



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

**Acceso a los servicios de salud que tuvieron las
personas con discapacidad durante la pandemia por
Covid-19, según opinión del cuidador primario, Los
Olivos, 2021**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Paola Cynthia HUAMÁN SÁNCHEZ

ASESOR

Mg. Jhon Alex ZELADITA HUAMÁN

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Huamán P. Acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por Covid-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2023.

Metadatos complementarios

| Datos de autor | |
|----------------------------------|---|
| Nombres y apellidos | Paola Cynthya Huamán Sánchez |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 70504160 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0009-0009-3216-3609 |
| Datos de asesor | |
| Nombres y apellidos | Jhon Alex Zeladita Huamán |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 40635267 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-5419-5793 |
| Datos del jurado | |
| Presidente del jurado | |
| Nombres y apellidos | Nancy Huamán Salazar |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 09934981 |
| Miembro del jurado 1 | |
| Nombres y apellidos | Eduardo Frank Loli Prudencio |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 31667819 |
| Miembro del jurado 2 | |
| Nombres y apellidos | Herminia Magali Mendoza Ortega |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 20719206 |
| Datos de investigación | |

| | |
|--|---|
| Línea de investigación | No aplica |
| Grupo de investigación | No aplica |
| Agencia de financiamiento | No aplica |
| Ubicación geográfica de la investigación | País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Los Olivos Institución: OMAPED Calle: Av. Naranjal 1379 Latitud: -11.9917 Longitud: -77.0706 |
| Año o rango de años en que se realizó la investigación | Noviembre 2021 - Noviembre 2023 |
| URL de disciplinas OCDE | Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 |

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN LA MODALIDAD PRESENCIAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 27/12/2023

HORA INICIO : 15:00 Hrs.

HORA TÉRMINO : 16:20 Hrs.

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Nancy Huamán Salazar

MIEMBRO : Mg. Eduardo Frank Loli Prudencio

MIEMBRO : Mg. Herminia Magali Mendoza Ortega

ASESOR : Mg. Jhon Alex Zeladita Huamán

3. DATOS DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : Paola Cynthia Huamán Sánchez

CODIGO : 18010447

R.R. DE GRADO DE BACHILLER NÚMERO: RR-007974-2023-R/UNMSM (26/05/2023)

TÍTULO DE LA TESIS:

**“Acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con
discapacidad durante la pandemia por Covid-19, según opinión del
cuidador primario, Los Olivos, 2021.”**

4. RECOMENDACIONES Y/O MENCIONES


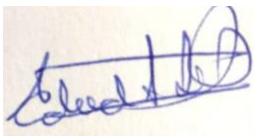
Aprobacion de Proyecto: RD-003922-2023-D-FM/UNMSM





UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

5. NOTA OBTENIDA: 18, Dieciocho
(Aprobado con mención honrosa).

6. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

| | |
|---|--|
|  Firma |  Firma |
| Dra. Nancy Huamán Salazar DNI: 09934981 | Mg. Eduardo Frank Loli Prudencio DNI: 31667819 |
| PRESIDENTA | MIEMBRO |

| | |
|---|--|
|  Firma |  Firma |
| Mg. Herminia Magali Mendoza Ortega DNI: 20719206 | Mg. Jhon Alex Zeladita Huamán DNI: 40635267 |
| MIEMBRO | ASESOR |



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

“Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo “



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Jhon Alex Zeladita Huamán** en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal RD N°003922-2023-D-FM/UNMSM. de la tesis cuyo título:

“Acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021”

Presentado por el bachiller **Paola Cynthya Huamán Sánchez** para optar al título de Licenciado en Enfermería **CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **12%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **Publicación en el Repositorio Institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado/ título/ especialidad correspondiente.

Firma del Asesor

DNI: **40635267**

Nombres y Apellidos del asesor: **Jhon Alex Zeladita Huamán**



ARCV/jfo

Av. GraU 755 – Lima 1 – Apartado Postal 529 – Lima 100 – Perú, E.A.P. de Enfermería 619 7000 anexo 4619 Web: www.unmsm.edu.pe/medicina - E-mail de la Escuela de Enfermería: epenfermeria.medicina@unmsm.edu.pe

RESUMEN

Introducción: La pandemia por COVID-19 impactó a la población en su conjunto, pero sobre todo a los grupos vulnerables, entre los cuales se encuentran las personas con discapacidad. En ese sentido, se observa una escasez de investigaciones en el Perú que examinen el acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19.

Objetivo: Determinar el acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad beneficiarias de OMAPED-Los Olivos durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario en el año 2021.

Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de método descriptivo y de corte transversal. Se utilizó como técnica la encuesta virtual a través de un formulario desarrollado en Google Forms donde se aplicó un cuestionario sobre el acceso a los servicios de salud y sus cuatro dimensiones. La muestra estuvo constituida por 65 cuidadores primarios de personas con discapacidad de la OMAPED-Los Olivos.

Resultados: Se determinó que el 58% (38) de participantes obtuvieron un nivel bajo de acceso a los servicios de salud, frente a un 42% (27) nivel medio. En relación con las dimensiones, se observó que predominó el nivel bajo: accesibilidad 74% (48), aceptabilidad 69% (45), disponibilidad 63% (41), y calidad 60% (39).

Conclusiones: Basado en la información proporcionada por el cuidador primario, se reportó que las personas con discapacidad tuvieron un nivel bajo de acceso a los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19. Considerando que, estudios previos a la pandemia reportaron un nivel de acceso medio, este estudio evidencia que dicha pandemia tuvo un fuerte impacto en el acceso a los servicios de salud de esta población.

Palabras claves: Servicios de salud, discapacidad, cuidador primario, acceso, coronavirus.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic impacted the entire population, but especially vulnerable groups and one of them is people with disabilities. In this sense, there are few investigations in Peru that evaluate the access to health services that people with disabilities had during the COVID-19 pandemic.

Objective: Determine the access to health services that people with disabilities beneficiaries of OMAPED-Los Olivos had during the COVID-19 pandemic, according to the opinion of the primary caregiver in 2021.

Methodology: Study with a quantitative approach, non-experimental design, descriptive and cross-sectional method. The virtual survey was used as a technique using a form developed in Google Forms where a questionnaire on access to health services and its four dimensions was applied. The sample consisted of 65 primary caregivers of people with disabilities from the OMAPED-Los Olivos.

Results: It was determined that 58% (38) of participants obtained a low level of access to health services, compared to 42% (27) a medium level. In relation to the dimensions, it was observed that the low level predominated: accessibility 74% (48), acceptability 69% (45), availability 63% (41), and quality 60% (39).

Conclusions: Based on the information provided by the primary caregiver, it was reported that people with disabilities had a low level of access to health services during the COVID-19 pandemic. Considering that studies prior to the pandemic reported a medium level of access, this study shows that this pandemic had a strong impact on access to health services for this population.

Keywords: Health services, disability, primary caregiver, access, coronavirus.

DEDICATORIAS

La presente tesis la dedico a mis padres: Carmen Sánchez Samaniego y Celso Huamán Palomino; a mis hermanos: Bryan, Joseth y especialmente a mi hermana Daysi, ya que ella me incentivó a abordar este tema tan importante.

Así mismo, a mi abuelita Paulina Samaniego Martínez y a mi tía Soledad Sánchez Samaniego, quienes partieron muy pronto de este mundo terrenal, siempre las tendré en mi corazón.

También a mis demás familiares y amigos, quienes estuvieron siempre conmigo, alentándome y brindándome buenos consejos.

Por último, pero no menos importante, a mis bebés de cuatro patas: Minnie, Hachicko y Orejas, por ser mis compañeros durante todas las madrugadas y muchas veces, mi soporte emocional.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por que sin él no somos nada. Así mismo, a mi asesor el Mg. Jhon Alex Zeladita Huamán por todas sus enseñanzas, paciencia y dedicación brindada durante el desarrollo de cada asesoría hasta culminar esta tesis.

Quisiera agradecer a mi mamá, por todo el amor incondicional y comprensión que me brindó antes, durante y después del ingreso a la universidad.

A los cuidadores primarios de las personas con discapacidad de la OMAPED, Los Olivos por su sinceridad y apoyo.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| Resumen..... | ii |
| Abstract..... | iii |
| Dedicatorias..... | iv |
| Agradecimientos..... | v |
| Índice general..... | vi |
| Índice de tablas..... | viii |
| Índice de gráficos..... | ix |
| | |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 1 |
| 1.1.1. Formulación del problema..... | 9 |
| 1.2. Objetivos..... | 9 |
| 1.2.1. Objetivo general..... | 9 |
| 1.2.2. Objetivos específicos..... | 10 |
| 1.3. Importancia y alcance de la investigación..... | 10 |
| | |
| II. REVISIÓN DE LITERATURA..... | 12 |
| 2.1. Antecedentes del estudio..... | 12 |
| 2.1.1. Antecedentes internacionales..... | 12 |
| 2.1.2. Antecedentes nacionales..... | 16 |
| 2.2. Bases teóricas..... | 19 |
| 2.2.1. Discapacidad..... | 19 |
| 2.2.2. Legislación..... | 22 |
| 2.2.3. Derecho a la salud..... | 22 |
| 2.2.4. Derecho a la accesibilidad..... | 23 |
| 2.2.5. Atención en la comunidad..... | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2.6. Apoyo de la organización municipal..... | 24 |
| 2.2.7. COVID-19..... | 24 |
| 2.2.8. Acceso a los servicios de salud..... | 25 |
| 2.2.9. Teoría “Modelo conductual del uso de servicios de salud”..... | 27 |
| 2.2.10. Teoría del cuidado humanizado..... | 28 |
| 2.3. Definición operacional de términos..... | 29 |
| III. HIPÓTESIS Y VARIABLES..... | 30 |
| 3.1. Hipótesis..... | 30 |
| 3.2. Variables..... | 30 |
| IV. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 31 |
| 4.1. Tipo y método de investigación..... | 31 |
| 4.2. Diseño de investigación..... | 31 |
| 4.3. Sede de estudio..... | 31 |
| 4.4. Población, muestra y muestreo..... | 31 |
| 4.4.1. Criterios de inclusión..... | 32 |
| 4.4.2. Criterios de exclusión..... | 32 |
| 4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 33 |
| 4.6. Procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos..... | 35 |
| 4.7. Análisis estadístico..... | 35 |
| 4.8. Consideraciones éticas..... | 36 |
| V. RESULTADOS..... | 37 |
| VI. DISCUSIÓN..... | 43 |
| VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 51 |
| 7.1 Conclusiones..... | 51 |
| 7.2 Recomendaciones..... | 51 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 54 |
| ANEXOS..... | 65 |

