presupuesto a dirección pero no recibí respuesta. Hay apoyo de parte de los mismos colegas pero no de la parte administrativa.

E2: se me fue fácil por mi manera pedí ayuda por amistad a algunas personas, pero de hacerlo por la manera tradicional con documentos fue muy difícil no recibía respuesta alguna.

E6: Hay demasiada demora en tramitar planes y que sean aprobados. Hay mucha dejadez por parte de las autoridades de aquí, y eso se ve lo que está pasando en el hospital, poca implementación del hospital, poca información o difusión del hospital en la página web pero mucha gente de bajo recurso no entra al internet.

E7: Depende, a algunas áreas siento que les facilitan por amistad el trabajo.

E8: Específicamente en mi oficina si es fácil y que son aprobados, quizás en otras oficinas quizás en otras oficinas es más complejo de repente necesitan tener más estudio y por eso demora mucho

¿SE COORDINA CON TODAS LAS ÁREAS PARA EL MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA, INSUMOS DE MEDICAMENTOS, CULTURA ORGANIZACIÓN, SALUD OCUPACIONAL, ETC.?

E1: Se demora se tiene que seguir todo un proceso cuando se trata de infraestructura y muchas veces no se encuentra respuesta, en cuanto para insumos es más fácil conseguir como guantes jabón mascarilla.

E2: No siempre responden o demoran en responder lo cual causa problemas con los pacientes que demoran sus programaciones de terapia. Con los insumos sucede algo similar, como por ejemplo el jabón a veces no hay tampoco los guantes, las sabanas no se cambian cuando debe ser. Si no entregan pero no es suficiente y cuando uno solicita más las respuestas no se dan inmediatamente. No hay suficiente limpieza en los materiales lo cual ha causado el que algunos pacientes se quejen a raíz de esto se me ha pedido hacer un documento manifestando la queja de los pacientes porque a pesar que esta incomodidad se ha transmitido al jefe del área de limpieza y se coordinó para mejorar ello; no se ha recibido respuesta o cambio alguno.

E6: Hay demasiado papeleo muchos trámites demora el pedir que se arregle algo el que nos proporcionen materiales en beneficio del paciente.

E7: se trata de coordinar pero algunas áreas quieren que esta sea de manera formal a través de documento y eso demora otras áreas es más fácil y verbalmente se puede ir avanzando después se regulariza los papeles.

¿EXISTE UN COMPROMISO POR PARTE DE LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL PARA LA EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO?

E7: Si hay pero les falta visión de saber lo que se debería hacer en rehabilitación, manejan como si esto fuera un hospital general, los objetivos son diferentes.

E8: si hay compromiso porque escucho de las ideas que tienen pero depende mucho del gobierno regional.

SE CUMPLE CON LAS METAS DURANTE EL AÑO

E7: En la mayoría de las áreas no se han cumplido pero pareciera que no hay un control por parte de planeamiento para controlar eso

E8: en mi área si se han cumplido las metas anuales a un 70%, en otras áreas creo que no, pero ni en el MINSA se cumplen al 100%, yo trabajo en una institución educativa privada y no llegan a sus metas al 100%.

SI TÚ PUDIERAS REALIZAR MEJORAS EN EL HOSPITAL QUE HARIAS

E1: Creo que el hospital debería mejorar materiales para los pacientes que atiende.

E2: Creo que el hospital para mejorar debería contratar líderes que se encarguen de ciertas jefaturas que tengan visión y sepan organizar; que integren a la parte asistencial y la administrativa para que todos tengamos el mismo trato. El trato al personal asistencial es diferente, nos llaman la atención en público, los feriados que da el estado no es aplicable a nosotros pero si al personal administrativo, las reuniones que organiza dirección lo hacen en hora laboral (el personal asistencial no puede ir porque tiene pacientes programados pero el administrativo si puede participar), no hay motivación la integramos y deberíamos ser un equipo. Por eso creo que hacen falta personas líderes que nos integren. Un ambiente de trabajo mejor va a hacer que el paciente perciba gente contenta y va a atraer a más pacientes y mejorando esto se podría llegar a la excelencia en la atención.

E3: creo que debe cambiar la manera de pensar de la cabeza, no dan facilidades para que el profesional se capacite. Mejoraría la capacitación de los médicos, implementar consultorios especializados para que el paciente encuentre todos sus atenciones aquí y no tenga que ir a otro lugar.

E4: mejoraría que los trámites documentarios para obtener los certificados de discapacidad sean en menor tiempo y el paciente o familiar tiene que venir más de una vez para ver si ya está listo y eso es dinero tiempo. También mejoraría el nivel profesional mejor capacitación para brindar mejor atención.

