

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

MASTER EN DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA



**LA ATENCIÓN A MUJERES CON
MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS
CONSULTAS DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO DE
NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL
CAMINO (PAMPLONA).
DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y
PROPUESTAS DE MEJORAS.**

AUTORA: MIRIAN NEPOTE AYENSA

TUTORA: M^a JESUS ARANDA LASHERAS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO:..	3
1.1. Evolución de la discapacidad:.....	3
1.2. Interrelación entre Salud, Discapacidad y Género:.....	4
1.3. Accesibilidad Universal y Salud:	6
2. DESCRIPCION DEL OBJETO DE ESTUDIO Y DE LA HIPÓTESIS DE PARTIDA:.....	7
3. MARCO JURÍDICO:.....	9
4. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACION ACTUAL Y EVOLUCION DEL OBJETO DE ESTUDIO:	14
4.1: Acciones previas:.....	14
4.2: Metodología y técnicas utilizadas:.....	14
4.3: Análisis de los Planes y Estrategias del Departamento de Salud y otros Departamentos de Gobierno de Navarra:	17
4.4: Resultados de las entrevistas al personal de referencia tanto del ámbito sanitario como social del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino.....	19
4.5: Resultados del cuestionario realizado a mujeres con movilidad reducida usuarias del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino.....	22
5. CONCLUSIONES:.....	27
6. PROPUESTAS DE MEJORA:	31
7. BIBLIOGRAFIA:	34
8. DEFINICIONES:.....	37
ANEXO 1:.....	39
ANEXO 2:.....	41
ANEXO 3:.....	44
ANEXO 4:.....	50
ANEXO 5:.....	59

1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO:

La Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (LGDPD) define la discapacidad como una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Hay personas que a consecuencia de su discapacidad tienen movilidad reducida. Cuando hablamos de movilidad reducida nos referimos a aquellas limitaciones que padecen las personas, que afectan a la capacidad de desplazarse o moverse por sí solas sin apoyo externo, bien sea este asistencial o de productos de apoyo.

Entre las barreras a las que hace referencia la definición citada anteriormente que limitan e impiden la plena y efectiva participación en la sociedad en condiciones de igualdad se encuentran el género o la discapacidad, entre otras. (Moya Maya, A., La sexualidad en mujeres con discapacidad, perfil de su doble discriminación)

1.1. Evolución de la discapacidad:

A lo largo de la historia ha existido una gran evolución en la concepción de la discapacidad, interpretándose esta de distintas formas, según la época y las creencias culturales, presentándose tres modelos diversos en el tratamiento de las personas con discapacidad.

Existe un importante paralelismo entre estos modelos de concebir y tratar a las personas con discapacidad con el reconocimiento de sus derechos, su inclusión y participación en la sociedad y la evolución y avances en materia de salud, ya que estos se ven impregnados por el concepto social de la discapacidad imperante en cada momento.

El primer modelo de atención es el modelo de prescindencia. En él, se entiende que la discapacidad proviene de un castigo divino, del pecado y las personas con discapacidad suponen una carga para las familias y la sociedad, no aportando nada a esta. Estas creencias generaban sobre ellas rechazo y persecución.

La concepción progresa y fruto de esta el modelo de prescindencia evoluciona al modelo médico-rehabilitador, en el que la discapacidad se explica a partir de elementos biológicos y el problema se centra en las deficiencias y dificultades que presenta el individuo. Este modelo establece un estándar o norma y las personas con discapacidad deben adaptarse a esta, debiendo estas rehabilitarse y/o curarse para poder integrarse en la vida social y las que no puedan, son institucionalizadas. Las personas con discapacidad son sujetos pasivos frente al saber experto de los y las profesionales de la medicina.

En respuesta al modelo médico-rehabilitador surge el modelo social. Este cambio es consecuencia de una larga lucha llevada a cabo por las propias

personas con discapacidad, reivindicando sus derechos y su inclusión en la sociedad como ciudadanía activa de pleno derecho. Su repercusión es notable en diversos ámbitos con hechos y acciones concretas, la de mayor relevancia fue la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, suponiendo un cambio radical de perspectiva. (El modelo social de discapacidad, orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional Sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, Palacios. A)

En el modelo social se entiende la discapacidad como un problema originado por el entorno y la sociedad, no como problema individual. Centra sus valores, creencias y compromisos en la accesibilidad y los apoyos, la transformación del entorno, como la base de la equidad, la inclusión y la autodeterminación de las personas. Para ello hay que adaptar el entorno suprimiendo barreras y facilitando la participación de ellas con los apoyos técnicos y humanos necesarios. En este modelo las personas con discapacidad son sujeto activo y expertas en sus necesidades y preferencias. (Manual de formación para asistentes personales, PREDIF)

En el momento actual que nos encontramos, se encuentra muy avanzado el cambio de perspectiva entre el modelo medico-rehabilitador y el modelo social. Para que este cambio sea considerado como real y efectivo debe calar transversalmente en toda la acción pública, para garantizar la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal a todas las personas con discapacidad. Como se ha señalado, en la actualidad todavía perduran muchos elementos del modelo médico rehabilitador, por tanto coexisten estos dos modelos, no siempre de manera armónica ni equilibrada. (Discapacidad y asistencia sanitaria, Cayo Pérez Bueno. L)

1.2. Interrelación entre Salud, Discapacidad y Género:

En España el sistema sanitario por su propia idiosincrasia, pone en el centro de su atención la lesión, la enfermedad o patología; comulgando en la idea principal con el modelo médico rehabilitador. Este sistema por lo general no contempla la intervención de la accesibilidad y los apoyos, impidiendo en muchas situaciones la participación en igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en él (modelo social). Si bien los avances en las últimas décadas en este sentido son importantes, el sistema todavía hoy tiene muchas deficiencias, avances y retos pendientes.

De esta manera tomando la discapacidad como único eje entorno al que gira el estado de salud y bienestar de las personas, se ha producido un abandono de las dimensiones sociales y emocionales, no abordando y atendiendo a la persona de manera integral. (La transversalidad de género de las políticas públicas de discapacidad, CERMI, diferentes autores y autoras).

Así en el caso de las mujeres con discapacidad los problemas de salud generalmente han sido achacados a su discapacidad, provocando situaciones en las que no se ha recibido la atención médica que precisaban. (Discriminación en mujeres con discapacidad: una propuesta de prevención e intervención educativa, Asunción Moya, Pilar García y M^a José Carrasco)

Tradicionalmente, en la sociedad ha dominado un sistema de valores androcentrista, reportando a las mujeres roles tradicionales de domesticidad, como son las tareas del hogar y la reproducción, situando a estas en el ámbito privado, con roles no económicamente productivos, siendo estos últimos asociados a los hombres.

Cuando frente a estos valores tradicionales se presenta una situación de discapacidad, el escenario de la discriminación se multiplica, sufriendo estas lo que se denomina doble discriminación, por motivo de género y por motivo de discapacidad. Las mujeres con discapacidad se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad frente a sus homólogos los varones con discapacidad y las mujeres sin discapacidad.

Esta construcción social ha generado una visión estereotipada y limitadora, suponiendo a las mujeres con discapacidad una dificultad añadida para que la sociedad las identifique como mujeres plenas, creando una visión limitante como personas en todas sus facetas y como ciudadanas de pleno derecho.

El diagnóstico descrito, tiene como efecto el no permitir ejercer a estas con total libertad sus derechos sexuales y reproductivos, sociales, educativos, laborales, sanitarios, etc.... (Díaz Funcha, E. El reflejo de la mujer en el espejo de la discapacidad).

A las mujeres con discapacidad se les ha representado como eternas niñas, incapaces de cuidarse de sí mismas y mucho menos de encargarse del cuidado de otras personas. Así es como esta infantilización les ha negado la capacidad a vivir su sexualidad y su derecho a la maternidad en plenitud, tratándose este de un tema tabú, al considerarlo disparatado e inconcebible. Como señala Ana Peláez, “la sociedad espera que las mujeres con discapacidad no tengan descendencia”.

Gracias a la lucha constante de las mujeres del colectivo, cada vez son más las que toman conciencia de su derecho a la maternidad y lo ejercen de una manera consciente, reivindicativa de derechos y responsabilidades públicas y sociales.

No se puede negar que todas las personas (con o sin discapacidad) tenemos derecho a la salud, así se recoge en diferente normativa tanto internacional como estatal o autonómica. Este máximo se denomina en términos jurídicos Igualdad Formal ya que de él se deduce que todas las personas tenemos derecho a gozar del más alto nivel de salud sin que la discapacidad, el sexo o el género lo condicionen. Para llegar a su consecución se debe contar con servicios sanitarios idóneos que hagan efectivo este goce. (La transversalidad de género en las políticas públicas de discapacidad, CERMI, diferentes autores y autoras).

Pero la realidad es machacona y demuestra que las mujeres con discapacidad viven una situación diferente a la Igualdad Formal que se promulga en la legislación. La Igualdad Real es completamente diferente a las

intenciones descritas, ya que como se ha señalado anteriormente, el sistema sanitario pese a los avances realizados, aún hoy cuenta con dificultades para garantizar la participación igualitaria de este grupo de mujeres en sus servicios, condicionando el derecho a gozar del más alto nivel de salud.

Un ejemplo de ello es la situación de las mujeres con discapacidad que presentan una movilidad reducida, ya que tienen unas características especiales a las que el sistema sanitario tiene que atender y dar respuesta para poder recibir una adecuada atención sanitaria y estas en diferentes situaciones no son consideradas, por lo que se limita la participación del grupo al que anteriormente se ha hecho referencia, en los servicios, como por ejemplo los de ginecología. (Discriminación en mujeres con discapacidad: una propuesta de prevención e intervención educativa, Asunción Moya, Pilar García y M^a José Carrasco)

1.3. Accesibilidad Universal y Salud:

La Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (LGDPD) define accesibilidad universal como la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño universal o diseño para todas las personas», y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.

Para poder dar respuesta a las características especiales a las que se ha hecho referencia en el apartado anterior, el sistema sanitario o de Salud tiene que tener en cuenta criterios de accesibilidad universal para que las mujeres con movilidad reducida puedan participar en él en condiciones de igualdad de oportunidades que el resto de la sociedad.

Centrando el tema objeto de este estudio, el Servicio de Ginecología y Obstetricia es el encargado dentro del Sistema Sanitario de atender las necesidades de salud integral de la mujer relativas al sistema reproductor femenino, así como en la atención del embarazo, parto y puerperio. Es por ello un servicio de atención específico para mujeres.

Para gozar de una buena salud y para prevenir y detectar diferentes enfermedades y trastornos, las mujeres deben realizar consultas ginecológicas de manera periódica.

Si se tiene en cuenta todo lo expuesto con anterioridad, estos servicios deben de estar atravesados y contruidos por dos ejes transversales fundamentales, el género y la discapacidad, tener en cuenta la accesibilidad, los apoyos necesarios en cada caso y huir de mitos, prejuicios y falsas creencias para poder garantizar una atención de calidad a las mujeres con movilidad reducida. Y de esta manera poder asegurar a estas la conquista del derecho a la salud, a la maternidad y planificación familiar y los derechos sexuales y reproductivos.

2. DESCRIPCION DEL OBJETO DE ESTUDIO Y DE LA HIPÓTESIS DE PARTIDA:

Como se ha expuesto, a las mujeres con discapacidad, la sociedad no les ha reconocido, incluso les ha negado su papel como mujeres, llegando a invisibilizarse sus derechos sexuales y reproductivos. Así en los Servicios de Ginecología y Obstetricia se han presentado déficits en la atención a las mujeres con movilidad reducida:

- Se ha ignorado la accesibilidad universal y el diseño para todas, usándose material tradicional, no adecuado para la atención a mujeres con movilidad reducida, de manera generalizada. Impidiendo de esta manera el disfrute de ellos en igualdad de condiciones al resto de mujeres.
- Se han visto impregnados de mitos, prejuicios y falsas creencias que han condicionado la praxis hacía las mujeres con movilidad reducida.

Las consecuencias de esta situación discriminatoria, son entre otras la escasa realización de controles ginecológicos (comprometiendo la salud de las mujeres con movilidad reducida), elección limitada de anticonceptivos, control menstrual pobre, embarazos poco controlados y negación del derecho a la maternidad, reduciendo notablemente la participación de este grupo de mujeres en estos Servicios, tal y como señala Antonio Jiménez Lara en “Salud pública y discapacidad”.

En la actualidad esta situación está cambiando y cada vez son más las mujeres con discapacidad que hacen uso del Servicio de Ginecología y Obstetricia, exigiendo una correcta atención ginecológica que garantice su salud integral femenina y una atención al embarazo, parto y postparto de calidad.

En el informe “Espacio Sociosanitario Inclusivo” publicado por CERMI en el año 2014, se señala como déficits del espacio sociosanitario en las condiciones de accesibilidad universal, igualdad de oportunidades y no discriminación, relativos al tema objeto de estudio:

- La ausencia del carácter transversal en la accesibilidad universal y en la estratégica del diseño para todas las personas.
- Déficit en la atención sanitaria a las mujeres con discapacidad, y en concreto en relación con la atención ginecológica, falta de medios adaptados que hacen verdaderamente traumática la consulta médica.

Este informe señala que para personas con movilidad reducida las consultas de ginecología, entre otras no están adaptadas a sus necesidades, ni disponen de personal de apoyo para realizar transferencias y facilitar el vestido/desvestido de las mujeres en aquellos casos que fuese necesario; así como déficits en la sensibilización y formación del personal sanitario sobre la atención específica a mujeres con discapacidad, en particular, en la atención ginecológica.

En los últimos años el movimiento navarro del tercer sector de la discapacidad, viene percibiendo y alertando de la situación de discriminación que padecen las mujeres con movilidad reducida (extensible a todas las mujeres con discapacidad), respecto a la atención en los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Sistema Público Navarro de Salud.

En el año 2016, CERMI Navarra publicó “Por un espacio socio-sanitario inclusivo – Informe CERMIN. Déficit, retos y propuestas de mejora”. Este informe fue realizado por su Comisión Socio-sanitaria, compuesta por diferentes profesionales de las entidades miembro. En él se señala como propuestas de mejora en la atención sociosanitaria:

- Adaptar las consultas a las personas con discapacidad física (usuarios/as de silla de ruedas). Grúa en centro de salud, en ginecología, etc....
- Realizar una adecuación curricular y formación obligatoria a los y las profesionales de salud para una mejor atención de la diversidad que suponen las personas con discapacidad y en el conocimiento, uso y aplicación de la accesibilidad universal en el conjunto de sus áreas de actuación.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobó el pasado 29 de marzo de 2019, las Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España, señalando las siguientes cuestiones de interés:

- Al Comité le preocupa respecto del hogar y la familia (artículo 23 de la CDPD), “La persistencia de los sesgos y prejuicios por parte del personal de las administraciones de la justicia y los servicios sociales en torno a la capacidad de ser padres de los padres con discapacidad”. Sobre esto recomienda “prestar apoyo para que los padres con discapacidad conserven toda la responsabilidad de la paternidad, y se promueva una imagen positiva de su capacidad y de sus derechos a la paternidad y a la vida familiar.”
- Respecto de la Salud (artículo 25 de la CDPD), al Comité le preocupa “el acceso a servicios de atención ginecológica y obstétrica de las mujeres con discapacidad”. Recomienda a que el Estado Parte “garantice el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, incluyendo la planificación familiar, información y educación, en particular para las mujeres y niñas con discapacidad, e incorpore el derecho a la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, con arreglo a la meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.”