INDICE DE TABLAS

| Tablas | Página |
|--|---------------|
| 1. Nivel de acceso a los servicios de salud en la dimensión disponibilidad e indicadores que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021. | 39 |
| 2. Nivel de acceso a los servicios de salud en la dimensión accesibilidad e indicadores que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021. | 40 |
| 3. Nivel de acceso a los servicios de salud en la dimensión aceptabilidad e indicadores que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021. | 41 |
| 4. Nivel de acceso a los servicios de salud en la dimensión calidad e indicadores que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021. | 42 |

INDICE DE GRÁFICOS

| Gráfico | Página |
|---|---------------|
| 1. Nivel de acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021. | 38 |

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En todo el mundo, se experimentó una situación única con la expansión de la COVID-19, causada por el SARS-CoV-2, miembro de la familia de virus conocida como coronavirus, recientemente identificada en seres humanos. Este virus provoca una infección aguda con síntomas respiratorios, similar a otros virus de la misma familia, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV).⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en diciembre del 2019 reportó por primera vez el surgimiento de la enfermedad por coronavirus “COVID-19” en Wuhan, China. Dicho brote se propagó a múltiples países, declarándose por la OMS en enero del 2020 una emergencia de salud pública internacional, y en marzo del mismo año, se catalogó como pandemia.⁽²⁾

La incertidumbre en torno a esta nueva enfermedad creció aún más debido al temor de contagio, con un aumento constante en el número de casos sospechosos y confirmados que resultaron en numerosas muertes a causa de este virus. Este aumento de casos evidenció brechas en el acceso a servicios de salud fundamentales, generando impactos significativos a nivel mundial y exacerbando la fragilidad de los sistemas de salud. En relación con este tema, la OMS ya había señalado en el 2017 que casi la mitad de la población mundial carecía de acceso a servicios básicos de salud.⁽³⁾

En ese sentido, se emitieron medidas para contener la propagación de la COVID-19 y reducir el número de contagios, como la imposición de cuarentenas que restringían la movilidad de las personas y su acceso a servicios públicos. Durante este período, se evidenciaron las vulnerabilidades de ciertos grupos, como los adultos mayores, las mujeres embarazadas y las personas sin hogar.⁽³⁾ Sin embargo, menos demostrativa ha sido la situación de las personas con discapacidad, quienes se enfrentan a diversas vulnerabilidades relacionadas con su salud y desarrollo social.

Por otro lado, las medidas adoptadas por el gobierno generaron un gran impacto en la población en general para acceder a instalaciones de salud, especialmente afectando a los individuos más vulnerables, como aquellos con discapacidad. Como en Ghana ⁽⁴⁾, antes del inicio de la pandemia las personas con discapacidad ya encontraban una serie de barreras para poder acceder a los servicios de salud y, por ende, satisfacer sus necesidades de salud, pero esto empeoró durante la pandemia por COVID-19.

Según la OMS ⁽⁵⁾, el acceso a los servicios de salud es definido como “La obtención de atención en salud cuando uno lo requiere y que esta no dependa de características como la condición social, condición física o grupo étnico”. Así mismo, este acceso puede medirse mediante la utilización de los servicios de salud por parte de la población. En ese sentido, la gran parte de los establecimientos de salud no son accesibles para las personas con discapacidad, debido a que existen barreras a las que se enfrentan, como la carencia de servicios de salud disponibles, la falta de ética por parte de los profesionales sanitarios y obstáculos financieros. Y así, según la OPS/OMS ⁽⁵⁾ “Las personas con discapacidad son aquellas que experimentan limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, las cuales, en presencia de obstáculos, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, con igualdad de condiciones respecto a los demás”.

Según el Banco Mundial ⁽⁶⁾, hoy en día alrededor del 15% de la población global tiene algún tipo de discapacidad y esta representa a 1000 millones de personas, y un niño de cada diez en todo el mundo vive con discapacidad. Así mismo, la frecuencia de esta condición es más elevada en países en vías de desarrollo, por lo que lo hace aún más difícil el recibir una atención óptima y de calidad en salud, debido a la presencia de más barreras a comparación de los países desarrollados. ⁽⁶⁾

El primer caso confirmado de coronavirus en Perú fue registrado en marzo del 2020, a partir de entonces el número de casos confirmados fue en aumento es por lo que, inmediatamente el gobierno decretó la situación de emergencia sanitaria, iniciando un periodo de cuarentena nacional con la finalidad de frenar la propagación de la enfermedad. ⁽⁷⁾ Debido a ello, el impacto fue muy fuerte afectando en casi todas las dimensiones del ser humano, sobre todo en el ámbito de salud.

Por ende, la atención presencial en los centros de salud no estaba disponible, ya que se implementó la medida de restringir la prestación de servicios de salud, limitar la atención en urgencias y emergencias. Así mismo, las actividades de promoción y prevención de la salud, como las consultas externas, también se vieron afectadas debido a la pandemia. Esto resultó en consecuencias adversas para las personas, incluido el acceso limitado a los servicios esenciales de salud.

El Instituto Nacional de Salud (INS)⁽⁸⁾ define al acceso a los servicios de salud como “La utilización de un establecimiento de salud, donde se debe tomar en cuenta características de la población y los recursos disponibles, así mismo, este acceso se mide mediante la observación del uso que hacen realmente a los servicios sanitarios”. En este sentido, debido a la considerable repercusión de la pandemia por COVID-19, las personas con discapacidad enfrentaron múltiples obstáculos al intentar acceder a los servicios de salud.

De acuerdo con el informe publicado por la OPS en el año 2020, las personas con discapacidad se enfrentaron a diversas dificultades para alcanzar los servicios de salud, entre las que se incluyen: “46% instalaciones de salud inaccesibles, 30% barreras en la comunicación y la falta de capacitación del personal, y 24% obstáculos financieros”.⁽⁵⁾ En ese mismo año, en el Perú, de acuerdo con el análisis situacional de salud, se identificaron desafíos en el acceso a los servicios de salud; y estos fueron: “60% falta de dinero para la consulta médica y la compra de medicamentos y 30% la lejanía del establecimiento de salud, seguido de la demora en la atención”.⁽⁹⁾ En ese sentido, frente a la pandemia, la principal barrera fue la falta de disponibilidad de servicios de salud.

A pesar de esto, la discapacidad con frecuencia no se aborda como un asunto de salud pública, lo que resulta en la falta de implementación de medidas para integrarla de manera adecuada en el ámbito de la salud. Los planes de acción y estrategias relacionados con la discapacidad tienden a ser descuidados y, en consecuencia, la integración de la discapacidad en el sector de la salud sigue siendo insuficiente en la mayoría de los países.⁽¹⁰⁾ De acuerdo con el Informe Mundial de la Discapacidad⁽¹¹⁾, “Las inequidades en el acceso a los servicios de salud constituyen uno de los

obstáculos sociales que afrontan las personas con discapacidad, debido a que muchas veces los servicios de salud no son asequibles para todos y, como consecuencia, no logran atenderse”. Frente a ello, en Perú, se promulgó la Ley 29973 “Ley general de la persona con discapacidad” norma que promueve la protección, atención médica, empleo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, con el objetivo de que la persona con discapacidad logre su crecimiento e integración social, económica y cultural. Asimismo, abarca el derecho a la salud sin discriminación y el acceso sin restricciones a los servicios de salud. ⁽¹²⁾

En este sentido, en el marco de esta Ley, se define a la persona con discapacidad como: “Aquella que presenta una o más limitaciones físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de manera permanente. Además, se establecen distintos niveles de discapacidad en función del grado de dependencia que estas personas tienen respecto a sus cuidadores”. ⁽¹²⁾

Según un informe realizado por el INEI ⁽⁸⁾, el 10.3% que equivale a 3 millones 351 mil 919 representa a la población con discapacidad. Así mismo, este valor se divide en hombres y mujeres, teniendo un total de 1901220 (56.7%) mujeres y 1450699 (43.3%) de hombres. En este contexto, en últimos meses, aproximadamente 4125 personas con discapacidad han sido registradas en el Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RNPCD), indicando un notable incremento en esta población. A pesar de esto, los gobiernos hasta el momento no han logrado mejorar el acceso de estas personas a los servicios de salud. En muchas ocasiones, sus necesidades de atención médica no son atendidas y, cuando existen servicios de salud, suelen ser de calidad deficiente y carecen de recursos suficientes. ⁽¹³⁾

Varios autores coinciden en afirmar que antes de la pandemia, las personas con discapacidad ya experimentaban un acceso restringido a los servicios de salud, el cual se intensificó durante la crisis de la COVID-19; según Chris Mike⁽⁴⁾, previamente a la pandemia, las personas con discapacidad experimentaron inequidades en el acceso a los servicios de salud, ya que, tenían oportunidad desigual para satisfacer sus necesidades de salud en comparación con la población general y esta situación se agravó durante la pandemia de COVID-19.

Según lo indicado por Johana Hidalgo y colaboradores, ⁽¹⁴⁾ la discapacidad es reconocida como una cuestión de salud a escala global, pero a pesar de que sea un grupo priorizado, existen barreras que limitan el acceso a los servicios de salud y estas barreras fueron aumentando debido a la coyuntura mundial. Por otra parte, Chutke y Amruta ⁽¹⁵⁾ mencionaron que debido a la cuarentena durante la pandemia existió un limitado acceso a los servicios de atención médica, por ende, las estrategias brindadas por los gobiernos para situaciones de pandemia fueron limitadas e inexistentes.

De acuerdo con un artículo publicado por CEPAL ⁽¹⁶⁾ determinó que la pandemia ha generado una crisis a nivel global con impactos significativos en los ámbitos de salud, sociales y económicos, afectando a millones de personas. En este contexto de emergencia sanitaria, las personas con discapacidad, que ya estaban entre las más excluidas en nuestra sociedad, podrían haber experimentado una intensificación de esta situación, con consecuencias particularmente negativas en el ámbito de la salud.

En este contexto, la “Organización de las Naciones Unidas” (ONU) emitió un informe de políticas con el propósito de asegurar la incorporación de la discapacidad en las estrategias de respuesta y recuperación frente a la COVID-19, donde se incluye información acerca de cómo ha impactado la pandemia en las personas con discapacidad, así mismo sobre fundaciones para incluir a estas personas en situaciones de emergencia y acciones en el ámbito sectorial.⁽¹⁷⁾ Sin embargo, hay escasez de datos sobre las barreras y el acceso que tuvo esta población a los servicios de salud durante la pandemia; sobre todo en el Perú.

