

**Percepción de la calidad de los servicios de salud por parte de mujeres
con discapacidad visual
Hospital San Vicente Fundación, 2018**

***Perception of the quality of health services by women with visual
impairment
San Vicente Hospital Foundation, 2018***

Jesús Darío Arenales Anaya

Trabajo de investigación para optar al título de
Magíster en Salud Pública

Directora
Blanca Myriam Chávez Guerrero
Doctora en Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2019

Nota de aceptación

Firma de presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Medellín, octubre 02 de 2019

Contenido

Resumen	6
1. Introducción.....	7
2. Antecedentes del problema.....	8
2.1 Antecedentes en el contexto internacional	11
2.2 Antecedentes en el contexto nacional	13
2.3 Antecedentes en el contexto local.....	17
3. Planteamiento del problema.....	18
4. Justificación.....	21
5. Objetivos.....	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos.....	24
6. Marco teórico	24
6.1 Marco conceptual.....	24
6.1.2 Discapacidad.....	28
6.1.2.1Tipos de discapacidad.....	28
6.1.2.2 Modelos para clasificar la discapacidad.....	29
6.1.3. Discapacidad visual	30
6.1.3.1 Elementos de la discapacidad visual.....	31
6.1.3.2 Grados de visión	32
6.1.3.3 Principales causas de discapacidad visual.....	32
6.1.3.4 Principales patologías	33
6.2 Marco legal.....	34
6.2.1 Normas y políticas internacionales.....	34
6.2.2 Normas y políticas nacionales.....	35
6.3 Marco institucional.....	37
7. Metodología.....	39
7.1 Selección y descripción de participantes.....	40
7.2 Criterios de participación	41

7.3 Criterios para la no participación.....	41
7.4 Información técnica.....	42
7.5 Procedimiento de investigación.....	43
7.7 Plan de análisis.....	45
7.7.2 Implicaciones bioéticas.....	45
7.7.3 Factibilidad del proyecto.....	47
8. Resultados.....	48
9. Discusión	60
Referencias	64

Lista de tablas

Tabla 1. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad.....	29
Tabla 2. Grados de visión.....	32
Tabla 3. Elementos que dan repuesta los objetivos específicos.....	44

Lista de figuras

Figura 1. Red de categorías descriptivas iniciales.....	52
Figura 2. Categorías analíticas.....	53
Figura 3. Categoría interpretativa (Atención brindada por los profesionales de salud) ...	57

Lista de anexos

Anexo 1. Entrevista para el estudio exploratorio. Fase Uno	76
Anexo 2. Entrevista para el estudio exploratorio. Fase Dos	77
Anexo 3. Entrevista para el estudio exploratorio. Fase Tres	79
Anexo 4. Aprobación del proyecto por el Comité de Ética del Hospital Universitario San Vicente Fundación.....	80
Anexo 3. Consentimiento Informado.....	83
Anexo 4. Cronograma.....	86
Anexo 5. Presupuesto.....	87

Resumen

El objetivo de la presente investigación es comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud en mujeres con discapacidad visual que recibieron atención médica en el Hospital San Vicente Fundación, de Medellín, durante el año 2018. Se llevó a cabo un estudio cualitativo, bajo el método de la teoría fundamentada por medio de la entrevista semiestructurada, aplicada en tres momentos. Los aspectos más significativos de la calidad de la atención percibida por mujeres con discapacidad visual se relacionan con el buen trato de los profesionales de la salud, con una respuesta eficaz, oportuna y efectiva sobre diagnósticos, tratamientos y la utilización de un lenguaje comprensible acerca de su condición de salud. Por esta razón, las experiencias, opiniones y relatos de esta población son importantes para buscar mejorar los procesos de atención en salud.

Palabras clave: discapacidad visual, calidad en salud, atención en salud, ética médica, mujeres.

Abstract

The objective of this research is to understand the perception of the quality of health services in women with visual impairment who received medical attention at the San Vicente Foundation Hospital, in Medellin, during the year 2018. A qualitative study was carried out, under the method of the theory based on the semi-structured interview, applied in three moments. The most significant aspects of the quality of care perceived by women with visual impairment are related to the good treatment of health professionals, with an effective, timely and effective response to diagnoses, treatments and the use of an understandable language about their condition of health. For this reason, the experiences, opinions and stories of this population are important to improve health care processes.

Key words: quality in health, visual disability, health care, medical ethics, women.

1. Introducción

La calidad de los servicios se puede definir como un conjunto de juicios de valor, aplicados a diversos aspectos, propiedades y dimensiones del proceso de la atención médica. Desde los primeros acercamientos, la definición del concepto de calidad de los servicios de salud se ha orientado hacia los criterios medibles y verificables centrados en la oferta. Sin embargo, con el pasar de los años esta concepción ha evolucionado y ahora hace énfasis en la importancia de la interacción de los usuarios, los profesionales y las instituciones de salud.

Al respecto, existen muchas investigaciones con primacía en métodos cuantitativos que valoran la calidad y evidencian la eficiencia de la atención como punto central de análisis. También hay investigaciones cualitativas orientadas hacia la percepción de los usuarios. Sin embargo, existen vacíos que es necesario exponer y llenar. En este sentido, esta investigación pretende dar luces a la carencia en cuanto a estudios respecto a la percepción de la calidad por parte mujeres con discapacidad visual, aspecto poco estudiado hasta ahora. Las personas con discapacidad visual son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan las instituciones prestadoras de servicios de salud, en cuanto a la atención en salud, la rehabilitación, la asistencia y apoyo, pues suelen obtener peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad (1). Por esta razón, es importante hacer la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción de la calidad de los servicios de salud de las mujeres con discapacidad visual que consultaron al Hospital San Vicente Fundación de Medellín en año 2018?

Al respecto, el objetivo de esta investigación se centró en comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud y los factores sociales y culturales relacionados a la discapacidad visual en las mujeres seleccionadas, las cuales recibieron atención en el Hospital San Vicente Fundación de Medellín, durante el año 2018, dado que es un elemento clave en su doble condición de pacientes y ciudadanas con derecho a la participación, independientemente de su condición.

Se realizó un estudio cualitativo, enmarcado en el método de teoría fundamentada, con la intención de producir hallazgos a los que normalmente no se llegan por procedimientos estadísticos. Dicho estudio cualitativo estuvo centrado en las experiencias, los comportamientos, emociones y sentimientos de las pacientes

entrevistadas, como parte de una metodología flexible con una perspectiva holística. En este sentido, el interés estuvo centrado en la percepción de la calidad de los servicios, por parte de las mujeres participantes de esta investigación, respecto al trato dado por los profesionales de salud en el centro médico y el conjunto de repuestas de lo que para ellas es calidad: una atención humanizada por parte de cada uno de los miembros de los servicios de salud.

Dado que el concepto de calidad en la prestación de los servicios incluye aspectos como la calidad técnica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, hasta el hecho de responder en forma pronta y satisfactoria a las preguntas de las pacientes, es necesario también prestar interés a aspectos poco relevantes como brindar acompañamiento psicosocial que le permita a las pacientes entender y adaptarse a su condición médica, priorizar las citas con médicos de familia que lleven un seguimiento pertinente y completo del proceso, evitar la deserción de los tratamientos médicos por medio de diálogos amables y abiertos, y reconocer e incluir las experiencias de vida de las pacientes como parte activa de su rehabilitación.

La investigación se anidó en el grupo de Gestión y Políticas de Salud, en la línea de investigación de Políticas Públicas y Salud; de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

2. Antecedentes del problema

Desde sus primeras concepciones, el concepto de calidad de los servicios de salud, se ha orientado hacia los criterios medibles y verificables centrados en la oferta, es decir, en la calidad objetiva. Avedis Donabedian (2) propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que enuncia lo siguiente: "la calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (2). Asimismo, este autor definió la calidad en tres conceptos: asistencia eficaz, asistencia eficiente y asistencia óptima. En la calidad asistencial maneja el componente técnico que abarca la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. El componente interpersonal busca la relación entre las personas, basada

en las normas y los valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos, modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Y el tercer componente hace relación a los aspectos de confort y a los elementos del entorno que le proporcionan una atención más confortable al usuario (2).

En los años 1982 y 1994, Grönroos amplió el concepto de la calidad del servicio de salud y enfatizó la importancia de la interacción entre los usuarios, los profesionales y las instituciones de salud. A partir de esta interacción, se desprende la importancia de tener en cuenta la percepción de los usuarios para calificar la calidad de los servicios de salud. Desde esta perspectiva, la percepción y las consideraciones subjetivas de los pacientes sobre las características de los servicios de salud recibidos, adquieren gran preponderancia (3).

Otros autores también centraron sus reflexiones en el concepto de calidad, como Ipinza, quien relaciona el "desempeño adecuado en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición" (4). Asimismo, Mejías explicó que la "calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios" (5).

La calidad está dada por la aplicación de todos los conocimientos científicos de los profesionales de salud y sus intervenciones sanitarias y sociales en la comunidad e incluye aspectos como los procedimientos, diagnósticos y tratamientos, los cuales deben ser oportunos, con calidad y calidez, con un lenguaje entendible para los pacientes, a fin de que comprendan su situación, colaboren con su recuperación y se sientan satisfechos con el servicio recibido. Además, debe incluir el criterio ético, que no es medible, pero es perceptible por medio de los servicios que reciben los usuarios y es de gran aporte para el mejoramiento de los centros de salud y de la calidad de los mismos (6).

Para la presente investigación se tuvo en cuenta la calidad percibida por las usuarias sobre los servicios de salud que se da por el grado de conformidad o satisfacción con la atención recibida por parte de usuarias con discapacidad visual, dado que esta población requiere una atención en la que las demandas a veces

superan la capacidad de respuesta institucional (6). Aunque los profesionales de la salud poseen los conocimientos técnicos y científicos para realizar el acto médico, pocos tienen las herramientas necesarias y la praxis en la atención de la población con discapacidad visual; dado que dejan por fuera de la atención la rehabilitación psicosocial que hace parte integral del tratamiento de estas personas, siendo asumida por instituciones educativas o no gubernamentales como el Instituto Nacional para Ciegos (INCI) (7) y las escuelas especiales para niños ciegos y con baja visión. Todo esto debido a que el sistema de salud no contempla programas específicos que involucren a sus profesionales de una forma activa en el proceso de rehabilitación e integración social de la persona en situación de discapacidad visual.

Además, algunas observaciones provenientes de la práctica asistencial, han evidenciado varias deficiencias en la relación entre el prestador de servicios de salud y los usuarios, afectando principalmente la comunicación durante el proceso médico, el diagnóstico y la recuperación. Generalmente se incluye a un tercero que es el acompañante del paciente que suele cumplir el rol de intermediario, lo cual, coarta la participación activa de la persona en situación de discapacidad visual en el proceso de restablecimiento y mantenimiento de su salud individual.

El estudio de Díaz y Prieto, realizado en Cuba en el año 2013, indicó que en el campo de la salud es fundamental identificar las diferencias entre los grupos poblacionales, para así, focalizar mejor las intervenciones y los procesos que conduzcan a un mayor éxito en la prestación de los servicios de salud. En el contexto internacional ha sido mínima la atención integral dirigida a aspectos específicos de la salud de las mujeres; la mayoría de las veces la atención está vinculada a la salud sexual y reproductiva, sin considerar las circunstancias sociales y económicas que afecta las habilidades para prevenir, sanar, proteger y promover su propia salud y la de sus familias. Porque la discapacidad es “una interacción entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que puede realizar un ser humano, su participación real en las mismas y el vínculo con los factores externos, medioambientales, que pueden actuar como barreras y ayudas” (8). La discapacidad visual se refiere a la condición sensorial de baja visión o ceguera que posee una persona; es una de una de las principales causas de limitaciones en la vida cotidiana y es una de las discapacidades con mayor prevalencia en el mundo. A pesar que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que cerca del 80% de los casos de baja visión y un aproximado de 70% de los casos de ceguera son prevenibles (9).

La prevalencia de discapacidad visual y ceguera son una base fundamental de las políticas de salud pública, como asignación de recursos y planificación de servicios de salud, y son importantes para la priorización de los avances científicos. En el año 2015, según la OMS, 36 millones de personas eran ciegas, y 6 millones de personas tenían moderada o severa discapacidad visual. La ceguera y la discapacidad visual están dadas por las principales patologías tales como la retinopatía diabética y cataratas (reversible con cirugía), y fueron más comunes entre las mujeres que entre los hombres. El número de personas afectadas por las causas comunes de pérdida de visión ha aumentado sustancialmente a medida que la población aumenta y envejece, la mayoría de los casos de ceguera y discapacidad visual moderada o grave se presenta en adultos de 50 años o más (10).

Para el año 2013 los miembros de la OMS, adoptaron el plan de acción mundial 2014-2019 y sus objetivos eran reducir la discapacidad visual como un problema de salud pública global y asegurar el acceso a la rehabilitación para personas dicha discapacidad. La iniciativa tenía el objetivo global de reducir la prevalencia de discapacidad visual evitable en un 25% entre 2010 y 2019. Uno de los objetivos clave del Plan de acción global era generar evidencia sobre la magnitud de la discapacidad visual, que se requiere para evaluar el éxito de ésta y otras iniciativas similares (11).

2.1 Antecedentes en el contexto internacional

La estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios de salud es el cumplimiento de las metas de calidad, que promuevan la satisfacción del usuario de los servicios de salud, direccionadas a suplir las necesidades.

En Estados Unidos los estudios sobre la calidad en los servicios de salud iniciaron en 1917, cuando se organizó el American Collage of Surgenos. Un año después se estableció el programa de Colegio de Cirujanos de Estandarización de Hospitales que, en lugar de medir los resultados finales, midió el cumplimiento de los estándares relacionados con la calidad del cuidado, extendiéndose esta experiencia a otros países.

En Europa, específicamente en Gran Bretaña, los Países Bajos y España existen programas de evaluación. Mientras que, en Asia, en países como Corea del Sur, se ha establecido un programa de acreditación para hospitales de referencia docente. En Japón se han creado los “Círculos de Calidad” tendientes a evaluar problemas relacionados con la calidad de la atención médica y en América Latina y el Caribe, existe una tendencia vinculada al desarrollo de programas de Garantía de la Calidad, en épocas más recientes (12).

La OMS ha definido la calidad como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina recursos necesarios a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (13).

Los estudiosos del tema señalan que el concepto de calidad no es una definición estática, sino que evoluciona conforme avanza la medicina y se aplica a los servicios brindados por las diferentes organizaciones. Esto implica que la calidad en salud debe ser instrumentalizada y evaluada cada vez con estándares internacionales (14).

La calidad de los servicios de salud se debe aplicar en cada situación o persona que requiere de los servicios. En el caso de las personas en situación de discapacidad visual, la atención en salud debe responder a sus necesidades particulares, centrarse en la persona, su familia y su entorno. La familia es un actor importante, dado que se compromete a contribuir para lograr las mejores condiciones de salud de estas personas (15).

Además, los conocimientos médicos deben estar acompañados de mejores prácticas que no son estrictamente clínicas, para trabajar con pacientes con discapacidad visual, deben reconocer las múltiples barreras que el paciente soporta, al solicitar la atención en salud, ampliando el entendimiento sobre las barreras que sufren las personas con discapacidad, porque a pesar de los esfuerzos que hagan los familiares para obtener una mejor atención para su paciente, difícilmente podrán cambiar las actitudes, derrumbar barreras y abrir mentes y puertas sin ayuda.

La misma OMS (16), describe tres aspectos en los cuales se ha identificado deficiencias en la atención de personas con discapacidad:

- La insuficiencia en la prestación de servicios de salud para esta población que padece alguna discapacidad, dado que son más vulnerables a las

deficiencias del servicio como también a la rehabilitación y al apoyo por parte de la institución, para continuar con una vida más digna y adaptable a su discapacidad.

- Los problemas en la prestación de los servicios de salud, puesto que la Encuesta Mundial de Salud, indica que, en 51 países, las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia carecen de la competencia adecuada para atender sus necesidades. Debido a la deficiencia de los servicios, el poco personal capacitado e idóneo para la brindar los servicios a estas personas, la accesibilidad, entre otros factores, hacen que las personas en situación de discapacidad visual tengan una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les niegue la atención de salud.
- Los resultados sanitarios en las personas con discapacidad, muestran los peores niveles de atención y de servicios de salud que la población general, esto conlleva a que sean más vulnerables a enfermedades secundarias prevenibles, comorbilidades y trastornos relacionados con la edad.

Así mismo, para el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual, 2014-2019, a modo de hoja de ruta para los estados miembros, con el objetivo de lograr una reducción mensurable de la discapacidad visual evitable de un 25% en 2019 (17).

2.2 Antecedentes en el contexto nacional

La reforma del sector salud, llevada a cabo en la década de los noventa, que creó el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), mediante la Ley 100 de 1993, contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población y “planteó garantizar la equidad en términos de acceso, utilización y financiamiento de los servicios de salud” (18). Avanzando en la cobertura universal y en la equidad en salud, propiciando las mínimas condiciones para que los recursos sean asignados de acuerdo a la necesidad de cada uno de los usuarios del sistema.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en 2013, planteó que la equidad en salud hace referencia al acceso equitativo a las intervenciones que posibilitan el bienestar y la preservación de la salud de todos los colombianos. Cuyo mandato obliga y exige al Estado ser competente en la configuración, actualización, promoción, mantenimiento y legislación de un sistema de salud eficaz y solvente. No obstante, aunque el propósito es mejorar y ofertar un sistema de calidad, hasta el año 2019 este anhelo consagrado en el Plan Decenal de Salud, carece de una realidad concreta, debido a que las regulaciones jurídicas y las legislaciones respectivas aún no tienen soporte gubernamental y, la mayoría de las veces, el servicio de atención en salud es ineficiente e inequitativo y de baja calidad (19).