Por todo lo anterior, este trabajo va a profundizar en la atención que se ofrece en la actualidad en las consultas en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona (perteneciente al Centro Hospitalario de Navarra) en el Servicio de Ginecología y Obstetricia a mujeres con discapacidad que presentan movilidad reducida. Estudiar si se plantean dificultades en la atención que impiden a estas mujeres participar de este servicio en igualdad de oportunidades y con la calidad deseada y partiendo de estas dificultades, si las hubiere, proponer planteamientos y propuestas de mejora en la atención de este Servicio.

Cabe reseñar en este punto, que se centra el estudio en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona, ya que es el centro de referencia para la atención ginecológica de mujeres con movilidad reducida, de toda Navarra, así como en sus consultas se presta la atención a embarazos de alto riesgo y tratamientos de reproducción asistida.

Esta investigación pretende dar respuesta empírica a las siguientes hipótesis, todas ellas se centran en la atención en las consultas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino del CHN:

- ¿Qué aspectos específicos se deben contemplar en una consulta de ginecología adecuada a las necesidades de mujeres con movilidad reducida?
- ¿La atención que se ofrece en las consultas se adecua a las necesidades de atención de las mujeres con movilidad reducida?
- ¿Perciben las mujeres con discapacidad, barreras físicas y/o de ayudas técnicas que les impidan disfrutar de la asistencia sanitaria como cualquier mujeres?
- ¿Perciben deficiencias en la atención integral motivadas por la discapacidad durante el transcurso de la atención en consulta, el proceso de embarazo, tratamientos de reproducción asistida?
- ¿Disponen los y las profesionales sanitarios de dificultades de gestión de los casos por motivo de la discapacidad y/o movilidad reducida, desde el punto de vista de la asistencia percibida?
- ¿Existe posibilidad de mejora en la calidad de la atención en consulta a mujeres con movilidad reducida?

3. MARCO JURÍDICO:

Los tres modelos diferentes en el tratamiento de la discapacidad, a los que se ha hecho referencia en la introducción del presente estudio, han condicionado entre otros el tratamiento de las personas con discapacidad en el Ámbito del Derecho. (Derechos fundamentales y discapacidad, Martínez-Pujalde, A.L.).

Como se ha señalado, a partir del modelo social, las personas con discapacidad son consideradas como sujetos activos y de derecho. Este aspecto ha tenido una gran repercusión en el Derecho, generando importantes cambios normativos a lo largo de los Siglos XX y XXI, suponiendo un gran avance en materia de adquisición de derechos para las personas con discapacidad y más específicamente y centrándonos en el estudio que nos ocupa, sobre los derechos de las mujeres con discapacidad y los derechos en materia de salud.

El objeto de estudio de esta investigación es muy específico, ya que el tema que nos ocupa gira entorno a múltiples ejes: derecho a la salud, derechos sexuales y reproductivos, derecho al ejercicio de la maternidad, género, principio de igualdad de oportunidades y no discriminación y accesibilidad y

diseño para todos y todas de bienes productos y servicios. Por este motivo, el análisis jurídico que se expone a continuación es somero y va a reseñar aquello que resulta más trascendente para con la temática a tratar.

Constitución Española: Norma jurídica suprema del ordenamiento jurídico español que data del año 1978, al que están sujetos todos los poderes públicos y la ciudadanía de España.

Se desprende del **artículo 9.2** el principio de igualdad de oportunidades para todas las personas, así como encomienda a los poderes públicos promover acciones para que este principio sea real y efectivo, así como remover los obstáculos que impiden y dificultan su consecución. En el **artículo 14** se contempla el principio de no discriminación por razón de discapacidad ya que dispone: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”

En el **artículo 10**, Deberes y Derechos fundamentales, señala que son de aplicación en la Constitución Española los Tratados Internacionales ratificados por España. Aspecto importante, debido a la existencia de normativa jurídica internacional significativa relativa o de aplicación a las personas con discapacidad, ratificada por España en tiempo posterior a la aprobación de la Constitución Española.

En el **artículo 18**, se garantiza el derecho a la intimidad de las personas. Derecho que en la atención sanitaria a mujeres con discapacidad cobra especial relevancia.

De gran importancia para el tema objeto de estudio es el **artículo 43** en que reconoce el derecho a la salud: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.” Tanto de este, como del artículo 25 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (se hará referencia a ella más adelante) se ponen los pilares normativos sobre los que descansa el derecho a recibir una atención sanitaria que dé respuesta efectiva a las demandas de la ciudadanía, teniendo en cuenta la diversidad que la caracteriza. (La transversalidad de género en las políticas públicas de discapacidad, CERMI, diferentes autores y autoras).

Declaración Universal de Derechos Humanos: Documento base redactado por las Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 1948, en el que se enmarcan los derechos de todas las personas por ese mismo hecho, ser personas, independientemente del lugar dónde vivan y sus características individuales. Los derechos expuestos en esta declaración tienen carácter universal.

Cabe exponer que en este documento se reconoce que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; que todas las personas tienen todos los derechos y libertades que recoge la declaración, independientemente de su condición; concede a todas las personas derecho a la salud y el bienestar y a la asistencia médica entre otros y señala que la maternidad tiene derecho a cuidados y asistencia especiales.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW): Adoptada en el año 1979 y ratificada por España en el 1983, tendremos en cuenta que no se hace especial mención a las mujeres con discapacidad, como colectivo específico; siendo de aplicación la Convención por el hecho de ser mujeres independientemente de tener discapacidad o no.

De todo lo que señala esta Convención merece la pena destacar desde el punto de vista de la protección de derechos de mujeres con discapacidad y el objeto de estudio, que los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica así como garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y postparto.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: adoptada en 2006 por la ONU, firmada y ratificada por España en el año 2008. Cabe señalar que es el instrumento fundamental del llamado Derecho de la Discapacidad a nivel internacional y que en la actualidad se encuentra plenamente operativo en España.

Este documento tiene especial importancia para las personas con discapacidad, ya que se adoptó con la intención de proteger de manera específica a estas promoviendo, protegiendo y asegurando el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Citar brevemente el **artículo 2** de la Convención ya que introduce aspectos de gran relevancia y con carácter innovador como son los ajustes razonables y el diseño universal. (Ver apartado de definiciones) y el **artículo 5**, recoge los principios de igualdad y no discriminación por motivos de discapacidad.

El **artículo 6**, toma especial relevancia en este estudio ya que lo dedica específicamente a las mujeres y niñas con discapacidad señalando que estas están sujetas a múltiples formas de discriminación y los Estados Parte deben adoptar medidas para garantizarles el disfrute pleno y en igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales establecidos en la Convención que nos ocupa.

El **artículo 9**, trata sobre la accesibilidad, cuestión importante en el presente estudio. Apela a esta como clave para vivir de forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida e insta a los Estados Parte a adoptar medidas (eliminación de obstáculos y barreras de acceso) para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás al entorno físico y a servicios e instalaciones abiertas al público, haciendo mención a las instalaciones médicas.

En el **artículo 23**, respecto del hogar y de la familia, señala que los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación sobre las personas con discapacidad en cuestiones de familia y paternidad y asegurar el derecho a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.

El **artículo 25**, goza de gran importancia en el objeto de estudio ya que trata sobre la Salud, se cita textualmente debido a su relevancia y cuestiones en las que incide para con el presente trabajo:

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
(.....)*
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
(.....)*
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.”*

Por todo lo señalado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad tiene un valor relevante ya que protege de manera específica a las mujeres con discapacidad, introduce los ajustes razonables como medidas o herramientas necesarias para el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales, el diseño universal, el principio de igualdad y no discriminación bien sea por cuestiones de discapacidad o de género, la accesibilidad, el derecho a elegir y decidir libremente sobre su maternidad y el derecho a gozar del más alto nivel de salud.

Como norma básica y de referencia en el Derecho de la Discapacidad a nivel nacional, encontramos la **Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su inclusión social (LGDPD)**. Norma que refunde los tres textos normativos que se encontraban vigentes hasta el 2013 relativos a los derechos del colectivo de personas con discapacidad en España. En esta tarea de refundir estas normativas la LGDPD ha tomado como referente principal la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El objeto de la ley es “garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato de las personas con discapacidad”. A través de su extenso articulado avala y asegura el ejercicio real y efectivo de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones del resto de la ciudadanía, y lo realiza a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad

universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación. (Por un espacio socio-sanitario inclusivo. Informe CERMIN, varios autores y autoras).

En el **artículo 2** se introducen conceptos que ganan importancia en la conquista de los derechos básicos y libertades, los de mayor relevancia para el presente estudio: medidas de acción positiva, accesibilidad universal, diseño universal o diseño para todas las personas, ajustes razonables y transversalidad de las políticas en material de discapacidad. (Ver apartado de definiciones).

El **Título I, Capítulo II**, es el que se ocupa del “Derecho a la protección de la salud”. En referencia al objeto de estudio que nos ocupa, se señala en el **artículo 10** que las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de salud, prestando mayor atención a la salud sexual y reproductiva, así como señala que las actuaciones de las administraciones públicas prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad y promoverán las medidas necesarias para favorecer el acceso de estas a los servicios y prestaciones relacionadas con su salud en condiciones de igualdad con el resto de ciudadanía. En el **artículo 11** se encarga a las administraciones públicas competentes promover planes de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades, concediendo especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, entre otros.

De gran relevancia son las referencias que la LGDPD realiza en el **Capítulo V**, “Derecho a la vida independiente”, sobre accesibilidad y no discriminación y señala que los poderes públicos adoptarán las medidas pertinentes para asegurar la accesibilidad universal y la igualdad de condiciones que el resto de personas en los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, entre otros.

De toda la normativa citada, se puede recapitular que las mujeres con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud, participando en el Sistema Sanitario en condiciones de igualdad, equidad y criterios de calidad al resto de ciudadanía, así como a no sufrir discriminación por motivos de discapacidad y de género. Para ello es clave adoptar medidas para asegurar la accesibilidad universal y servirse del diseño para todas las personas en los entornos, procesos, bienes, productos y servicios en los servicios de salud y atenciones sanitarias.

Por otro lado, las mujeres con discapacidad sufren múltiples formas de discriminación por cuestión de género. La normativa analizada les reconoce el derecho a la maternidad y a elegir y decidir libremente si hacen uso de él, así como a recibir la educación sobre reproducción y planificación familiar y atención específica necesaria durante el embarazo, parto y postparto.

Todo lo anteriormente expuesto ha tenido y tiene su desarrollo normativo en materia de Salud y por tanto en el caso que nos ocupa, siendo la Comunidad Foral de Navarra, la Administración Pública en la que se concentra la responsabilidad de garantizar la atención sanitaria en las condiciones ideales anteriormente señaladas, a las mujeres con movilidad reducida en el Servicio de

Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino de Pamplona, debido a la regulación expuesta en las siguientes normativas:

- Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra y sus posteriores modificaciones.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización.
- Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

4. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACION ACTUAL Y EVOLUCION DEL OBJETO DE ESTUDIO:

4.1: Acciones previas:

Con anterioridad a profundizar en la recogida de información para estudiar la situación actual del objeto de estudio, se ha realizado la acción previa de consulta, sobre las condiciones o características que debe reunir una consulta ginecológica para su correcta utilización por mujeres con movilidad reducida.

Para ello, se solicitó información a Doña. Ángela Vígara Cerrato, Terapeuta Ocupacional del CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, dependiente del IMSERSO).

Una consulta de ginecología adecuada para la utilización por una mujer con problemas de movilidad debe disponer de:

- Accesibilidad en la consulta: anchura de la puerta, espacio suficiente para manejar la silla de ruedas y una zona de cambiador adecuada.
- Camilla, silla o mesa de exploración regulable en altura, hidráulica o eléctrica
- Grúa de traslado, preferiblemente eléctrica y con báscula.
- Tabla de transferencias para personas que son autónomas para trasladarse de su silla de ruedas a la mesa de exploración.
- Disponibilidad de celador o celadora para ocuparse del manejo de la grúa y apoyar la colocación de las mujeres en la mesa de exploración.

4.2: Metodología y técnicas utilizadas:

Para realizar el diagnóstico de la situación actual del objeto de estudio, esta se debe analizar desde dos prismas diferentes.

En primer lugar los Planes y Estrategias vigentes relativas al Departamento de Salud, así como de otros Departamentos del Gobierno de Navarra que condicionen o tengan especial relevancia con el tema a tratar, como ejes centrales de las políticas que se deben desarrollar en la atención ginecológica que se presta en las consultas del Hospital Virgen del Camino a mujeres con movilidad reducida

Por otro lado, se debe profundizar en los aspectos de la realidad diaria que se vive en el Servicio desde dos puntos de vista diferenciados. Para ello se van a tener en cuenta la opinión y experiencia de los dos grupos humanos implicados en él, los y las profesionales tanto del ámbito sanitario como social del Servicio de Ginecología y Obstetricia y las mujeres con movilidad reducida usuarias del servicio que nos ocupa.

En el caso del análisis de los Planes y Estrategias vigentes, la técnica utilizada ha sido la investigación documental, identificando los documentos relevantes al objeto de estudio para su posterior análisis.

Para llevar a cabo la identificación de la realidad diaria se han utilizado técnicas de investigación cualitativas desde una perspectiva asistencial-sanitaria para conocer cómo perciben desde el papel que cada persona ocupa, la atención que se ofrece en las consultas del Servicio. Por ello el estudio que nos ocupa es fenomenológico, ya que se basa en la perspectiva de los actores sociales a la hora de describir e interpretar la realidad desde la experiencia de una manera más profunda.

En el caso del grupo profesional, la técnica utilizada ha sido la entrevista, como instrumento de recopilación de información.

A la hora de identificar los y las profesionales potenciales de ser entrevistados o entrevistadas, debido al interés del papel que desarrollan en el Servicio, se tuvieron en cuenta tanto el ámbito sanitario como el social, ya que este último es de relevancia su participación en situaciones de vulnerabilidad, como las que recoge el presente estudio.

Se obtuvo el organigrama del Servicio y se selecciono como profesional de interés del ámbito sanitario al Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario de Navarra, Don. Juan Carlos Muruzabal Torquemada y del ámbito social a la Trabajadora Social del Servicio, Doña. Izaskun Lasarte Sagatibletza.

Tras explicar el motivo de la solicitud de entrevista, se concertó una cita individual. Las entrevistas realizadas han sido preparadas anteriormente estableciendo un guión semiestructurado por materias de interés, dejando abiertas las respuestas (Anexo 1).

El Jefe del Servicio prefirió que su entrevista no fuera grabada, por lo que se tomaron notas en ella y se realizó un resumen que posteriormente fue validado por el profesional. (Anexo 2).

La entrevista realizada a la Trabajadora Social del Servicio fue grabada y posteriormente transcrita para su análisis. (Anexo 3).