En el caso de las barreras que enfrentan las personas con discapacidad día a día se encuentran, los obstáculos cuando buscan atención en salud como son los costos elevados de consultas y medicamentos. Así mismo, existe un ofrecimiento limitado de servicios sanitarios, en ese sentido, hay un elevado número de necesidades desatendidas. De igual manera, los pocos recursos que tienen los establecimientos de salud para brindar una atención de calidad y la poca oferta de personal de salud para una gran demanda de atención.⁽⁸⁾

Con respecto a los obstáculos físicos, existe un acceso desigual a los servicios de salud como son hospitales y/o centros de salud y falta de equipo médico. Y por último las

aptitudes y conocimientos inadecuados del personal sanitario, que abarca cuando el personal de salud no logra atender las necesidades de las personas con discapacidad por falta de conocimientos y/o porque simplemente no quieren atender a esta población por miedo, prejuicio o ignorancia. ⁽⁸⁾ A pesar de que existen estas barreras cuando se busca una atención básica en salud, a nivel mundial solo 17 de 52 países están aplicando planes nacionales de discapacidad, así mismo, solo ocho de 52 países tienen un plan de gestión para esta población en casos de desastres y emergencias, pero existen organismos internacionales que están realizando labores con el fin de disminuir las disparidades que se presentan cuando las personas con discapacidad requieren acceder a los servicios de salud: “La Organización de Estados Americanos” (OEA), “La Comisión económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe” (CEPAL), “El Banco Interamericano de Desarrollo” (BID), “La Asociación de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad” (UNPRPD), “La Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres” (UNDRR), “La Organización Panamericana de la Salud” (OPS), entre otros. ⁽⁵⁾

En relación con ello, países como Ghana, Ecuador y Cuba están implementando estrategias para abordar esta problemática, como la implementación de voluntariados, inspecciones constantes, seguimiento, mejoramiento de recursos materiales y humanos. Que, dicho sea de paso, ya empezaron con las gestiones para que en futuras pandemias sepan cómo actuar. ^{(4) (14) (15)}

Por lo contrario, el Perú, cuenta con tres instituciones que trabajan en apoyo a los individuos con discapacidad, que comparten una meta conjunta que es la participación e integración de estas personas a la sociedad sin discriminación alguna. ⁽¹⁸⁾ “El Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad” (CONADIS), su función radica en asegurar el reconocimiento y salvaguardar los derechos de las personas con discapacidad, mediante la superación de brechas y barreras. ⁽¹⁹⁾ Por consiguiente, “La Oficina Regional de Atención a la Persona con Discapacidad” (OREDIS), la cual tiene la responsabilidad de implementar, desarrollar e impulsar políticas gubernamentales en beneficio de las personas con discapacidad. ⁽²⁰⁾ Así mismo, “La Oficina Municipal

de Atención a las Personas con Discapacidad” (OMAPED), quien se encarga de garantizar los derechos y promover la inclusión activa de las personas con discapacidad en la sociedad. De esta última, existen 79 sedes a nivel nacional donde se realizan las siguientes actividades: terapias físicas, psicología, terapias ocupacionales, charlas nutricionales, talleres de cocina, dibujo y pintura, danza y música, bisutería, paseos recreativos y campañas de salud. ⁽²¹⁾

Pero, luego de unos meses de la llegada de la COVID-19 al Perú, la OMAPED de Los Olivos, implementó algunas actividades que brindaba antes de la pandemia, pero esta vez de manera remota como las terapias psicológicas, terapias de recuperación física, terapias de comunicación, charlas nutricionales, y actividades de recreación; como talleres de danza y de actividad física. ⁽²²⁾ Los asistentes a estas actividades se tuvieron que adaptar a esta nueva modalidad que, si bien es cierto, fue una buena alternativa para evitar mayor complicación en el aspecto emocional de los individuos que tienen discapacidad. Pero estas personas, como pertenecen a una población vulnerable, son más propensas a enfermar de muchas enfermedades y necesitar una atención de urgencia o emergencia, así que, su acceso a los establecimientos de salud básicos no debería ser limitado. Pero debido a la coyuntura, a causa del virus por la COVID-19, los hacían aún más vulnerables a los síntomas graves de este, si la llegaran a contraer.

En una investigación realizada por K. Courtenay, et al., ⁽²³⁾ mencionaron que la pandemia por COVID-19 trajo efectos graves en las poblaciones de todo el mundo, pero más aún en las personas con algún tipo de discapacidad, debido a que la atención estuvo centrada en las personas infectadas con este virus. Así mismo, recomendaron conocer las experiencias de las personas con discapacidad durante la coyuntura mundial, y así poder comprender el impacto que tuvo en sus vidas y como lo afrontaron.

Paralelamente, las personas con discapacidad lidiaron su propia pandemia, porque no podían salir de sus hogares cuando necesitaban atención médica y/o continuar con sus citas programadas, y esto trajo consigo consecuencias negativas en estas personas, como las complicaciones de salud, la no adquisición de medicamentos y el poco control de las enfermedades que ya padecían. Pero a raíz de esto, el Estado implementó

una nueva estrategia para la atención en salud mediante la telemedicina y teleconsulta, pero evidentemente no era lo mismo que los atendieran en forma presencial. ⁽²⁴⁾

Además, una de las limitaciones fue la falta de acceso a información clara sobre el virus de la COVID-19, incluyendo síntomas y medidas de prevención, ya que no se suministró en formatos accesibles como materiales en Braille, interpretación de lenguaje de señas, subtítulos, contenido auditivo y material gráfico. ⁽²⁵⁾ Así mismo, la poca oferta del personal de salud para tanta demanda de usuarios, intensificando así el trabajo de todo el personal de salud, sobre todo el de enfermería que es el encargado de velar por el bienestar contaste de los pacientes y el acompañamiento en todo el momento hasta lograr su recuperación.

El Consejo Internacional de Enfermería ha categorizado las principales responsabilidades de las enfermeras en cuatro dominios: “Promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento”. ⁽²⁶⁾ En este contexto, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de detectar las deficiencias que obstaculicen la capacidad de las personas con discapacidad para acceder a los servicios de salud, a raíz de los efectos causados por la crisis sanitaria global. Además, deben impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en este grupo de población. ⁽²⁸⁾ Por lo que se necesita que el personal de enfermería este plenamente capacitado para afrontar situaciones de emergencia como la pandemia por COVID-19, y a su vez, los enfermeros no deberían esperar a que las personas con discapacidad lleguen hacia ellos, si no, buscarlos mediante el seguimiento por llamadas, visitas domiciliarias, telesalud, entre otros, ya que, debido a la coyuntura las personas con discapacidad y la población en general, estaban afrontando una cuarentena que limitaba la salida de sus hogares. Por ello es importante realizar una investigación relacionado a este grupo vulnerable para saber cómo fue el acceso a los servicios de salud y a sí, protegerlas debido a su vulnerabilidad a la infección del virus COVID-19 y a las consecuencias debido a las medidas implementadas para gestionar la pandemia y así poder afrontar emergencias similares en el futuro. ⁽²³⁾

Debido a las medidas restrictivas , durante las actividades virtuales brindadas por la OMAPED, al interactuar con los cuidadores primarios muchos de ellos manifestaron:

“No he podido llevar desde hace meses a la terapia física a mi hija” “Mi hijo ya no tiene medicamentos y el seguro no quiere dar citas, no sé qué hacer” “Me han dado una cita pero para dentro de 2 meses, pero es mucho tiempo” “A falta de citas en el seguro, quise llevar a mi hija a uno particular y estaba carísimo y no pude pagar” “El hospital donde me dieron cita para mi hijo queda muy lejos de mi casa” “Tengo miedo de ir con mi hijo a una cita presencial porque no nos vayamos a contagiar”

Ante esto se plantea las siguientes interrogantes: ¿Por qué ya no pueden asistir a los centros de salud las personas con discapacidad? ¿Por qué no pueden ser atendidas de forma inmediata en los establecimientos de salud? ¿Por qué demanda mucho tiempo conseguir una cita? ¿Por qué en los establecimientos particulares no pueden ser atendidas de manera gratuita estas personas? ¿Por qué existe miedo al asistir a los establecimientos de salud?

1.1.1. Formulación del problema

De lo mencionado anteriormente, se formula el siguiente problema de investigación. ¿Cuál es el acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad beneficiarias de OMAPED durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general:

Determinar el acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad beneficiarias de OMAPED de Los Olivos durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario en el año 2021.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Identificar el acceso a los servicios de salud, en la dimensión disponibilidad, que tuvieron las personas con discapacidad beneficiarias de OMAPED de Los Olivos durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario.
- Identificar el acceso a los servicios de salud, en la dimensión accesibilidad, que tuvieron las personas con discapacidad beneficiarias de OMAPED de Los Olivos durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario.
- Identificar el acceso a los servicios de salud, en la dimensión aceptabilidad, que tuvieron las personas con discapacidad beneficiarias de OMAPED de Los Olivos durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario.
- Identificar el acceso a los servicios de salud, en la dimensión calidad, que tuvieron las personas con discapacidad beneficiarias de OMAPED de Los Olivos durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario.

1.3. Importancia y alcance de la investigación

En el transcurso de la crisis de la COVID-19, las personas con discapacidad tuvieron que acatar los cambios e indicaciones que brindaba el gobierno con respecto a la atención en los servicios sanitarios, con el fin de brindar una asistencia centrada en individuos contagiados con el virus causante. En este sentido, se debe investigar el acceso a los servicios de salud que tuvo esta población vulnerable como son las personas con discapacidad.

El acceso a los servicios de salud es la obtención de atención en salud cuando se requiere y para acceder a ello no tiene que influir características como el ingreso económico, condición física, lugar de residencia, color de piel o condición laboral. ⁽²⁷⁾ Por ende, las personas con discapacidad deben tener una atención diferenciada ya que, según la “Ley General de la Persona con Discapacidad”, se define a esta como: “Aquella que presenta una o más limitaciones físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de manera permanente, pero con inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás”. ⁽¹²⁾

Por ende, el profesional de enfermería no tiene que esperar que esta población con alta vulnerabilidad, como son los individuos que presentan alguna discapacidad, vengan hacia ellos para buscar una atención, si no, ellos tienen que ir en busca de esta población, mediante estrategias como las visitas domiciliarias, teleconsulta, seguimiento por llamadas telefónicas, entre otras. Por lo cual, en situaciones como la pandemia por COVID-19, el personal de enfermería debería ser capacitado para afrontarlo y brindar una atención óptima a la población.

A pesar de que las personas con discapacidad son consideradas como un grupo vulnerable, se han realizado pocas investigaciones relacionadas con este tema en Perú. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio contribuirán a llenar el vacío de información que existe sobre este tema crucial: “El acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad”, esto proporcionará una base para futuras investigaciones relacionadas con este tema.