Para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención en salud, el sistema considera que ésta debe ser accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios e involucrar aspectos como la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención. A partir del análisis de teorías y conceptos sobre la calidad, el diagnóstico de la situación nacional y la revisión de experiencias nacionales e internacionales, el Ministerio de Salud y Protección Social, creó el Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) con cinco componentes que interactúan de forma armónica e integrada:

- a) Sistema único de habilitación dirigido a garantizar el cumplimiento de unos requisitos obligatorios que minimicen los principales riesgos de la prestación de servicios de salud, con el fin de proteger la vida y la salud de los usuarios.
- b) Sistema único de acreditación, tanto de entidades promotoras de salud (EPS) como instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), en cuanto un proceso voluntario y periódico de evaluación de un conjunto de estándares óptimos de proceso.
- c) Auditoría encaminada al mejoramiento de la calidad de los procesos de atención en salud, mediante la evaluación sistemática de la calidad alcanzada frente a la deseada, según normas técnico científicas previamente definidas.
- d) Sistema de información a usuarios, para facilitar en éstos la toma de decisiones basadas en calidad, que activen incentivos en los aseguradores y prestadores para mejorar los servicios.

e) Incentivos (económicos, de prestigio, legales y éticos) que estimulen la competencia por calidad (20).

En Colombia, la calidad se considera un eje importante y determinante en la prestación de servicios de salud, tal y como lo contempla la Ley 1438 de 2011, Ley 1122 de 2006, Ley 715 de 2001; Resolución 1441 de 2013, Resolución 123 de 2012, Resolución 1043 de 2006, y el Decreto 1011 de 2006 y normas posteriores.

A pesar de ello, la normatividad relacionada con la calidad en la prestación de servicios de salud, va en una dirección que tiende más a lo técnico y a lo económico, mientras que las concepciones de los usuarios están encaminadas a un asunto más personal. Los usuarios son independientes de la tecnología, la estructura física de las instituciones y las normas que debe cumplir el personal de salud en cuanto a presentación personal, técnicas y procedimientos (21).

El gobierno también sancionó la Ley 1618 el 27 de febrero de 2013 sobre discapacidad general, para garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, entendiéndose como personas discapacitadas a “aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (22).

La fundación Saldarriaga Concha realizó un estudio respecto a la situación de las personas con discapacidad en el país, y concluyó que, pese a los instrumentos jurídicos y los avances sociales en cuanto a políticas públicas, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras diversas que les impiden participar en igualdad de condiciones en la vida familiar, social y comunitaria. Por lo tanto, recomienda que el Estado colombiano se comprometa con lo dispuesto en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y que promueva y proteja los derechos y la dignidad de las personas (23). Es así que la ausencia de iniciativas específicas en rehabilitación visual se constituye en barrera para el acceso de la población con baja visión a la prestación de servicios de salud visual, suministro de ayudas ópticas y rehabilitación visual, lo que repercute de manera negativa en la calidad de vida de este grupo poblacional (24).

En el censo de 2005, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística

(DANE) reportó los siguientes datos: de las personas detectadas con limitaciones el 71,2% presentan una limitación, el 14,5% dos limitaciones, el 5,7% tres limitaciones y el 8,7% tres o más limitaciones permanentes. Del total de personas que reportaron alguna limitación, el 43,2% para ver a pesar de usar lentes (25). Desde que la OMS declaró en Alma Ata los principios de la Atención Primaria, se comenzó a estructurar la estrategia de Rehabilitación Primaria y de Atención Primaria de Rehabilitación, que es lo que después se formuló como la estrategia de la RBC (Rehabilitación con Base Comunitaria), desprendida de esta concepción de la Atención Primaria, la cual en su esencia no es un servicio sino una estrategia de acción que integra a la salud, las organizaciones de la comunidad y las personas, buscando diferentes vías e instrumentos para lograr equidad (26).

En Colombia se han hecho tímidos aportes frente a la prevención de la ceguera y la discapacidad visual. Por ejemplo, el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Salud, de 1998 (27), en su artículo 7, determinó que las alteraciones de la agudeza visual son enfermedades de interés en salud pública. Además, resaltó la catarata, los defectos refractivos y el estrabismo como enfermedades que deben ser prevenidas con carácter obligatorio. Asimismo, en 1999 se definió la Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual, y las Guías de atención integral para vicios de refracción, estrabismo y cataratas, las cuales caracterizaron las pautas más importantes para la detección temprana y el manejo oportuno de estas enfermedades (28).

Es así que el Ministerio de la Protección Social, mediante la aprobación de la Resolución 412, estableció las actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. En su lineamiento para la implementación de actividades de promoción de la salud visual, control de alteraciones visuales y discapacidad visual evitable (estrategia visión 2020), reglamentó la Norma técnica para la detección de alteraciones de la agudeza visual dentro de la cual incluyeron la promoción de la salud y la Guía de Atención para los vicios de refracción, el estrabismo y la catarata.

En el año 2006 a través de la resolución 4045, Colombia, acoge el PLAN VISION 2020 “El derecho a la visión” de la Organización Mundial de la Salud, la cual insta a los estados miembros a que “impulsen la integración de la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables en los planes y programas de salud existentes a nivel nacional y regional (29).

Por su parte, el INCI (7) mostró la necesidad de analizar las políticas públicas sobre discapacidad en general, y la discapacidad visual en particular, desde el desarrollo humano y desde la prestación de los servicios de salud, teniendo en cuenta el Mandato Constitucional de 1991 que en el artículo 47 expresa de manera clara que: “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran” (30).

2.3 Antecedentes en el contexto local

En Antioquia, según el Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, realizado por el DANE (31) en 2010, arrojó que en el departamento habitan un promedio de 320.898 personas con discapacidad, de las cuales 136.104 son mujeres. La deficiencia visual ocupa el tercer puesto en frecuencia, con un 18.9% en el departamento y para la ciudad de Medellín el INCI reportó cerca de 14.057 personas con discapacidad visual registradas para el año 2014 (7). Se han desarrollado programas para la mejorara en la atención en salud, el desarrollo integral y la inclusión social de la población con discapacidad visual, pero aún existen problemas relacionados con la atención para esta, puesto que en el departamento el 67.8% de las personas han acudido a las tutelas, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, por tratamientos (43.3%), por medicamentos (24.2%) y por cirugías (21.7%). Dentro de los reclamos por el derecho a la salud están también las consultas con los especialistas en neurología, oncología, oftalmología, ortopedia y medicina interna y los exámenes de hematología, medicina interna, oftalmología y neurología (12).

Las instituciones de salud aún practican el modelo tradicional de atención en el que prima la devaluación y la deshumanización con base en sistemas de creencias culturales y religiosas, exacerbándose en la población con discapacidad visual, en la cual solo identifican como problema la alteración orgánica de la persona. Existen otros modelos, entre ellos, el modelo social que avanza en la identificación de situaciones de invalidez y discriminación, pretendiendo establecer modelos integradores, participativos y de diversidad funcional para las personas con discapacidad, reconociendo las capacidades con diversidad positiva por condiciones de salud, de inclusión y derechos (32).

En este contexto, el Hospital Universitario San Vicente Fundación, de acuerdo a su política de Hospital Rehabilitador, creó en el año 2007 un programa de rehabilitación para personas con discapacidad visual, cuyo objetivo es que las personas logren ser independientes y autónomas en las actividades de la vida diaria. Desde entonces ha beneficiado un promedio de 1.000 personas con discapacidad visual que han accedido a terapia ocupacional, psicología, trabajo social, manejo de *braille* y ábaco, orientación, movilidad y técnicas de la vida diaria (33). Este hospital es líder en la rehabilitación de personas con discapacidad visual, y su demanda es de alto impacto, por lo tanto, es necesario realizar un estudio sobre la percepción que tienen las mujeres con discapacidad visual sobre los servicios de salud recibidos en la institución.

Es importante aclarar que el Hospital Universitario San Vicente Fundación, y su área de baja visión, fueron el filtro directo para dar a conocer a las participantes del estudio, más no quiere decir que la investigación esté dirigida al contexto de la rehabilitación que ellas llevan en esta institución por el departamento de baja visión, sino a los servicios recibidos en la institución.

3. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud se calcula que aproximadamente 1300 millones de personas viven con alguna forma de deficiencia de la visión. El crecimiento y envejecimiento de la población aumentará el riesgo de que más personas se vean afectadas por una deficiencia visual y aproximadamente el 80% de todos los casos de visión deficiente a nivel mundial se consideran evitables (9). En este sentido, en Colombia hay 1.143.992 de personas con algún grado de discapacidad visual y representa el 43.5% del total de discapacidades (31).

Las personas con discapacidad visual son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan las instituciones prestadoras de servicios de salud en cuanto a la atención en salud, la rehabilitación, la asistencia y apoyo, obteniendo peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. La poca articulación institucional para la prestación de los servicios de salud, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden

afectar la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para personas con discapacidad visual. Según la Encuesta Mundial de Discapacidad, de la OMS, las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de la atención en salud carecieran de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención en salud necesaria. La necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación trae consecuencias para las personas con discapacidad, como el deterioro del estado general de salud, limitaciones en las actividades, restricciones para la participación y peor calidad de vida (34).

Existen estudios en Colombia sobre la percepción de la calidad, pero no se evidencia investigaciones que analicen la percepción de la calidad en personas con discapacidad visual al momento de recibir los servicios de salud, además, no se ha avanzado en los diseños y evaluación de modelos de atención para población con discapacidad visual que satisfagan las necesidades al momento de utilizar los servicios de salud.

Las mujeres con discapacidad visual pierden gran parte de su vínculo con el mundo y con las referencias espaciales que devienen de él. Por esta razón, la carencia de comunicación visual con el entorno se convierte en un enorme vacío difícil de superar, demandando una nueva forma de adaptación y esto es un problema serio de salud pública con consecuencias profundas para la persona, la familia y la sociedad. El abordaje de la discapacidad es complejo “y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto” (34).

Por consiguiente, las desventajas que experimentan las mujeres están relacionadas con aspectos tan importantes como la atención en salud, la educación, el empleo y el apoyo social, dado que presentan niveles más bajos de salud que la población en general, con consecuencias desfavorables que disminuyen su participación social en aspectos que influyen en su calidad de vida. Las mujeres con discapacidad visual suelen requerir una amplia variedad de servicios de salud que les procure bienestar e independencia. En ellas, es fundamental el acceso eficiente y adecuado a los servicios de salud y rehabilitación, sin ningún tipo de discriminación por motivo de su condición visual (35).

Asimismo, las mujeres con discapacidad forman parte de un colectivo sobre el que pesan prejuicios sociales ligados al género y a la discapacidad. Es una situación

que afecta su entorno y genera desigualdades en diferentes dimensiones y contextos, que influyen directa o indirectamente en las pautas de comportamiento y en la percepción subjetiva acerca del modo de vivir y de sentir de las mismas. Lo que hace que estos componentes constituyan la personalidad e identidad de estas mujeres.

Es así como la discapacidad puede ser considerada sin lugar a duda un factor que contribuye a la construcción de la identidad y la personalidad, pero afecta a mujeres y hombre de manera diferente. Las causas se encuentran en la base de la representación mental y simbólica, fruto de los estereotipos y roles existentes entre hombre y mujeres dentro de la sociedad. Se puede decir que hay pocas características individuales que rivalizan tanto con el género por su impacto social como la discapacidad, por lo que causa extrañeza que se investigue tan poco la relación, siendo ambos componentes importantes en el establecimiento de las expectativas personales de las mujeres y como es su entorno y más en una condición de discapacidad (36).

En la ceguera y la baja visión no solo hay una limitación visual, también hay limitaciones en la movilidad, la comunicación con la sociedad, las relaciones familiares, el desempeño laboral del individuo y el acceso a diferentes servicios para sobre llevar la vida. En Colombia, un aproximado de 120.000 personas tienen alteraciones visuales permanentes y existen muchos obstáculos por parte de actores como el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el gobierno nacional y local, en la ejecución de políticas públicas en discapacidad, que contengan las acciones y las herramientas necesarias para la rehabilitación y el acceso a los servicios de salud, que no están amparados por las aseguradoras, y tampoco hay subsidios para este fin (37).

Una pauta para el reconocimiento de esta calidad es el comprender que la visión representa un papel central en la autonomía y el desarrollo de las personas ya que de ella se da la interpretación del mundo externo. En este sentido, cuando se habla de ceguera o de discapacidad visual se está haciendo referencia a condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual, de personas ciegas o con baja visión, que ni con su mejor corrección óptica logran tener una visión adecuada que les permita desarrollar las mínimas actividades cotidianas, lo que aumenta la dependencia de otras personas o diferentes objetos para su acompañamiento (38).

Y aunque en el país se ha reconocido a la salud como un derecho humano

fundamental, se ha explicitado el propósito de garantizar el acceso y se ha avanzado en la cobertura a nivel nacional, aún se evidencian barreras que afectan la atención y la satisfacción de los usuarios frente a los servicios recibidos (39). En este sentido, y teniendo en cuenta el contexto anterior, especialmente de Medellín, el aumento de la discapacidad visual a nivel municipal y las bajas intervenciones que se realizan para mejorar la calidad en la atención a los servicios de las mujeres en situación de discapacidad visual, esta investigación se ha planteado la siguiente pregunta: **¿Cuál es la percepción de la calidad de los servicios de salud de las mujeres con discapacidad visual que consultan al Hospital San Vicente Fundación de Medellín?**

4. Justificación

La percepción de la calidad de los servicios de salud por parte de las mujeres con discapacidad visual es un elemento clave, puesto que su opinión en su doble condición de paciente y de ciudadano con derecho a la participación, independientemente de su condición, es fundamental. Debido a que el nivel de satisfacción está influenciado por sus preferencias, que dependen a su vez de otros factores como sus experiencias previas de relación con el trato recibido, el grado de resolución obtenido y el tiempo de espera para la atención. Por tanto, se constituye en la actualidad, la calidad de atención en salud, en un tema prioritario que amerita investigarse a fin de encontrar mejoras en la formulación y el desarrollo de intervenciones.

Los significados que tengan las usuarias sobre salud y específicamente sobre calidad, son fundamentales en la formulación de las políticas de salud, para que estas respondan a las verdaderas necesidades de la población y para asegurar la participación de los usuarios en los procesos de planificación y ejecución de las acciones en salud. Según Ramírez, “nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma. Es muy difícil, casi imposible, percibir lo mismo que la gente percibe; en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente” (40).

La buena calidad es una cualidad que debe tener el servicio para obtener una mayor satisfacción de sus usuarios, un mayor funcionamiento y cumplimiento de su misión

y todas deben siempre estar en la búsqueda de mejoramiento y que los servicios brindados cumplan con las exigencias que sus usuarios requieren (41).

Desde el Sistema General de Seguridad Social se debe brindar una atención en salud integral a la población con discapacidad visual en sus fases de rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 del Plan obligatorio de salud (42). Además, en la Ley 1122 de 2007, artículo 23, las aseguradoras tienen las obligaciones frente a la calidad de los servicios de salud, para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios, especialmente la asignación de las citas (43).

Aunque exista la normatividad, el Estado no ha sido suficientemente eficaz en garantizar los derechos para esta población. La estructura política, filosófica, social, educativa y financiera de la sociedad colombiana condiciona y produce un acceso desigual a los bienes sociales, culturales y materiales; siendo mayor en las personas con discapacidad visual (6), aumentando las barreras en su atención en salud. En este sentido, no se trata entonces de conocer la cantidad de mujeres con discapacidad visual, sino de analizar cómo satisfacen sus necesidades en aspectos básicos como la salud.

Teniendo en cuenta el pronóstico de la OMS (9) que considera que para el año 2020 la ceguera y la discapacidad visual grave se constituirá en un problema de salud pública para el mundo y generarán una carga social, económica y cultural de alcance universal, es necesario que la atención con calidad a este grupo de personas y la prevención de la discapacidad visual evitable se convierte en un objetivo prioritario (34), una vez que la salud visual unida a la vitalidad de los seres humanos es un derecho individual y social (44).

Como también los demuestran estudios que los países de altos ingresos, la prevalencia de ceguera y discapacidad visual es mayor entre las mujeres, independientemente de la edad, aunque los mecanismos que producen estas desigualdades de género no se conocen bien. En el estudio ¿Por qué hay desigualdades de género en la discapacidad visual? Las mujeres eran más propensas a reportar discapacidad visual. La prevalencia de cataratas diagnosticadas fue mayor entre las mujeres con discapacidad visual. Estas asociaciones no se explicaron por edad o nivel educativo. Lo que concluyen que hay desigualdades de género, con una mayor prevalencia de discapacidad visual y cataratas relacionadas entre las mujeres, lo que podría estar relacionado con las desigualdades de género en el acceso a la atención médica, y enfermedades

oculares no diagnosticadas, lo que podría estar relacionado con su socialización de género, resultando en un uso menos frecuente y efectivo de los servicios de salud (45).

En estudios previos sobre experiencias sanitarias de mujeres con discapacidad visual, se hallan las necesidades de salud de las mismas, y diferentes ejes para estudiar, como son: la conciencia de los profesionales de la salud, acceso a la información y acceso a la atención médica, dado que los resultados fueron comprensible en que los especialistas y otros profesionales de la salud deben aumentar su sensibilidad a los desafíos que enfrentan las mujeres con discapacidad visual, y planificar y brindar atención en consecuencia y asimismo los futuros profesionales deben estar preparados para interactuar con personas con discapacidad visual y los entornos de atención médica deben responder a sus necesidades (46).