En el caso de la obtención de información relativa a la percepción y experiencias de las mujeres con movilidad reducida usuarias del Servicio, se ha utilizado como instrumento de recogida de datos un cuestionario realizado para tal fin. (Anexo 4). Cabe destacar que en el diseño de este, se han introducido preguntas de identificación, de hecho y de opinión, combinando preguntas cerradas con otras abiertas para que las entrevistadas pudieran exponer todas las cuestiones de interés que quisieran reflejar.

Respecto a la muestra objeto de estudio, se ha tenido en cuenta un punto de vista cualitativo, desechando el cuantitativo, por ser de mayor relevancia para la investigación la opinión subjetiva de las mujeres entrevistadas.

En primer lugar se han identificado las diferentes asociaciones del tercer sector de la discapacidad física existentes en Pamplona y su Comarca como vía de acceso a las mujeres con movilidad reducida. Para ello se ha utilizado el Directorio de entidades 2018, elaborado por Cermi Navarra. Se enumeran a continuación:

- Asociación Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Navarra, ACODIFNA.
- Asociación de Daño Cerebral de Navarra, ADACEN.
- Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra, ADEMNA.
- Asociación IBILI.
- Asociación Navarra de Parkinson, ANAPAR.
- Asociación Navarra de Espina Bífida e Hidrocefalia, ANPHEB.
- Asociación Navarra de Enfermedades Neuromusculares, ASNAEN.
- Asociación Navarra de Ayuda a la Parálisis Cerebral, ASPACE Navarra.
- Federación de Asociaciones de Personas con discapacidad física y orgánica de Navarra. COCEMFE Navarra.
- Cermi Navarra.

Se envió a todas ellas un email con la explicación del estudio y el enlace al cuestionario para que pudieran remitirlo a sus asociadas objeto de la investigación. Se ha dado la opción de que la contestación de este pudiera ser realizada de manera entrevistada o auto-administrada.

La muestra obtenida está formada por cinco mujeres con diferentes problemas de movilidad derivados de la discapacidad que padecen, que han acudido al Servicio de Ginecología y Obstetricia en los cinco últimos años, tanto para realizar revisiones rutinarias, seguimiento de embarazo o tratamientos de reproducción asistida.

El número total de participantes no se obtuvo sobre la base de un valor numérico predefinido, sino que este se ha formado hasta que se ha alcanzado la saturación de datos y no se ha obtenido nueva información.

La muestra se ha recogido en el mes de mayo de 2019. De los cinco cuestionarios, cuatro han sido entrevistados y uno auto-administrado. En la realización del cuestionario se asegura el anonimato, la confidencialidad de los datos obtenidos, así como la única utilización de estos para la realización del presente estudio.

4.3: Análisis de los Planes y Estrategias del Departamento de Salud y otros Departamentos de Gobierno de Navarra:

En la actualidad nos encontramos en los últimos años de vigencia del **Plan de Salud de Navarra 2014-2020**, eje central de las políticas de salud del sistema sanitario navarro. Tras analizar el contenido de este plan, en primer lugar cabe destacar que en la parte de diagnóstico, son escasos los datos que se ofrecen disgregados por sexos y se señala que las mujeres y los hombres tienen factores de riesgo diferenciales y asocia a la condición de ser mujer una relación de estos, sin explicar que consecuencias arrojan en la salud.

Señala a la Estrategia de Salud y Género nacional, cuyo objetivo es integrar el enfoque de género en el Sistema Nacional de Salud, como no tratada hasta el inicio del Plan por el Servicio Navarro de Salud.

Sin embargo en la descripción de los objetivos específicos, el Plan de Acción y el nuevo modelo de atención, introduce la perspectiva de género como factor a tener en cuenta.

Uno de los principios de intervención del Plan es **“Continuar garantizando Accesibilidad Universal”**. Este principio se entiende desde dos puntos de vista, desde el acceso universal a los servicios sanitarios de toda la ciudadanía (universalidad) y desde el concepto de Accesibilidad Universal como la condición que se debe tener en cuenta para que los servicios sanitarios se adapten a las necesidades de todas las personas. Del título de este principio se entiende que el Departamento de Salud ya está garantizando la accesibilidad universal, ya que habla de continuidad.

El Plan de Salud de Navarra en su desarrollo pone de claro manifiesto garantizar el acceso a los recursos a toda la ciudadanía, reducir las desigualdades (bien sean estas causadas por género o discapacidad, entre otras), orientar hacia la atención socio-sanitaria, asegurar un papel activo y corresponsable de los y las pacientes en su salud, promocionar la autonomía y la salud desde un tratamiento integral e integrado; en definitiva huir de un modelo medicalizado de atención a implantar un modelo más humano, sostenible y participado.

Reflejo del contenido y directrices de cambio que ofrece el Plan de Salud de Navarra, se encuentra la **Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra**.

Este documento pretende definir un marco de trabajo en el que el eje del sistema de salud sean los y las pacientes en particular y la ciudadanía en general incorporando a la agenda un conjunto de acciones o líneas de trabajo a realizar a corto plazo. Para lograrlo se plantea armonizar el desarrollo de las funciones profesionales y las necesidades de pacientes, orientar los servicios hacia la ciudadanía respetando su autonomía, intimidad, creencias, valores y sentimientos en cada momento vital y facilitar la búsqueda de soluciones en cuanto a las carencias en la atención y desarrollar áreas de mejora continua.

Los objetivos de la Estrategia están impregnados del modelo de atención centrado en el o la paciente que hace referencia el Plan de Salud. Así el

objetivo general es mejorar la satisfacción de las personas usuarias con el trato humano que reciben y entre los objetivos específicos se cita reorientar el sistema sanitario hacia la atención de las personas, dignificar el trato, fomentar la cultura de humanización, promover las condiciones necesarias para que esta se desarrolle y ofrecer a los y las profesionales aspectos que faciliten su trabajo en la mejora de la humanización de la atención.

El Plan de Acción que señala la estrategia marca 5 líneas de actuación:

- Cultura de la humanización.
- Calidez en el trato.
- Información-comunicación.
- Adecuación del entorno.
- Directrices para la gestión.

Es importante señalar, que todas estas líneas de actuación tienen aplicación e influyen de sobremanera en la atención que se plantea en este estudio, pero dada la especificidad de este, se van a analizar aquellos aspectos del Plan de Acción que mayor interés despiertan.

Para que se desarrolle una verdadera cultura de la humanización se requiere que los entornos en los que se preste la atención sean facilitadores, en cuanto a las infraestructuras y la organización. La línea de adecuación del entorno, marca entre sus objetivos específicos potenciar la accesibilidad, favorecer la intimidad y confidencialidad y facilitar el apoyo psico-emocional.

Desarrolla entre las acciones generales eliminar las barreras arquitectónicas en los edificios, incluir medidas para facilitar los acompañamientos en personas con problemas de deambulación, introducir planes de atención para personas con necesidades especiales, aumento de los tiempos de atención, colaborar con las asociaciones de pacientes, introducir el apoyo emocional por el/la profesional más adecuado, entre otras.

En la línea de directrices para la gestión se marca que los cambios en la cultura de humanización requieren del compromiso de los estamentos directivos en cuanto a que la gestión debe estar impregnada de esta para que sea efectiva. Como acciones generales a destacar de esta línea, se encuentra la inclusión de medidas para la accesibilidad en las áreas de diseño de planes funcionales y arquitectónicos de los centros y como acciones prioritarias la verificación de la eliminación de barreras arquitectónicas y medidas para facilitar el acompañamiento en personas con problemas de deambulación.

En referencia a documentación realizada desde otros Departamentos del Gobierno de Navarra, cabe destacar el **Plan de Discapacidad de Navarra 2019-2025**, recientemente aprobado y publicado, dirigido por el Departamento de Derechos Sociales y con implicación de otros departamentos incluido el de Salud.

Una de las actuaciones que se establece en él, tiene gran relevancia en el objeto de estudio, se cita textualmente:

“Establecer y desarrollar procedimientos para la adaptación y accesibilidad (física, a la comunicación y cognitiva) de la atención

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

sanitaria a personas con discapacidad, que respeten su autonomía como pacientes, con especial atención a la adaptación de los servicios de atención ginecológica.”

Marca como departamento responsable de llevarla a cago al Departamento de Salud y la temporaliza entre los años 2019 y 2022.

4.4: Resultados de las entrevistas al personal de referencia tanto del ámbito sanitario como social del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino.

Los dos profesionales encuestados señalan que no existe un protocolo escrito específico relativo a la atención en consultas del servicio que nos ocupa. La profesional del Trabajo Social señala que sería muy complejo concretar un plan, debido a los diferentes niveles de dificultad que se pueden plantear.

De las dos entrevistas se desprende que existen dificultades derivadas de la falta de movilidad y que son necesarias medidas específicas para salvarlas. Ambos se refieren en todo momento a dificultades de accesibilidad y adecuación de las consultas.

Ante la pregunta sobre la existencia de barreras arquitectónicas en el acceso a las consultas, ambos entrevistados señalan que no existen, que el edificio en el que se encuentran las consultas de ginecología y obstétrica es totalmente accesible para personas con movilidad reducida.

Señalan que las consultas no son lo suficientemente espaciosas para garantizar un correcto desenvolvimiento de una mujer usuaria de silla de ruedas. El Jefe del Servicio muestra malestar en este aspecto.

Señalan que la consulta asignada como preferente para la atención de este grupo de mujeres no presenta las condiciones de accesibilidad necesarias para prestar una atención de calidad. Cuando se presenta una mujer en silla de ruedas deben desplazar el mobiliario existente en la consulta (mesas, sillas y mesa de exploraciones) para ganar espacio, aunque señala que esta medida es insuficiente. Se señala esta carencia como la que mayor dificultad ofrece en el día a día.

Aseguran que esta consulta era provisional en un primer momento, pero que se está convirtiendo en permanente.

La anterior consulta preferente para la atención de mujeres con movilidad reducida, estaba situada en el edificio de Consultas Externas Príncipe de Viana (consulta nº 301) y contaba con el espacio suficiente para garantizar un correcto desenvolvimiento, pero fue asignada a otra especialidad.

En el resto de consultas sucede la misma situación, excepto en las destinadas a la atención en urgencias ya que los espacios son más amplios. Señalan que estas no se pueden bloquear para el desarrollo de consultas programadas, debido a que el tiempo necesario para prestar una correcta

atención es excesivo y las consultas de urgencias deben estar disponibles por si hiciera falta hacer uso de ellas.

En relación a la existencia de camillas o mesas de exploraciones regulables en altura en las consultas, aseguran su existencia aunque en alguna consulta no son regulables, sino que son fijas.

No existe grúa disponible en el Servicio, teniendo que buscarla en otro servicio o en alguna planta del Hospital si esta fuera necesaria, no disponiendo báscula acoplada a ninguna de ellas. Señalan que aún disponiendo de grúa, la falta de espacio en las consultas, no permite la utilización de esta.

No existe báscula o peso adecuado para el pesado de personas con movilidad reducida. Se utiliza una báscula existente en el sótano del edificio, aunque señalan que no es un peso que reúne las condiciones óptimas para ser usado con personas.

Niegan la existencia de otras ayudas técnicas que faciliten el desarrollo de la consulta.

El material necesario para el buen desarrollo de la consulta no se prepara previamente, si no que se solicita cuando se presenta la necesidad.

En la atención en consulta se tiene en cuenta que el tiempo de duración de esta debe ser superior, por lo que se reserva el espacio de dos citas normalizadas. Esta medida no está reflejada en ningún documento sino que se realiza por propia iniciativa de los y las profesionales.

No se sigue ninguna acción específica a la hora de designar la hora de la cita a mujeres con movilidad reducida. Si el horario asignado no se adecua a las necesidades, existe la posibilidad de modificarla, señalando que esta medida se puede aplicar a todos las especialidades del Servicio Navarro de Salud y puede ser utilizada por toda la ciudadanía.

D. Juan Carlos Muruzabal señala que todas las deficiencias y dificultades del Servicio llegan a crear un ambiente enrarecido y poco favorecedor para prestar el servicio con la calidad adecuada. El equipo ha presentado quejas por las situaciones a las que se deben enfrentar. Asegura que desde su Jefatura se han transmitido estas a la Dirección del Centro Hospitalario sobre las condiciones en las que se ofrece la atención a este grupo específico de mujeres.

Asegura que se han visto obligados a denegar citas a mujeres usuarias de silla de ruedas porque no creen desde el Servicio, que puedan prestar una atención de calidad con las condiciones de accesibilidad existentes en la actualidad.

Son los celadores o celadoras, el personal que apoya a las mujeres con movilidad reducida a realizar las transferencias a la camilla o mesa de exploraciones. En ocasiones se crean situaciones incómodas o poco adecuadas al realizar estas acciones, no malintencionadamente, si no por desconocimiento.

Este grupo profesional no recibe formación específica relacionada con cómo realizar movilizaciones a personas en situación de dependencia y/o movilidad reducida.

En el momento que se presenta la necesidad de apoyo, es cuando se da el aviso para requerir la presencia del personal de apoyo en consulta ya que no se planifica, ni prevé esta necesidad con antelación. Este hecho retrasa la visita, ya que no siempre se encuentran disponibles debido a pueden estar prestando otros servicios.

En la atención en el embarazo es siempre el/la mismo/a profesional de la ginecología el/la que presta esta atención.

El presentar la movilidad reducida, no es motivo para que el embarazo sea derivado a las consultas de alto riesgo. Pero en la mayoría de los casos la discapacidad que ocasiona la movilidad reducida, sí que condiciona dándose el caso de ser derivado el seguimiento a estas consultas.

No existe en el equipo, especialmente en alto riesgo, ningún/a profesional especializado/a en discapacidad. Al ser un equipo reducido y llevar muchos años en el servicio, la mayoría tienen experiencia en el seguimiento de embarazos de mujeres con discapacidad que presentan movilidad reducida. A la hora de designar el o la profesional que va a prestar la atención, no se tienen en cuenta los casos anteriores atendidos que guarden similitud con el que se presenta.

Si se presenta un caso clínico complejo que requiera la coordinación del Servicio de Ginecología y Obstetricia con otras especialidades médicas, no existe un protocolo a seguir, si no que los y las profesionales del servicio actúan de manera intuitiva. Refieren que en general la coordinación es buena. Señalando los profesionales entrevistados que esta casuística no es exclusiva de mujeres con movilidad reducida.

No se presta apoyo emocional o psicológico a mujeres en situaciones complejas durante el embarazo, en las consultas preconceptionales o durante los tratamientos de reproducción asistida. No se dispone de profesionales de la psicología y son las trabajadoras sociales las encargadas de acompañar en procesos psico-sociales complejos, aunque esta atención también puede ser prestada por la matrona durante el embarazo, aunque refieren que esta iniciativa depende de las habilidades de cada profesional.

Doña Izaskun Lasarte señala que la necesidad de prestar apoyo emocional o psicológico, no es una cuestión específica de mujeres con movilidad reducida, si no que viene dada por la situación vital concreta en la que se encuentre cada mujer. Opina que prestarla por sistema a mujeres con movilidad reducida puede llegar a incomodarlas, ya que pueden sentirse tuteladas sin motivo aparente.