Además, existen escasos instrumentos validados que midan el acceso a los servicios de salud en personas con discapacidad, por lo tanto, en esta investigación se tomó como base un cuestionario realizado por Llamosas⁽⁴²⁾ pero adaptado al contexto de la pandemia por COVID-19.

Dentro de las acciones brindadas por las instituciones de salud, es esencial que estas respondan a los requerimientos de las personas con discapacidad y permita que esta población reciba una atención óptima y de calidad. Por ello, investigar sobre el acceso a los establecimientos de salud de este grupo de individuos podría brindar información actualizada al gobierno y/o instituciones, a fin de promover la implementación de tácticas para garantizar la prestación eficiente de los servicios de salud, en dicha población, dado que la calidad de atención médica es esencial para preservar la vida del paciente, así mismo, contribuirá a la formulación de mejoras en la atención proporcionada a este grupo de usuarios a nivel nacional parte del personal sanitario.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Internacionales

Chris-Mike Agbelie⁽⁴⁾ en el año 2023, en Ghana, realizó un estudio titulado: “Los desafíos del acceso al sistema de salud de las personas con discapacidad aumentaron durante la pandemia por COVID-19”. Fue un estudio de enfoque cualitativo, como metodología utilizó el análisis de datos, aplicó la técnica de entrevista y observación en grupo focales. Las conclusiones obtenidas fueron:

“El acceso de las PCD a la atención médica se vio obstaculizado por barreras estructurales, los sistemas burocráticos y el estigma del personal sanitario. En definitiva, las personas con discapacidad necesitan un sistema de salud más accesible”⁽⁴⁾.

En el año 2023, Robert M. Cipollina R. Lowe S. Bogart K. Ostrove J. Adler. J. ⁽²⁸⁾, realizaron un estudio titulado: “Obstáculos en el uso de los establecimientos de salud mental entre las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19”. Fue una investigación cualitativa, cuya metodología fue análisis de datos y como recolección de datos utilizó la entrevista. Las conclusiones obtenidas fueron:

“Las personas con discapacidad mental de E.E.U.U. indicaron necesidad de acceder a los servicios de salud, pero no hubo disponibilidad de estas, por ende, es necesario la implementación de capacitación al personal de salud en materia de discapacidad”⁽²⁸⁾.

En el año 2022, Gretchen G. Nazari O. Officer T. Roguski M. Henry K. ⁽²⁹⁾, realizaron un estudio titulado: “Acceso a los servicios de salud y discapacidad para los neozelandeses con problemas de visión durante la pandemia de COVID-19”. Fue un estudio de enfoque cualitativo, cuya metodología fue descriptiva interpretativa. Donde se obtuvieron las siguientes conclusiones:

“Las PCD reportaron falta de recursos físicos y humanos, falta de apoyo del gobierno y presencia de obstáculos en su atención de salud durante la pandemia por COVID-19, en definitiva, impactó en la disponibilidad de establecimientos de salud” (29).

En el año 2022, Johana H. Ayala M. Rodríguez V. ⁽¹⁴⁾, realizaron una revisión sistemática titulado: “Obstáculos y facilitadores en personas con discapacidad física en el primero nivel de atención de salud”. El método empleado fue la búsqueda, selección, revisión, interpretación y síntesis de investigaciones. Las conclusiones obtenidas fueron:

“El acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad física se encuentran condicionados por barreras o facilitadores, así mismo los factores relacionados con el sistema de salud influyen en el acceso de esta población” (14).

Chutke, Amruta P. ⁽¹⁵⁾ en el año 2022, realizaron una revisión sistemática utilizando bases de datos en línea sobre el efecto de la COVID-19 en personas con discapacidad. Incluyeron 43 artículos. Esta revisión tuvo como objetivo explorar el impacto y los desafíos que enfrentaron las personas con discapacidad durante la coyuntura mundial. Las conclusiones obtenidas fueron:

“Hay una disponibilidad reducida a los establecimientos de salud debido al bloqueo durante la pandemia. Así mismo, aumentaron problemas de comportamiento, bajo cumplimiento de las medidas preventivas y problemas emocionales. Sus cuidadores sufrieron consecuencias emocionales, económicas y sociales” (15).

En el año 2021, Owen Doody y Paul M. ⁽³⁰⁾, realizaron un artículo científico titulado: “El impacto de la pandemia por COVID-19 en las personas con discapacidad intelectual y sus cuidadores: una revisión de alcance”. Utilizaron un método de revisión de alcance en ocho bases de datos en el 2020. Las conclusiones obtenidas fueron:

“La COVID-19 tuvo un fuerte impacto en la asistencia sanitaria, en el cual colapsaron y muchos de ellos cerraron, por ende, el acceso a los servicios de salud se redujo, especialmente para las personas con discapacidad” ⁽³⁰⁾.

K. Courtenay y B. Perera ⁽²³⁾ en el año 2020, en el país de London, realizaron un artículo científico titulado: “COVID-19 y personas con discapacidad intelectual: impactos de una pandemia”. Realizaron una búsqueda sistemática para identificar artículos en los que los autores habían informado datos sobre el efecto de la pandemia en este grupo vulnerable. Las conclusiones obtenidas fueron:

“Debido al brote por la COVID19, la atención de salud se centró en los más afectados físicamente por la pandemia, mas no, en las personas con discapacidad intelectual. Las personas con discapacidad necesitan ser protegidas por su inherente vulnerabilidad” ⁽²³⁾.

La OMS ⁽³¹⁾ en el año 2020, realizó un artículo científico titulado: “Consideraciones sobre discapacidad durante el brote de COVID-19”. Las conclusiones obtenidas fueron:

“Debido a la pandemia por COVID-19, las personas que padecen algún tipo de discapacidad se vieron muy afectadas, ya que, hubo interrupciones en el acceso a los servicios sanitarios de los que dependen” ⁽³¹⁾.

Lakhani ⁽³²⁾ en el año 2020, en Australia, realizó un artículo científico titulado: “¿Qué áreas metropolitanas de Melbourne son vulnerables al COVID-19 en función de la edad, la discapacidad y el acceso a los servicios de salud?”. Fue un estudio de caso y control, la metodología empleada fue un análisis espacial de adultos mayores con discapacidad, debido a su dificultad en el acceso a los servicios sanitarios. Las conclusiones obtenidas fueron:

“Debido a la pandemia, hubo un sistema de salud sobrecargado, se evidenciaron problemas psicológicos y un reducido acceso a los servicios sanitarios por parte de las personas que padecen algún tipo de discapacidad” ⁽³²⁾.

En el año 2018, en el país de Colombia, Carlos G. Pasos R. Gonzales T. Arrivillaga M. ⁽³³⁾, ejecutaron un artículo científico titulado “Acceso a servicios sanitarios de personas con discapacidad física en Zarzal”. Fue un estudio observacional y la población fue de 56 adultos con diagnóstico de discapacidad física. Las conclusiones obtenidas fueron:

“Existen dificultades para continuar y acceder a los servicios sanitarios de rehabilitación, particularmente en retrasos con las citas para procedimientos y terapias, así como, una deficiencia en la educación sanitaria sobre el manejo de la discapacidad física” ⁽³³⁾.

En el año 2017, en el país de Chile, Hirmas A. Poffald A. Jasmen S. Aguilera S. Delgado B. Vega M. ⁽³⁴⁾, llevaron a cabo una revisión sistemática titulada: “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud en personas con discapacidad: una revisión sistemática cualitativa”. Utilizó el método de revisión sistemática cualitativa de literatura publicada, donde consultó seis fuentes internacionales. Las conclusiones obtenidas fueron:

“Existen obstáculos y facilitadores en el sistema de atención en salud para las personas que padecen algún tipo de discapacidad, y esto se evidencia cuando esta población vulnerable busca atención médica” ⁽³⁴⁾.

En el año 2016, en el país de Argentina, Palacios ⁽³⁵⁾ realizó una investigación titulada: “Percepción de la calidad de la atención médica en población con discapacidad físico-motora que acude a una fundación”. Fue un estudio de tipo cuantitativo, de método descriptivo y de corte transversal, así mismo, tuvo una muestra de 110 personas con discapacidad físico-motora. Los resultados obtenidos fueron: “El 39,1% de los encuestados perciben que es lejos el desplazamiento hacia los servicios sanitarios, el 61,8% percibe que es complicado el ingreso y la movilización en el interior de los servicios sanitarios, el 45,5% percibe que las camillas y camas, no están acondicionadas para las personas con discapacidad y el 59,1% percibe que durante la consulta médica, no se respeta la confiabilidad y privacidad”.

En el año 2016, en el país de Ghana, Eric B. Agyei P. Opoku M. ⁽³⁶⁾, realizaron un estudio titulado: “Barreras de acceso a la atención médica entre las personas con discapacidad”. Fue un estudio de enfoque cuantitativo y de corte transversal, además tuvo como objetivo contribuir a llenar los vacíos de evidencia sobre los obstáculos que existen en el acceso a la atención médica para las personas que padecen de algún tipo de discapacidad. Las conclusiones obtenidas fueron:

“En Ghana, las personas que padecen algún tipo de discapacidad se enfrentan con obstáculos para obtener atención médica como las barreras físicas, tecnológicas, informativas, organizativas y políticas” ⁽³⁶⁾.

Panchi ⁽³⁷⁾ en el año 2016, en Ecuador, realizó una investigación titulada: “Accesibilidad a los servicios sanitarios de las personas con discapacidad desde el punto de vista de los usuarios”. Fue un estudio de tipo cualitativo con un enfoque etnográfico, recabó experiencias y testimonios de las personas con discapacidad, sus cuidadores y el personal sanitario. Las conclusiones obtenidas fueron:

“El transporte público es uno de los obstáculos que las personas con discapacidad enfrentan cuando desean moverse, así mismo, la distancia que tienen que recorrer para obtener atención médica, por ello tienen que invertir mayor dinero y tiempo” ⁽³⁷⁾.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

En el año 2023, Ocampo Chávez y Richard Enrique⁽³⁸⁾, realizaron una investigación titulada: “Acceso a los servicios de salud y satisfacción de las personas con discapacidad motora atendidos en el Centro de Salud de Challhuahuacho”. Su metodología fue descriptiva – correlacional, así mismo, contaron como población a 78 usuarios con discapacidad motora. Las conclusiones obtenidas fueron:

“Existe una relación significativa entre el acceso a la atención médica y la satisfacción de las personas con discapacidad motora en el centro de salud de Challhuahuacho” ⁽³⁸⁾.