Los resultados de la presente investigación dieron cuenta de la percepción que tienen las mujeres con discapacidad visual sobre la calidad de los servicios de salud brindados por el Hospital, dando así repuestas enfocadas a los servicios de rehabilitación, puesto que para ellas este es el principal servicio con el que cuentan y pueden describir la atención y percepción del mismo, porque es donde más ha impactado su vida y su condición. Esta información permitirá aportar lineamientos y recomendaciones a la institución y a los usuarios, de acuerdo a estos hallazgos, con el fin de contribuir a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en las mujeres con discapacidad visual.

5. Objetivos

Objetivo general

Comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud, y los factores asociados a dicha percepción, en las mujeres con discapacidad visual. Hospital San Vicente Fundación, Medellín, durante el año 2018.

Objetivos específicos

- Describir las características socioeconómicas y demográficas de las mujeres con discapacidad visual seleccionadas para el estudio, las cuales acudieron al Hospital San Vicente Fundación en el año 2018.
- Identificar el tipo de alteración visual que padecen las mujeres con discapacidad visual que asisten al Hospital San Vicente Fundación durante el año 2018.
- Comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud recibidos por mujeres con discapacidad visual en el Hospital San Vicente Fundación durante el año 2018.

6. Marco teórico

6.1 Marco conceptual

6.1.1 Calidad en los servicios de salud

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. La RAE la define como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (47). Esta última definición concibe a la calidad como un atributo o características que distingue personas, bienes y servicios.

Aunque existen muchas definiciones sobre el concepto de calidad, aquí se explicitarán algunas que estén directamente relacionadas con los servicios de salud. En este sentido, Juran define la calidad “como aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” (48).

Lift y Hunt la definen como el “grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos” (49). Donabedian también define la calidad en salud, circunscribiéndola a la perspectiva de la atención médica y propone tres áreas de

análisis: estructura en donde se analizan las características de las instalaciones y el personal que atiende a los pacientes; el proceso que corresponde al análisis durante la entrega del servicio y el resultado de las intervenciones. Pero sin lugar a dudas, la definición más acertada es la de Lee y Jones que la propone como un conjunto de juicios de valor aplicados a diversos aspectos, propiedades y dimensiones del proceso llamado atención médica, en el cual hay dos aspectos, el primero es la atención técnica que es la aplicación de la ciencia y la tecnología para la resolución del problema de salud, el segundo es la relación interpersonal que se refiere a la interacción social, cultural y económica entre los profesionales de la salud y el paciente (50).

La calidad se mide por factores como resultados de diagnósticos específicos, procedimientos terapéuticos, satisfacción del paciente y sensación de bienestar social, de ahí que la calidad, no se puede mantener si se disminuyen los costos, puesto que tanto la calidad como los costos deben tenerse en cuenta en los momentos de tomar decisiones administrativas. La calidad es un reflejo de los valores y objetivos de las instituciones de salud y la sociedad (50).

Hasta la fecha, el concepto de calidad ha evolucionado hacia el concepto de calidad total, cuyo indicador fundamental es la satisfacción de las expectativas del usuario. Cuando se evalúa la calidad desde la perspectiva de los usuarios, se puede obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociadas con la atención recibida, cuya información beneficia a la institución que brinda los servicios y también a los usuarios, al satisfacer sus necesidades y expectativas. Puesto que son los usuarios quienes pueden monitorear y finalmente juzgar la calidad del servicio, y por tanto pueden aportar información de primera mano sobre aspectos que no es posible obtener por otros medios. Por ello, medir la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud es una cuestión muy importante, dado que un usuario satisfecho está dispuesto a cumplir con las recomendaciones médicas y terapéuticas y contribuir así con su salud. El análisis de la satisfacción de los usuarios es visto como un indicador de la dimensión de resultado. Se puede obtener información de los aspectos de estructura como las comodidades, instalaciones físicas y la organización; del proceso de atención como los procedimientos y acciones de salud realizadas y el resultado, como serían los cambios en el estado de salud y la percepción de la atención recibida. Otro aspecto que se puede valorar mediante la percepción de los usuarios es la accesibilidad, que pueden indicar las características facilitadoras u obstaculizadoras del esfuerzo de los usuarios para obtener la atención. La accesibilidad se traslapa conceptualmente con el concepto de calidad dado que abarca aspectos que tienen repercusiones directas en la

atención, como los tiempos de espera, los horarios y los costos de la atención, que en su conjunto se consideran características de la accesibilidad a la institución (51).

El concepto de la calidad en los servicios de salud ha tomado más importancia en los últimos años, teniendo como principal punto de referencia la equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. Se trata entonces de “dar más a quién más necesita, garantizando la accesibilidad con eficacia, o sea, con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, alcanzar cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, con rendimiento y costos acordes. Sin dudas esto constituye la calidad de los servicios de salud” (35).

Para tener una comprensión pertinente respecto a la calidad en los servicios de salud, es necesario obtener del usuario las percepciones e intereses asociados con la atención recibida. Esto no solo le permite al paciente apropiarse y ser parte de su proceso médico, sino que la información obtenida es determinante para los prestadores del servicio de salud y los profesionales de este ámbito. Existen bases conceptuales y metodológicas para analizar y comprender la calidad de la atención en salud, tanto en el ámbito nacional como internacional, que se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian, “donde el análisis de la calidad está dado por tres dimensiones: estructura, proceso y resultado, lo cual permite medir ordenadamente los aspectos ligados a la calidad de los servicios de salud”. Este modelo está diseñado para que los resultados sean consecuencia de la atención proporcionada, lo que significa que solo algunos resultados son imputables a los procesos y que no todos los procesos dependen como tal del modelo (50).

La calidad representa entonces el incremento de la eficiencia en los prestadores de servicios y la efectividad de las unidades de salud. De esta manera se logra que la calidad sea integral en los procesos y que se creen estrategias para implementar la calidad en la atención de pacientes con necesidades especiales, con la intención de tener un servicio más acorde al requerimiento de cada usuario.

Es importante sensibilizar también al personal médico y a todos los entes encargados de la atención en salud, porque más allá del concepto es indispensable saber por qué y para qué se debe prestar un servicio ejemplar y de calidad. En este sentido, la calidad está ligada, fundamentalmente, a la aptitud y la actitud de quienes prestan el servicio. Por tal motivo no se trata solo de mejorarla con tecnología y nuevos equipos, sino que el personal y el recurso humano son los encargados de prestar el servicio y en ellos se soporta como tal lo que llamamos calidad en

servicios de salud.

De allí la importancia de sensibilizar a los profesionales, no solo del valor del concepto de calidad, sino del porqué y para qué se creó, qué persigue y cuál es su fin. Es necesario que en el trabajo en equipo se incluyan: profesionales, técnicos, administrativos, auxiliares, residentes y facultativos, y realizar el trabajo con una organización que permita la interrelación entre servicios para mejorar la atención del paciente. Es primordial también incentivar la responsabilidad sobre los resultados cercanos, con la intención de fomentar y dar a conocer a la organización la importancia de estos, y que cada uno cuenta y es determinante en la atención del paciente. De esta manera, la atención se realizará con éxito y se conseguirán mejores resultados (52).

Dado el alcance que implica conocer el concepto de calidad, es indispensable que la atención sea respetuosa con las preferencias, necesidades y valores de cada uno de los usuarios. Por encima de cualquier otra consideración, el bienestar del paciente debe guiar todas las decisiones clínicas (52).

Estas dimensiones están sustentadas en las competencias de los profesionales que prestan el servicio, es decir, en su idoneidad profesional y en sus calidades personales y humanas. A partir de aquí, es evidente que una organización de salud que tenga el objetivo de prestar servicios de alta calidad en su comunidad tiene que gestionar todas y cada una de estas competencias. De igual manera, es necesario demostrar que la atención brindada a los usuarios cumple con las características de ser efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en el paciente o usuario, así como que cuenta con un equipo humano eficiente y con las competencias necesarias.

Existen formas efectivas de avanzar hacia el objetivo de prestar servicios de atención en salud de alta calidad, como, por ejemplo: implementar un sistema de gestión integral, lograr la acreditación en sistemas de gestión normalizados o adoptar modelos de excelencia, donde sean implementados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y que permitan tener procesos de seguimientos para valoración de su cumplimiento o no (53).

Que los objetivos de garantizar la calidad no sean para atraer clientes, tampoco una forma de promover una organización. Deben representar mucho más que eso, porque deben centrarse en el resultado del compromiso formal de las instituciones como un todo, desde el grupo humano que allí labora, como los recursos

presupuestales, el equipo, las condiciones de la infraestructura física, los elementos y los servicios ofrecidos. Lo cual dará fruto de la buena planeación, de la excelente gestión gerencial y administrativa, de la educación consciente del personal, de la retroalimentación constante, de las intervenciones en la investigación, de la motivación y la voluntad de hacer el servicio de la mejor manera para de esta forma retribuir en la satisfacción al usuario (54).

Todo lo anterior implica que hay una serie de factores que inciden sobre la calidad, tales como la infraestructura de los sistemas de salud, entendiéndose por esto un complejo sistema de recursos, y la forma como éstos se usan para la producción de los servicios, la forma como está organizado el sistema de prestación de servicios, los recursos económicos del sistema y la gestión misma de estos recursos. De ahí, quizás lo más práctico es definir la calidad desde una serie de criterios que se mezclan, dependiendo del entorno en el cual se encuentre el usuario (55).

6.1.2 Discapacidad

Para la OMS la discapacidad es un término general que abarca la falta o limitación de las facultades físicas o mentales que imposibilita el desarrollo de las actividades: "Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive" (56).

Desde el modelo médico, la discapacidad se define como: "Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano" (57).

En Latinoamérica hablar sobre la discapacidad implica una repercusión social y económica, dado que las causas de la discapacidad están asociadas también al uso de drogas, alcohol, accidentes, problemas durante el embarazo o el parto y esto puede incrementarse por factores como la vejez, la pobreza extrema, la desnutrición y la falta de rehabilitación.

6.1.2.1 Tipos de discapacidad

En el año 2001, la OMS (58) describió tres tipos diferentes de discapacidad, los

cuales se observan en la siguiente tabla:

Tabla 1: Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad

Tipos de discapacidad	Descripción
Discapacidad física	Tres tipos: Anomalías en el aparato locomotor o extremidades Deficiencias en el sistema nervioso Alteraciones viscerales
Discapacidad intelectual	Caracterizada por un funcionamiento mental inferior a la media de la población Afecta a la mente y al comportamiento. Puede darse en tres grados: severo, moderado o leve y en retrasos madurativos
Discapacidad sensorial	Relacionada con la vista, el oído y el lenguaje. Diferentes materiales y métodos que hacen que la percepción del mundo que les rodea no sea diferente a la nuestra, como por ejemplo el lenguaje sordomudo, o el <i>braille</i> .

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001).

Con esta división, la OMS unificó los criterios aplicables en la información y servicios de salud para las personas en situación de discapacidad. La necesidad de especificar tales criterios surgió por la falta de información en la clasificación internacional de enfermedades, la cual centraba su análisis en los tipos de enfermedad, pero dejó de lado las repercusiones a las que se enfrentan quienes han padecido y padecen alguna discapacidad (58).

6.1.2.2 Modelos para clasificar la discapacidad

Modelo médico biológico: consideró que algunas enfermedades terminaban en una discapacidad, así que a los efectos secundarios de la enfermedad se les llamó incapacidades (59). En este modelo la discapacidad es la dificultad que tiene una persona debido a una enfermedad o alguna condición de salud, que necesita de la prestación de los servicios de salud individuales por parte de profesionales idóneos.

Para el Modelo médico biológico, la discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales. Dado que este modelo es más clínico y la atención sanitaria se considera como cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud, la investigación se centró en este modelo, para dar respuesta a los objetivos propuestos y de hallazgos encontrados.

Modelo de discapacidad social: la discapacidad no es solo lo referente a la enfermedad de la persona, también es la resultante de las actividades del entorno, lo que origina una relación específica entre una persona con su medio ambiente en particular (60).

Modelo universal de discapacidad: los seres humanos tienen capacidades y fallas, así que sus aptitudes son el factor para estar acorde con las demandas de la sociedad, esto quiere decir que no poseen todas las habilidades que les permitan adaptarse a las diversas demandas que la sociedad y su entorno les plantean (61).

Modelo biopsicosocial: ve la discapacidad como una dificultad inmersa en la sociedad, no como una peculiaridad de la persona. A este modelo se deben agregar los modelos físicos, psicológicos y sociales con una perspectiva humana (60). Además, este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona (61).

6.1.3. Discapacidad visual

La discapacidad visual es la pérdida total o parcial del sentido de la vista, y esta condición suele limitar a las personas que la tienen en la realización de tareas cotidianas y afectar su calidad de vida, así como sus posibilidades de interacción con el mundo circundante. La ceguera, que es la forma más grave de discapacidad visual, puede reducir incluso otras capacidades para realizar tareas cotidianas como la movilidad, la coordinación, la orientación y el equilibrio.

El principal criterio clínico de la discapacidad visual es la agudeza visual en el mejor ojo, que muestra el grado de deficiencia, impedimento o déficit en la función visual. La baja visión abarca la deficiencia [impedimento] visual moderada y severa, que equivalen a agudezas visuales entre 20/60 y 20/200, y de 20/200 a 20/400 (34). En ese sentido, es importante mencionar que la OMS utiliza la Clasificación

Internacional de Enfermedades “en la cual la función visual se subdivide en cuatro niveles: la visión normal; la discapacidad visual moderada; la discapacidad visual grave y la ceguera”. De este grupo a la discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave (Agudeza Visual < 20/60 – 20/400), se les denominan déficit visual; y el déficit visual y la ceguera representan el total de casos de discapacidad visual [$< 20/60$] (62).

6.1.3.1 Elementos de la discapacidad visual

La **agudeza visual** es la capacidad de un sujeto para percibir con claridad y nitidez la forma y la figura de los objetos a determinada distancia. Las personas con agudeza visual normal registran una visión de 20/20. El **campo visual** se refiere a la porción del espacio que un individuo puede ver sin mover la cabeza ni los ojos. Una persona con visión normal tiene un campo visual de 150 grados en plano horizontal y 140 grados en el plano vertical (63).

Desde un aspecto descriptivo, se puede precisar que la discapacidad visual es la carencia, disminución o defectos de la visión. Sin embargo, dentro de la discapacidad visual se pueden establecer las siguientes categorías:

- Ceguera total o amaurosis, es decir, ausencia de respuesta visual.
- Ceguera legal, 20/200 de agudeza visual en el ojo de mayor visión, con correctivos y/o 20° de campo visual.
- Baja visión: Incapacidad en la función visual, incluso después de tratamiento y/o refracción común; con una agudeza visual en el mejor ojo de 20/60 a percepción de luz o con un campo visual inferior a 10° desde el punto de fijación, potencialmente capaz de usar la visión para la planificación y ejecución de tareas (64). La baja visión se clasifica así:
 - Leve: puede percibir objetos pequeños, dibujos y símbolos.
 - Moderada: conserva la percepción de objetos grandes y medianos aun en movimiento, pero sin la capacidad de discriminar detalles especiales o del color.
 - Severa: se presentan defectos morfológicos o funcionales marcados, que, a pesar de percibir luz, no pueden desarrollar actividades como leer, por lo que se hace imperiosa la necesidad de aprender *braille* (64).

6.1.3.2 Grados de visión

Tabla 2: Grados de visión.

Grado de visión	Agudeza visual	Campo visual
Visión normal	20/25	120°
Baja visión moderada	20/60 o menor	60° o menor
Baja visión grave	20/160 o menor	20° o menor
Baja visión profunda	20/400 o menor	10° o menor
Ceguera total	No percepción luminosa	0°

Fuente: Alberti, M. & Romero, L. (2010). Alumnado con discapacidad visual. Barcelona: Graó. Pág. 12.

Para algunas personas con ceguera total es más fácil adaptarse, porque se resignan a su situación, debido a que no existe esperanza de mejoría en su visión, lo que les permite cambiar su estilo de vida de un mundo de oscuridad, como ellas lo llaman, a un mundo en el cual no pueden ver, pero sí percibir, donde la utilización de los otros sentidos tiende a agudizarse por el hecho de sobrevivencia que se manifiesta en el ser humano. En el caso de una persona con baja visión, la aceptación es más compleja porque debe estar en constantes revisiones médicas para incrementar su remanente visual y, cuando este disminuye, es muy común que le cause síntomas de ansiedad o depresión. Es decir, pasa por un proceso más prolongado para la aceptación de su condición.

Es importante resaltar también que es muy común que la persona en situación de discapacidad visual acuda a los centros de salud por otras enfermedades, en apariencia ajenas a su discapacidad, como diabetes, insuficiencia renal o hipertensión arterial. Además, otro dato relevante es que un gran número de personas que tienen ceguera total, tienen un menor porcentaje de discapacidad frente a otras con baja visión (64).

6.1.3.3 Principales causas de discapacidad visual

Las causas que pueden producir ceguera o baja visión son varias y pueden darse en diferentes edades de la vida. Al respecto, la OMS (9), en la 62° Asamblea Mundial de la Salud, realizada en el año 2009, mencionó los siguientes datos: 314 millones de personas del mundo entero viven con discapacidad visual debido a

enfermedades oculares o a errores de refracción no corregidos. De esta cifra 45 millones de personas son ciegas y el 90% de ellas vive en países de ingresos bajos. Asimismo, alrededor de un 65% de las personas con discapacidad visual son mayores de 50 años, un grupo de edad que representa el 20% de la población mundial. Esto significa que, con el continuo envejecimiento de la población en muchos países, irá aumentando en simultáneo el número de personas que corren el riesgo de padecer discapacidades visuales asociadas a la edad (9).