Las mujeres con movilidad reducida suelen ser derivadas a la Unidad de Trabajo Social y son los/las profesionales de la ginecología los encargados/as de realizarla. Desde la Unidad se realiza una valoración global de la situación y se prestan los apoyos necesarios teniendo en cuenta la red de servicios y profesionales disponible para toda la ciudadanía. Las mujeres pueden acudir a la Unidad de Trabajo Social en el momento que ellas decidan y las veces que crean necesario.

No existen grupos de apoyo mutuo destinados a mujeres gestantes con discapacidad y/o movilidad reducida. De manera puntual y esporádica se ofrecen acciones de sensibilización, promoción o formación hacia los y las profesionales sanitarios en cuanto a maternidad y discapacidad.

La Trabajadora Social del Servicio señala que los y las profesionales sanitarias, como cualquier persona, pueden tener limitaciones a la hora de enfrentarse a situaciones especiales o de mayor dificultad. Refiere como un aspecto de gran importancia a la hora de tratar adecuadamente estas situaciones singulares que se presentan, la comunicación entre las partes implicadas, como vía para poder abordar las dificultades que puedan surgir de una manera adecuada.

Los dos profesionales durante las entrevistas hacen referencia al Subcomité de Humanización del Servicio de Ginecología y Obstetricia del, encuadrado en el Comité de Humanización de la Sanidad Navarra, como instrumento encargado de valorar e introducir las medidas para adecuar el servicio a las necesidades específicas derivadas de la falta de movilidad de las pacientes.

4.5: Resultados del cuestionario realizado a mujeres con movilidad reducida usuarias del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino.

Los resultados de los cuestionarios realizados a la muestra de la investigación (5 mujeres) se presentan en el Anexo 5 mediante tablas. En este espacio vamos a analizar los datos obtenidos haciendo referencia a cada una de estas.

Características personales: (tabla 1)

Todas las mujeres de la muestra tienen una edad comprendida entre los 39 y 44 años. Presentan movilidad reducida, utilizando silla de ruedas tres de ellas, una se apoya en muletas para la deambulación y otra no precisa de ayudas técnicas aunque presenta movilidad reducida.

Dos mujeres de las encuestadas han acudido al Servicio de Ginecología y Obstetricia en el último año, una entre 1 y 3 años y otras dos entre 3 y 5 años.

El motivo de la atención en el servicio para cuatro de ellas ha sido la atención al embarazo, una de las cuales también acudió a la consulta de reproducción asistida y la última para la realización de una revisión rutinaria.

Edificio y aseos: (tabla 2)

Todas las mujeres de la muestra señalan que el edificio es accesible y tres de ellas señalan la existencia de baños adaptados cerca de la consulta. Dos indican deficiencias o dificultades a la hora de utilizar dichos aseos:

E.3. “La higiene, recuerdo que tuve que limpiar el asiento antes de hacer la transferencia”.

E.5. “La altura del retrete es baja, yo necesito más alta”.

Accesibilidad en consulta y medios o ayudas técnicas utilizadas: (tablas 3, 4, 5, 6):

Tres mujeres de las encuestadas, señalan que la consulta que se utilizó para la atención no era accesible, y las dos restantes señalan la consulta como adecuada.

Cuanto se pregunta si esta consulta contaba con el espacio físico suficiente para el uso de una persona usuaria de silla de ruedas, tres de las cinco mujeres, han señalado que no y una señala que la consulta contaba con el espacio necesario.

Respecto a si la camilla o mesa de exploraciones utilizada era hidráulica, tres de ellas contestan afirmativamente y dos señalan que la camilla utilizada era fija.

Dos de las encuestadas, usuarias de silla de ruedas (E.2. y E.5.), señalan necesitar grúa para realizar la transferencia a la camilla o mesa de exploraciones, las dos refieren no haber contado con el apoyo de esta ayuda técnica por no existir en el servicio.

Durante la consulta fue necesario pesar a cuatro de las mujeres encuestadas, señalando dos de ellas que el peso utilizado fue el normalizado y que este es adecuado a su situación.

En cambio una de las mujeres encuestadas, señala encontrarse embarazada de 7 meses y no haberle pesado en ninguna de las citas que ha tenido. Conoce la intencionalidad de utilizar la báscula para el pesado de mercancías existente en los sótanos del Complejo para realizarle la prueba, pero aún no han procedido a ello.

En relación a la cuestión preguntada, la cuarta mujer señala haber utilizado una vez durante su embarazo una silla pequeña y muy antigua. El pesado no fue fiable ya que la báscula-silla no era adecuada para su caso. Refiere haber vivido una situación muy incómoda tanto para ella como para la ginecóloga que le atendió, llegando esta a disculparse por lo sucedido.

Cabe destacar que las dos mujeres que transmiten problemas para ser pesadas, son las mismas que anteriormente han señalado necesitar grúa para realizar la transferencia (E.2. y E.5.).

Ante la pregunta de la necesidad de utilizar alguna otra ayuda técnica durante la atención en consulta, señalan grúa, peso adecuado a personas con movilidad reducida, tabla de transferencias y una zona de cambiador adecuada.

Apoyo de celadores o celadoras en consulta: (tabla 7)

Tres de las mujeres encuestadas señalan haber necesitado del concurso de una tercera persona para poder realizar la transferencia a la mesa de exploraciones. A una de ellas le fue prestada esta ayuda por el personal de enfermería.

Fue necesario el apoyo de celador o celadora en el caso de las dos mujeres usuarias de silla de ruedas ya que presentan mayores problemas de movilidad (E.2. y E.5.). En ninguna de las ocasiones esta figura profesional estaba preparada, teniendo que solicitar su presencia en el momento de la consulta, retrasando el momento de la atención notablemente.

La atención prestada a estas dos mujeres no fue de calidad, ya que señalan haber profesionales que saben cómo realizar la transferencia, pero otros no. Incluso una de ellas señala riesgo de caída o lesión tanto para ella como para el/la celador/a, al no saber cómo movilizarle y refiere que esta situación crea frustración en el momento.

Pruebas realizadas en la consulta: (tabla 8)

A todas las encuestadas se les realizó alguna prueba durante la consulta, pero ninguna refiere que esta no se le realizó adecuadamente por motivo de su movilidad reducida.

Una de ellas en este punto señala como dificultad la inexistencia de un lugar adecuado para vestirse y desvestirse. Para que contara con mayor espacio que el disponible en un principio, señala que tuvieron que acondicionar la consulta moviendo el mobiliario.

Otra encuestada señala que siempre se encuentra la manera de realizar las pruebas, ya que es necesaria su ejecución.

Tiempo de duración de la consulta: (tabla 9)

Respecto al tiempo de duración de la consulta, cuatro de las encuestadas señalan que fue adecuado, cabe destacar que para todas ellas el motivo de la consulta fue el seguimiento del embarazo.

Únicamente una de ellas señala haber necesitado más tiempo, el motivo de la cita fue una revisión rutinaria.

Todas señalan que la hora de citación fue adecuada y tres de ellas desconocen la posibilidad de cambiar la hora de la cita si esta no se adecua a las necesidades.

Trato recibido en consulta: (tabla 10)

Respecto al trato recibido en la consulta por los y las profesionales, dos de las encuestadas señalan no gustarles el trato recibido. Únicamente una de ellas señala que no se respetó su intimidad, no se sintió escuchada y señala que él o la profesional no mostró interés hacia ella. En cambio tres de ellas percibieron que los y las profesionales no se encontraban preparados para abordar su discapacidad o movilidad reducida.

En este punto del cuestionario se deja un espacio para que las entrevistadas realicen si lo creen necesario, comentarios sobre el trato recibido en consulta. A continuación se detallan las referencias realizadas, debido a su importancia para el objeto de estudio:

E.1. “Sentí que los/as profesionales no estaban preparados/as sobre cómo iba a afectar mi discapacidad al embarazo y sentí

pocas habilidades a la hora de tratar este tema conmigo; tuvieron muy poco tacto en las comunicaciones, cuando me desaconsejaban el embarazo en la consulta preconcepcional. Había profesionales que como no había bases para desaconsejar el embarazo por motivo de la discapacidad, me lo negaban, pero hubo otros que en cambio me dejaban a mí la capacidad de decidir sobre si llevaba adelante el embarazo o dejaba la idea. Yo asumía los riesgos de las consecuencias de quedarme embarazada. Mi caso fue especial y sentí que no contaban con el suficiente tiempo como para estudiar un caso que se salía de la norma.”

E.2. “Únicamente me he encontrado con una persona que no estuviera preparada. Hay personal que por mi discapacidad siento que tiene respeto, que no le da confianza.”

E.3. “Padezco una enfermedad de las denominadas “raras” y por las preguntas que me hacían supe que desconocían por completo mi enfermedad, en vez de admitirlo honestamente, el trato fue totalmente infantilizado...”

E.4. “Tuve un aborto entre los dos embarazos y en esta ocasión la atención no fue tan buena. No me sentí bien atendida, el trato no fue acorde a la situación que estaba viviendo.”

E.5. “No tienen ni idea de cómo tratarte, de cómo manejarte, dirigirse a las mujeres con discapacidad. Hubo alguna profesional que no tenía mucha idea sobre la lesión medular y se notó que a partir de tener que asumir mi atención, tuvo que informarse sobre mi lesión y su relación con el embarazo, parto y postparto. Yo tomo laxantes de normal y embarazada la ginecóloga me mandó sustituir los laxantes por sobres que ayudan a evacuar. Estos no son adecuados para mi situación por la lesión que padezco. Me generaron náuseas, cólico y, bajada de tensión. Al final los laxantes que yo estaba utilizando eran compatibles con el embarazo, pero la ginecóloga no lo sabía y le costó 2 meses averiguarlo. Me generó problemas añadidos a mi situación.”

Sugerencias de mejora en la atención en consulta: (tabla 11)

Cuatro de las cinco mujeres encuestadas, señalan sugerencias de mejora en la atención recibida en la consulta, haciendo referencia a mejorar la manera de tratar o abordar las cuestiones relacionadas con la discapacidad, escuchar más a las pacientes sobre sus necesidades específicas y su propio cuerpo y contar con material adecuado. Una de ellas señala una frase reseñable como propuesta de mejora:

E.1. “La manera de tratar y decir las cosas relacionadas con mi discapacidad y mi decisión a ser madre”

Experiencia, caso o alguna situación, deficiencia o buena práctica reseñable: (tabla 12)

Únicamente dos de las mujeres encuestadas han señalado algún aspecto en este espacio. Una de ellas destaca la inexistencia de apoyo psicológico y la preparación al parto, que no le fue ofrecida. La otra hace referencia al trato infantilizado que recibe derivado de su dificultad en el habla, señalando que lo confunden con una discapacidad intelectual.

Atención en el embarazo: (tabla 13 y 14)

En relación a los y las profesionales que les atendieron a las cinco mujeres encuestadas en el embarazo, señalar que a tres de ellas siempre les atendió el/la mismo/a profesional de ginecología y a cuatro les atendió en todas las ocasiones el/la mismo/a matrn/a.

Únicamente una señala no haber recibido la suficiente información en relación a su embarazo y su discapacidad.

En tres de los casos analizados se utilizaron medidas específicas motivadas por la situación de discapacidad, siendo estas utilización de heparina y cesáreas programadas y en otro, pese a que la usuaria refiere haberlas necesitado no le fueron proporcionadas.

En este punto una de las encuestadas señala haber sufrido un brote de su enfermedad en el transcurso del embarazo y el tratamiento necesario tardó en ser administrado porque se tenían que coordinar diferentes disciplinas.

La dedicación del tiempo necesario para abordar las cuestiones de interés, no fue suficiente según la valoración de dos de las mujeres de la muestra. En cambio para cuatro las explicaciones de los y las profesionales fueron adecuadas y tres de ellas señalan que no fueron resueltas todas sus dudas planteadas.

Se generó un clima de confianza para que las pacientes pudieran expresar todas sus dudas en cuatro de los cinco casos analizados.

En cuanto a la coordinación entre otras especialidades médicas y el equipo de profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia, tres de las participantes en el estudio señalan que esta no fue buena.

Apoyo emocional profesional: (tabla 15):

Ninguna de las mujeres participantes en el estudio recibió apoyo emocional profesional durante el embarazo y a cuatro de ellas, sí les hubiera gustado haber tenido este servicio.

Ninguna acudió a un grupo de apoyo mutuo de madres que tienen discapacidad, pese que a todas ellas les hubiera gustado acudir.

Aspectos a destacar de la atención y el trato recibido en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino: (tabla 16).

Todas las participantes señalan aspectos en este espacio, destacar los siguientes:

- El protocolo que se siguió en la consulta preconcepcional fue muy rígido y no se adaptó a la situación de la paciente, según su punto de vista.
- La coordinación entre diferentes especialidades fue diferente, de buena a inexistente.
- Inexistencia de apoyo psicológico en situaciones de necesidad.
- En urgencias de maternal a la hora de aguardar a ser atendida en el triaje, se espera en un pasillo sin posibilidad de sedestación, por lo que no es adecuada esta situación para mujeres con dificultad en la bipedestación.
- En uno de los casos se ofrecieron los cursos de preparación al parto y en otro la inadecuación de estos a la situación de la mujer con movilidad reducida, provocó el abandono de estos por la paciente.
- Sentimiento de estar arropada por los y las profesionales.
- Valoran positivamente la implicación de los y las profesionales de ginecología en cuanto a obtener información sobre cómo la situación de discapacidad puede repercutir en el embarazo, aunque esta falta de conocimientos iniciales genera desconfianza.

5. CONCLUSIONES:

Las mujeres con movilidad reducida, presentan unas necesidades específicas, diferentes a las del resto de la ciudadanía, que deben tenerse en cuenta en la utilización de los Servicios de Ginecología y Obstetricia para que no exista discriminación por motivo de discapacidad y así asegurar su participación en igualdad de condiciones que el resto de mujeres.

El ideario, objetivos y medidas que se exponen en los planes y estrategias analizadas referentes al Sistema de Salud de Navarra, se encuentran en muchos de sus aspectos en línea con el modelo social de atención de las personas con discapacidad, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la posterior normativa regulada al efecto.

Se recoge en ellos una clara declaración de la Igualdad Formal, ya que pone de manifiesto que todos los servicios son universales sin que deba existir discriminación por motivo de género o discapacidad (entre otros) y se debe garantizar la accesibilidad universal en todos los servicios adaptándolos a las necesidades de todas las personas, reduciendo las desigualdades que pudieran existir.

Para el Servicio Navarro de Salud, los y las pacientes son el eje central de la atención, dándoles un papel activo y protagonista en todo lo relacionado con la salud, huyendo de un modelo de atención medicalizado hacía un modelo bio-psico-social y participado, adecuando la atención al momento vital y

necesidades de cada paciente; aspectos que guardan grandes similitudes con el modelo social de atención a las personas con discapacidad.

¿Qué ocurre cuando el contenido de estos documentos baja a la realidad diaria del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino en la atención prestada en sus consultas a mujeres con movilidad reducida?

En pocas palabras, la Igualdad Real que se vive en el día a día del Servicio no refleja el modelo de atención explícito en relación al que se debería prestar a este grupo específico de mujeres, ni se ofrece la accesibilidad en consulta ni tampoco la adecuación del material utilizado.