José Matamoros, Mailin Oropesa ⁽³⁹⁾ en el año 2021, realizaron una investigación titulada: “Creación de una estrategia de gestión integral para la atención primaria de salud en personas con discapacidad de la DIRIS Lima Norte”. El Objetivo fue disminuir la elevada afectación de la calidad de vida e integración social del discapacitado. Las conclusiones obtenidas fueron:

“La baja oferta de servicios de salud, unido a problemas para la movilización, así como dificultades económicas, hacen que los pacientes que sufren alguna discapacidad tengan limitaciones en el acceso a la atención médica, por tanto, no reciben tratamiento adecuado” ⁽³⁹⁾.

Miguel Moscoso Porras ⁽⁴⁰⁾ en el año 2018, realizó una investigación titulada: “Asociación entre discriminación percibida y búsqueda de atención médica en adultos con discapacidad”. Fue un estudio de enfoque cualitativo, la metodología empelada fue una entrevista en grupos focales, según el tipo de discapacidad. Las conclusiones obtenidas fueron:

“Las personas con discapacidad que perciben discriminación cuando buscan atención médica, tienen más probabilidades de ya no querer buscarla, en comparación a las personas que no perciben discriminación, y esta asociación fue mayor en personas con discapacidad sensorial” ⁽⁴⁰⁾.

Quinto ⁽⁴¹⁾, en el año 2018, realizó un estudio titulado: “Barreras de acceso a los servicios de salud en pacientes con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao”. Fue un estudio cualitativo, fenomenológico con diseño etnográfico, así mismo, la población lo conformaba pacientes con discapacidad motora, sus cuidadores primarios, personal asistencial y administrativo que laboraban en el establecimiento sanitario. Las conclusiones obtenidas fueron:

“La principal barrera encontrada fue la movilización hacia el hospital, ya que la mayoría de las personas con discapacidad y/o sus cuidadores no cuentan con movilidad propia y ello les genera problemas para acceder, así mismo existen recursos humanos insuficientes” ⁽⁴¹⁾.

En el año 2017, Llamosas ⁽⁴²⁾, realizó una investigación titulada: “Acceso a los servicios de salud y satisfacción de las personas con discapacidad atendidas en el Hospital San José del Callao”. Fue un estudio de método descriptivo correlacional, tuvo una muestra de 80 personas con discapacidad. Su escala de medición comprendía cuatro dimensiones en la atención sanitaria. Obtuvo como resultado: “El 89% (71) de participantes obtuvieron un nivel medio de acceso a los servicios de salud, respecto a sus dimensiones: calidad 81% (65), accesibilidad 71% (57), disponibilidad 65% (52) y aceptabilidad 63% (50), presentaron mayor puntaje en el nivel medio”. Las conclusiones obtenidas fueron:

“De las cuatro dimensiones, la que obtuvo mayor puntaje en el nivel medio fue la dimensión accesibilidad, destacando en sus indicadores: discriminación por parte del personal de salud y pacientes; y la accesibilidad física (presencia de rampas)” ⁽⁴²⁾.

García y Guillinta ⁽⁴³⁾ en el año 2016 realizaron un estudio titulado: “Nivel de satisfacción de los pacientes que reciben atención fisioterapéutica en el instituto nacional de rehabilitación”. Fue un estudio transversal realizado en 280 pacientes que recibieron atención fisioterapéutica en el INR. En su instrumento incluyó preguntas distribuidas en cinco dimensiones de evaluación de la calidad de atención. Obtuvieron como resultado: “El nivel de satisfacción global fue de 76%. Así mismo, la mayor satisfacción fue en la dimensión elementos tangibles (79%), seguido de, seguridad (78%), empatía (76%), fiabilidad (68%) y capacidad de respuesta (55%)”. Las conclusiones obtenidas fueron:

“La dimensión elementos tangibles destacó, alude a la infraestructura y tecnología con que cuenta la institución, la dimensión que obtuvo el menor puntaje fue la capacidad de respuesta, indicando la poca disposición del personal sanitario en ayudar a los usuarios” ⁽⁴³⁾.

La investigación realizada por Garcia y Guillinta, se incorporó debido a que fue un estudio muy interesante, ya que en el instrumento se incluye preguntas sobre percepción (atención recibida) y expectativas (atención que desearías recibir), distribuidas en cinco dimensiones que evalúa la calidad de atención. Así mismo, sería

relevante utilizar este instrumento modificándolo para que no solo sea aplicado en individuos que asistan a servicios de rehabilitación, sino también, en los demás servicios que cuentan los centros de salud, hospitales y/o clínicas.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Discapacidad

Definición

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), ⁽⁴⁴⁾ el término “discapacidad” es muy amplio, ya que incluye las reducciones en las actividades, las debilidades de salud y la limitación de la participación en la sociedad. Al respecto, las debilidades de salud son problemas que perjudican a una función corporal; las reducciones en las actividades son inconvenientes para realizar actividades de la vida diaria y las limitaciones de la participación son dificultades para la participación en la sociedad.

En consecuencia, la “discapacidad” es un tema complicado en el cual se evidencia una interacción entre los rasgos físicos de una persona y el contexto social en el que vive. Además, esta se caracteriza por las debilidades en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales son de manera permanente.

Así mismo, de acuerdo con la OPS ⁽⁵⁾ las personas con discapacidad son individuos que presentan limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, y cuando se encuentran con obstáculos, estos pueden dificultar su inclusión total en la sociedad en las mismas condiciones que las personas sin discapacidad.

2.2.1.1. Tipos

A) Discapacidad física:

Es el tipo de discapacidad que abarca las afecciones más comunes entre todas las discapacidades, como consecuencia de la poliomielitis, lesiones en la médula espinal (paraplejía o cuadriplejía) y amputaciones. Estas condiciones, sin duda, restringen la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, pero eso no impide que puedan lograrlo con asistencia. ⁽⁴⁵⁾

Así mismo, el estar afectado por un deterioro en el funcionamiento de órganos internos puede resultar en dificultades o limitaciones al caminar, manejar objetos con las manos, subir o bajar escaleras, y otras actividades. Estas limitaciones pueden tener su origen en factores congénitos, genéticos o adquiridos. ⁽⁴⁵⁾

B) Discapacidad sensorial:

En este tipo de discapacidad se encuentran las limitaciones relacionadas con los sentidos de la vista, audición y problemas en el lenguaje. En el caso de la discapacidad visual, se refiere a personas que padecen ceguera o una visión extremadamente deficiente, y que incluso con el uso de correcciones visuales, como gafas, tienen dificultades significativas para ver o no pueden ver en absoluto. Esta condición es permanente, incluso ante posibles tratamientos como intervenciones quirúrgicas. ⁽⁴⁵⁾

La discapacidad auditiva abarca a individuos que experimentan una pérdida total de la audición, una pérdida auditiva moderada o severa en ambos oídos, lo que les dificulta la comunicación con su entorno. Esta condición puede ser causada por diferentes factores, como el origen congénito, ocupacional, infeccioso, traumático, entre otros. ⁽⁴⁵⁾

Dentro del ámbito de la discapacidad del lenguaje se engloban individuos que enfrentan obstáculos en la expresión verbal, lo que les dificulta comunicarse y relacionarse con otros. Esta dificultad puede tener diversas causas, como la sordera presente desde el nacimiento, lesiones en estructuras locales (como las cuerdas vocales, la laringe o el paladar hendido) o secuelas neurológicas, como lesiones cerebrales o traumatismos craneoencefálicos. ⁽⁴⁴⁾

C) Discapacidad intelectual:

Se refiere a individuos que enfrentan desafíos al resolver problemas o al tomar decisiones relacionadas con las tareas cotidianas. Esta situación está relacionada con personas que tienen retraso mental en diferentes grados, como leve, moderado y severo, que pueden deberse a condiciones como el síndrome de Down, el autismo o secuelas de parálisis cerebral infantil, entre otros ejemplos. Donde muchas veces estas personas tienen una edad mental muy por debajo a la edad cronológica que tienen y eso influye en su accionar del día a día. ⁽⁴⁵⁾

D) Discapacidad psíquica:

Se refiere cuando las personas tienen problemas para la comprensión de la realidad, sufren trastornos de comportamiento y de estados de ánimos, así mismo, esta condición puede ser causada por trastornos psicológicos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la psicosis, la depresión, entre otros. ⁽⁴⁵⁾

2.2.1.2. Grados

A) Leve

En este grado, aparecen algunas dificultades para las tareas diarias, como el aseo personal, la higiene bucal, la alimentación, etc. Pero todas se pueden realizar sin inconvenientes.

Cuando se trata de la discapacidad intelectual leve, se distingue por la presencia de un retraso cognitivo y una leve afectación en las habilidades sensoriomotoras. Esto implica que estas personas son capaces de emprender estudios y, en algunos casos, mantener una actividad profesional. No obstante, su proceso de aprendizaje requiere un período más prolongado en comparación con el de individuos sin esta condición. ⁽⁴⁶⁾

B) Moderado

Hace referencia a la disminución importante de la capacidad para realizar las actividades cotidianas, sin embargo, pueden aún realizar las tareas de autocuidado como lavarse las manos, cepillarse los dientes, cambiarse de ropa, y similares.

En relación con la discapacidad intelectual, el coeficiente intelectual de un individuo se ubica por debajo de 50, lo que conlleva a la necesidad continua de supervisión, tanto en el ámbito educativo como en el laboral. No obstante, con un enfoque terapéutico y acompañamiento intensivo, pueden alcanzar cierto grado de independencia. ⁽⁴⁶⁾

C) Severo

Afecta en la mayoría de las actividades de vida diaria, incluso las de autocuidado y limita la participación en sociedad.