6.1.3.4 Principales patologías

Miopía: es una condición refractiva en la cual las imágenes distantes son proyectadas antes de la retina, dificultando así su visualización nítida (65).

Hipermetropía: error refractivo que resulta por la incongruencia entre la potencia de las dioptrías oculares y la longitud axial del ojo, por lo que la imagen se proyecta posterior a la retina.

Astigmatismo: errores refractivos y se presenta cuando la curvatura de la córnea está alterada, impidiendo la correcta proyección de la imagen sobre la retina, lo que desemboca en una visualización poco nítida.

Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE): afectación de la mácula, la parte del ojo que permite ver los detalles pequeños, no causa dolor, se relaciona con la edad más de 60 años, que avanza tan lentamente que las personas no notan cambio alguno en su visión (65).

La Retinitis Pigmentaria (RP): desórdenes genéticos que afectan la capacidad de la retina para responder a la luz, es hereditaria y causa una pérdida lenta de la visión, comenzando por una La retinitis pigmentaria, cambiando la repuesta de la retina a la luz y dificultando la visión. La mayoría de las personas con RP son legalmente ciegas a los 40 años de edad, con un campo visual central de menos de 20 grados de diámetro. Las mujeres presentan rasgos genéticos y pérdida de la visión con menor frecuencia (66).

Glaucoma: se caracteriza por el incremento de la presión intraocular, excavación y degeneración del disco óptico y típico de las fibras retinales, provocando defectos en el campo visual, se pierde progresivamente la vista si este no se interviene a tiempo (67).

La Neuropatía Óptica Isquémica (NOI): pérdida repentina de la visión central, la visión lateral o ambas debido a una disminución o interrupción del flujo sanguíneo hacia el nervio óptico. Este nervio es el encargado de transmitir impulsos nerviosos desde el ojo hacia el cerebro, donde son interpretados como imágenes (68).

Todas estas patologías no solo generan problemas físicos evidentes, sino que también generan serios problemas psicológicos en quienes las padecen, tales como depresión por la pérdida, ansiedad, pánico y agobio. Adaptarse a un mundo en el cual ya no se puede utilizar la visión para realizar actividades no es nada fácil, puesto que la visión es la responsable de recibir el 80% de la información del entorno. Existen también diversos problemas sociales como la sobrecarga de la limitación visual, lo cual le proporciona al sujeto que padece discapacidad visual un quehacer dicotómico que implica, por una parte, sentirse condenado a recibir un trato diferente como una opción de rechazo y, por otra, la lástima y la compasión de los otros.

6.2 Marco legal

6.2.1 Normas y políticas internacionales

La normativa internacional contempla criterios específicos relacionados con los derechos de las personas en situación de discapacidad. Hay obligaciones especiales en cada uno de los estados, y derechos a quienes se encuentran disminuidos físicamente, en aras prevenir la discapacidad y de propiciar espacios de atención en servicios de salud e integración social.

Dadas las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, adoptada por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, y en apoyo de la OMS, se escogen los siguientes artículos que promueven el uso en la elaboración de políticas internacionales relativas a la discapacidad y la rehabilitación:

Artículo 2: se debe asegurar la prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad y que confieren las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en

igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (69).

Artículo 6: dicta los requerimientos para Mujeres con discapacidad.

1. Los Estados reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (69).

Artículo 9.1: adopta medidas de accesibilidad en personas con discapacidad para que puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Se adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico y a todos los servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.
- b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia (69).

6.2.2 Normas y políticas nacionales

Las leyes, decretos y resoluciones citadas a continuación amparan a las personas en situación de discapacidad en Colombia. Por lo tanto, por intereses de la investigación se hará mención a aquellas que pueden beneficiar a estas personas.

Desde el punto de vista normativo están dadas las condiciones para que las personas en situación de discapacidad puedan acceder al derecho a la salud, tal como se describe en el Decreto 1660 (16 de junio de 2003), en el que se reglamenta la accesibilidad a los modos de transporte de la población en general, y en especial de las personas en situación de discapacidad, a través de las siguientes definiciones especiales:

- **Accesibilidad:** condición que permite en cualquier espacio o ambiente exterior o interior, el fácil y seguro desplazamiento, y la comunicación de la población en general y en particular, de los individuos con discapacidad y movilidad y/o comunicación reducida, ya sea permanente o transitoria.
- **Sensorial Visual:** alteración en las funciones sensoriales, visuales y/o estructuras del ojo o del sistema nervioso, que limitan al individuo en la ejecución de actividades que impliquen el uso exclusivo de la visión.
- **Señalización táctil:** se denomina así aquella que mediante el sentido del tacto es percibida por el usuario. Se puede utilizar el Sistema Braille o mensajes en alto o bajorrelieve, para establecer la comunicación con el usuario a efecto de lograr su actuación (70).

Asimismo, el Decreto 1538 (17 de mayo de 2005) dicta que los elementos del mobiliario urbano instalados a lo largo de las vías peatonales deben ser fácilmente detectables por todas las personas, en especial por las personas invidentes o de baja visión. Para ello se instalará una franja sobre la superficie del piso, de diferente textura al material de la superficie del andén (Artículo 7). Además, los edificios abiertos al público deben cumplir con las siguientes características:

Artículo 9: A. Acceso a las edificaciones.

1. Se permitirá el acceso de perros guía, sillas de ruedas, bastones y demás elementos o ayudas necesarias, por parte de las personas que presenten dificultad o limitación para su movilidad y desplazamiento.
2. Se dispondrá de sistemas de guías e información para las personas invidentes o con visión disminuida que facilite y agilice su desplazamiento seguro y efectivo (71).

A su vez, la Ley 1145 (10 de julio de 2007), estipula la organización del Sistema Nacional de Discapacidad, cuyo objeto es el de impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, con el fin de promocionar y garantizar los derechos fundamentales, en el marco de los derechos humanos. En su Artículo 2 aclara las siguientes definiciones:

Autonomía: es el derecho de las personas con discapacidad de tomar sus propias decisiones y el control de las acciones que las involucran para una mejor calidad de vida, basada dentro de lo posible en la autosuficiencia.

Situación de discapacidad: es el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales y sociales, que pueden afectar la autonomía y la participación de la persona, su núcleo familiar, la comunidad y la población en general en cualquier momento relativo al ciclo vital, como resultado de las interacciones del individuo con el entorno (72).

Por medio de la Ley 1438 (19 de enero 2011) se reforma el sistema general de seguridad social en salud, y se estipula en el Artículo 66 que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud del discapacitado, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en un plan de salud del Ministerio de Protección Social (73).

El Congreso de Colombia mediante la Ley 1618 (27 de febrero de 2013), establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Así que dicta en su artículo 2 los siguientes conceptos:

Inclusión social: Es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Acciones afirmativas: Políticas, medidas o acciones dirigidas a favorecer a personas o grupos con algún tipo de discapacidad, con el fin de eliminar o reducir las desigualdades y barreras de tipo actitudinal, social, cultural o económico que los afectan.

Acceso y accesibilidad: Condiciones y medidas pertinentes que deben cumplir las instalaciones y los servicios de información para adaptar el entorno, productos y servicios, así como los objetos, herramientas y utensilios, con el fin de asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico (22).

6.3 Marco institucional

La ciudad de Medellín está localizada en el Valle de Aburrá, en el centro del departamento de Antioquia; junto a otros nueve municipios conforman el Área

Metropolitana. Es la segunda ciudad más importante del país por su notable desarrollo empresarial, urbanístico, social y cultural. Cuenta con un área total de 328 km², de los cuales 110 km² son suelo urbano y 218 km² son suelo rural. El Valle de Aburrá posee una extensión de 1.152 km².

En el año 2005 el censo poblacional de la ciudad arrojó un resultado de 2'499.080 personas, equivalentes al 67% del total del Área Metropolitana, que tiene una cifra de 3'729.970 de habitantes. Se prevé que para el año 2020 la población de Medellín se incrementará en 434.014 personas, es decir, un promedio de 28.934 habitantes más por año; una tasa de crecimiento media anual de 1.067%, entre 2005-2020. Se espera entonces que para el año 2020 la población de Medellín sea de unos 2.933.094 habitantes (74).

Los sectores urbanos de la ciudad se dividen en 6 zonas, y estas a su vez se dividen en comunas, para un total de 16. Las comunas se dividen en barrios y en áreas institucionales. La ciudad tiene 249 barrios oficiales y 20 áreas institucionales, también cuenta con 5 corregimientos que se constituyen el área rural de la ciudad: AltaVista, San Sebastián de Palmitas, San Antonio de Prado, San Cristóbal, Santa Elena (74).

La ciudad cuenta con la infraestructura y equipamiento urbano de alta calidad como lo es el Hospital Universitario de San Vicente Fundación, que está ubicado en el barrio Sevilla de la comuna 4 (Aranjuez). Es una institución privada sin ánimo de lucro que presta servicios de salud con énfasis en la atención del paciente de alta complejidad, y es una de las instituciones de salud más grandes e importantes de Colombia y Latinoamérica. Además, es el centro hospitalario y docente más importante del departamento de Antioquia (75).

El hospital cuenta con el programa para personas con baja visión desde el año 2002, con un abordaje interdisciplinario que se enfoca en evaluar y brindar información clara “sobre el diagnóstico y alternativas de tratamiento, el estimular habilidades visuales con ayudas ópticas y no ópticas, promover las modificaciones necesarias en el entorno y mejorar la independencia”. Este programa beneficia a todas las personas con baja visión, sin distinción de raza o género, desde bebés prematuros hasta los adultos mayores. También cuenta con el programa interinstitucional de rehabilitación funcional de personas con ceguera, un programa líder desde el 2007, que trabaja desde las estrategias de enfoque integral y esfuerzo conjunto entre las instituciones que participan, la familia y el paciente, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas ciegas (75).

Aunque en la ciudad se han realizado esfuerzos para implementar diferentes programas para la población con discapacidad visual, todavía son mínimas las opciones que se le brindan a la población para favorecer su desarrollo integral y la inclusión social, creando limitaciones de orden social y económico en las personas en situación de discapacidad, sus familias y la comunidad en general. Lo cual demuestra aún más la importancia de tener para Medellín informes más concisos para la implementación de políticas que promuevan los derechos de las personas con discapacidad visual.

7. Metodología

La investigación tuvo lugar en el Hospital Universitario San Vicente Fundación, dirigido por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, anidada en el grupo de Gestión y Políticas de Salud, en la línea de investigación de Políticas Públicas y Salud.

Se realizó un estudio cualitativo con la intención de producir hallazgos a los que normalmente no se llegan por procedimientos estadísticos. Los hallazgos están relacionados con la vida de las personas, las experiencias, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, además de fenómenos culturales y la interacción entre sujeto y sociedad. Por consiguiente, el análisis cualitativo aquí propuesto hace referencia a los procesos no estadísticos de interpretación, que se realizaron con el propósito de descubrir conceptos y relaciones de los datos inherentes para organizarlos en un esquema explicativo teórico.

En los estudios cualitativos, los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible. Es decir, en la metodología el investigador va al escenario y a las personas en una perspectiva holística. Las personas y los escenarios no son reducidos a variables, sino que se consideran como un todo, pues las personas son estudiadas en un contexto temporal de pasado y presente (76). Esta investigación se centró en el método de teoría fundamentada y su enfoque epistemológico de interaccionismo simbólico.

Rock P. (77) define el interaccionismo simbólico de acuerdo a tres premisas: la primera es que las personas actúan en relación a las cosas, a partir del significado

que las cosas tienen para ellas. La segunda dice que el contenido de las cosas se define a partir de la interacción social que la persona tiene con sus conciudadanos. El tercero implica que el contenido es trabajado y modificado a través de un proceso de traducción y evaluación que la persona usa cuando trabaja las cosas con las que se encuentra. Estas premisas contienen un sistema complejo de ideas acerca de cómo es el mundo de cada una de las personas y cómo ellas reaccionan al respecto. En el interaccionismo simbólico, la persona es el centro y solo se puede tener acceso a ella mediante la participación del investigador como un miembro más de su contexto, para así poder descifrar esa relación de la persona con un mundo.

Respecto a la teoría fundamentada, Meléndez, la define como una metodología de análisis que emerge desde los datos, y que tiene por objeto la identificación de procesos sociales básicos, para descubrir aquellos aspectos que son relevantes de una determinada área de estudio. El producto de dicha metodología constituye la formulación de una teoría o hipótesis conceptuales, sobre el tema investigado y el objeto de estudio. Por ello, y debido a que las teorías fundamentadas se basan en los datos, los resultados de la investigación a través de esta metodología suelen ser conocimientos que aumentan la comprensión y proporcionan una guía significativa para la acción (78).

La teoría fundamentada es útil para investigaciones que desean conocer las conductas humanas dentro de diferentes espacios, grupos y otras configuraciones sociales. Y, de esta manera, hacer referencia al poder explicativo en relación con las diferentes conductas humanas dentro de un campo de estudio específico. En este sentido, Giménez, afirmó que la teoría fundamentada es útil para mejorar el entendimiento de un fenómeno estudiado y profundizarlo, porque el aspecto cualitativo de esta metodología favorece el desarrollo de repuestas a fenómenos sociales respecto a lo que está ocurriendo y por qué está ocurriendo (79).

7.1 Selección y descripción de participantes

A continuación, se describen las características que determinaron la conformación de la población y muestra para el estudio.

Población: pacientes mujeres del Hospital Universitario San Vicente Fundación, de la ciudad de Medellín, diagnosticadas con discapacidad visual (A.V inferior a 20/400 y campo visual menor a 10°).

Muestra: el número de participantes se definió de acuerdo al criterio de saturación

teórica de la información, con todas las categorías predeterminadas y las emergentes.

El acceso a los participantes se logró a través del contacto con el Hospital Universitario San Vicente Fundación, su departamento de rehabilitación y con personas en situación de discapacidad visual, a través de la base de datos de la unidad de baja visión del hospital.

Al realizar el análisis de cada una de las categorías se tuvo en cuenta, que la investigación transcurrió por un proceso de entrevista, donde las diferentes candidatas para el estudio se llamaron previamente, dado su contacto por la unidad de baja visión del Hospital, así para dar a conocer el proyecto y conocer su interés en la participación voluntaria del mismo, en total se llamarón 32 mujeres, que cumplieran con los criterios para estar en el estudio, de las cuales 10 no viven en la ciudad de Medellín y el desplazamiento era difícil, dado que su residencia está en el área rural, 5 nunca respondieron el teléfono dado, 5 mujeres tenían otras alteraciones cognitivas y sus familiares no desearon que participaran, una de las candidatas confirmada nunca llegó a la entrevista el día y lugar concretado, por tanto se hicieron efectivas 11 entrevistas con mujeres con discapacidad visual y que cumpliera con los parámetros que el proyecto requería.

7.2 Criterios de participación

- Mujeres con diagnóstico de discapacidad visual (Ceguera o baja visión).
- Mujeres usuarias de los servicios de salud del Hospital Universitario San Vicente Fundación (durante los dos últimos años).
- Mayores de 18 años.
- Que expresaron formalmente su deseo de participar en el estudio.

7.3 Criterios para la no participación

- Mujeres con problemas con la comunicación verbal.
- Mujeres con patologías neurológicas o psiquiátricas.
- Participantes que manifestaron su deseo de retirarse del estudio de manera voluntaria.

7.4 Información técnica

A continuación, se describen las características que determinaron la recolección y el registro de la información para la investigación.

Recolección y registro de la información: la información fue recogida mediante entrevistas a profundidad que se aplicó a las mujeres con discapacidad visual que aceptaron participar en el estudio y que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Fuentes de información: la investigación utilizó la fuente primaria como medio para la obtención de la información de las mujeres con discapacidad visual que acudieron a la atención del Hospital Universitario San Vicente Fundación.

Técnica e instrumento de recolección de información: la guía de entrevista a profundidad permitió adentrarse, penetrar y detallar en lo trascendental de la vida. Asimismo, permitió descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias y alegrías significativas y relevantes de las mismas. La entrevista a profundidad se realizó como una plática entre iguales, se hicieron encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y las mujeres participantes, la cual tuvo una guía de preguntas orientadas al cumplimiento de los objetivos propuestos.

Paso a paso de las fases de recolección de la información: Para la primera fase se realizó un guion de preguntas para la entrevista [Anexo 1], y se fue a campo, donde se conversó con seis participantes hasta lograr la saturación de la información, la cual giraba sobre la atención brindada por parte de los profesionales de salud.

Se decide reestructurar el guion inicial [Anexo 2], y con éste, buscar otra información, sin embargo, la nueva información reafirma las respuestas de las primeras entrevistas. De allí se decide realizar nuevas entrevistas a tres mujeres diferentes de las anteriores, pero se corrobora y ratifica la información de la primera fase. Se ratifica que, para las mujeres con discapacidad visual entrevistadas, los servicios de rehabilitación son los más utilizados (optómetras u oftalmólogos y subespecialidades de la misma área). Algunas solicitan los servicios de otros médicos.

Para la última fase del estudio se hizo otro guion de preguntas [Anexo 3], el cual se orientó a recoger información de los servicios de salud en general, sobre las

instalaciones, el acceso, el personal, los profesionales, el trato recibido, si identificaba el diagnóstico de su enfermedad y si había tenido remisiones.