Como se ha podido demostrar, las consultas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino, no cuentan con las condiciones necesarias para que mujeres con movilidad reducida hagan uso de este servicio en igualdad de condiciones y bajo unos criterios de dignidad y seguridad.

Se han identificado múltiples carencias estructurales y organizativas en relación a la accesibilidad y adaptación del Servicio a las necesidades específicas de este grupo de mujeres. A continuación se va a ofrecer la relación de estas:

- Inexistencia de protocolo o estrategia para garantizar una correcta atención a mujeres con movilidad reducida. Dejando los aspectos que pudieran recogerse en esta documentación a la intuición e interpretación del personal participante en el servicio.
- Las consultas no cuentan con el suficiente espacio para garantizar un correcto desenvolvimiento de una mujer en silla de ruedas.
- No se ofrece un espacio de cambiador para que las mujeres con movilidad reducida puedan vestirse y desvestirse adecuadamente y con intimidad.
- La utilización de grúa para facilitar la transferencia de mujeres con graves problemas de movilidad es nula, debido a la inexistencia de esta en el servicio.
- No existe peso adecuado para el uso por mujeres usuarias de silla de ruedas. Llegando incluso a no realizar esta prueba o realizarla de una manera inadecuada, en situaciones en las que es necesario y está protocolizado ejecutarla.
- Existen camillas o mesas de exploraciones regulables en altura, pero no en todas las consultas.
- No se cuenta con tabla de transferencia para facilitar que mujeres con mayor autonomía puedan acomodarse por sí mismas en la mesa de exploración.

- En cuanto a la figura del celador o celadora y su papel en el servicio, cabe destacar que ante la ausencia de grúa, es su función realizar la transferencia de la paciente a la mesa de exploraciones. Esta acción se realiza con unos altos índices de peligrosidad para ambas partes. El Departamento no les ofrece formación sobre como movilizar a personas en situación de dependencia o movilidad reducida y estos no tienen porque tener esos conocimientos previos.

El o la profesional debe “cargar a pulso” a la paciente, por lo que se asume un alto riesgo de producirse en el porteador una lesión o que la persona movilizada sufra una caída o se le produzca una lesión por no realizar correctamente la acción. Por tanto se crea una situación incómoda para todas las partes, es importante incluso señalar que para la mujer es indignante.

Está claro que esta realidad es consecuencia de una carencia en el material disponible en la consulta (ausencia de grúa). Para solventar esta situación son los y las profesionales los que resuelven las dificultades de la mejor manera posible, medida que en muchas ocasiones resulta insuficiente para ofrecer una atención de calidad.

La falta de formación es palpable aun siendo continuas las referencias en los documentos analizados en la fase de diagnóstico, de ofrecer a los y las profesionales aspectos que faciliten su trabajo en aras a mejorar la atención en los servicios.

- No se contempla ningún mecanismo de aviso para que se disponga del material o el apoyo humano necesario en el momento de la consulta para de esta manera garantizar una correcta atención. Así en el momento que es necesario su uso o presencia, es cuando comienza su búsqueda o se da el aviso, retrasando notablemente el tiempo de la atención, generando perjuicios tanto en los tiempos que se manejan en el servicio y como en la espera de la mujer atendida.

Se encuentra probado que todas estas deficiencias en los medios necesarios y las dificultades detectadas, influyen de sobremanera en la calidad y calidez con la que se presta el servicio, llegando a crear una mala predisposición de los y las profesionales de ginecología ante la consulta, un ambiente enrarecido y una situación de vulnerabilidad de las mujeres con movilidad reducida atendidas en el Servicio.

En las encuestas realizadas a las mujeres objeto de estudio, queda de manifiesto que aquellas que tienen problemas de movilidad más graves son las que se encuentran mayores carencias en la atención, por lo que se puede afirmar que a mayores necesidades de apoyos, más baja es la calidad de la atención recibida debido a las deficiencias anteriormente señaladas.

Un signo de alarma es que en la actualidad se están denegando citas programadas de ginecología a mujeres con movilidad reducida por no existir los medios adecuados para su atención. Se vulnera de manera deliberada derechos fundamentales de estas mujeres.

En el mismo sentido, se ha demostrado que la Dirección del Centro Hospitalario es conocedora de esta situación ya que el Jefe de la Sección, así se lo ha hecho saber. Conociendo este dato, resulta llamativo que la consulta preferente para la atención a las mujeres que nos ocupan en el estudio, siga sin reunir las condiciones necesarias para una correcta atención.

Aún existiendo múltiples carencias, no todo es negativo en el Servicio y se han detectado aspectos positivos o buenas praxis que se detallan a continuación:

- Tanto el edificio donde se encuentran las consultas como los aseos cercanos a estas, son accesibles.
- Se tiene en cuenta la necesidad de mayor tiempo en la atención en la consulta para mujeres con movilidad reducida, reservando dos citas normalizadas.
- Existe la posibilidad de cambiar la hora de la cita programada cuando esta no se adecua a las necesidades de la paciente.
- En la atención al embarazo, especialmente en las consultas de alto riesgo, la atención siempre es prestada tanto por el/la mismo/a profesional de ginecología, como por el/la mismo/a matrona o matrona. Este aspecto da seguridad y confianza a las mujeres que se encuentran en una situación especial o compleja.
- Correcta implicación de la mayoría de los y las profesionales sanitarios en la atención prestada a mujeres con movilidad reducida y la adecuación del servicio hacia una adecuada atención.
Ha quedado de manifiesto que ante las carencias expuestas es el capital humano del servicio el que hace posible que este grupo de mujeres reciban la atención necesaria, aunque las condiciones no sean las idóneas.

Por otro lado y haciendo referencia a la percepción que las mujeres entrevistadas tienen del servicio señalar que no es concordante con la que expone el grupo profesional.

Las mujeres entrevistadas aseguran haber sentido que la situación de discapacidad y en especial su movilidad reducida, generaba inseguridad en los y las profesionales condicionando la atención prestada. Denotan escasa preparación y desconocimiento de cómo el grupo profesional debe enfrentarse a la situación de discapacidad, así como falta de empatía, llegando a no sentirse escuchadas y cuestionadas sobre su decisión de ejercer su derecho a la maternidad. Las carencias en cuanto al conocimiento médico aseguran son solventadas a lo largo de las atenciones recibidas gracias al buen hacer, implicación e investigación de los y las profesionales, por lo que la situación de inseguridad inicial se transforma en confianza.

Los cursos de preparación al parto no contemplan la posibilidad de que una mujer con movilidad reducida participe en ellos. En muchos casos no se

llegan a ofrecer, cuando se debería realizar de manera sistemática como al resto de la población y en el caso de que se ofrezcan y se acuda no se realizan desde un prisma inclusivo.

Todas las mujeres entrevistadas aseguran que durante la gestación les hubiera gustado recibir apoyo emocional relacionado con su embarazo y su discapacidad, incluso haber participado en un grupo de apoyo mutuo formado por madres con discapacidad. Se deduce de esto, que cuando en un embarazo existe una situación de discapacidad previa, la necesidad de recibir apoyo emocional entre iguales es importante en el momento vital que en el que se encuentra la mujer.

Como conclusión final de la investigación señalar que en la actualidad se está vulnerado el derecho a la salud de mujeres con movilidad reducida en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino (CHN).

6. PROPUESTAS DE MEJORA:

Tras las conclusiones a las que ha llegado este estudio, las medidas de acción positiva o propuestas de mejora que se realizarían al Departamento de Salud de Gobierno de Navarra sobre la atención en las consultas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino a mujeres con movilidad reducida para poder llegar a la conseguir que la Igualdad Formal y la Igualdad Real sean una, son las siguientes:

- Introducir en todas las actuaciones a realizar en el Servicio como ejes transversales la perspectiva de género y la discapacidad.
- En un primer lugar y como medida urgente a realizar a corto plazo, se debería garantizar la accesibilidad en las consultas así como en el material y recursos utilizados, disponiendo estas de:
 - o Espacio suficiente en consultas para una correcta deambulación de mujeres con movilidad reducida.
 - o Espacio de cambiador adecuado en dimensiones y condiciones de intimidad.
 - o Mesa de exploraciones regulable en altura.
 - o Peso o báscula adaptada.
 - o Grúa permanente en el Servicio.
 - o Tabla de transferencias permanente en el Servicio.

Para llegar a la consecución de esta medida se recomendaría al Servicio Navarro de Salud, tener en cuenta como entidad consultiva y experta, el “Centro de Productos de Apoyo” dependiente de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas (Departamento Derechos Sociales, Gobierno de Navarra).

- Enmarcado en la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra, realizar un protocolo específico de funcionamiento del Servicio para con la atención a mujeres con movilidad reducida, en el que se recogieran los siguientes aspectos:

- Normas de citación de las mujeres con movilidad reducida al servicio, señalando lo siguiente:
 - Procedimiento de acceso al servicio, advirtiendo que se trata de una paciente con movilidad reducida.
 - Tiempo de reserva para la consulta: dos citas normalizadas.
 - Horario preferente adecuado a las necesidades de las mujeres.
 - Realizar a las mujeres en el momento de la derivación a la atención especializada un breve cuestionario en el que se ofrecerían los apoyos y se valorarían las necesidades para que en el momento de la consulta se tendrían en cuenta todos los aspectos necesarios para garantizar el buen desarrollo de esta.
- Realizar un procedimiento de coordinación entre diferentes especialidades.
- En el procedimiento de adjudicación del o de la profesional de la ginecología y matrn/a se debería tener en consideración los casos de situaciones de discapacidad que han sido abordados por cada profesional, para adjudicarle el que se presenta por similitud a los anteriores.
- Realización de cursos de preparación al parto inclusivos.
- Plan de formación específico para los y las profesionales del servicio, relativo a discapacidad:
 - Formación específica a celadores/as:
 - Uso del material existente en consulta (grúa, báscula y tabla de transferencias)
 - Movilización de personas en situación de dependencia y/o movilidad reducida.
 - Formación para todos y todas las profesionales:
 - Sexualidad, maternidad y discapacidad.
 - Trato adecuado a personas con discapacidad: abordando en este las siguientes cuestiones, entre otras:
 - Realidad actual de las mujeres con movilidad reducida: derechos y situaciones diarias.
 - Estrategias a la hora de ofrecer la información y herramientas para facilitar la toma de decisiones por parte de la paciente de una manera consciente, informada y respetada.
 - Confidencialidad e intimidad.
- Introducir todos aquellos ajustes razonables necesarios en el caso que las medidas de acción positiva enunciadas anteriormente, no fueran suficientes para garantizar un correcto ejercicio del Servicio.
- Se percibe la necesidad de fomentar redes y alianzas sociales entre el Servicio y las entidades del tercer sector de la discapacidad. Sería adecuado crear grupos de apoyo mutuo entre iguales (mujeres/madres

con discapacidad) por las entidades del tercer sector de la discapacidad de Navarra. Las entidades serían las gestoras y organizadoras del apoyo mutuo, pero siempre debe existir para un correcto tratamiento de cada situación, la estrecha coordinación con los y las profesionales del Servicio de Ginecología, tanto en la derivación como en el seguimiento de cada caso.

En el caso que el Departamento de Salud de Gobierno de Navarra implementaría las propuestas que se plantean en el presente estudio, estaría emprendiendo el camino para conseguir mejorar la vida de todos y todas, sin dejar a nadie atrás, de acuerdo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la OMS. Teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) marcados en esta, contribuiría a la consecución de las siguientes metas:

“Metas del Objetivo 3: Salud y Bienestar:

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.”

“Meta del Objetivo 5: Igualdad de Género:

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.”

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

7. BIBLIOGRAFIA:

Agencia Navarra para la Autonomía y Desarrollo de las Personas, Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra, *Plan de Discapacidad de Navarra 2019-2022*, Navarra, 2019.

Cayo Pérez Bueno. L, *Discapacidad y asistencia sanitaria*, Colección CERMI.es, Madrid 2006.

CERMI, *Espacio Sociosanitario Inclusivo, Documento de posición del CERMI Estatal en materia sociosanitaria*, Madrid, 2014.

CERMI, diferentes autores y autoras, *La transversalidad de género de las políticas públicas de discapacidad*, Vol. 1, Colección CERMI.es, Ediciones Cinca, Madrid, 2012.

CERMI Navarra, *Directorio de Entidades*, Navarra, 2018.

CERMI Navarra, *Por un Espacio Socio-Sanitario Inclusivo – Informe CERMIN*, Colección Inclusión y Diversidad, Ediciones Cinca, Madrid, 2016.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España*, 2019.

Comunidad Foral de Navarra, *Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra*, BON núm. 146 de 03 de Diciembre de 1990 y BOE núm. 71 de 23 de Marzo de 1991.

Departamento de Salud de Gobierno de Navarra, *Plan de Salud de Navarra 2014-2020*, Aprobado el 16/09/2014 por la Comisión de Salud del Parlamento de Navarra, Navarra, 2014.

Departamento de Salud de Gobierno de Navarra, *Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra*, Navarra, 2018.

Díaz Funcha. E, *El reflejo de la mujer en el espejo de la discapacidad, La conquista de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad*, Colección Generosidad, Ediciones Cinca, Madrid 2013.

España, *Constitución Española*, BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.

España, *Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad*, BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986.

España, *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, BOE núm. 128, 29 de mayo de 2003.

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

España, *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*, BOE núm. 240 de 05 de Octubre de 2011.

España, *Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de reintegración y mejoramiento del Régimen Foral de Navarra*, BOE núm. 204, de 16 de agosto de 1982.

España, *Real Decreto Legislativo 1.030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización*, BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006.

España, *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*, BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2013.

Jiménez Lara. A, *Salud Pública y Discapacidad, Planteamientos y propuestas del sector social de la discapacidad articulado en torno al CERMI ante la futura Ley estatal de Salud Pública*, Colección CERMI.es, Ediciones Cinca, Madrid, 2010.

PREDIF, *Manual de formación para asistentes personales*, Madrid, 2019.

Martínez-Pujalde. A.L, *Derechos fundamentales y discapacidad*, Colección Convención ONU, Ediciones Cinca, Madrid, 2015.

Moya. A, García, P y Carrasco. M^a J, *Discriminación en mujeres con discapacidad: una propuesta de prevención e intervención educativa*, Revista Educatio S XXI, vol. 24, pp. 99-122. 2006.

Moya Maya. A, *La sexualidad en mujeres con discapacidad, perfil de su doble discriminación*, Revista Feminismo/s, núm. 13, pp. 133 – 151, 2009.

Naciones Unidas, *Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible*, 2015.

Naciones Unidas, *Instrumento de Ratificación de 16 de diciembre de 1983 de la Convención sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979*, BOE. Núm. 69, de 21 de marzo de 1984.

Naciones Unidas, *Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecha en Nueva York el 13 de diciembre de 2006*, BOE. Núm. 96, de 21 de abril de 2008.

Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1948.

Palacios. A, *El modelo social de la discapacidad, orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional Sobre los Derechos de las*

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

Personas con Discapacidad, Colección CERMI.es, Ediciones Cinca, Madrid, 2008.

8. DEFINICIONES:

1. Accesibilidad universal: es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño universal o diseño para todas las personas», y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse. (Según la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad.)

2.a. Ajustes razonables: se entenderán 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. (Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.)