En relación con la discapacidad intelectual, se presenta cuando el cociente intelectual se encuentra en el rango de 20 a 35, lo que resulta en la necesidad de una supervisión

constante en quienes la padecen. Las personas con este grado de discapacidad tienen poca o nula comprensión lectora y numérica, así mismo, legalmente se les considera incapaces de tomar sus propias decisiones. ⁽⁴⁶⁾

2.2.2. Legislación

2.2.2.1. Ley 29973

Esta ley fue elaborada por el Consejo Nacional para la Integración de la Discapacidad. Su finalidad es garantizar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de desarrollarse plenamente y de manera efectiva en todas las áreas de sus vidas, en igualdad de condiciones que los demás. Esto implica promover y proteger sus derechos. Además, es importante mencionar que este reglamento está compuesto por 177 artículos y 16 disposiciones complementarias finales. ⁽¹²⁾

2.2.2.2. Principales elementos de la ley:

- Derechos fundamentales de individuos con discapacidad.
- Fundamentos de Accesibilidad: Incluye aspectos como el diseño de áreas urbanas, entornos y caminos, espacios de estacionamiento, sistemas de transporte público, entre otros.
- Normativas relacionadas con aspectos de Salud y Rehabilitación, Educación, Deporte, Trabajo y Empleo. ⁽¹²⁾

2.2.3. Derecho a la salud

Las personas con discapacidad tienen el derecho de acceder a atención médica sin que se les discrimine. El Estado, por su parte, se encarga de asegurar que tengan acceso a instalaciones de salud integrales que ofrezcan una atención de alta calidad y estén equipadas con infraestructura adecuada, personal capacitado y suficiente equipamiento, que incluya servicios de rehabilitación, atención en salud sexual y reproductiva. ⁽¹²⁾

Lo que se busca es que el Estado:

- a) Ofrezca a las personas con discapacidad programas de atención médica gratuitos o en su defecto, que sean a precios muy asequibles, en el cual se

brinden una atención de calidad igual o mejor que a la población en general.⁽¹²⁾

- b) Brinde a las personas con discapacidad los servicios de atención médica necesarios de acuerdo con su tipo de discapacidad, incluidas su pronta detección e intervención. Además, establezca medidas de prevención para minimizar al máximo la aparición de nuevas discapacidades, considerando que esta población es especialmente vulnerable.⁽¹²⁾
- c) Proporcione disponibilidad de servicios de salud de manera descentralizada, de modo que las personas con discapacidad que residen en áreas rurales puedan acceder a ellos y sobre todo cercanas a sus domicilios.⁽¹²⁾
- d) Exija a los profesionales de la salud que proporcionen a las personas con discapacidad una atención de alta calidad, marcada por el respeto y la empatía, a través de la sensibilización sobre los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de este grupo. Además, promover la capacitación y la difusión de normas éticas para la atención médica de esta población en entornos tanto públicos como privados.⁽¹²⁾
- e) Prohíba que se produzca discriminación hacia las personas con discapacidad en los centros de salud, tanto por parte del personal médico como de otros pacientes. Además, asegure que se les ofrezca un seguro de salud y de vida de manera equitativa y justa.⁽¹²⁾
- f) Evite que se rechace a las personas con discapacidad de manera discriminatoria, negándoles el acceso a los servicios de atención médica debido únicamente a su condición de discapacidad.⁽¹²⁾

2.2.4. Derecho a la accesibilidad

Las personas con discapacidad tienen el derecho de acceder a instalaciones físicas, medios de transporte, servicios de salud, información y comunicación de forma segura y autónoma, en las mismas condiciones que el resto de la población. El Estado, a través de las diversas instancias gubernamentales, asegura el cumplimiento de este derecho bajo el principio de la universalidad.⁽¹²⁾

Por otro lado, el acceso a los servicios de atención médica puede verse afectado por desigualdades u obstáculos, los cuales no siempre están vinculados al sistema de salud

en sí, sino que pueden estar relacionados con la gestión de políticas públicas, la asignación de recursos económicos y la dinámica de la relación entre médicos y pacientes. ⁽¹²⁾

2.2.5. Atención en la comunidad

Las personas con discapacidad tienen el derecho a recibir una atención médica y rehabilitación que sea completa, y que además se ofrezca dentro de su propia comunidad, respetando sus valores culturales y costumbres. El Estado y las entidades competentes deben colaborar para apoyar a esta población, proporcionando servicios especializados que se adapten a la naturaleza de su discapacidad, así como promoviendo campañas de prevención y promoción de la salud. ⁽¹²⁾

2.2.6. Apoyo de la organización municipal

2.2.6.1. OMAPED

La “Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad” trabaja a favor de las personas con esta población en la sociedad, existen 79 sedes a nivel nacional donde se realizan actividades recreativas y deportivas, terapia física, psicología, charlas nutricionales, talleres de cocina, dibujo y pintura, danza y música, bisutería, paseos recreativos y campañas de salud. ⁽²²⁾

Las personas que asisten a estas actividades no solo lo hacen por cumplir, sino porque ellos desean socializar con personas de su entorno, algunos muestran mejoras en su conducta, en el habla, la caminata y la coordinación gracias a estas actividades. En este sentido, se promueve la participación de las personas con discapacidad, así como la de sus familiares que los acompañan, fomentando así mayor afecto y unión.

2.2.7. Covid-19

Es provocada por el SARS-CoV-2, que forma parte de la familia de virus conocida como coronavirus, que se identificó en seres humanos de manera reciente. Este virus es responsable de una infección aguda con síntomas respiratorios, al igual que otros virus de la misma familia, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV). ⁽⁷⁾

2.2.7.1. Impacto de la COVID-19 en el acceso a los servicios de salud

Desde el inicio de la pandemia, se reestructuraron o suspendieron los servicios de atención médica de rutina, lo que llevó a la falta de cuidado para las personas con discapacidad. Además, numerosos profesionales de la salud que normalmente se encargaban de atender a este grupo de pacientes fueron asignados exclusivamente al cuidado de pacientes con COVID-19.

Debido a la pandemia, los establecimientos de salud no estaban habilitados para la atención presencial ya que en estos, se tomó la decisión de restringir la disponibilidad de servicios médicos en situaciones de urgencia y emergencia, lo que resultó en la limitación de actividades relacionadas con la promoción y prevención de la salud, así como las actividades de consulta externa a causa de la pandemia, ya que se priorizaba la atención a personas contagiadas con COVID-19 y esto conllevó efectos desfavorables para individuos con discapacidades, como la aparición de problemas de salud adicionales, la no adquisición de medicamentos y el poco control de las enfermedades que ya padecían.⁽²⁵⁾

2.2.8. Acceso a los servicios de salud

2.2.8.1. Definición

Es la obtención de atención en salud cuando se requiere y para acceder a ello no tiene que influir características como el ingreso económico, lugar de residencia, color de piel o condición laboral. Según la OMS, el acceso a los servicios de salud se puede medir mediante la utilización de los servicios de salud por parte de los usuarios y a su vez, es influenciado por barreras. El estar asegurado o afiliado a un sistema de salud no asegura que se reciba el servicio y/o que este sea de calidad y resolutivo.⁽⁴⁷⁾

Para Anderson⁽⁴⁸⁾, el acceso se trata de “La capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”, para Cromely y McLafferty⁽⁴⁸⁾, “Es el poder de disponer de los recursos de los servicios de salud” y para Dixon⁽⁴⁹⁾, “Es la elección propia de las personas para recibir asistencia sanitaria, pero esta es determinada por factores externos como la disponibilidad de los servicios sanitarios”. Una de las perspectivas fundamentales para comprender el acceso es su carácter

multidimensional, ya que abarca dimensiones como disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

2.2.8.2. Dimensiones

Se consideran los elementos propuestos por la OMS para analizar el acceso y la utilización eficaz de los servicios sanitarios y a su vez, una dimensión del modelo propuesto por Arrivillaga y Borrero ⁽⁴⁷⁾⁽⁵⁰⁾

A) Disponibilidad

Se refiere a la responsabilidad del Estado de proporcionar una infraestructura de calidad, así como bienes y servicios de salud. Esto implica la presencia de instalaciones médicas y hospitales, así como la asignación de recursos materiales, humanos y financieros necesarios para garantizar una atención de salud óptima para la población. ⁽⁴⁷⁾

Dentro de esta dimensión se considera indicadores como: la existencia de una cantidad de servicios de salud adecuados, así mismo, la cercanía de estos servicios para que puedan asistir oportunamente y sin complicaciones, como también, la existencia de personal de salud suficiente para las atenciones y que los establecimientos de salud cuenten con una adecuada infraestructura. ^{(47) (50)}

B) Accesibilidad

Hace referencia a la ausencia de impedimentos o dificultades, ya sea en términos físicos, económicos o de información, para acceder a los servicios sanitarios. ⁽⁴⁷⁾

En esta dimensión se incluyen indicadores como: el lapso de espera para conseguir una cita y recibir atención, la ausencia de discriminación por parte del personal sanitario y la sociedad en general hacia las personas con discapacidad, la presencia de rampas y/o ascensores, el costo de la consulta y/o medicamentos, así como, la indicación accesible del personal de salud. ^{(47) (50)}

C) Aceptabilidad

Los servicios de salud no deben ir en contra de las normas socioculturales y éticas. Además, es fundamental que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. ⁽⁴⁷⁾

En esta dimensión se incluyen indicadores como: la existencia de confidencialidad por parte del personal de salud, la existencia de una atención diferenciada de grupos, cuando el personal sanitario respeta las costumbres y creencias de las personas con discapacidad, así como un procedimiento de salud adecuado. ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁵⁰⁾

D) Calidad

Se refiere a la importancia de que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean adecuados para satisfacer las necesidades de los pacientes. Esto implica contar con suficientes medicamentos, equipamiento apropiado, condiciones de higiene y sanitarias adecuadas, así como un trato amable por parte del personal de salud hacia los usuarios. ⁽⁴⁷⁾

En esta dimensión se incluyen indicadores como: servicios de salud limpios y desinfectados, el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad en los establecimientos de salud, el buen funcionamiento de los equipos médicos, la disponibilidad de los medicamentos recetados, el trato amable por parte del personal sanitario hacia los usuarios, y el respeto de los horarios de atención. ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁵⁰⁾

2.2.9. Teoría “Modelo conductual del uso de servicios de salud”

Es una teoría desarrollada por Ronald Andersen que es utilizada para investigaciones relacionadas al acceso a los servicios de salud. Esta teoría consta de determinantes que afectan el empleo de los servicios de salud como: características contextuales, características individuales y comportamientos de salud. Los dos primeros constan de tres factores: factores predisponentes, factores habilitadores y factores de necesidad, mientras que en comportamientos de salud lo componen: prácticas de salud personal, procesos de cuidado médico y utilización de servicios sanitarios personal. ⁽⁵¹⁾

Entre los factores predisponentes se incluyen características personales como la edad, el género, la educación y las creencias. En los factores habilitadores, la existencia de recursos materiales y humanos, la ubicación de los establecimientos de salud y la accesibilidad. Y en los factores de necesidad, la percepción y la evaluación de la necesidad de atención médica del paciente y del proveedor de salud respectivamente.