E5: Yo creo tener buen trato, porque a pesar de los inconvenientes que encontré aquí no le va a importar porque el trato es bueno con ellos. Creo que se necesitaría tener más especialistas relacionados con rehabilitación como traumatólogo y neurólogo porque el paciente se tiene que ir a otro lugar para completar su atención.

E6: Mejoraría la seguridad externa tanto para el paciente como para el profesional, informar al paciente que es una zona que está vigilada y también para protección del hospital. Más implementación de las áreas, personal mejor capacitado, tener médicos especializados, tener un área de urgencia del hospital. Implementar talleres tanto para paciente como familiares, enseñarles a los familiares que podemos hacer en casa para ayudarlos a los pacientes.

E7: seleccionaría mejor las jefaturas ya que no se está viendo si cumplen con el perfil para poder llevar el área designada, mejor trato de parte del área administrativa para el paciente, evaluaciones constante de cumplimiento de metas

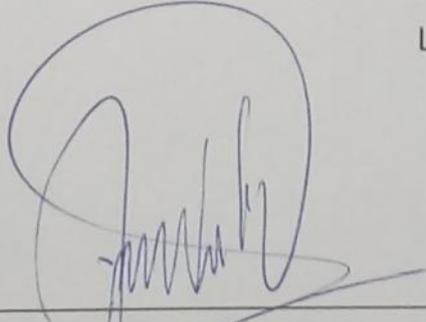
E8: mejoraría la comunicación entre oficinas, apertura ría la hospitalización.

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Dr. Vertiz Osores Jacinto Joaquín, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado "**Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista, Callao, 2018**"; de la estudiante **Quinto Orellana Miluska Janett**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 24% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 30 de marzo de 2018



Dr. Vértiz Osores Jacinto Joaquín
DNI: 16735482

24 %



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Barreras de Acceso a los Servicios de la Salud en
Pacientes con discapacidad motora en el Hospital de
Rehabilitación del Callao, Bellavista, 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA

D^{ra} Quinio Orellana, Miluska Janett

De esta manera fueron recibidos

Concordancia

1	Elaboración y distribución de cuestionarios	4 %
2	Implementación de un plan de mejoramiento	1 %
3	Creación de un comité de gestión de la calidad	1 %
4	Implementación de un plan de mejoramiento	1 %
5	Implementación de un plan de mejoramiento	1 %
6	Implementación de un plan de mejoramiento	1 %
7	Implementación de un plan de mejoramiento	1 %

Mostrar todo



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

..... QUINTO DRELLANA HILUSKA JANETT

D.N.I. : 41099236

Domicilio : Calle Agustín Larque #3 Urb. Av. P. Cercado

Teléfono : Fijo : - Móvil : 987079385

E-mail : mluska_m_t.f@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : Maestra

Mención : Gestión de servicios de la Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

..... QUINTO DRELLANA HILUSKA JANETT

Título de la tesis:

..... Barreras de acceso a los servicios de la salud
en pacientes con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación
del Calleo, Bellavista, 2018

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

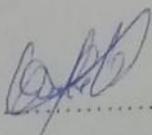
A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma : 

Fecha : 12/07/13

Mitchell
alacom
996-78



ESCUELA DE POSGRADO UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:

Visto bueno para la
Tesis

ESCUELA DE POSGRADO

Miluska Janet Quinto Orellana con DNI N° 41099236
(Nombres y apellidos del solicitante) (Número de DNI)
domiciliado (a) en Calle Agustín Lanque 113 urb Avep / Cercado / Lima / Lima
(Calle / Lote / ME. / Urb. / Distrito / Provincia / Región)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2015-02 del programa: Maestría en
(Promoción) (Nombre del programa)
gestión de los servicios de la escuela identificado con el código de matrícula N° 6000154988
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Visto bueno para la tesis

Por lo expuesto, agradeceré que bien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.

ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
CAMPUS LIMA NORTE
OFICINA DE INVESTIGACIÓN
13 JUN. 2018
RECIBIDO

Lima, 13 de JUNIO de 2018

(Firma del solicitante)

- Documentos que adjunto:
- a. Tesis completa corregida
 - b. Copia de R.D. de sustentación de tesis
 - c. Copia de Dilema q. el profesor el caso
 - d. Copia de acta de aprobación de origen de tesis y portafolio turritón

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:
Teléfonos: 987 079 385
Email: miluska_77@hotmail.com



Visto bueno para tesis

(Firma)