2.b. Ajustes razonables: son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas del ambiente físico, social y actitudinal a las necesidades específicas de las personas con discapacidad que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular de manera eficaz y práctica, para facilitar la accesibilidad y la participación y para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos. (Según la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad.)

3. Diseño universal: se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten. (Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.)

4. Diseño universal o diseño para todas las personas: es la actividad por la que se conciben o proyectan desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, programas, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El «diseño universal o diseño para todas las personas» no excluirá los productos de apoyo para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando lo necesiten. (Según la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad.)

5. Igualdad de oportunidades: es la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por motivo de o por razón de discapacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones por las personas con discapacidad, de todos los derechos

humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, laboral, cultural, civil o de otro tipo. Asimismo, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción positiva. (Según la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad.)

6. Medidas de acción positiva: son aquellas de carácter específico consistentes en evitar o compensar las desventajas derivadas de la discapacidad y destinadas a acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad y su participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, social, educativa, laboral y cultural, atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad. (Según la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad.)

7. Normalización: es el principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida en igualdad de condiciones, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona. (Según la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad.)

8. Transversalidad de las políticas en materia de discapacidad: es el principio en virtud del cual las actuaciones que desarrollan las Administraciones Públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general en cualquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad. (Según la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad.)

ANEXO 1:

GUIÓN ENTREVISTAS PROFESIONALES SANITARIOS Y SOCIALES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO DE PAMPLONA (CHN)

1. Existencia de **Plan/Protocolo de atención específico** en el que se contemplen las necesidades específicas de las mujeres con movilidad reducida en cuanto a la atención en consulta del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HVC. ¿Sería necesario?
2. Existencia de **dificultades** derivadas de la falta de movilidad de este grupo de mujeres para participar en el servicio en condiciones de igualdad.
3. **Accesibilidad:**
 - Existencia de barreras arquitectónicas en el acceso a las consultas.
 - Consulta espaciosa que garantice un correcto desenvolvimiento de una mujer usuaria de silla de ruedas.
 - Existencia de camillas / mesas de exploraciones regulables en altura.
 - Existencia de grúa en consulta, o grúa-báscula.
 - Existencia de peso para el pesado de personas con movilidad reducida, báscula.
 - Existencia de otras ayudas técnicas en consulta, ejemplo: tabla de transferencias.
 - Valoración de la necesidad de disponer de mayor tiempo en la consulta.
 - Adecuación del horario de la cita.
 - Si se tiene preparado previamente el material / ayudas técnicas necesarias para el buen desarrollo de la consulta.
4. **Personal de apoyo en consulta:**
 - Figura del/a celador/a.
 - Si está avisado/a previamente.
 - Si no está preparado/a, ¿Retrasa significativa el tiempo de atención en la consulta?
 - Esta figura profesional recibe formación específica en cuanto a la movilización de personas con movilidad reducida.
5. **Atención en el embarazo:**
 - Seguimiento del embarazo realizado siempre por el mismo ginecólogo o ginecóloga.
 - Existencia en el equipo profesional, especialmente en alto riesgo, miembros especializados en discapacidad.

- Existencia de protocolo de coordinación con otras especialidades médicas. (Se pregunta esta cuestión ya que la mayoría de mujeres con movilidad reducida, tienen como profesional de referencia a la especialidad médica que le corresponde por patología o lesión que padece y en muchas ocasiones el embarazo repercute en el diagnóstico inicial o viceversa.)

6. Reproducción asistida:

- Atención diferenciada a mujeres con movilidad reducida en los tratamientos de reproducción asistida ante la posibilidad de ser desaconsejado el embarazo por motivos de discapacidad.

7. Apoyo emocional o psicológico en situaciones complejas motivadas por la discapacidad:

- Existencia de acompañamiento emocional o psicológico en situaciones complejas por motivo de discapacidad y/o movilidad reducida en el Servicio, sobre todo ante embarazos y tratamientos de reproducción asistida.
- Valoración de una mayor presencia en la atención de las matronas en estas situaciones, para prestar mayor soporte emocional tanto en el embarazo como en la posterior crianza, con el objeto de acompañar y favorecer el empoderamiento de las mujeres con movilidad reducida que lo necesiten.

PREGUNTAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL:

1. ¿Todas las mujeres con discapacidad/movilidad reducida son derivadas sistemáticamente a la Unidad de Trabajo Social?
2. Existencia de acciones de sensibilización, promoción, grupos de apoyo mutuos, formación específica destinada a los y las profesionales.

ANEXO 2:

RESUMEN DE LA ENTREVISTA REALIZA A DON JUAN CARLOS MURUZABAL TORQUEMADA

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)

La entrevista fue realizada el 15 de abril a las 10:00 en el despacho del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHN.

Duración, media hora.

En la charla-entrevista mantenida se destacan la siguiente información de las diferentes cuestiones planteadas:

PREGUNTA: Existencia de Plan/protocolo de atención específico en el que se contemplen las necesidades específicas de las mujeres con movilidad reducida en cuanto a la atención en consulta del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

RESPUESTA: No existe nada.

PREGUNTA: Accesibilidad de las consultas: barreras en el acceso, existencia de camillas – mesas de exploración regulables en altura, grúa con báscula, ayudas técnicas. Tiempo de duración de la consulta. Adecuación del horario de la cita.

RESPUESTA: El Jefe del Servicio señala que en la actualidad la consulta que se ha asignado como preferente para prestar la atención ginecológica a mujeres con movilidad reducida, se encuentra ubicada en el sótano del Hospital Virgen del Camino y no presenta las condiciones de accesibilidad necesarias para prestar una atención de calidad:

- No cuenta con el espacio suficiente para el adecuado desenvolvimiento en la consulta de una mujer usuaria de silla de ruedas, el espacio es escaso. Deben mover el mobiliario de la consulta para poder ofrecer mayor espacio y aún, este es insuficiente. Señala este aspecto como el que mayor dificultad ofrece en el día a día.
- No cuentan con grúa en la consulta y si esta es necesaria se debe ir a buscar a otro servicio o a alguna planta del Hospital. Estas grúas no poseen báscula.
- No se ofrecen otras ayudas técnicas de apoyo (tablas de transferencias, etc).

Cuando se requiere de la ayuda de un celador o celadora, no se suele avisar a este o esta con antelación para que se encuentre preparado o preparada en el momento de la atención. Se le avisa en el momento, lo que en ocasiones

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

retrasa la visita en consulta, ya que no siempre se encuentran disponibles porque están prestando otros servicios.

Esta figura profesional no recibe ningún tipo de formación en movilizaciones a personas en situación de dependencia y/o movilidad reducida.

Se tiene en cuenta que se necesita mayor tiempo de duración de la consulta. Así cuando se cita a una mujer con movilidad reducida se ocupa el tiempo designado para dos citas normalizadas. Esta medida no se refleja en ningún documento.

No se sigue ninguna acción específica a la hora de designar la hora de la cita a mujeres con movilidad reducida, ya que se puede solicitar cambio de hora, si la asignada no se adecua. Señala que esta opción no es específica para ellas, si no que existe para toda la ciudadanía.

Cuando una mujer usuaria de silla de ruedas acude a esta consulta y el equipo profesional se encuentra con serias dificultades para ofrecer el servicio con calidad, se crea un ambiente enrarecido y poco favorecedor para prestar el servicio con calidad. Encontrarse el equipo con estas situaciones día tras día, ha generado quejas.

Refiere que hasta hace un tiempo la consulta asignada como preferente para la atención de mujeres con movilidad reducida, era la 301 del Centro de Consultas Príncipe de Viana. Ésta reunía mejores condiciones que a la que se ha trasladado esta atención en la actualidad.

Se han presentado quejas ante la Dirección del Centro Hospitalario sobre las condiciones en las que se ofrece la atención ginecológica a este grupo de mujeres con una problemática específica, ya que en la actualidad se presentan muchas deficiencias.

Comenta que se han visto obligados a denegar citas a mujeres usuarias de silla de ruedas porque no creen desde el Servicio que pueden prestar una atención de calidad con las condiciones de accesibilidad existentes en la actualidad.

PREGUNTA: Existencia de protocolos de coordinación con el resto de especialidades médicas, sobre todo en el seguimiento del embarazo. Se pregunta esta cuestión ya que la mayoría de mujeres con movilidad reducida, tienen como profesional de referencia a la especialidad médica que le corresponde por patología o lesión que padece y en muchas ocasiones el embarazo repercute en el diagnóstico inicial o viceversa.

RESPUESTA: No existe coordinación protocolizada. Los y las profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHN actúan sobre todo de manera intuitiva antes estas situaciones. Por lo general la coordinación es buena entre diferentes especialidades.

Señala que la presencia de un caso clínico complejo, no es específico de mujeres con movilidad reducida, sino que es algo más generalizado.

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

PREGUNTA: ¿La atención en el seguimiento del embarazo es prestada siempre por el mismo ginecólogo o ginecóloga?

RESPUESTA: Sí, siempre es prestada por el mismo o misma profesional.

PREGUNTA: Existencia de acompañamiento emocional o psicológico en situaciones complejas por motivo de discapacidad y/o movilidad reducida en el Servicio, sobre todo antes embarazos y tratamientos de reproducción asistida.

RESPUESTA: Comenta que no se ofrece desde este Servicio este tipo de apoyo.

Don Juan Carlos Muruzabal, facilita el contacto de una profesional de su equipo, que se encuentra en el Comité de Humanización de la Sanidad Navarra, para que mantenga una entrevista con ella. Cree que es interesante tener en cuenta la situación actual de las condiciones con las que se ven obligados y obligadas a prestar la atención en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino, a mujeres con movilidad reducida.

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

ANEXO 3:

RESUMEN DE LA ENTREVISTA REALIZA A DOÑA IZASKUN LASARTE SAGASTIBELTZA

TRABAJADORA SOCIAL DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)

La entrevista fue realizada el 09 de abril a las 9:30 en una sala de la Unidad de Trabajo Social del CHN.

Duración, cuarenta minutos.

En la entrevista mantenida se destacan la siguiente información de las diferentes cuestiones planteadas:

PREGUNTA: Existencia de Plan/protocolo de atención específico en el que se contemplen las necesidades específicas de las mujeres con movilidad reducida en cuanto a la atención en consulta del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Si no existe, ¿sería necesario?

RESPUESTA: No existe protocolo escrito, se atienden las atenciones individuales en función de que se presenten. Sería complejo concretar un plan o protocolo, hay muchos niveles de dificultad, sería muy complicado, ya que hay mujeres con discapacidad que tienen un nivel de dificultad y mayor autonomía que otras que tienen menos dificultad física y menor autonomía. Es complejo concretar tanto.

PREGUNTA: Accesibilidad de las consultas: barreras en el acceso, existencia de camillas – mesas de exploración regulables en altura (hidráulicas), grúa con báscula, ayudas técnicas. Tiempo de duración de la consulta. Adecuación del horario de la cita.

RESPUESTA: La Trabajadora Social del Servicio señala que no hay barreras en el acceso para acceder a las consultas.

Conoce de la existencia de camillas regulables en consulta y señala que cada consulta tiene un modelo de camilla y no conoce cuales tienen regulable y cuáles no.

En todas las consultas refiere haber una enfermera o una auxiliar con él o la profesional de ginecología que realiza el apoyo para ayudar a la mujer a situarse en la camilla en la postura ginecológica para poder realizar la exploración, también hay camillas que tienen unos soportes que salen de la parte inferior de esta para poner las piernas rectas y no hace falta poner la postura ginecológica. La mujer se sitúa en función de la dificultad que padezca.

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

Señala no ser algo específico de lesiones permanentes, se puede aplicar a mujeres que acudan con una pierna escayolada o alguna lesión temporal. No recuerda el caso de ninguna mujer a la que no la hayan podido explorar por no poder acomodarla en la camilla, pero señala que quizá ha existido algún caso.

Desconoce si en las consultas existen grúas para facilitar las transferencias. Las consultas que están destinadas a exploración son espacios reducidos donde no se puede introducir una grúa. Refiere que la consulta que se destina a las mujeres con movilidad reducida era en teoría provisional, pero se está convirtiendo en permanente. La consulta anterior del CCE si estaba preparada porque era espaciosa y en urgencias también existe la posibilidad de atenderlas porque son espacios más amplios, aunque señala no poder bloquear una consulta de urgencias para atender a una mujer a la que se le va a realizar una revisión ya que se utiliza mucho tiempo. Como adaptada una consulta como tal, no existe por problemas de espacio.

El peso que se suele utilizar para pesar a mujeres usuarias de silla de ruedas es la báscula del sótano (no es un peso adecuado para pesar personas).

Señala que siempre se puede solicitar la presencia de un/a celador/a, pero sin planificación previa ya que no se sabe que la mujer que viene a la consulta presenta movilidad reducida.

Se tiene en cuenta que las mujeres con movilidad reducida tienen mayor necesidad de tiempo en consulta, así que cuando se conoce que va a acudir una mujer en esta situación se reservan el tiempo destinado a dos consultas.

No se tiene en cuenta la situación de la mujer a la hora de dar una cita, ya que si la cita es programada el personal que da la cita es administrativo y desconoce la situación de esta. Si el horario no se adecua, la mujer tiene la posibilidad de modificar el horario, como toda la ciudadanía.

PREGUNTA: Existencia de formación específica referente a discapacidad para tanto para el personal sanitario, especialmente para celadores y celadoras en cuanto al apoyo en la realización de transferencias.

RESPUESTA: No se ofrece formación específica. Señala que puede haber profesionales que hayan realizado formación a título individual y como interés personal.

Señala como interesante poder ofrecer formación a los y las celadores y celadoras sobre cómo apoyar las transferencias, ya que señala que ocurren situaciones incómodas o poco adecuadas al realizar estas acciones, no malintencionadamente pero sí por desconocimiento.

PREGUNTA: Existencia de protocolos de coordinación con el resto de especialidades médicas, sobre todo en el seguimiento del embarazo. Se

pregunta está cuestión ya que la mayoría de mujeres con movilidad reducida, tienen como profesional de referencia a la especialidad médica que le corresponde por patología o lesión que padece y en muchas ocasiones el embarazo repercute en el diagnóstico inicial o viceversa.

RESPUESTA: Si existe una situación en la que hay una patología previa u otra derivada del embarazo, estos embarazos se siguen en alto riesgo y la mujer va a recibir atención de todas aquellas especialidades que necesite, por ello confluyen en las consultas de alto riesgo diferentes especialistas.

Señala que la presencia de un caso clínico complejo, no es específico de mujeres con movilidad reducida, sino que es algo más generalizado.

PREGUNTA: Se pregunta sobre la existencia en el equipo profesional de ginecología, especialmente en alto riesgo, de miembros especializados en discapacidad. ¿La atención en el seguimiento del embarazo es prestada siempre por el mismo ginecólogo o ginecóloga?

RESPUESTA: Los y las profesionales de alto riesgo son pocos profesionales y van rotando dependiendo de la llegada de las pacientes. Señala que el/la primer/a profesional que presta la primera atención, siempre será él o la que realice la consulta a la paciente. No hay ninguno/a especializado/a en la atención de mujeres embarazadas con otras patologías de base, pero el/la profesional de ginecología de referencia activará el resto de áreas profesionales que sean necesarias. Señala que todo el equipo tiene mucha experiencia ya que llevan en el Servicio muchos años y en algún momento han tenido que prestar atención a mujeres con discapacidad.