7.5 Procedimiento de investigación

Para realizar la investigación se siguió el siguiente orden:

- Se solicitó la autorización a los directivos del Hospital San Vicente Fundación para realizar la investigación, quienes asignaron un colaborador, al optómetra especialista en baja visión, que se desempeña en la unidad de rehabilitación, donde se estableció el contacto con las pacientes, desde su base de datos [Anexo 4].
- Se contactaron a las mujeres con discapacidad visual que acudieron al Hospital, a quienes se les explicó el proyecto de investigación. Posteriormente, se les solicitó un consentimiento informado para la entrevista a profundidad y el acceso a la historia clínica [Anexo 5].
- Posterior a la aceptación de participación en la investigación, se hizo una cita previa, indicando la fecha, hora y lugar donde se realizarían las entrevistas a profundidad.
- Se explicó el consentimiento informado y las que estuvieron de acuerdo lo firmaron. Este fue explicado y se pidió autorización para transcribir y grabar la información. Se entregó copia del consentimiento informado y se le entregó los datos del investigador y que podían pedir explicaciones sobre aspectos que no entendieran.
- Una vez aceptadas las condiciones, se iniciaron las entrevistas, estableciendo lazos de confianza, solicitando una información general sobre el nombre, edad, teléfono, tiempo y causa de la discapacidad visual, asimismo se hizo una presentación del investigador. Posteriormente se aplicaron las entrevistas, con una duración de una hora, utilizando el guion de preguntas.

7.5 Tratamiento de los datos

Una vez obtenida la información se procedió a realizar las transcripciones de las entrevistas en texto de Word, posteriormente se hizo la codificación en Excel. Una vez analizada la información se identifican las categorías preestablecidas y emergentes.

Para obtener la información y lograr los objetivos, se tuvo en cuenta la información de la tabla 3.

Tabla 3: Elementos que dan respuesta los objetivos específicos.

Objetivos específicos	Elementos que dan respuesta al objetivo
Describir las características socioeconómicas y demográficas de las mujeres con discapacidad visual, seleccionadas para el estudio, que acuden al Hospital San Vicente Fundación en el año 2018.	Entrevista a profundidad permitió identificar la realidad socioeconómica y demográfica en la población de estudio y conocer los diferentes ámbitos de mayor necesidad y demanda.
Reconocer el tipo de alteración visual que padecen las mujeres con discapacidad y que consultan al Hospital San Vicente Fundación en el año 2018.	La historia clínica fue la herramienta que permitió conocer las características específicas de cada persona y generar la obtención de información valiosa para la investigación, en la intervención de cada uno de los componentes asociados a la discapacidad visual en mujeres que la padecen.
Identificar la percepción de la calidad de los servicios de salud recibidos en el Hospital San Vicente Fundación por mujeres con discapacidad visual durante el 2018.	La entrevista a profundidad permitió ahondar en el conocimiento sobre un determinado proceso, situación o vivencia. En este caso, permitió ahondar sobre la percepción que las mujeres con discapacidad visual tienen sobre la calidad de la atención en los servicios de salud.

7.7 Plan de análisis

Con la información obtenida se procedió a hacer el análisis de contenido por categorías, orientado hacia la comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudiaron (76).

Se organizaron y sistematizaron los datos, se dio un orden a las preguntas, teniendo en cuenta la información suministrada por las mujeres entrevistadas, con el propósito de identificar las categorías predefinidas y emergentes.

Las categorías preestablecidas fueron el contexto social, económico y demográfico, y calidad de la atención en salud.

7.7.1 Conceptualización de las categorías preestablecidas y emergentes del análisis de datos

Mediante la identificación y el análisis de cada una de las respuestas de las participantes, se definieron los temas y categorías que respondieron a los objetivos de la investigación. Por tanto, la validez se estableció como el elemento rector, presente tanto en la construcción del dato como en el análisis e interpretación. Todo esto en coherencia o no coherencia entre los aciertos del investigador respecto a la realidad representada, en la cual la probabilidad de validación estuvo más enlazada con la relativa cercanía de las interpretaciones concernientes a un hecho, o un fenómeno, que con la correspondencia perfecta entre ambas (76).

7.7.2 Implicaciones bioéticas

En toda investigación se demandan unas conductas éticas para el investigador que van desde tener unos compromisos personales y sociales, tanto en los procesos de la investigación, hasta asumir el conocimiento como una práctica social. En este sentido, las consideraciones éticas para esta investigación se centraron en varios aspectos: el primero fue reconocer a las participantes como sujetos de estudio de decisión libre y autónoma para la participación en el proceso. Por esta razón, la relación del investigador con las participantes estuvo mediada por la verdad, de tal manera que la información obtenida les pertenece a ellas mismas (80).

Esta investigación se basó, hasta donde fue posible, en el consentimiento libre y reflexivo de la población en estudio y, así mismo, la responsabilidad del propósito de la investigación para la divulgación de los resultados.

Las participantes del estudio fueron contactadas a través de información del hospital y del servicio médico que se presta en la institución. Las entrevistas se llevaron a cabo en las instalaciones del Hospital San Vicente Fundación, donde las participantes acudieron a sus servicios. También se contó con el apoyo psicológico del personal de la institución en los casos en los que fue necesario. Todo el material grabado o registrado posteriormente a su transcripción fue eliminado y solo quedó guardado por medio de códigos, de esta manera se protegió la identidad de las participantes.

Con la intención de no vulnerar ningún derecho a ninguna paciente con discapacidad visual, fue necesario informar al hospital sobre los alcances de la investigación para que, de esta manera, hiciera su propio análisis de la situación y pudiera identificar si existían falencias que pudieran afectar los derechos de las estas mujeres. En este sentido, lo que se buscó fue que el Hospital pudiese identificar si había algún tipo de riesgo y se pudiera estimar a tiempo la mitigación de este.

Teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, en su Artículo 11, el presente estudio se clasificó como una investigación con riesgo mínimo, puesto que los participantes no fueron sometidos a intervenciones que pusieran en riesgo su integridad física, aun así, se tuvo en cuenta que la entrevista podría causar alteraciones emocionales a las mujeres participantes (81). Por consiguiente, se respetaron y emplearon los siguientes principios:

Principio de beneficencia: se buscó el bien para las personas que participaron en la investigación, reduciendo al mínimo los riesgos de cada una de ellas. La participación en este proyecto no condujo a ningún riesgo de la integridad física. La investigación trajo beneficios sociales para las personas con discapacidad visual, puesto que contribuyó con la formulación de lineamientos de políticas públicas en salud, y propició la creación de beneficios directos sobre las personas en situación de discapacidad visual en Colombia.

Principio de autonomía: se respetó el derecho de toda persona a decidir por sí misma en todo lo que le afecta directa o indirectamente sobre su persona. Por tanto,

la participación en esta investigación fue totalmente voluntaria, sin la imposición de la voluntad por parte de la familia o del investigador

Privacidad y confidencialidad: se tuvo en cuenta toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las personas que participaron en la investigación y la confidencialidad de su información personal, consignada en cada una de sus historias clínicas.

Principio de no maleficencia: las participantes fueron plenamente informadas de todas las técnicas de recolección requeridas en la investigación y el uso que se les dio a cada uno de los datos suministrados. Se le dio respuesta también a las explicaciones solicitadas por las participantes en la investigación, en cuanto a la marcha de los objetivos, métodos e interpretaciones de la información. Del mismo modo no se revelaron los datos personales ni ninguna información que pusiera en evidencia a las participantes del estudio. Es decir, la información proporcionada no se usó con fines diferentes a los de la investigación.

Principio de justicia: toda persona tiene derecho a que la distribución de los beneficios y riesgos sean repartidos de manera equitativa. Por tanto, esta investigación no discriminó ninguna condición de raza o socio-cultural, propendiendo por igual oportunidad de participación. Asimismo, se trató a cada persona de acuerdo con lo moralmente correcto y apropiado (77).

7.7.3 Factibilidad del proyecto

La presente investigación fue factible y viable en su desarrollo, pues cumplió con los estándares para su ejecución e integró los aspectos necesarios para su realización.

Factibilidad operativa: el estudio contó con la aprobación del comité de la Universidad de Antioquia para entrar a evaluación en el comité del Hospital San Vicente Fundación, el cual aprobó y dio el visto bueno para todo el desarrollo de la investigación. Además, todas las participantes manifestaron y dieron su consentimiento para ser parte del proceso.

Factibilidad técnica: la investigación contó con los recursos necesarios, el sistema de análisis de la Universidad de Antioquia y los demás elementos aportados por el investigador, como el lugar para realizar la recolección de la información.

Factibilidad económica: los recursos económicos y financieros para desarrollar el proyecto fueron un aporte de la línea de investigación a la que pertenezco, junto con recursos propios del investigador y el tiempo dedicado a esta.

Viabilidad: un primer contacto con el doctor Fabián James, Director de Investigación del Hospital San Vicente Fundación, dio como resultado una respuesta en la que se manifestó que todo proyecto de investigación de estudiantes de pregrado o posgrado (especialización, maestría o doctorado), de cualquier universidad, debe ser aprobado por la Dirección de Investigaciones de San Vicente Fundación antes de ser sometido al Comité de Ética de la Investigación. En este sentido, la presente investigación contó con todos los avales y aprobaciones correspondientes.

8. Resultados

Al describir los hallazgos de la investigación, como autor puedo referirme al increíble trabajo que se realizó con la población de estudio, y como esto generó transformaciones en mi diario quehacer desde mi profesión, dado que el estudio muestra la necesidad principal que tienen estas mujeres de ser escuchadas y atendidas de manera amable en cada uno de los consultorios, pasillos, recepciones, porterías y demás aspectos que relacionados con el área para la prestación integral de los servicios de salud, es bastante evidente que las mujeres con discapacidad visual, relacionan el servicio de salud con los servicios de rehabilitación que el hospital les brinda, debido al impacto que genera este servicio en sus vida y en su condición de discapacidad visual, siendo un referente principal por ser el único servicio de sanidad que utilizan en el momento.

8.1 Descripción sociodemográfica

La composición demográfica es un factor importante para los resultados de la investigación, donde se conocen los niveles socioeconómicos de las participantes del estudio y su rol en la sociedad, como también el acompañamiento que tienen por parte de familiares, amigos y vecinos. Lo que permite visibilizar la posición de estas mujeres dentro de la sociedad, un factor para el mejoramiento de tratamientos y de aceptación de las nuevas condiciones de vida. En este caso la discapacidad visual.

Las mujeres del estudio residen en barrios de estratos dos al seis, que se encuentran entre el centro y sur del área metropolitana del Valle de Aburrá. Algunas conviven con sus hijos o esposos, los cuales hacen parte de la red de apoyo de todo el proceso de adaptación a la nueva condición de vida. Solo hubo un caso en el que la participante vive en un centro geriátrico, pero el apoyo del personal es grande, al igual que el de su hija que no vive en la ciudad.

Las mujeres que no poseen apoyo para realizar sus quehaceres diarios son más autosuficientes que aquellas que tienen quien les colabore. Este aspecto es importante resaltar dado que el impacto de la nueva condición visual para las primeras no se vio afectado y su vida transcurre en relativa normalidad. Así dice una de ellas: “Plancho, lavo y no me corto, no me he caído. Vea lo que le iba a decir, la hija mía vino, pues cayó un aguacero, tenía las ventanas abiertas. Un aguacero tan horrible, y yo ¡ay! se largó aguacero; me levanté de la cama a entrar la ropa, se mojó esa ropa y salí corriendo por esas escalas oscuras y me dijo: Amá, estás loca, cómo se le ocurre bajar por esas escalas corriendo” (1.13.1).

Por el contrario, el comportamiento de las mujeres que han tenido a su lado a familiares o cuidadores y su nueva condición reafirma este apego en las actividades de sus hogares, como lo expresó la misma paciente: “Lo que tengo es una hija que todo me lo pone en la mano, como me gusta a mí” (6.4.6).

En el grupo de mujeres estudiadas se evidenció una diferencia en la carga económica, debido que en su gran mayoría es aportado por sus familiares, esposos, hermanos y sus hijos e hijas, puesto que las mujeres derivan su sustento para sus necesidades básicas. Y, aunque para ellas no ha sido bueno depender económicamente de sus hijos, pero es una alternativa para sobrevivir, como lo expresó una participante: “Empecé a depender de mi hija que ha sido una cosa horrible” (2.1.4).

Para muchas las mujeres con discapacidad visual, el hecho de depender de otros para vivir, no ha sido lo más adecuado. Además, los desplazamientos a terapias, controles o citas médicas, necesitan de un acompañante, que puede ser un familiar, una vecina, una amiga, que hacen parte de su red de apoyo como lo comenta una de las participantes: “A las citas médicas, siempre voy acompañada de mi esposo o mi hijo” (9.1.3). Asimismo, en caso particulares, cuando los familiares no hacen parte de la ayuda en los procesos de salud de estas mujeres, ellas sienten esa falta de ayuda como algo importante en su condición: “No he tenido apoyo ni ayuda de mis familiares, pues cuando estaba en tratamiento de quimioterapia llegaba a mi casa a hacer de comer” (10.14.2).

Algunas de ellas no tienen este apoyo y se movilizan solas, con un poco de independencia porque tienen un grado de visión que les permite un desplazamiento menos reducido. Esta es un factor importante, incluso viviendo con sus familiares, puesto que la vida transcurre con “normalidad” y sus ocupaciones las realizan ellas mismas: “Yo me mantengo arreglando la cocina, lavando, yo hago de todo. Yo no quiero estar por ahí sentada, yo le digo a la hija mía: deje que yo hago esto” (7.13.4). Existe, además, otro factor como la soledad e intranquilidad que manifiestan algunas de ellas cuando se encuentran solas en casa, que puede ser debido a su nueva condición o porque está acostumbrada a estar acompañada siempre. “Imagínese que mi esposo o la hija mía salen, yo me siento sola, una soledad tan rara y esto sucede desde cuándo me dijeron que debía usar bordón” (7.13.1).

Para otras mujeres ha sido un proceso muy fuerte el tener que adaptarse a su nueva condición y manifiestan que no tienen otra opción más que adecuarse a la nueva situación: “A mí me ha dado muy duro aceptar que estoy con este problema, pero ya lo acepté y sigo adelante” (8.21.5). A pesar de que desarrollan diferentes actividades para distraerse y mejorar su calidad de vida, no les resulta complaciente, como lo manifiesta una de ellas: “Yo trato de salir y pasar bueno, pero no es lo mismo, ya no siento como alegría” (3.8.1).

Es importante resaltar que la mayoría de las participantes están afiliadas a una Empresa Promotoras de Salud (EPS), la mayoría de los servicios han sido prestados por estas entidades y han sido agradables y eficientes que responden a sus necesidades: “Para mí todo ha salido bien, nunca mal, me han atendido muy bien, no tengo queja de la EPS” (10.1.1). “Yo me siento súper bien atendida por la EPS. Es muy buena EPS” (1.3.10).

8.2 Reconocimiento de la alteración visual de las participantes

La baja visión se encuentra dentro de los problemas de discapacidades visuales, lo que implica una pérdida de la agudeza visual y del campo visual que implica la incapacidad de realizar algunas tareas del quehacer diario.

En este estudio participaron 11 mujeres que consultan al Hospital San Vicente, cuyas edades están entre 49 y 87 años, diagnosticadas:

Seis mujeres con Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE), una alteración en la mácula, la parte más sensible del ojo, donde se forman los detalles más finos de la visión. Su desgaste se debe a la reducción del grosor de la mácula por la edad. Es una patología prevenible con los controles, además la persona con esta discapacidad puede llevar una vida saludable con buenos hábitos alimenticios para evitar el desgaste severo de la mácula.

Dos mujeres con Retinosis Pigmentaria, que es un conjunto de enfermedades oculares de origen genético y degenerativo. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la retina, la encargada de focalizar la luz y con ella sus células principales: los conos, responsables de la visión del color y los bastones que permite la visión nocturna. Esta patología no es prevenible ya que es de origen genético y carácter progresivo.

Y dos mujeres con Glaucoma, cuya patología es un conjunto de alteraciones oculares, que pueden estar relacionadas o no con el aumento de la presión ocular, aumento de la excavación del disco óptico, responsable de la conexión del ojo con el cerebro, pérdida de la visión periférica (campo visual), y cierre o aumento del ángulo camerular, donde se drena el humor acuoso, que es líquido que nutre y oxigena las estructuras del globo ocular que no tienen aporte sanguíneo, como la córnea y el cristalino. El glaucoma es prevenible con diagnóstico previo y tratamiento adecuado a su grado.

Una mujer fue diagnosticada con una Neuropatía Isquémica, que es la pérdida de suministro de sangre al nervio óptico, el cual se encarga de enviar los impulsos nerviosos del ojo al cerebro, para la interpretación de la imagen. Al no estar sano, la visión no es posible. La prevención de esta patología ocular no existe, pero sí de sus factores de riesgos, como la hipertensión, diabetes, arterioesclerosis, entre otros.

8.3 Percepción de las mujeres entrevistadas sobre la calidad de los servicios de salud

8.3.1 Categorías descriptivas emergentes de la codificación abierta

Estas categorías surgen de la primera codificación abierta, encontrándose ocho, posteriormente se ampliaron con la segunda y tercera fase del estudio, como se observa en la figura 1.



Figura 1. Red de categorías descriptivas iniciales.

8.3.2 Categorías analíticas emergentes de la codificación axial

Al realizar la segunda fase, se produjo nueva información, con la codificación axial logrando agrupar en tres categorías, como se indica en la siguiente figura:



Figura 2. Categorías analíticas.

8.3.3 Categorías interpretativas emergentes de la codificación selectiva y elaboración de matriz que relaciona las tres categorías

Las categorías analíticas fueron condensadas con la codificación selectiva que se aplicó al último grupo de mujeres (tercera fase), con lo cual se logró la saturación de las tres categorías. Para el cumplimiento de los objetivos, se hizo un nuevo análisis con una mirada más profunda de las categorías analíticas. A continuación, se describen las categorías interpretativas emergentes.