Ronald Andersen define al acceso como: “La efectiva utilización de los servicios de salud y todas las condiciones que facilite o impida su uso”. Así como: “El vínculo entre los sistemas de servicios de salud y las personas que necesiten atención en salud”, en ese sentido, para obtener el acceso a los servicios sanitarios no solo depende de los factores externos, si no también, de los factores internos y personales como el cuidado de uno mismo. ⁽⁵¹⁾

Andersen propuso la retroalimentación que permite obtener información acerca de qué manera se podría potenciar el acceso a los servicios médicos y esto es muy importante, ya que, si no realizamos una retroalimentación va a continuar con el posible fracaso de nuestro sistema de servicios de salud y una satisfacción baja de la población que lo requiere. ⁽⁵¹⁾

Finalmente, realizaron una modificación a este modelo específicamente para poblaciones vulnerables, las cuales abarcan a individuos sin hogar, personas con discapacidad, entre otros. Esto se debe a que los factores que los hacen ser vulnerables también podrían afectar en su uso a los servicios de salud. Al igual que en el modelo conductual original, los componentes de predisposición, habilitación y necesidad de este modelo brindan información acerca de las prácticas de salud personales, incluido el uso de servicios de salud. Este modelo se puede dividir en dominios tradicionales y vulnerables, estos se agregaron al modelo conductual original para poder obtener más información personal y externa en este tipo de población, y llegar a una conclusión sobre su acceso a los servicios de salud. ⁽⁵²⁾

2.2.10. Teoría del cuidado humanizado

La teoría de Jean Watson aborda el cuidado humanizado en el ámbito de la salud, proponiendo un enfoque para satisfacer las necesidades actuales de humanizar el cuidado y la atención médica. Así mismo, destaca la importancia de prácticas éticas en el ámbito profesional y busca estandarizar la humanización del cuidado mediante la creación de normas o protocolos, estos deben basarse en los elementos delineados por Watson y ser evaluados a través de indicadores de cuidado humanizado. En este sentido, la teoría proporciona un marco para abordar los desafíos éticos que han surgido a lo largo del tiempo en el ámbito de la atención médica. Del mismo modo, la

aporta notables beneficios al ámbito de la enfermería, como se ha evidenciado en diversos países mediante el desarrollo de relaciones de cuidado transpersonal y un fuerte énfasis en abordar integralmente la mente, el cuerpo y el alma de cada individuo, este enfoque se fundamenta en la promoción del cuidado humano, destacando su objetivo de preservar la integridad y dignidad, así como la aplicación de conceptos teóricos para fomentar momentos significativos de cuidado. ⁽⁵³⁾

2.3. Definición operacional de términos

- **Acceso a los servicios de salud:** Capacidad de obtener cuidados por parte de los servicios de salud en relación con disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de atención.
- **Persona con discapacidad:** Personas que tienen algún tipo o tipos de limitación física, mental o sensorial de forma permanente.
- **Cuidador primario:** Persona que mantiene una relación humana más estrecha y se hace cargo de la mayor parte del cuidado de personas con discapacidad.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

En un estudio de método descriptivo no corresponde una formulación de hipótesis. En ese sentido, la presente investigación no cuenta con una hipótesis.

3.2. Variables

Este estudio solo incluye una variable, siendo esta: “Acceso a los servicios de salud”, una variable cualitativa y nominal, cuyo valor final es: “bajo, medio y alto”.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Tipo y método de investigación

Estudio de enfoque cuantitativo, de acuerdo con Ñaupas⁽⁵⁴⁾ este enfoque se caracteriza por utilizar métodos y técnicas como la recolección de datos y su análisis para contestar preguntas de investigación. Es de método descriptivo porque “permite explicar las propiedades, fenómenos y características en personas, grupos u objetos”. Así mismo, es de corte transversal, ya que la información recopilada se llevó a cabo en un determinado momento y lugar específico.

4.2. Diseño de investigación

El diseño es no experimental en el cual no hay ningún tipo de intervención de la variable en estudio, solo se observan los hechos o fenómenos de investigación, para que luego sean analizados.

En relación con lo anterior, Sampieri⁽⁵⁵⁾ lo describe como:

“Es la investigación que se realiza sin manipular las variables, para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se hace es solo observar fenómenos sin realizar modificaciones, para luego analizarlos.”

4.3. Sede de estudio

El lugar de la investigación se localizó en la OMAPED perteneciente a una organización municipal ubicado en el distrito de Los Olivos, Av. Naranjal 1379 a la altura del paradero Huandoy.

Este establecimiento municipal cuenta con 78 personas con discapacidad registradas con corte hasta junio del 2023. La atención del establecimiento municipal se realiza los lunes, miércoles y viernes, los distintos talleres que brinda, se lleva a cabo en diferentes horarios según grupo etario.

4.4. Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por un total de 78 cuidadores primarios de personas con discapacidad inscritas en la OMAPED, Los Olivos y en los talleres virtuales.

4.4.1. Criterios de inclusión

- Cuidadores primarios de personas con discapacidad.
- Cuidadores primarios que hayan solicitado atención médica para su hijo(a) entre el año 2020-2021.
- Cuidadores primarios que participan de los talleres virtuales de la OMAPED en Los Olivos.
- Cuidadores primarios con conectividad y accesibilidad por algún medio virtual.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Cuidadores primarios que no “tengan acceso a un dispositivo electrónico con internet”.
- Cuidadores primarios de personas con discapacidad pertenecientes a otra sede de OMAPED.

Muestra

En un primer contacto, se estimó que no se podía alcanzar a todos los cuidadores primarios de personas con discapacidad, debido a que recién se había implementado la estrategia de talleres virtuales y no todos tenían la posibilidad de asistir, por ende, se realizó el cálculo del tamaño de muestra para obtener un número de participantes más accesibles.

Ñaupas⁽⁵⁴⁾ señala que: “La muestra es el subconjunto de una población, seleccionado por diversos métodos, además que, a mayor tamaño de muestra, mayor representatividad de la investigación y menor sesgo se tendrá”.

Para el cálculo del tamaño de muestra se empleó la fórmula de tamaño de muestra para población finita. Al respecto, se utilizó un nivel de confianza $Z=95\%$ (1.96) y un error $e=5\%$. En ese sentido, para esta investigación la muestra resultó $n=65$ cuidadores primarios de personas con discapacidad. (Anexo B).

Muestreo

Se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con Sampieri⁽⁵⁵⁾ este tipo de muestreo se refiere cuando se elige de manera arbitraria, con la conveniencia del investigador, a los participantes del estudio cumpliendo los criterios de inclusión.

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se empleó en este estudio fue la encuesta virtual, que de acuerdo con Ñaupás⁽⁵⁴⁾ esta técnica en una investigación cuantitativa es estructurada, es decir sigue un orden y se rige a una guía previa del investigador. Esta técnica se eligió debido a que las personas con discapacidad se encontraban realizando talleres de manera virtual debido a la coyuntura. Así mismo, el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario desarrollado en la plataforma Google forms, que de acuerdo con Pimienta & De la Orden⁽⁵⁶⁾ lo consideran como elemento base para la realización de entrevistas y encuestas.

El cuestionario (Anexo C) está conformado por la presentación donde se describe brevemente el estudio, se explica el propósito y se solicita el consentimiento, así mismo, se brinda instrucciones para el llenado del cuestionario; seguido de preguntas sobre los datos generales como: edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, tipo de parentesco con la persona con discapacidad, estado civil y finalmente se recoge información sobre los datos específicos, 26 ítems divididos entre las 4 dimensiones que abordan el tema.

En la primera dimensión: disponibilidad, para establecer los niveles en la escala se consideró el puntaje mínimo y máximo, 5 y 25 respectivamente, de tal manera que cuando el participante obtenga un puntaje entre 5-11 este se considera en bajo, 12-18 en medio y 19-25 en alto. En la segunda dimensión: accesibilidad, el puntaje mínimo fue 8 y el máximo 40, de tal manera que cuando el participante obtenga un puntaje entre 8-18 este se considera en bajo, 19-29 en medio y 30-40 en alto. En la tercera dimensión: aceptabilidad, el puntaje mínimo fue 4 y el máximo 20, de tal manera que cuando el participante obtenga un puntaje entre 4-9 este se considera en bajo, 10-15 en medio y 16-20 en alto. Y, por último, en la cuarta dimensión: calidad, el puntaje mínimo fue 9 y el máximo 45, de tal manera que cuando el participante obtenga un puntaje entre 9-21 este se considera en bajo, 22-34 en medio y 35-45 en alto.

Para determinar el acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad se elaboró una escala tipo Likert; tomando como referencia algunas preguntas de la tesis de Llamosas ⁽⁴²⁾. Este instrumento consta de 26 ítems cuyas alternativas de respuesta van desde: 1= nunca, 2= casi nunca, 3= a veces, 4= casi siempre y 5= siempre, de manera que, a mayor puntaje, mayor es el acceso a los servicios de salud que tienen las personas con discapacidad. Así mismo, este instrumento se encuentra validado en Perú, pero de igual manera se realizó un juicio de expertos para una nueva validación. Por otro lado, se estableció el baremo acceso siendo estos, bajo, medio y alto; para la determinación de estos, se tomó en consideración la puntuación máxima y mínima del instrumento, los cuales fueron 130 y 26 respectivamente, y estos se dividieron en rangos de 26-60 acceso bajo, acceso medio 61-95 y acceso alto 96-130 y al final fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos con su respectivo valor final.

Validez

Chávez ⁽⁵⁷⁾ sostuvo que la validez es la eficacia de un instrumento para describir la característica que le interesa al investigador. Así mismo, Hernández, et al., ⁽⁵⁵⁾ menciona que un instrumento es válido si mide lo que pretende medir.

En ese sentido, la validez se realizó mediante la intervención y participación de profesionales (juicio de expertos), calificados de las universidades, quienes observaron y analizaron si las formulaciones de los ítems del instrumento son aplicables para la investigación (Anexo D), estuvo conformado por 3 profesionales de enfermería expertos en el área de investigación, posterior a ello, se halló el coeficiente de Hernández Nieto (Anexo D), y se obtuvo un CVC de 0.9029, lo cual representa que la escala posee una excelente validez de contenido.

Confiabilidad

Ñaupaz ⁽⁵⁴⁾ sostuvo que: “Un instrumento es confiable cuando las mediciones hechas no varían significativamente, ni en el tiempo, ni por la aplicación de diferentes personas”. En ese sentido, con los datos recopilados se halló el coeficiente de confiabilidad mediante el “Alfa de Cronbach”, primero se realizó la suma de varianzas de los ítems, seguido de la varianza de la suma total de los ítems, luego se procedió a

reemplazar los datos en la fórmula general y se obtuvo un valor de 0.70, que evidencia que la escala es muy confiable. (Anexo E)

4.6. Procedimientos de recolección y procesamiento de datos

Se solicitó permiso a la presidenta de la asociación “Manos Maravillosas” de OMAPED, Los Olivos para realizar el recojo de información de los cuidadores primarios de personas con discapacidad. La recolección de datos se dio de manera virtual y se llevó a cabo el 20 y 21 de noviembre, en el horario de 12 pm hasta la 1 pm momentos de mayor asistencia de cuidadores primarios a los talleres.

Se empleó el cuestionario “Acceso a los servicios de salud”, abordado en la investigación de Llamosas ⁽⁴²⁾ una escala de tipo Likert con 26 ítems dividido en 4 dimensiones con 5 alternativas de respuesta donde; 1 es nunca, 2 casi nunca, 3 a veces, 4 casi siempre y 5 siempre. De tal manera que a mayor puntaje en la escala corresponde mayor acceso a los servicios de salud.