No todas las mujeres con movilidad reducida son derivadas a las consultas de alto riesgo. Aunque señala que todas las mujeres tendrán sus primeras citas en el CASSYR (Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva) que corresponda y en cuanto surge alguna dificultad son derivadas al Centro Hospitalario. Refiere que en el primer trimestre del embarazo una mujer con movilidad reducida no tiene porque experimentar problemas derivados de este, pero sí cuando se empieza a incrementar el volumen en el segundo o tercer trimestre.

PREGUNTA: Atención diferenciada a mujeres con movilidad reducida en los tratamientos de reproducción asistida ante la posibilidad de ser desaconsejado el embarazo por motivos de discapacidad.

RESPUESTA: Señala que esta cuestión es parte de la fase de estudio que se realiza antes de acceder a un tratamiento de reproducción asistida. En este estudio se realiza un análisis completo de la situación de la mujer y se valora si esta técnica va a empeorar su situación de salud. Se adapta el tratamiento a la situación de la mujer, para utilizar el más idóneo. Señala que en las consultas de fertilidad se dedica tiempo a dar información sobre las pruebas que se van a realizar, del resultado de estas y de las opciones de tratamiento que se presentan, para con todo la mujer tome la decisión de aceptar o no el tratamiento. Una vez aceptado el tratamiento también se dedica el tiempo

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

necesario para que la paciente lo conozca y se pueda adaptar lo máximo posible la medicación y todos los procesos a ella.

PREGUNTA: Existencia de acompañamiento emocional o psicológico en situaciones complejas por motivo de discapacidad y/o movilidad reducida en el Servicio, sobre todo antes embarazos y tratamientos de reproducción asistida.

RESPUESTA: Señala que en todo el Hospital no hay ningún/a profesional de la psicología. Las Trabajadoras Sociales son las que llevan procesos psico-sociales que en algunos casos son importantes de los casos que atienden o de los que les derivan. También lo pueden prestar las matronas. Pero señala que esto depende de las habilidades de cada profesional.

PREGUNTA: ¿Se valora que las matronas tengan mayor presencia en los embarazos en situaciones especiales, como las de mujeres con discapacidad? De cara a prestar mayor soporte a estas y acompañar en el proceso de empoderamiento en relación con el embarazo y la posterior crianza.

RESPUESTA: Refiere que cualquier personal de salud cuando está en contacto con una persona que presenta una dificultad, en este caso una discapacidad, inconscientemente tendemos a acercarnos a esa persona, a interesarnos por ella, por su situación. Cree que no se realiza de manera deliberada pero sí que se les presta mayor atención en el campo de la escucha. Señala que hay mujeres con movilidad reducida totalmente empoderadas y que afrontan las gestaciones mejor que mujeres sin una situación especial. No refiere hacer distinción en el trato por motivo de discapacidad, si no que señala hacerla por la existencia de una situación vital concreta, abarcando a toda la ciudadanía. Señala que prestarla por sistema puede llegar a molestar a mujeres con discapacidad por sentirse tuteladas sin motivo aparente.

PREGUNTA: Centrado ya en el Trabajo Social. ¿Todas las mujeres con discapacidad y/o movilidad reducida son derivadas a la Unidad de Trabajo Social sistemáticamente?

RESPUESTA: La mayoría de las mujeres con movilidad reducida sí suelen llegar derivadas a la Unidad de Trabajo Social. Suelen ser los/las ginecólogos/as los que derivan y avisan a la Unidad ya que las pacientes expresan alguna dificultad o alguna preocupación. Desde la Unidad se realiza una valoración global, de la situación en la que se encuentra, de que soportes dispone, las necesidades que puedan surgir, sus dificultades, el apoyo psicosocial. Durante el tiempo que la mujer está gestando sabe que puede acudir a la Unidad para ser atendida por la Trabajadora Social del Servicio. El

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

trabajo se hace en red y se cuenta con los profesionales que de manera externa van a poder intervenir.

PREGUNTA: Se pregunta sobre la existencia de acciones de sensibilización, promoción, prevención; grupos de apoyo mutuo; formación a los y las profesionales.

RESPUESTA: Refiere que para profesionales sí que existen ciclos formativos para realizar de manera individualizada sobre discapacidad, sexualidad y discapacidad, con respecto a las relaciones interpersonales, con respecto al ejercicio de la maternidad, la corresponsabilidad, etc... Existen de manera externa, pero no es algo que se ofrezca de manera programada, aunque surgen de manera puntual.

PREGUNTA: Si cree necesaria alguna actuación específica desde el Servicio de Ginecología y Obstetricia para mujeres con movilidad reducida, para que hubiera una mejor atención y poder participar en el servicio en condiciones de igualdad al resto de ciudadanía.

RESPUESTA: Ya que no hay barreras de acceso al edificio, lo primero interesante es adaptar las consultas, no solo del Hospital Virgen del Camino, sino todas las consultas, incluidas las de todos los CASSYR.

Señala también conveniente que las mujeres que presenten una dificultad o una necesidad específica para con la atención que va a recibir, avise en el Centro que tiene una cita programa y exprese la situación que presenta para que se conozcan previamente, ya que los y las profesionales sanitarios no tienen porque saber las dificultades que presenta cada mujer. Señala que los y las profesionales sanitarios son personas como el resto y tiene las mismas limitaciones a la hora de enfrentarse a situaciones especiales o de dificultad que el resto de la población, que no reciben formación para poder afrontarlas y que en ocasiones crean mecanismos de defensa como el resto de población ante estas situaciones.

Señala como un aspecto de gran importancia facilitar la comunicación entre las partes implicadas como vía para poder abordar las cuestiones planteadas de la manera posible más adecuada.

OTRAS CUESTIONES QUE SURGEN A LO LARGO DE LA ENTREVISTA:

Al comentar la existencia de protocolos y planes de humanización en otras comunidades autónomas señala que sería interesante que desde las entidades del tercer sector de la discapacidad se pongan en conocimiento de la Dirección del Complejo esta información. Refiere haber un Subcomité de Humanización en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

En la conversación mantenida se destaca que dependiendo del o de la profesional que realice la atención, tanto en el ámbito sanitario como en cualquier otro, esta no puede ser adecuada así como el trato recibido. Señala que toda la ciudadanía tiene derecho a la reclamación y que esta se debe realizar siempre que sucedan situaciones no deseadas. También como a realizar un cambio de profesional si se desea.

Señala también interesante la posibilidad de que los y las profesionales que van a realizar la atención conozcan previamente la casuística de la paciente, ya que de esta manera, se puede tener preparado material necesario para poder adecuar la atención a las necesidades de la paciente, así como también información referente a la salud.

ANEXO 4:

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA) DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.

El objetivo de esta encuesta es la recogida de datos y vivencias acerca de la atención recibida en las consultas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino de Pamplona perteneciente al Complejo Hospitalario de Navarra a mujeres con movilidad reducida. Esta atención ha podido realizarse tanto en consultas ginecológicas rutinarias como en el seguimiento y atención durante el embarazo o en las consultas de reproducción asistida.

EL CONTENIDO DE ESTE CUESTIONARIO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL Y LOS DATOS OBTENIDOS SE UTILIZARAN ÚNICAMENTE PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO FIN DE MASTER "La atención a mujeres con movilidad reducida en las consultas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario de Navarra - Hospital Virgen del Camino (Pamplona). Dificultades, planteamientos y propuesta de mejora."

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO
Mirian Nepote Ayensa
miriannepote@yahoo.es

CARACTERÍSTICAS PERSONALES:

1. Indique su edad: *

**2. ¿Usted por motivos de su discapacidad presenta movilidad reducida?
Se entiende por movilidad reducida la limitación de la capacidad para moverse o deambular por sí misma sin ayuda. ***

- Sí
- No

Marque lo que corresponda. Usted utiliza: *

- Silla de ruedas
- Muletas
- Bastón
- Andador
- No utiliza ayudas técnicas para deambular, aunque presenta movilidad reducida.
- Otros.

3. ¿Cuándo fue la última vez que acudió a las consultas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino? *

- En el último año.
- Entre 1 y 3 años.
- Entre 3 y 5 años.
- Hace más de 5 años.
- No lo recuerdo.

4. ¿Cuál fue el motivo de la atención? *

- Revisión rutinaria.
- Atención al embarazo.
- Consulta de reproducción asistida.
- Tratamiento de alguna patología/enfermedad concreta.
- Otro motivo:

ACCESIBILIDAD DEL EDIFICIO:

5. ¿El edificio (entrada, ascensores, accesos, etc.) es accesible para personas con movilidad reducida? *

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

6. ¿Se disponen de aseos adaptados cerca de la consulta? *

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

7. ¿Encontró alguna deficiencia o dificultad en ellos? *

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?

Un formulario de texto rectangular con una barra de desplazamiento horizontal en la parte inferior y botones de navegación (flechas) en los extremos.

ATENCIÓN EN CONSULTA:

8. ¿La consulta utilizada es accesible? *

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

¿Dispone del espacio físico adecuado para su adecuado uso por una persona usuaria de silla de ruedas? *

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

10. ¿La camilla o mesa de exploraciones es hidráulica (sube y baja de altura)? *

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

11. Por su discapacidad ¿Necesitaría grúa para realizar la transferencia de la silla a la camilla?

- Sí
- No
- No sabe / No contesta

Si la respuesta fue afirmativa conteste las siguientes, si su respuesta fue no, pase a la pregunta 12.

¿Se utilizó la grúa?

- Sí
- No

¿La grúa estaba preparada para su utilización?

- Si
- No

¿La grúa presentaba las condiciones idóneas para su utilización (batería, arnés, etc.)?

- Si
- No
- No sabe / no contesta.

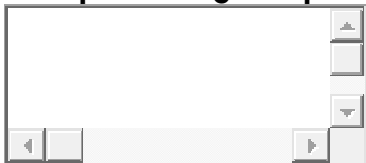
¿Hubo que esperar a qué la grúa fuera traída de otro servicio/planta del Hospital?

- Si
- No
- No sabe / no contesta.

12. ¿Fue necesario durante la atención que a usted le pesaran? *

- Si
- No
- No sabe / no contesta.

Si le pesaron ¿Qué peso se utilizó?



¿Fue adecuado el peso utilizado a su situación?

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

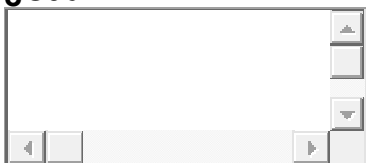
¿Le tenían que pesar y no le pesaron al no existir un peso adecuado?

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

13. ¿Hubiera necesitado o necesitó alguna otra ayuda técnica durante la atención en consulta? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

¿Cuál?



¿Le fue proporcionada?

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

14. ¿Fue necesario para realizar la transferencia de la silla de ruedas a la camilla de exploración, de personal (celador o celadora) para que le apoyara? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

¿Estaba el celador o celadora preparado o preparada en la consulta?

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

¿Tuvieron que ir a avisarle cuando fue necesaria su presencia (celador/celadora)?

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

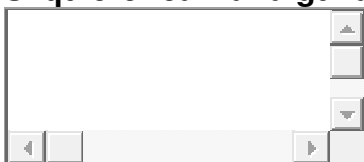
¿Retrasó significativamente la atención en consulta que hiciera falta reclamar la presencia de esta figura?

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

En referencia al apoyo que precisó del celador o celadora, ¿La atención fue adecuada?

- Si
- No
- No sabe / no contesta.

Si quiere realizar alguna reseña en este punto, cítela a continuación:



15. ¿Le realizaron alguna prueba durante la consulta? *

- Sí
- No

¿Cuál?



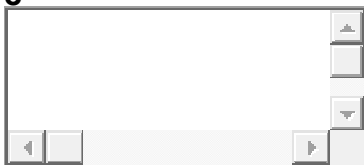
¿Se la pudieron realizar adecuadamente?

- Sí
- No
- No sabe / no contesta

¿Hubo problemas derivados de su movilidad reducida?

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

¿Cuáles?

An empty rectangular form box with a light gray border. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically, each with a small icon. On the bottom left and bottom right corners, there are larger square buttons with left and right arrow icons, respectively.

16. ¿El tiempo de atención en la consulta fue el adecuado? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta

¿Hubiera necesitado más tiempo, pero no se tuvieron en cuenta sus necesidades?

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

La hora a la que fue citada, ¿fue adecuada? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

¿Sabe que existe la opción de cambiar la hora de la cita si esta no se adecua a sus necesidades? *

- Sí
- No

17. ¿Le gusto el trato recibido en consulta? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

18. ¿Cree que se respetó su intimidad? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

19. ¿Sintió que fue escuchada? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

20. El/la profesional que le atendió, ¿cree que mostró interés por usted? *

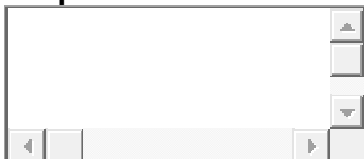
- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

21. ¿Cree que los y las profesionales que le atendieron estaban suficientemente preparados y preparadas para abordar su discapacidad/movilidad reducida? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

Si deseas señalar cualquier cuestión acerca del trato recibido por los y las profesionales hazlo a continuación:

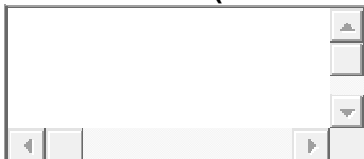


22. ¿Mejorarías algún aspecto de la atención en consulta? *

- Si
- No
- No sabe / no contesta.

¿Cuál?

Si desea contar tu experiencia/caso o alguna situación/deficiencia/ buena práctica/etc., utilice el espacio que tiene a continuación. Pero si desea o prefiere que me ponga en contacto con usted para ello, señálelo a continuación (no olvide poner su teléfono/e-mail para contactar).



SI LE FUE ATENDIDO EL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA) O ACUDIÓ A LA CONSULTA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SI NO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.

23. ¿Le atendió siempre durante el embarazo el/la mismo/a ginecólogo/a? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta.

¿Le atendió siempre durante el embarazo el/la mismo/a matrn/a? *

- Sí
- No

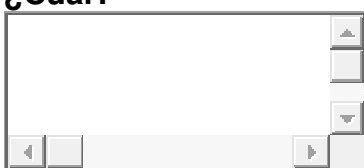
24. ¿Cree que recibió la suficiente información en relación a su embarazo y su discapacidad? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta

25. ¿En la atención a su embarazo se tomó alguna medida específica derivada de su movilidad reducida? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta

¿Cuál?



26. ¿Se dedicó el tiempo necesario para abordar todas las cuestiones de interés? *

- Si
- No
- No sabe / no contesta

27. ¿Considera que las explicaciones de los y las profesionales fueron adecuadas? *

- Si
- No
- No sabe / no contesta

28. ¿Se resolvieron todas sus dudas planteadas en consulta? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta

29. ¿Le ofrecieron la suficiente confianza para preguntar libremente sus dudas? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta

30. ¿Cree que hubo una buena coordinación (si hubiera sido necesaria) entre otras especialidades médicas (neurología, traumatología, etc.) y los/las profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino? *

- Sí
- No
- No fue necesaria la coordinación.