- **Calidad de la atención brindada por los profesionales de salud según percepción de las pacientes: “una medicina humanitaria”**

Un aspecto fundamental de la calidad de los servicios de salud es la relación médico-paciente, la cual se fundamenta en una comunicación clara y pertinente sobre la situación de salud del paciente y su tratamiento, en un trato amable y en la escucha, con el propósito de estrechar vínculos que les permita coadyuvar a la mejoría del estado de salud. De ahí la importancia, para que el médico reflexione en su práctica diaria sobre sus actitudes, con el fin de evitar el rompimiento de la relación médico-paciente.

Las mujeres con discapacidad visual necesitan sentirse bien atendidas durante la consulta, dado que ellas consideran un servicio de calidad cuando las llaman por su nombre, las saludan, les dan un trato amable e identifican su diagnóstico, porque son mujeres que tienen una afectación emocional por la pérdida y disminución de

su capacidad visual, siendo más susceptibles a las actitudes y comportamiento del personal de salud. Por estas razones solicitan amabilidad, comprensión y un trato diferencial, como lo expresó una paciente en entrevista: “Yo digo que a las mujeres nos deben tratar con delicadeza” (7.6.9).

La percepción de las mujeres con discapacidad visual respecto a la relación con los profesionales de salud, manifiestan que debe estar enmarcada en un mayor interés por su salud, ayudar a su tratamiento y proponer servicios de salud que sean más coherentes con su situación y que estén a su alcance. Por ejemplo, el tiempo de consulta debe ajustarse según la necesidad de cada paciente para que sea escuchada y den respuesta a sus preguntas, aclararen las dudas y que den un trato humanizado para establecer una relación de empatía entre paciente y médico. Evitando situaciones como la narrada por una paciente: “Doctor, se puede hacer algo más, la respuesta del doctor fue “no nada”. Esa respuesta seca, me indica que no quiere que le pregunte más (2.7.1).

Por el contrario, cuando existe una buena relación entre el médico y la paciente, se observa la expresión y el semblante agradable. Como lo percibe una de ellas: “Excelentes personas para atenderlo a uno, muy formales, ellos son muy especiales con uno” (5.4.7), “Este médico me ha devuelto, avemaría, si él supiera, me ha devuelto la paz, la tranquilidad, mi alegría, mi seguridad, me ha devuelto todo” (6.8.4). Estas expresiones constituyen elementos de calidad percibidos por las mujeres con discapacidad visual. Además, manifiestan que la atención de calidad incluye la preocupación de los profesionales por el estado de salud de dichas mujeres y la atención oportuna para que disminuya el deterioro de su estado visual.

La calidad incluye según sus percepciones, que sean asequibles desde el punto de vista socioeconómico, que no haya diferenciación entre los regímenes, sino que, tengan acceso igual para que no haya discriminación por capacidad de pago. Otro aspecto fundamental percibido por las pacientes fue el factor económico, comentan que priman la rentabilidad económica sobre la rentabilidad social. Existen procedimientos de alta complejidad, pero la praxis inadecuada genera inconformidad en las pacientes que perciben falta de idoneidad en algunos profesionales. Como comenta una paciente: “Con mucho respeto por los profesionales, pero es la verdad, debió haber dicho: yo me siento incapaz de operarla, pero lo hizo solo por dinero” (7.6.2).

Las mujeres entrevistadas comentan que muchos profesionales a pesar de tener un alto nivel académico, no son capaces de explicar los tratamientos, procedimientos y alcance de las terapias, llegando en ocasiones a ser incultos e irrespetuosos. Las

pacientes asumen las sugerencias de ellos como una obligación o una orden, porque temen que, al no aceptarlas, los especialistas piensen que es un desacato, pero, las pacientes no acatan dichas recomendaciones, como le sucedió a una paciente: “Venga sola o no la atendemos, traiga el bordón o no venga. Y yo: no Doctor, tranquilo, yo todo lo que usted me diga yo lo hago. Por no ser maleducada, pero sí... uno debe respetar a los demás y yo le dije: Sí Doctor, yo vengo. Pero no vine hasta que tú me llamaste” (7.8.3). Por el contrario, existen profesionales de salud, que buscan formas para intervenir en el bienestar de sus pacientes, agilizan los tratamientos y buscan la mejor solución para la situación, ya sea dentro o fuera de la institución, cooperando para que el proceso culmine con éxito, como lo narra una paciente: “Porque a pesar de estar en la EPS, el mismo médico cogió el teléfono y consiguió la cita, fui en la tarde y al otro día me dieron la cita. Es raro, puesto que es muy difícil en las EPS; si es una pre-pagada es más fácil o si particularmente, pero con la EPS yo considero me han atendido muy bien” (8.8.1).

Las pacientes esperan amabilidad y cordialidad en la consulta y una atención integral de sus necesidades, basada en una relación efectiva y continua médico-paciente, lo cual tiene impacto positivo en su recuperación: “El médico que me está atendiendo ahora es un amor, es un amor ese médico, yo como para pasarme a otra EPS nunca lo voy a hacer, porque esa EPS es muy buena” (7.9.4). Este comentario demuestra la conformidad de la paciente con su entidad promotora y el personal de salud.

Pero perciben que en el sistema de salud actual se presentan ciertas prácticas que van en contravía del interés del paciente, como el hecho de que los médicos inviertan mucho tiempo en diligenciar varios documentos y pierdan la oportunidad de atender al paciente con mayor calidez y calidad. Esto produce una relación de tensión entre el médico y la paciente, debido a que el médico se sienta en su escritorio, no hace el examen físico de la persona, lee la historia clínica, toma los datos que el sistema le brinda para los tratamientos y remisiones. “Vio la historia clínica y sacó los datos necesarios, escribió y me remitió” (8.4.3).

También la falta de actualización, la monotonía del día a día y la gran demanda de pacientes, inciden en que los profesionales de la salud tengan expresiones que afectan emocionalmente a sus pacientes, utilizando un lenguaje no acorde con la situación, atribuyendo la culpabilidad o el poco cuidado a los mismos pacientes por sus diversas afectaciones. “Usted se quedó ciega por descuidada, vaya allí y pida la copia de la historia y vaya a la clínica el miércoles a las ocho de la mañana con tres millones de pesos. La espero para empezar a ponerle las inyecciones” (8.21.1).

A mí me mandaron para allá, dizque usted ya no tiene arreglo, a usted ya la echaron de aquí, aquí no le puedo hacer nada y ya también la echaron de la clínica. Era como templadita” (1.8.5). Estas actitudes de los profesionales, y más en los especialistas, hacen que los pacientes desistan de continuar con los controles y tratamientos produciendo la pérdida de interés por su patología, como lo manifiesta la paciente: “No volví a asistir donde la especialista por el trato que me dio” (8.21.4).

Durante la consulta es indispensable generar confianza en la relación médico-paciente, mediante expresiones amables al momento de explicarles a los pacientes sobre algunos elementos que deben utilizar para apoyar su rehabilitación y que se logren los resultados esperados. Algunas ayudas no producen comodidad y seguridad, de ahí la importancia de insistir en la paciente su aceptación y despejarle todas las dudas para que acepte el apoyo brindado y no presenten rechazos: “El doctor me dijo a mí que yo necesitaba el bastón y todo. Yo me sentí tan triste y tan sola, yo me sentí sin compañía ninguna” (7.12.3)

Además, perciben las pacientes que no hay continuidad de los profesionales de la salud, afectando la familiaridad y confianza en la relación establecida entre profesionales y pacientes. Por otra parte, reclaman la sinceridad en el diagnóstico y tratamiento, de manera que la paciente pueda aceptar poco a poco la condición de su patología. Esto también es reconocido por las pacientes como un atributo de la calidad en la prestación de los servicios: “Para mí un médico de calidad, yo lo considero que es franco al decirle a uno lo que tiene... y que sabe para dónde va” (2.8.3). El papel de cada uno de los miembros del equipo de salud, determina la calidad de los servicios de salud, la cual va desde el trato respetuoso, amable y sincero hasta la capacidad científica y técnica para la atención, buscan una atención humanizada. “Siempre he visto que los médicos para ser médicos tienen que tener esa parte humanitaria, esa parte del contacto con el otro, del sentir del otro” (9.6.6). “Doctor, usted con ese genio cómo hace para estar aquí, ¿usted trae sus problemas de la casa aquí? No, no los traiga aquí” (10.3.3).

Según los anteriores comentarios en esta categoría interpretativa se comprende que más que la calidad científica y técnica de los profesionales de la salud, las pacientes necesitan de un trato humano, acorde con sus derechos y manifiestan abiertamente la necesidad de rescatar la calidad humana en todos los procesos de salud. Desde el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y controles requeridos, es imprescindible recuperar la calidad humana. En la figura 3, se hace un resumen de la categoría descrita.

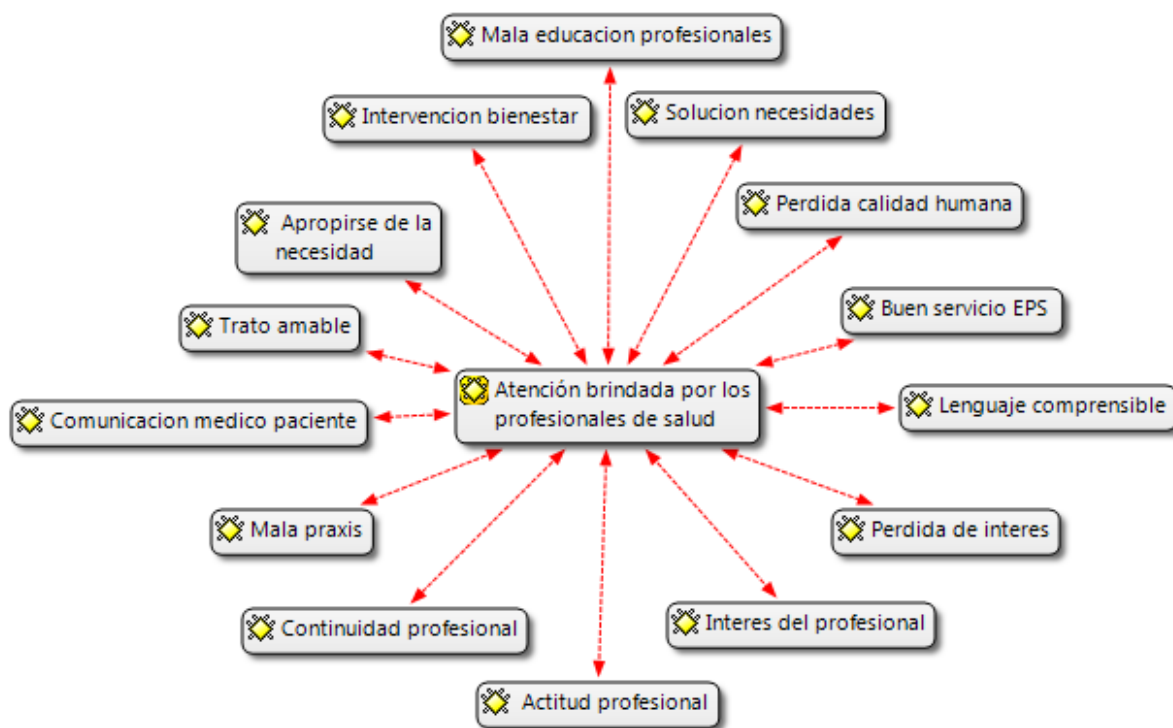


Figura 3. Categoría interpretativa (Atención brindada por los profesionales de salud).

- **La calidad percibida sobre el diagnóstico y el sitio de atención**

La paciente debe estar informada desde el inicio de la atención sobre el diagnóstico, tratamiento, el especialista que la va a atender y el lugar donde recibirá los servicios puesto que esto le da confianza en el servicio. Los aspectos anteriores posibilitan una mejor relación positiva con la clínica y los médicos, obteniendo más colaboración en la rehabilitación de las pacientes. Una de ellas hace el siguiente comentario al respecto: “El estar informada acerca de mi enfermedad, me permitió estar más preparada para recibir el diagnóstico y aceptarlo con mayor facilidad” (9.6.2). Sin embargo, existen patologías asintomáticas con evolución rápida, siendo difícil un diagnóstico oportuno debido a falta de controles regulares, falta de información sobre la alteración que se padece y de sus consecuencias, como lo dijo una paciente: “Yo me quedé un tiempo sin visitar los doctores de las vistas, hasta ahora últimamente” (5.1.2).

El objetivo de los servicios de salud es la mejoría de la paciente, con un equipo profesional fortalecido, con herramientas necesarias para la prestación efectiva,

eficaz y adecuada de los servicios de salud y tener una relación directa con la EPS, para cuando requieran de remisiones para obtener servicios más específicos, porque ahora hay una “falta de información sobre servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad visual” (2.8.2). Los trámites administrativos en la EPS, para obtener autorización para exámenes, cirugías y atención por el especialista son muy demorados y dispendiosos, lo cual preocupa a las pacientes, porque la demora ocasiona daños irreversibles y desgastes en tratamientos largos. A veces pierden el interés por su enfermedad y abandonan el tratamiento. “Me preocupa la autorización que tengo pendiente, porque siento temor que la enfermedad pase al ojo izquierdo” (4.5.4), “Desde hace 2 años, estoy luchando por el diagnóstico luego de haber sido operada de catarata, estoy cansada” (1.9.6).

El portafolio de servicios de las instituciones, debe ser conocido por las pacientes, para estar informadas y familiarizarse con la institución, esto les da confianza y mayor acercamiento con los profesionales de salud que prestan los servicios. Así lo comenta una paciente: “Yo iba con una prevención muy horrible, porque no es fácil haber tenido la visión y después no ver nada, eso es muy difícil, pero cuando llegué, encontré gente con mucha calidez. Me dijeron ¿para dónde vas?, no tengo palabras para describir a todos, son como angelitos... Sí, es una calidez de la gente, es algo muy hermoso” (2.8.1)

La ceguera es una condición de difícil aceptación por las pacientes, puesto que ellas tuvieron la visión, pero la perdieron por diferentes patologías por eso demandan mayor comprensión y colaboración por parte de los profesionales de salud, porque algunas tienen trastornos psicológicos y psiquiátricos y muestran comportamientos inadecuados. “Vengo bajita muy bajita, porque yo conservaba la esperanza de que me dijeran que yo si iba a ver” (2.2.2). La atención es necesario que sea diferenciada y humanizada para colaborar con el proceso de aceptación de la nueva condición de vida, y evitar expresiones como: “Es que usted sabe que día a día va perdiendo más visión”, como quien dice: “usted va a llegar el momento en que no va a ver nada” (8.16.2).

El Hospital San Vicente Fundación, es una institución de gran reconocimiento local y nacional, es punto de referencia para diferentes intervenciones de media y alta complejidad, donde el solo hecho de mencionar su nombre, las pacientes y familiares sienten confianza en el servicio y en sus profesionales por su atención rápida y de alta calidad, como lo manifiesta una de las pacientes: “Primera vez que iba al hospital a un tratamiento y a mí me pareció muy buena la atención” (3.1.1). “Lo atienden a uno muy bien y le dan las citas muy rápido” (3.1.2). “Recomiendo los servicios del hospital porque son muy buenos, las personas que realizan las terapias

son excelentes, pacientes y delicados en la atención” (5.9.3); “Confía que el tratamiento que le brinda el hospital le va a favorecer para defenderse mucho mejor” (8.23.3). “Todo ha sido excelente, todas las personas, ese calor humano, no me han hecho esperar mucho tiempo, todo, para mí, todo ha sido excelente” (6.7.3).

Esta institución, durante su existencia se ha caracterizado por su trato humanizado, y las pacientes se sienten beneficiadas de recibir los tratamientos en esta institución y lo demuestran en los comentarios positivos al respecto: “Es que el San Vicente siempre ha tenido una calidad humana en cuestiones de trato” (9.11.1). “Muy bien, a mí me parece como que allá si sabe seleccionar la gente para la atención al público porque es que yo pienso que cuando una persona tiene esa caridad y ese amor por el otro, ahí es donde atiende al otro como si fuera el mismo, o sea, se personaliza de la atención al otro” (9.11.3).

Algunas mujeres hacen sus comentarios sobre las empresas promotoras de salud otras instituciones prestadoras de servicios de salud y la confunden con las IPS, sin embargo, hacen comentarios positivos y negativos acerca de la EPS, en la cual están afiliadas. “Pues en mi EPS me han atendido muy bien, excelente servicio, porque yo de mi EPS no tengo quejas” (5.5.7). “Yo sufro de azúcar, voy allá, me entregan ahí mismo la droga, el doctor me formula y dice vaya mañana y la retira, muy buena atención en el seguro” (7.9.1). “Cuando uno llega donde una persona que lo atiende bien, eso es un alivio, como otro remedio” (9.13.2). Pero otra comenta que “Hay EPS que no les interesa el bienestar sino cumplir con lo que les toca, no tan bien” (9.12.2).

También existe personal de salud que tiene temperamento muy fuerte para dirigirse a las pacientes que las someten, quienes procuran ser cordiales para evitar molestias como se puede entender en el siguiente comentario: “Pues, que lo atienden a uno muy bien... hay personas a quienes hay que comprarles el genio primero para poder hacer alguna pregunta” (5.4.6). “Errónea la atención de las recepcionistas, y no tienen en cuenta su discapacidad visual” (7.10.2) y su trato es grosero cuando los pacientes no entienden las indicaciones dadas: “Señorita, a dónde llevo... - ¡Ya le dije a dónde! -, le dicen así duro: ya le dije a dónde, ¡ay! esa señora no entiende” (10.1.6).

Las mujeres con discapacidad visual, tienen limitaciones para ubicarse en los espacios o diligenciar documentos requeridos por el personal auxiliar sin que éste lo entienda, los comentarios indican la falta de respeto de dicho personal. “No, aquí no hay preferencia por nadie, vas a pedir el ficho como sea” (7.10.3). “Si uno está muy enfermo lo atienden ligerito, pero para pedir un ficho usted tiene que esperar,

esté ciego, se esté muriendo, como esté” (7.10.7). Se deduce que éste personal no está preparado, para atender a las personas con discapacidad visual. La opinión de una de ellas al respecto lo demuestra: “Consideración con usted no, allá le dicen: qué pena, todo el mundo tiene que esperar” (7.10.5). “Pero si deben ver que, si uno es discapacitado, lo deben atender, pero a veces nos dejan en cualquier parte y atienden mejor a las personas que ven más que uno” (7.11.3). “Un servicio de calidad es cuando la atienden oportunamente y le brindan un adecuado tratamiento y los pacientes ciegos deben tener preferencia en lo posible por su condición” (8.13.5). Una persona menciona que la limpieza de los centros de salud es necesario para evitar riesgos. “Lo que más me ha agradado de los servicios recibidos en salud ha sido la higiene” (10.7.7). “Los baños de la EPS muy aseados, porque la encargada del aseo está pendiente” (10.7.8).

9. Discusión

La calidad en la prestación de los servicios de salud se define a partir de una relación dialógica entre personal médico y paciente. No hay manera de definir este concepto por fuera de esta relación puesto que, como hemos visto hasta ahora, por muchos méritos laborales y académicos que tenga el personal, por muy sofisticados que sean los equipos de diagnóstico, por muy ágiles que lleguen a ser los procesos administrativos, lo más importante es el trato ético y humano que se da en esa relación. Sin embargo, esa relación se ha transformado con el pasar del tiempo, siendo necesario una reflexión crítica al respecto, dado que esa relación es definitoria y fundamental en los procesos de aceptación, adaptación y sanación de las pacientes, más aún en mujeres con discapacidad visual que tienen problemas físicos, familiares, sociales y culturales.

La discapacidad visual trae consigo duros episodios emocionales en los procesos de aceptación y adaptación de su nueva condición, significando un cambio abrupto en sus vidas, en la relación con las personas de su grupo familiar (82). La visión permite entablar una relación más precisa con el entorno y permite desarrollar las capacidades de elección y decisión de manera más segura, por tanto, la discapacidad visual va más allá de presentar una anomalía o una patología, debido que es una reconfiguración de toda la dinámica social y familiar de la paciente. Por tanto, estas mujeres con discapacidad visual requieren de un acompañamiento efectivo para su movilidad y desplazamiento, un acompañamiento humano, cercano

y solidario de todos aquellos que directa o indirectamente, intervienen y participan en la atención.

La calidad involucra un conjunto de acciones de los centros de atención, de los profesionales de salud, de las EPS, del personal auxiliar y administrativo que labora allí, para prestar un mejor servicio, con los más altos estándares de calidad. Si bien la calidad en los servicios de salud, centra su mayor peso en la relación médico - paciente, la calidad tiene varios atributos que configuran una especie de red o tejido que cumple una función fundamental para el proceso de atención, incluyendo las acciones de las instituciones de salud, los profesionales administrativos y de salud y las familias.

La medicina está muy centrada en el modelo biológico, que considera su accionar en relación a la existencia, medicación y las enfermedades, el desarrollo de nuevas tecnologías que mejoran el quehacer médico, pero han olvidado el lado humano de la atención en salud. Lo paradójico es que por más avance científico y administrativo que tiene la medicina día a día, no es igualmente proporcional al avance del trato ético (83). De hecho, es cada vez más común una práctica médica con pérdida de valores, que tiene como consecuencia el deterioro de la relación médico- paciente, siendo necesario la integración de los valores humanistas a los contenidos científicos para poder encontrar el punto de equilibrio entre los avances y el respeto a la dignidad y a la vida del ser humano (84).

Es importante que los profesionales de salud no solo cuenten con una formación académica y científica adecuada, sino con una formación ética que les permita tener compromisos reales con los pacientes, a partir de una comprensión y un reconocimiento como ser humano con necesidades. De hecho, un paciente perdona con mayor facilidad un mal diagnóstico o tratamiento, pero lo que no admite es una mala actitud o grosería por parte de los profesionales de salud. Los tratos poco amables, la insolidaridad y falta de empatía tienen una consecuencia grave para la paciente que es la pérdida de interés por consultar a los especialistas, al punto de descuidar el tratamiento médico por no tolerar o enfrentarse a tratos inadecuados. Además, los malos tratos no se refieren solo a los médicos sino al personal que trabaja en el ámbito administrativo de las instituciones y las EPS (85). La calidad en los servicios de salud se mide no solo con aspectos cuantitativos, sino que la percepción de las usuarias, se convierte en una información relevante de la atención recibida, que permite la conocer la satisfacción o insatisfacción

Las instituciones de salud y las EPS del sistema de salud no pueden concebirse únicamente como un centro de facturación económica, sino como un entramado de relaciones humanas que da repuestas efectivas y amables a las necesidades de las pacientes. Durante las dos últimas décadas, la calidad se ha convertido en una categoría de especial interés tanto para la academia como para las prestadoras de salud, debido al impacto que ésta tiene en la atención y en la vida de las pacientes y no solo una dinámica de costos y presupuesto (86).

Otro aspecto central en la discusión sobre la calidad en los servicios de salud es la continuidad del médico (médico de familia) en el control y tratamiento de las pacientes, siendo un factor importante al momento de valorar la calidad de los servicios, debido a que esto permite entablar un diálogo mucho más cercano y crea lazos de confianza entre médico y paciente, lo cual les permite a las usuarias acceder a una buena atención y obtener un seguimiento mucho más riguroso en todo su procedimiento médico.

Se evidencia una necesidad latente de retomar el concepto de calidad no solo desde sus definiciones de mercado y estandarización de informes estadísticos, sino desde la importancia de retornar a la ética médica como punto de partida de la práctica y el respeto a los derechos de las pacientes. Una paciente es un ser humano complejo, cuya existencia implica mucho más que su enfermedad, no es un órgano o un cuerpo aislado, es un ser que tiene muchas emociones relacionados a su estado de salud y que, por ende, tiene otras necesidades en un entorno (86).

10. Conclusiones

- La percepción de la calidad de los servicios de salud por las mujeres en situación de discapacidad visual, contribuyen al mejoramiento en los procesos de atención en salud tanto en la IPS como EPS.
- La calidad de los servicios de salud se refieren a la necesidad de tener un buen trato, amabilidad, respeto por parte de todos los involucrados en la prestación de los servicios de salud, que manejen un lenguaje comprensible y que haya más dedicación de los profesionales de salud que redunde en beneficio y pronósticos deseados para los pacientes.

- La calidad la perciben también como las respuestas eficaces y tratamientos oportunos de acuerdo a sus necesidades, conocimiento del diagnóstico y pronóstico para reconocer sus expectativas frente a la atención y sus resultados.
- La aceptación de la discapacidad visual en mujeres que son más independientes y que han tenido un proceso de rehabilitación es superior a aquellas que disponen de una red amplia de apoyo.
- La discapacidad visual en mujeres de bajos recursos económicos, se convierte en un reto para superar esta adversidad, pero en las mujeres con altos niveles socioeconómicos tienen mayores dificultades para aceptar su nueva condición.

Referencias

1. Robledo H., Meljem J., Fajardo G., Olvera D. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. Rev. CONAMED, 2012 (oct-dic); 17 (4): 172-175.
2. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Health. Administration Press. Michigan: Ann Arbor; 1980.
3. Grönroos, C. An applied service marketing theory. European Journal of Marketing. 1982; 16 (7): 30-41.
4. Ipinza M. Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. Cuad Méd Soc (Chile), 2007; 47 (1):5-17.
5. Mejía Y., Cabrera N., Rodríguez M., Toledo A., Norabuena M. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Rev. Cub Sal Pub, 2013; 39(4) [Internet] [Consultado 2019/5/13]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_4_13/spu16413.htm
6. Guarnizo C. y Agudelo C. Equidad de género en el acceso a los servicios de salud. Rev. Sal Pub. 2008 10(1): 44-57 [Internet] [Consultado 2019/5/4]. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a05.pdf
7. INCI. Acerca del INCI. 2019 [Internet] [Consultado 2019/2/5] Disponible en: <http://www.inci.gov.co/nuestra-entidad>
8. Díaz G. y Prieto J. Representación social de los prestadores de servicios de salud en la discapacidad visual. Rev. Cub Sal Pub, 2014; 40(1) [Internet] [Consultado 2019/2/14] Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/24/49>
9. OMS. Ceguera y discapacidad visual. 2017 [Internet] [Consultado 2018/3/27] Disponible en: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

10. Seth R, Rupert R, Serge R, Peter A. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2017 Oct [citado 2019 Sep 18]; (05): 102(6): [13 pag]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930393-5>

11. Rupert R, Seth R, Tasanee B. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2017 Aug [citado 2019 Sep 20]; (05): [9 pag]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930293-0>

12. Padovani A., Brito L., Crespo M., Diego T., Clemente S. La calidad en Salud Pública. *Rev. Cie Med*, 2012; 16(4): 64-73 [Internet] [Consultado 2019/5/2]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000400008&lng=es.

13. OMS. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe Técnico definitivo. 2009 [Internet] [Consultado 2019/5/2]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf

14. Ministerio de salud y protección social. Salud integral y rehabilitación. [Internet] [Consultado 2019/5/2]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Discapacidad/Paginas/salud-integral-y-rehabilitacion.aspx>

15. OMS. Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad. 2011 [Internet] [Consultado 2018/7/18] Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

16. OMS. Proyecto de plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019: Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019: Informe de la Secretaría.

- 2013 [Internet] [Consultado 2019/5/11]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/150916>
17. Colombia. Congreso de la República. Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148 (23 de diciembre de 1993).
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud Pública 2012 – 2021. 2013 [Internet] [Consultado 2019/2/25]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%200aprobaci%C3%B3n.pdf>
19. Kerguelén C. Calidad en salud en Colombia. Los principios. 2008 [Internet] [Consultado 2019/7/11]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
20. Castillo E., Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa, Rev. Col Med, 2003; 34(3): 164-167.
21. Colombia. Congreso de la República. Ley 1618, por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Diario Oficial No. 48.717 (27 de febrero de 2013).
22. Fundación Saldarriaga Concha. Inclusión laboral, educativa y urbana: una apuesta al desarrollo económico y social del país. [Internet] [Consultado 2018/5/30] Disponible en: https://saldarriagaconcha.org/desarrollo_fsc/images/fsc/prensa/informes_especiales/2011/discapacidad/12%2011%20D%C3%ADa%20Mundial%20de%20las%20Personas%20con%20Discapacidad.pdf
23. Oviedo M., Hernández M., Ruiz M. Baja visión en Colombia: una situación invisible para el país. Rev. Fac Nac Sal Pub, 2015; 33(1):22-30.

24. DANE. Censo nacional de población y vivienda. 2005 [Internet] [Consultado 2017/8/29]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censos/consulta/2005_compensada.xls
25. OMS. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC componente Salud. 2012 [Internet] [Consultado 2017/10/9]. Disponible en: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44809%5Cn%5Ct> http://www.who.int/iris/handle/10665/44809%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44809/3/9789243548050_Salud_spa.pdf
26. Colombia. Ministerio de Salud. Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Salud, Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública (29 de diciembre de 1998).
27. Ministerio de salud y protección social. Guía de atención para vicios de refracción, estrabismo y catarata. [Internet] [Consultada 2019/5/2]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/.../23Atencion%20de%20los%20vicios%20de%20refrac...>
28. Colombia. Presidencia de la República. Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional No. 116 (20 de julio de 1991).
29. Ministerio de Salud [Internet]. Bogotá: MINSALUD. [citado 2019 Sep 21]. Lineamiento para la implementación de actividades de promoción de la salud visual, control de alteraciones visuales y discapacidad visual evitables (Estrategias visión 2020); [aprox. 40 pantallas]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-salud-visual-2017.pdf>
30. DANE. Informe discapacidad por departamentos. 2010 [Internet] [Consultado 2018/7/18]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>

31. Gobernación de Antioquia. Plan de Desarrollo Antioquia 2008 - 2011. 2011 [Internet] [Consultado 2017/10/8]. Disponible en: <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos PDF/pd - plan de desarrollo - Antioquia - 2008 – 2011.pdf>
32. Fundación Hospital San Vicente Fundación. Medicina para la vida. 2014 [Internet] [Consultado 2017/10/15] Disponible en: <http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/index.php/servicios-medicos/medicina-fisica-y-rehabilitacion/rehabilitacion-de-la-persona-ciega>
33. OMS. Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad. 2011 [Internet] [Consultado en 2018/7/18] Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
34. Alcaldía de Medellín. Medellín Ciudad Saludable. 2012; 3(1) [Internet] [Consultado 2017/9/19] Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldeCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Publicaciones/SharedContent/Boletines/Boletines 2012/Boletín 3.pdf
35. Agudelo A., Blanco M., Hurtado L., Hernández P., Agudelo T. Caracterización de las personas con discapacidad matriculadas en instituciones de atención y rehabilitación, Sabaneta 2013. 2015 [Internet] [Consultado 2018/4/6] Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1743/2/Caracterizacion_personas_discapacidad.pdf
36. Inés P, Grace S, Angeles C. Mujer, discapacidad y empleo: tejiendo la discriminación. Dialnet [Internet]. 2006 [citado 2019 Sep 14]; [28 pag]. Disponible en: <file:///D:/INFO/Downloads/Dialnet-MujerDiscapacidadYEmpleo-2125759.pdf>
37. Checa F., Marcos M., Andrade P., Núñez M., Valle A. Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual. 2000; 1 [Internet] [Consultado 2017/10/24] Disponible en: http://bibliorepo.umce.cl/libros_electronicos/diferencial/edtv_7.pdf

38. López P., Camacho P., Gómez, D, Rey J. La ceguera y la discapacidad visual son una prioridad de la salud pública en Colombia. Rev. Obs Sal Pub Santd, 2013; 51-3 [Internet] [Consultado 2017/9/19]. Disponible en: https://web.observatorio.co/publicaciones/anio-viii-01-2013_ceguera_discapacidad_visual.pdf
39. Ramírez T., Nájera P., Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios, 1998; 4(1): 3-12 [Internet] [Consultado 2018/4/21]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n1/03-12/>
40. Silva, S. Aplicación de herramientas estadísticas en un contexto Seis Sigma a un proceso de servicios de salud, 2006 [Internet] [Consultado 2019/5/12]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lat/silva_c_sl/capitulo1.pdf
41. Bontet J., Guzmán K. Un análisis regional de la salud en Colombia, 2006 [Internet] [Consultado 2019/5/15]. Disponible en: www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_222.pdf
42. Echeverri, O. La discapacidad es un proceso dinámico que nos compete a todos. Rev. Univer Cie, 2012: 44-47 [Internet] [Consultado 2017/9/29]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1289-2592-1-SM.pdf>
43. RAE. Diccionario de la RAE [Internet] [Consultado 2019/4/15]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae2001/srv/search?id=th6fUJ0TbDXX2Xc9jAuL>
44. Joseph M., Juran, F. Gryna, Bingham R. Manual de control de la calidad. Barcelona: Reverte; 1983.
45. Ruis U, Benach J, Guisasola L. ¿Por qué hay desigualdades de género en la discapacidad visual? Pubmed. Gov [Internet]. 2019 Ago

[citado 2019 Sep 14]; 29 (4): [3 pag]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30500932>

46. Sharts H, Nancy C, Barbara B. Healthcare Experiences of Women with Visual Impairment. *Clinical Nurse Specialist* [Internet]. 2010 Jun [citado 2019 Sep 10]; (24): [3 pag]. Disponible en: https://journals.lww.com/cns-journal/Abstract/2010/05000/Healthcare_Experiences_of_Women_With_Visual.8.aspx
47. Coronado R., Medina E., Salvador I., Macías A., Arellano T., Nava I. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev. Mex Med Fis Reha*, 2013; 25(1): 26-33 [Internet] [Consultado 2019/5/14]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
48. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005; 3(44): 691-729.
49. Medina E., Salvador I., Macías A., Arellano T., Nava I., Coronado R., Indicadores para la evaluación de los servicios de salud. [Internet] [Consultado 2019/5/16]. Disponible en: <http://www.congreso-info.cu/index.php/info/2016/paper/view/234/140>
50. Forellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter*, 2014 (jun-oct); 30 (2) [Internet] [Consultado 2019/5/16]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011
51. IsoTools. Conceptos fundamentales de la calidad en salud [Internet] [Consultado 2019/5/9]. Disponible en: <https://www.isotools.org/2015/06/29/conceptos-fundamentales-de-la-calidad-en-salud/>
52. Malagón G., Galán R., Pontón G. Garantía de calidad en salud. Bogotá: Panamericana; 2006.