31. ¿Recibió algún tipo de apoyo emocional profesional durante el embarazo? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta

¿Le hubiera gustado recibirlo? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta


32. ¿Acudió a algún grupo de apoyo mutuo (madres con discapacidad) durante el embarazo y la crianza, o tuvo contacto con madres con discapacidad? *

- Si
- No
- No sabe / no contesta

¿Le hubiera gustado acudir? *

- Sí
- No
- No sabe / no contesta

32. ¿Destacaría algún aspecto de la atención y el trato recibido en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen del Camino?

An empty text input field with a light gray border and a white background. It features standard scrollbars on the right and bottom edges, indicating it is a multi-line text area.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN, ES MUY VALIOSA SU EXPERIENCIA PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

ANEXO 5:

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA USUARIAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO

Tabla 1:

	Edad	Movilidad reducida	Ayudas técnicas	Última vez que se acudió al servicio	Motivo de la atención
E.1.	44	Si	Muletas	Entre 3 y 5 años	Consulta reproducción asistida y atención al embarazo
E.2.	40	Si	Silla de ruedas	En el último año	Atención al embarazo
E.3.	44	Si	Silla de ruedas	Entre 3 y 5 años	Revisión rutinaria
E.4.	39	Si	No utiliza ayudas técnicas para deambular	En el último año	Atención al embarazo
E.5.	43	Si	Silla de ruedas	Entre 1 y 3 años	Atención al embarazo

Tabla 2:

	Edificio accesible	Aseos adaptados cerca de la consulta	Deficiencias / dificultad en los aseos	¿Cuáles?
E.1.	Si	No sabe / no contesta	No sabe / no contesta	
E.2.	Si	Si	No	
E.3.	Si	No sabe / no contesta	Si	La higiene, recuerdo que tuve que limpiar el asiento antes de hacer la transferencia.
E.4.	Si	Si	No	
E.5.	Si	Si	Si	La altura del retrete es baja, yo necesito más alta.

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

Tabla 3:

	Consulta accesible	Espacio físico adecuado para su uso por una persona en silla de ruedas	Camilla o mesa de exploraciones hidráulica
E.1.	Si	No	No
E.2.	No	No	No
E.3.	Si	Si	Si
E.4.	No	No sabe / no contesta	Si
E.5.	No	No	Si

Tabla 4:

	Necesidad de grúa	Se utilizó grúa	Estaba preparada	Presentaba deficiencias	Hubo que esperar a que la trajeran
E.1.	No	---	---	---	---
E.2.	Si	No	No	No sabe / no contesta	No sabe / no contesta
E.3.	No	---	---	---	---
E.4.	No	---	---	---	---
E.5.	Si	No	No	No sabe / no contesta	No sabe / no contesta

Tabla 5:

	Necesaria la utilización de un peso / báscula	Si se utilizó pero, ¿qué peso se utilizó?	Fue adecuado	La debían pesar y no la pesaron al no disponer de peso / báscula adecuada
E.1.	Si	El normalizado. No necesitaba un peso adaptado. Con la ayuda de la matrona fue suficiente.	Si	No sabe / no contesta
E.2.	Si	Ninguno, no me han pesado en 7 meses de embarazo. Me quieren pesar en el de sótanos, que me han dicho que es una báscula para mercancías	No sabe / no contesta	Si
E.3.	No	---	---	---
E.4.	Si	El habitual, ya que yo puedo utilizarlo	Si	No

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

E.5.	Si	***	No	No sabe / no contesta
-------------	----	-----	----	-----------------------

****Respuesta: En el embarazo únicamente me pesaron una vez en una silla pequeña muy antigua que pesaba, me colocaron en ella mi marido y el celador y no me pude ni acomodar, porque si me movía no pesaba. La ginecóloga se disculpó por no tener una báscula adecuada y por las condiciones y situación vividas. Al final, al no poder acomodarme el pesado no era real y se me registró un peso que no era 100 % fiable.*

Tabla 6:

	Necesito o hubiera necesitado otra ayuda técnica	¿Cuál?	Fue proporcionada
E.1.	No	Únicamente necesité los apoyos del personal y me fueron facilitados.	---
E.2.	Si	Grúa y peso	No
E.3.	Si	Zona de cambiador adecuada	No
E.4.	No	----	---
E.5.	Si	Grúa o en su defecto una tabla de transferencias	No

Tabla 7:

	Necesidad de apoyo de celador/a	Estaba preparado	Hubo que avisarle	Retrasó la atención en la consulta	La atención fue adecuada	Comentarios
E.1.	Si	No sabe / no contesta	No sabe / no contesta	No sabe / no contesta	No sabe / no contesta	No fue necesario avisar a un/a celador/a, ya que el personal de enfermería apoyó el paso a la camilla de exploración.
E.2.	Si	No	Si	Si	No	Dependen de quién realice la transferencia se hace bien o mal. De los que me ha tocado, uno bien, el resto mal-
E.3.	No	---	---	---	---	---
E.4.	No	---	---	---	---	---
E.5.	Si	No	Si	Si	No	****

*****No sabían cómo cogerme y la situación que se creó fue muy incómoda, a la vez que es un peligro para mí, por riesgo de*

caídas o lesiones, al no saber cómo movilizarme o simplemente ayudarme en el traslado y para el celador porque al no saber cómo realizar el apoyo, se pone en riesgo que realice un movimiento no adecuado y este le cree una lesión, además que la situación les crea frustración.

Tabla 8:

	Realización de pruebas	¿Cuál?	Realizada adecuadamente	Hubo problemas	¿Cuáles?
E.1.	Si	Ecografías cada tres semanas y las rutinarias en el embarazo	Si	No	---
E.2.	Si	Ecografías	Si	No	---
E.3.	Si	Cultivo	Si	Si	Dificultades por el espacio para poder vestirme y desvestirme, tener que acondicionar la consulta moviendo sillas, etc.
E.4.	Si	Ecografía, tensión, las rutinarias en el embarazo	Si	No	---
E.5.	Si	Ecografías y las rutinarias en el embarazo	Si	No	Siempre se acababa realizando la prueba, ya que acabábamos buscando la manera de realizarla ya que era necesario.

Tabla 9:

	Tiempo en consulta adecuado	Necesidad de más tiempo	Hora de citación adecuada	Conocimiento de posibilidad de cambiar la cita
E.1.	Si	No	Si	Si
E.2.	Si	No	Si	Si
E.3.	No	Si	Si	No
E.4.	Si	No	Si	No
E.5.	Si	No	Si	No

Tabla 10:

	Le gusto el trato recibido	Se respecto la intimidad	Se sintió escuchada	Los/as profesionales mostraron interés por la paciente	Profesionales preparados/as para abordar discapacidad o movilidad reducida
E.1.	Si	Si	Si	Si	No
E.2.	Si	Si	Si	Si	Si
E.3.	No	No	No	No	No
E.4.	Si	Si	Si	Si	Si
E.5.	No	Si	Si	Si	No

	Comentarios al trato recibido
E.1.	Sentí que los/as profesionales no estaban preparados/as sobre cómo iba a afectar mi discapacidad al embarazo y sentí pocas habilidades a la hora de tratar este tema conmigo; tuvieron muy poco tacto en las comunicaciones, cuando me desaconsejaban el embarazo en la consulta preconcepcional. Había profesionales que como no había bases para desaconsejar el embarazo por motivo de la discapacidad, me lo negaban, pero hubo otros que en cambio me dejaban a mí la capacidad de decidir sobre si llevaba adelante el embarazo o dejaba la idea. Yo asumía los riesgos de las consecuencias de quedarme embarazada. Mi caso fue especial y sentí que no contaban con el suficiente tiempo como para estudiar un caso que se salía de la norma.
E.2.	Únicamente me he encontrado con una persona que no estuviera preparada. Hay personal que por mi discapacidad siento que tiene respeto, que no le da confianza.
E.3.	Padezco una enfermedad de las denominadas "raras" y por las preguntas que me hacían supe que desconocían por completo mi enfermedad, en vez de admitirlo honestamente, el trato fue totalmente infantilizado...
E.4.	Tuve un aborto entre los dos embarazos y en esta ocasión la atención no fue tan buena. No me sentí bien atendida, el trato no fue acorde a la situación que estaba viviendo.
E.5.	No tienen ni idea de cómo tratarte, de cómo manejarte, dirigirse a las mujeres con discapacidad. Hubo alguna profesional que no tenía mucha idea sobre la lesión medular y se notó que a partir de tener que asumir mi atención, tubo que informarse sobre mi lesión y su relación con el embarazo, parto y postparto. Yo tomo laxantes de normal y embarazada la ginecóloga me mandó sustituir los laxantes por sobres que ayudan a evacuar. Estos no son adecuados para mi situación por la lesión que padezco. Me generaron nauseas, cólicos, bajada de tensión. Al final los laxantes que yo estaba utilizando eran compatibles con el embarazo, pero la ginecóloga no lo sabía y le costó 2 meses averiguarlo. Me generó problemas añadidos a mi situación.

Tabla 11:

	Mejorarías algún aspecto de a la atención en consulta	¿Cuál?
E.1.	Si	La manera de tratar y decir las cosas relacionadas con mi discapacidad y mi decisión de ser madre.
E.2.	Si	Adaptación del material y espacio de la consulta y la preparación de los celadores.
E.3.	Si	Escuchar más a las pacientes con movilidad reducida, sobre nuestras necesidades específicas y nuestro propio cuerpo.
E.4.	No	---
E.5.	Si	En el caso de mujeres usuarias de silla de ruedas embarazadas, las/los gine sepan algo sobre la lesión, enfermedad, etc..... y sepan en qué va a afectar al embarazo en mujeres en esa condición.

Tabla 12:

	Experiencia / caso o alguna situación / deficiencia / buena práctica, etc.
E.1.	La inexistencia de apoyo psicológico en todo el proceso, ya que yo hubiera y mi pareja hubiéramos necesitado de soporte para poder sobrellevar una situación tan delicada y de tanta importancia vital. También eche en falta la preparación al parto, ya que al estar en alto riesgo ni me la ofrecieron.
E.2.	---
E.3.	---
E.4.	Me he encontrado ocasiones en las que por motivo de mi discapacidad me tratan de una manera más infantil, como si no les fuera a entender si me trataran como una persona sin discapacidad, "como si fuera tontica". Mis problemas de habla les confunden y me tratan como si tuviera discapacidad intelectual y yo tengo física.
E.5.	----

LA ATENCIÓN A MUJERES CON MOVILIDAD REDUCIDA EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA – HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (PAMPLONA). DIFICULTADES, PLANTEAMIENTOS Y PROPUESTAS DE MEJORAS.

ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO:

Tabla 13:

	Atendió siempre el/la mismo/a ginecólogo/a	Mismo/a matrn/a	Recibió suficiente información en relación embarazo/discapacidad	Utilización de medidas específicas por motivo discapacidad
E.1.	No	No	No	No
E.2.	Si	Si	No	Sí
E.3.	Si	Si	No	No
E.4.	Si	Si	Si	Si
E.5.	No	Si	No	Si

	¿Cuál?
E.1.	---
E.2.	Heparina. De la movilidad reducida no, pero sí de la discapacidad: tuve un brote de esclerosis y tardaron en ponerme medicación por no saber si era compatible con el embarazo, la dosis permitida. Se coordinaron con los y las profesionales de referencia de mi enfermedad y al final pude tomar la medicación.
E.3.	Entonces no era usuaria de silla de ruedas pero tenía problemas de hipermovilidad, pese a haberlo comentado en múltiples ocasiones, no se tomó ninguna medida
E.4.	A la hora del parto, programar cesárea en los embarazos alrededor de la semana 38, para evitar el parto vaginal, ya que tengo problemas de columna.
E.5.	Cesárea en vez de parto vaginal; acordad entre la gine y yo.

Tabla 14:

	Dedicación del tiempo necesario para abordar todas las cuestiones de interés	Explicaciones profesionales adecuadas	Resolvieron todas las dudas planteadas	Existencia de clima de confianza para expresar dudas	Buena coordinación entre especialidades
E.1.	No	Si	No	Si	No
E.2.	Si	Si	Si	Si	Si
E.3.	No	Si	No	Si	No
E.4.	Si	Si	Si	Si	Si
E.5.	Si	No	No	No	No

Tabla 15:

	Recibió apoyo emocional profesional	Le hubiera gustado recibirlo	Acudió a algún grupo de apoyo mutuo (madres con discapacidad)	Le hubiera gustado acudir
E.1.	No	Si	No	Si
E.2.	No	Si	No	Si
E.3.	No	Si	No	Si
E.4.	No	No sabe / no contesta	No	Si
E.5.	No	Si	No	Si

Tabla 16:

	Algún aspecto a destacar
E.1.	Protocolo que siguieron la consulta preconcepcional, fue muy rígido y no se adaptó a mi situación personal. La coordinación entre otras especialidades fue diferente, con neurocirugía fue muy bien, pero con neuropsicología, neuropsiquiatría y oncología fue inexistente, durante el periodo preconcepcional y durante el embarazo de alto riesgo. No sé da apoyo psicológico ni a la persona afecta, ni a la familia. URGENCIAS: al tener problemas de oído, no escuché que me habían llamado (ya que el volumen del altavoz muy bajo); no tuvieron en cuenta mis problemas de audición para salir a buscarme, ni mi situación de alto riesgo. En la primera consulta de urgencias, la hace la enfermera y hay que esperar de pie en la puerta de consulta. Pasé dificultades por no poderme sentar, ya que mi movilidad reducida no me permite estar en bipedestación mucho tiempo. No hay sala de espera. No me ofrecieron los cursos de preparación al parto. Busque mujeres con discapacidad que hubieran sido madres ya que yo acudía a un grupo de crianza no específico de discapacidad y sentía la necesidad de compartir con mujeres en situación de discapacidad la crianza y nuestras necesidades específicas. Encontré una, ya que vi un reportaje en la TV y la busqué por facebook y a partir de entonces tengo contacto con ella.
E.2.	Me siento arropada, pero en relación a mi embarazo y mi discapacidad he sentido que la profesional en ginecología no conocía bien la información y la evolución que iba a tener de mi embarazo por mi condición de discapacidad. Es cierto que se ha informado mucho y que me ha resultado todas las dudas que he planteado, pero siento que las he tenido que plantear yo para que me fueran resultas, si no no hubiera contado con esa información.
E.3.	Si bien las explicaciones e l@s profesionales fueron adecuadas, fueron muy generales, cuando les expliqué sobre mis problemas de hipermovilidad y las dudas que tenía, no me tomaron en serio...es más me trataron de exagerada
E.4.	Que la ginecóloga fue muy buena. Se implicó mucho y me dio mucha confianza.
E.5.	Tenía una gine de referencia y cuando no estaba me atendía otro. Los cursos de preparación al parto fueron un horror. No se adecuaban los ejercicios a mi situación, no se me facilitó nada. Yo estaba viendo como realizaban en resto los ejercicios y me sentía fuera de lugar, jamás se prestaron a intentar solucionar la situación. Dejé de ir.... fue una mala experiencia. Me hubiera gustado recibir apoyo psicológico, me sentía sola ya que en España no tengo familiares y no me fue prestado.