53. Ministerio de salud y protección social. Política de atención integral en salud, 2016 [Internet] [Consultado 2019/5/12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
54. OMS. Discapacidades. 2017 [Internet] [Consultado 2017/10/9]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
55. Garcimuño, T. El niño con discapacidad visual en el aula de educación infantil: Propuesta de actividades. 2015 [Internet] [Consultado 2018/9/19] Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11962/1/TFG-B.622.pdf>
56. OMS. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud, 2001 [Internet] [Consultado 2019/5/24]. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf
57. OMS. Diez datos sobre la ceguera y la discapacidad visual. 2014 [Internet] [Consultado 2017/10/9]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/blindness/es/>
58. Pérez, A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos. Rev. Colombiana de Derecho Internacional. 2010; 16): 381-414.
59. Consejo Nacional de Fomento Educativo de México. Discapacidad visual. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. 2010 [Internet] [Consultado 2017/11/2] Disponible en: https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Visual/1discapacidad_visual.pdf
60. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. 2017 [Internet] [Consultado 2018/4/23] Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
61. Juan M, Daniel G, Esteban V, Sara R L. Discapacidad visual; otra forma de verla. Rev. Anacem. 2014; 2(1) [Internet] [Consultado

- 2017/11/16]. Disponible en: http://www.revistaanacem.cl/wp-content/uploads/2015/04/anacem_revistavol7N3_discapacidadvisual.pdf
62. OMS. Diez datos sobre la ceguera y la discapacidad visual. 2014 [Internet] [Consultado 2017/10/9]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/blindness/es/>
63. Mura J. Cirugía actual de la catarata. Rev. Clínica Las Condes. 2010; 21(6): 912-919.
64. Boyd K. ¿Qué es la retinitis pigmentaria? American Academy of Ophthalmology, 2009 [Internet] [Consultado 20019/5/23]. Disponible en: <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/retinitis-pigmentaria-causa>
65. Adriana R., Andrés B. Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, de los hospitales San Antonio de Chía y Santa Rosa de Tenjo, marzo de 2016 [internet]. Universidad de ciencias aplicadas y ambientales u.d.c.a.; 2016. Disponible en: [http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/482/1/Percepcion de satisfaccion chia.pdf](http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/482/1/Percepcion%20de%20satisfaccion%20chia.pdf)
66. Razzuto, P. ¿Qué es la neuropatía óptica isquémica (NOI)? American Academy of Ophthalmology, 2019 [Internet] [Consultado 20019/5/23]. Disponible en: <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/neuropatia-optica-isquemica>
67. ONU. Los principales tratados internacionales de derechos humanos: nuevos tratados. 2007 [Internet] [Consultado 2017/9/29]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/CoreTreatiessp.pdf>
68. Colombia. Ministerio de Transporte. Decreto 1660, por el cual se reglamenta la accesibilidad a los modos de transporte de la población en general y en especial de las personas con discapacidad (16 de junio de 2003).

69. Colombia. Presidente de la República. Decreto 1538, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997 (17 de mayo de 2005).
70. Colombia. Congreso de la República. Ley 1145, por medio de la cual se organiza el sistema de discapacidad y se dictan otras disposiciones (10 de julio de 2007).
71. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones (19 de enero de 2011).
72. Alcaldía de Medellín. Plan de Desarrollo 2012-2015: Medellín un hogar para la vida. 2012 [Internet] [Consultado 2017/11/14] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Informaci%C3%B3n%20General/Documentos/POT/medellinPoblacion.pdf>
73. Hospital San Vicente Fundación. Servicios Médicos. 2014 [Internet] [Consultado 2017/10/26]. Disponible en: <http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/servicios-medicos>
74. Taylor S., Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994.
75. Paul R. El Interaccionismo Simbólico. 1979 [Internet] [Consultado 2018/1/13]. Disponible en: <http://cmap.javeriana.edu.co/servlet/SBReadResourceServlet?rid=1K6XH9QJQ-1HB851T-2M6>
76. Meléndez H. La teoría fundamentada como herramienta metodológica para el estudio de la gestión pública local. Revista Venezolana de Gerencia. 2016; 21(75): 413-426 [Internet] [Consultado 2018/4/21]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29048812004.pdf>
77. Giménez R. Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. Decisiones globales aplicación. 2004: 1-13.

78. Osorio J. Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. 2003; 63: 63-69 [Internet] [Consultado 2017/10/26]. Disponible en: http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf
79. Losada M, Rodríguez A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Rev. Cuad Adm Bóg, 2007 (jul-dic); 20(34): 237-258.
80. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (4 de octubre de 1993).
81. Triana, I. Enfoque de género, salud y oftalmología. MEDISAN. 2013; 17(8) [Internet] [Consultado 2019/2/14] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_8_13/san14178.pdf
82. Delgado M. Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en Colombia. Rev. Univer Physicol, 2007; 6(2): 345 – 358 [Internet] [Consultado 2019/5/13]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64760213.pdf>
83. Mejía A., Romero H. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. Rev. Med Electrón 39 (1) [Internet] [Consultado 2019/5/17]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016
84. Pérez R. La construcción de la bioética. México: Fondo de Cultura Económica; 2007.
85. Guzmán, M. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria. Rev. Gerencia y Políticas de Salud, 2005; 4 (8): 65-78.
86. Superintendencia de salud. ¿Qué es “trato digno” para los pacientes? Elementos que componen el trato digno, 2013 [Internet] [Consultado

2019/05/23]. Disponible
http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf

en:

Anexos

Anexo 1: Entrevista para el estudio exploratorio

Fase Uno

Introducción

La entrevista a profundidad es el medio por el cual el entrevistador tiene un acercamiento que facilita ahondar en el conocimiento de un determinado proceso, grupo, situación o vivencia. Para el desarrollo de esta es conveniente contar con una guía de preguntas, realizadas en forma general, que no debe ser un protocolo estructurado. Se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante. En la situación de entrevista el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas. La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas. A medida que se avanza en la entrevista se pueden generar nuevas preguntas o asuntos que logren una mayor interacción con el entrevistado, lo cual es aceptable siempre y cuando no nos aparte del objetivo de la investigación.

Objetivos:

Comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud, y los factores asociados a dicha percepción, en las mujeres con discapacidad visual. Hospital San Vicente Fundación, Medellín, durante el año 2018.

Preguntas:

Para conocer el entorno:

1. ¿Cuénteme por favor algunas cosas relacionadas con su vida, por ejemplo: ¿con quiénes vive, qué cosas disfruta hacer, cómo son las personas que son importantes para usted?
2. ¿Cuáles han sido las experiencias más significativas y relevantes en el trascurso de vida con la discapacidad visual?

Para abordar los objetivos de la investigación sobre los servicios de salud:

3. ¿Qué implica o ha implicado para usted vivir con la discapacidad visual?
4. ¿Cuáles servicios de salud ha necesitado más (frecuenta más) y por qué los solicita?
5. ¿Cómo es su impresión en los servicios de salud recibidos en el hospital?
6. ¿Cómo considera y expresa la calidad de los servicios de salud, que has usado en el hospital?

Anexo 2: Entrevista para el estudio exploratorio

Fase Dos

Introducción

La entrevista a profundidad es el medio por el cual el entrevistador tiene un acercamiento que facilita ahondar en el conocimiento de un determinado proceso, grupo, situación o vivencia. Para el desarrollo de esta es conveniente contar con una guía de preguntas, realizadas en forma general, que no debe ser un protocolo estructurado. Se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante. En la situación de entrevista el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas. La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas. A medida que se avanza en la entrevista se pueden generar nuevas preguntas o asuntos que logren una mayor interacción con el entrevistado, lo cual es aceptable siempre y cuando no nos aparte del objetivo de la investigación.

Objetivo

Comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud, y los factores asociados a dicha percepción, en las mujeres con discapacidad visual. Hospital San Vicente Fundación, Medellín, durante el año 2018.

Preguntas:

Para conocer el entorno:

1. ¿Cuénteme por favor con quién vive, ¿quién la acompaña a las citas médicas?
2. ¿En qué sector de la ciudad vive?
3. ¿Está laborando?
4. ¿Qué transporte usa para movilizarse en la ciudad?

Para abordar los objetivos de la investigación sobre los servicios de salud:

1. ¿Cuáles son las experiencias más significativas en el transcurso de vida con la discapacidad visual?
2. ¿Cuáles son los servicios de salud que más ha necesitado?
3. ¿Cuál es su percepción de la calidad de los servicios de salud que recibe en diferentes IPS de la ciudad, teniendo en cuenta su condición como mujer y su condición visual?

4. ¿Cómo es la atención en salud que recibe de los profesionales en cuanto al trato, oportunidad de las citas, tratamiento, medicamentos, espacios de espera, trato de todo el personal de salud, ¿considera que la atención es integral? ¿Por qué?
5. ¿Está satisfecha con la atención en salud que recibe en las diferentes IPS?
6. ¿Cómo es su relación con los miembros de su familia, con amigos y la relación laboral?

Anexo 3: Entrevista para el estudio exploratorio

Fase Tres

Objetivo General:

Comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud y los factores asociados a dicha percepción en las mujeres con discapacidad visual que consultan al Hospital San Vicente Fundación, Medellín, 2018.

Calidad en los servicios de salud

La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.

1. Aspectos tangibles:

¿Cómo le parece las instalaciones dónde la atienden?

¿Los equipos que utilizan para su atención le brindan seguridad?

2. Confiabilidad:

¿El trato dado por los especialistas y médicos le da confianza y seguridad?

¿Qué aspectos le agrada del servicio recibido?

3. Respuesta rápida:

¿Cómo es la atención de otro personal de salud que la atiende? (porteros, recepción, auxiliares)

¿Son oportunos los servicios y las remisiones a otros especialistas?

4. Seguridad:

¿Son claros los diagnósticos, procedimientos, tratamientos para su caso?

¿El trato es amable del personal de salud?

5. Empatía:

¿Ha sentido un trato diferencial del personal de salud?

¿Las consultas a las que ha asistido, son agradables y por qué?

Anexo 4: Aprobación del proyecto por el Comité de Ética del Hospital Universitario San Vicente Fundación

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN



Medellín, 19 de Julio del 2018

Doctor
Jesús Darío Arenales Anaya
Investigador Principal

ASUNTO: Evaluación de protocolo de investigación

Respetado Dr. Muñoz

Me permito informarle que en la reunión del comité de ética de investigación del 08 de Junio de 2018 según consta en el Acta N° 17-2018 se evaluó y se aprobó el siguiente proyecto:

- **Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud por Mujeres con Discapacidad Visual. Hospital San Vicente Fundación. Medellín, 2018**

Atentamente,

Carlos Alberto Cardeño Castro
Presidente Comité de Ética de la Investigación
Fundación Hospitalaria San Vicente Paúl
Dirección: Calle 64 # 51D – 154 Medellín Bloque 7
Teléfono 4441333 Ext: 2769
Correo Electrónico: comite_etica_investigacion@sanvicentefundacion.com



COMITÉ DE
ÉTICA DE LA
INVESTIGACIÓN

Medellín, 27 de julio de 2018



Doctor
Jesús Darío Arenales Anaya
Investigador Principal
Hospital

Asunto: Aprobación de proyecto de investigación "Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud por Mujeres con Discapacidad Visual. Hospital San Vicente Fundación. Medellín, 2018"

Cordial saludo.

La Dirección de Investigaciones y el Comité de Ética, después de realizar la evaluación de su propuesta, han decidido aprobarla para su ejecución en el Hospital Universitario San Vicente Fundación.

El primer producto visible de una investigación es su presentación a la sociedad y a la comunidad académica en particular. Por tanto, un compromiso mínimo que usted adquiere con esta aprobación es la escritura y publicación de al menos un artículo científico en una revista de circulación nacional o internacional, cuyo certificado de sometimiento u original debe hacer llegar a la Dirección de investigaciones. **Dicha publicación, al igual que la presentación en congresos nacionales o internacionales, debe tener muy explícita la participación de nuestra institución y, en los casos en que amerite, la co-autoría de nuestros profesionales.** Para este fin, si lo considera de su interés, desde ahora le ofrecemos nuestra orientación acerca de la escritura del manuscrito (o el resumen para congreso), la selección de la revista y las diversas etapas para el sometimiento y la publicación.

Para los detalles específicos de la conducción de la investigación, por favor ponerse en contacto con el Dr. Juan Carlos Parra, a quien hacemos copia de esta comunicación.

Reciba una felicitación muy especial por la culminación de esta primera fase de su proyecto y le deseamos mucho éxitos en la etapa que comienza. Por favor no dude en contactarnos con cualquier inquietud o dificultad.



Atentamente,


Fabián Alberto Jaimes Barragán MD. MSc. PhD
Director de Investigaciones
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul
direccioninvestigaciones@sanvicentefundacion.com

*CC: Dr. Juan Carlos Parra, Jefe de Rehabilitación.
Hospital Universitario, Bloque 5. Tel. 4441333 extensión 2303
jcpp@sanvicentefundacion.com*

*CC: Dr. Camilo Andrés Cardona Sánchez, Gerente Apoyos Diagnósticos,
Terapéuticos y Ambulatorios. Hospital Universitario, Bloque 5.
Tel. 4441333 extensión 2303 cacs@sanvicentefundacion.com*

Anexo 5: Consentimiento Informado

Percepción de la calidad de los servicios de salud por mujeres con discapacidad visual. Hospital san Vicente Fundación Medellín, 2018

La finalidad de esta acta de consentimiento es suministrar a los participantes de la investigación “Percepción de la calidad de los servicios de salud por parte de mujeres con discapacidad visual en el Hospital san Vicente Fundación. Medellín, 2018” una descripción clara de la naturaleza de la misma, así como de su papel en ella como participante. Dicho consentimiento será leído por parte del investigador y en presencia de la participante y dos testigos.

La presente investigación es conducida por Jesús Darío Arenales Anaya, bajo la dirección de Blanca Myriam Chávez Guerrero de la Universidad de Antioquia, que tiene por objetivo Comprender la percepción de la calidad de los servicios de salud, y los factores asociados a dicha percepción, en las mujeres con discapacidad visual. Hospital San Vicente Fundación, Medellín, durante el año 2018.

Usted ha sido seleccionada para participar en este estudio por conveniencia, ya que cumple con parámetros de la investigación: mujeres que presenta una discapacidad visual y que recibes los servicios de salud del hospital, y por tanto, cumple con el perfil ideal para lograr el objetivo de esta investigación. Si usted acepta participar en este proyecto, se le pedirá autorización para revisión de su historia clínica (para conocer más de su discapacidad) y el responder preguntas en una entrevista a profundidad. Esto tomará alrededor de 1 a 2 horas de su tiempo. Lo que converse durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las reflexiones que usted haya expresado.

La participación en este estudio es rigurosamente voluntaria, no genera costo alguno de su parte, ni compensación de ninguna naturaleza por parte del investigador. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación por lo cual, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones serán destruidas. La participación en este proyecto no conduce a un riesgo de su integridad física, ni presentara daños emocionales durante o después de la entrevista causada por las preguntas realizadas en está.

El participar en esta investigación le significará a usted una forma de expresar

libremente lo que siente sobre su condición de discapacidad visual y de cómo esto ha afectado en la utilización de los servicios de salud que ha recibido, siendo esta una forma de liberar sus sentimientos, ideas y pensamientos que conlleven de una u otra forma a superar obstáculos y vencer los modelos ante la sociedad.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted derecho de hacérselo saber al investigador y de no responderlas, al igual si alguna de las preguntas le generan sensibilidad y desea retirarse de la entrevista lo puede hacer libremente, hasta que este nuevamente en condiciones de continuar o si no desea hacerlo, se dará como finalizada la misma.

De igual manera este documento será leído y aceptado o rechazado en presencia de dos testigos o familiares del participante.

Yo: _____ identificado con _____ N° _____ Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jesús Darío Arenales Anaya, bajo la dirección de Blanca Myriam Chávez Guerrero, de la Universidad de Antioquia. He sido informada sobre cuál es el objetivo de este estudio. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a: Jesús Darío Arenales Anaya al número, oficina de posgrado de la FNSP 2196885 - 2196865 y a la profesora María Margarita Montoya, presidente del Comité de ética de la FNSP, al teléfono 2196844. Entiendo que esta ficha de consentimiento me fue leída frente a un testigo y una copia de está me será entregada, puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a Jesús Darío Arenales Anaya, al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre de la participante: _____

Numero de C.C _____ Fecha _____

Firma: _____

Nombre del testigo: _____
Numero de C.C: _____ Parentesco: _____
Firma: _____

Nombre del testigo: _____
Numero de C.C: _____ Parentesco: _____
Firma: _____

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios y riesgos, me he ofrecido a contestar cualquier duda y he contestado completamente todas las preguntas hechas. Creo que el participante ha comprendido completamente lo que he explicado y contestado.

Investigador:

Jesús Darío Arenales Anaya
C.C 1098689863

Anexo 6: Cronograma

Actividades	2018								2019				
	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Visita al personal autorizado del Hospital													
Revisión de las HC													
Prueba de la Entrevista a profundidad													
Contacto y Organización citas previas de las mujeres													
Aplicación de las entrevistas a profundidad													
Transcripción de las entrevistas													
Análisis de la información													
Escribir informe parcial													
Informe final													

Anexo 7: Presupuesto

Presupuesto global

RUBROS	FUENTES DE FINANCIACIÓN			TOTAL
	Asesoría y materiales	Financiados	Por financiar	
Personal	Asesoría de director de tesis (80/H)	X		\$6.800.000
	Grabadora	X		\$350.000
Equipos	Computador	X		\$1.500.000
	Impresora	X		\$300.000
Software	Altas TI 8.0	X	UdeA	\$400.000
Materiales e insumos	Papelería		X	\$300.000
	Tinta		X	
	Esferos		X	
	Pilas		X	
	libreta-diario de campo		X	
Trabajo de campo	Aplicación de las entrevistas	X		\$2.700.000
	Transporte		X	\$300.000
Compra Material bibliográfico	Artículos indexados		X	\$400.000
Servicios técnicos	Transcripción de entrevistas (20)	Línea de investigación	X	\$3.000.000
TOTAL				\$16.050.000