Para el procesamiento de los datos se creó una base de datos en Microsoft Excel, donde fueron analizados en SPSS versión 25 y un libro de códigos. Se consolidaron los datos en una matriz de codificación, para que luego sean analizados. Por otro lado, los resultados obtenidos fueron analizados de acuerdo con el baremo de la variable y cada dimensión, así mismo, se empleó el programa de Microsoft Excel para la presentación de resultados en gráficos y tablas estadísticas.

4.7. Análisis estadístico

Para el análisis respectivo de los datos obtenidos se utilizó el SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) versión 25, que de acuerdo con Ñaupas ⁽⁵⁴⁾ “Sirve para ingresar y analizar datos, además que permite efectuar una gran cantidad de tareas de diseños, cálculos y análisis”, a fin de obtener los resultados estadísticos organizados en tablas y gráficos estadísticos de acuerdo con la variable y sus 4 dimensiones. Luego se procedió a elaborar el libro de códigos, (Anexo F) el cual según Sampieri ⁽⁵⁵⁾, es una especie de manual para interpretar la matriz de datos en Excel o

SPSS. Se asignó puntaje a las 5 alternativas de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre.

Para la obtención del valor de la variable “Acceso a los servicios de salud” se utilizó máximos y mínimos, siendo el puntaje máximo 130 y el mínimo 26, donde se tuvo que restar 130 menos 26 y dividirlo entre 3; obteniéndose el valor final que les corresponde, los cuales son: “bajo, medio y alto”. Por último, con la obtención de los datos y resultados se procedió a plasmarlo en gráficos y tablas.

4.8. Consideraciones éticas

En esta investigación se consideraron aspectos éticos como el principio de autonomía de la persona, que involucra la protección de su individualidad y el respeto a su capacidad para decidir voluntariamente si desean o no participar en el estudio, lo cual se formalizó a través de la firma del consentimiento informado. (Anexo H). Así mismo, se aseguró la confidencialidad de la información proporcionada y se garantizó que los derechos, valores e intereses de los participantes no fueran vulnerados. ⁽⁵⁸⁾

El principio de autonomía fue puesto en práctica en esta investigación al requerir el consentimiento informado antes de que los participantes completaran el cuestionario; por lo consiguiente, el formato del consentimiento informado se encontró en la primera sección del cuestionario.

El principio de beneficencia se consideró al informar a los cuidadores primarios a cerca de los beneficios derivados de esta investigación.

Respecto al principio de no maleficencia, se refiere a la obligación de no causar daño y de reducir los riesgos de daño. En el consentimiento informado, se detalló a los participantes que la investigación es completamente anónima y que la información se divulgaría de manera general.

Por último, el estudio incorporó el principio de justicia, ya que se garantizó que todos los participantes fueran tratados de manera equitativa, sin discriminación, y con un alto grado de respeto y cortesía.

V. RESULTADOS

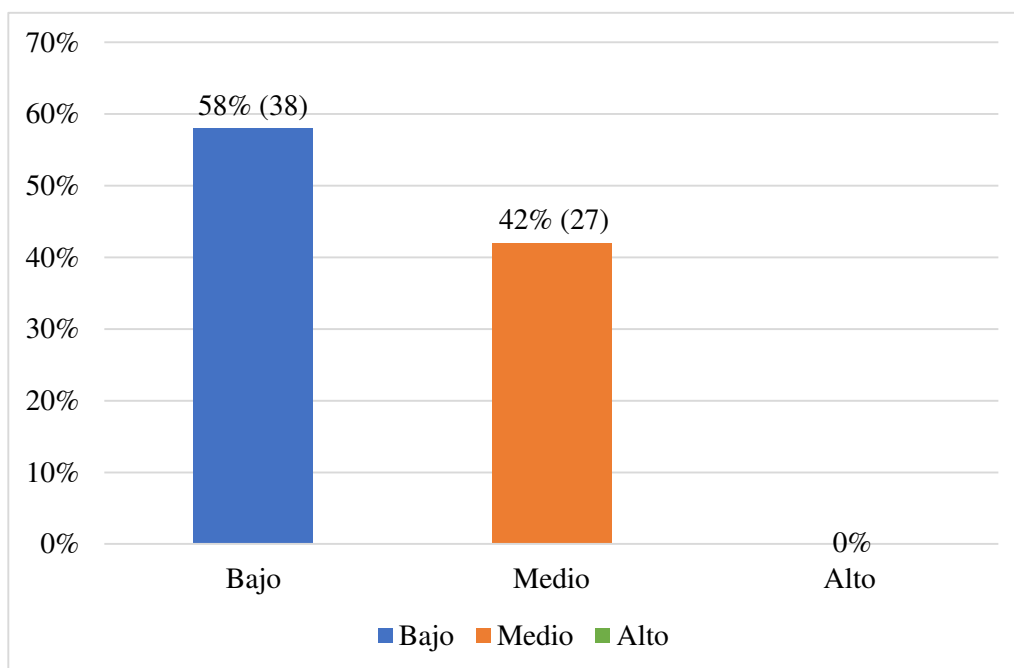
5.1. Presentación de tablas y/o gráficos y descripción de los resultados

A. Datos generales

Participaron 65 cuidadores primarios de personas con discapacidad que representa el 100%. En cuanto a su edad, el 69% (45) tenía entre 41 a 65 años. Respecto al parentesco que tienen con la persona con discapacidad, el 66% (43) fueron madres, el 25% (16), padres y el 9% (6), hermanos(as). Con respecto al sexo, el 74% (48) fue femenino y el 26% (17), masculino. En cuanto a la ocupación, el 60% (39) fue ama de casa, el 12% (8), jubilado(a) y comerciante. Respecto al nivel de instrucción, el 40% (26) tuvo instrucción secundaria y el 32% (21), instrucción superior universitaria. En cuanto al tipo de discapacidad del hijo(a) y/o familiar de los cuidadores primarios, el 49% (32) tuvo discapacidad mental, el 22% (14), discapacidad física, el 15% (10), discapacidad auditiva y el 14% (9), discapacidad visual. (Anexo I)

B. Datos específicos

Gráfico 1. Nivel de acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021.



En el gráfico 1, se observa que predomina el nivel de acceso bajo a los servicios de salud de las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario con un 58% (38), seguido de un nivel de acceso medio a los servicios de salud con 42% (27). Cabe señalar que ningún participante obtuvo un nivel de acceso alto a los servicios de salud.

Tabla 1. Nivel de acceso a los servicios de salud en la dimensión disponibilidad e indicadores que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021.

| | Bajo (%) | Medio (%) | Alto (%) | Total (%) |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Dimensión disponibilidad | 63,0 | 37,0 | 0,0 | 100 |
| Indicadores | | | | |
| Cantidad de servicios de salud | 52,3 | 46,2 | 1,5 | 100 |
| Distribución geográfica de los servicios de salud | 70,8 | 29,2 | 0,0 | 100 |
| Infraestructura y tecnología suficientes | 49,2 | 50,8 | 0,0 | 100 |
| Recursos humanos suficientes | 69,2 | 30,8 | 0,0 | 100 |
| Programa de salud pertinentes | 43,1 | 56,9 | 0,0 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1, se observa que en cuanto al acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad, en la dimensión disponibilidad, predomina el nivel bajo con un 63% (41), seguido del nivel medio con 37% (24).

Así mismo, de los cinco indicadores que comprende esta dimensión, en tres de ellos predomina el nivel bajo; siendo los indicadores que reportan el mayor porcentaje: “distribución geográfica de los servicios de salud (70,8%) y recursos humanos suficientes (69,2%).

Tabla 2. Nivel de acceso a los servicios de salud en la dimensión accesibilidad e indicadores que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021.

| | Bajo (%) | Medio (%) | Alto (%) | Total (%) |
|--|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Dimensión accesibilidad | 74,0 | 26,0 | 0,0 | 100 |
| Indicadores | | | | |
| Mínimos trámites administrativos | 66,2 | 33,8 | 0,0 | 100 |
| Atención oportuna y mínimos tiempos de espera | 69,2 | 30,8 | 0,0 | 100 |
| Discriminación en la atención-personal de salud | 73,8 | 23,1 | 3,1 | 100 |
| Discriminación en la atención-pacientes | 76,9 | 20,0 | 3,1 | 100 |
| Accesibilidad física | 50,8 | 49,2 | 0,0 | 100 |
| Accesibilidad económica-consultas médicas | 47,7 | 52,3 | 0,0 | 100 |
| Accesibilidad económica-medicamentos/exámenes auxiliares | 67,7 | 32,3 | 0,0 | 100 |
| Accesibilidad de información | 36,9 | 63,1 | 0,0 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2, se observa que en cuanto al acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad, en la dimensión accesibilidad, predomina nivel bajo con un 74% (48), seguido del nivel medio con 26% (17).

Así mismo, de los ocho indicadores que comprende esta dimensión en seis de ellos predomina el nivel bajo, siendo los que reportan el mayor porcentaje: discriminación en la atención-pacientes (76,9%) y discriminación en la atención-personal de salud (73,8%).

Tabla 3. Nivel de acceso a los servicios de salud en la dimensión aceptabilidad e indicadores que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021.

| | Bajo (%) | Medio (%) | Alto (%) | Total (%) |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Dimensión aceptabilidad | 69,0 | 31,0 | 0,0 | 100 |
| Indicadores | | | | |
| Confidencialidad en la atención | 44,6 | 49,2 | 6,2 | 100 |
| Atención diferenciada de grupos | 61,5 | 38,5 | 0,0 | 100 |
| Programa de atención según diversidades | 60,0 | 40,0 | 0,0 | 100 |
| Recursos humanos con formación en interculturalidad | 40,0 | 53,8 | 6,2 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3, se observa que en cuanto al acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad, en la dimensión aceptabilidad, predomina el nivel bajo con un 69% (45), seguido de un nivel medio con 31% (20).

Así mismo, de los cuatro indicadores que comprende esta dimensión en dos de ellos predomina el nivel bajo, siendo los que reportan el mayor porcentaje: atención diferenciada de grupos (61,5%) y programa de atención según diversidades (60,0%).

Tabla 4. Nivel de acceso a los servicios de salud en la dimensión calidad e indicadores que tuvieron las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario, Los Olivos, 2021.

| | Bajo (%) | Medio (%) | Alto (%) | Total (%) |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Dimensión calidad | 60,0 | 40,0 | 0,0 | 100 |
| Indicadores | | | | |
| Higiene y limpieza apropiado | 61,5 | 35,4 | 3,1 | 100 |
| Vigilancia al cumplimiento de normas de protección en salud | 23,1 | 61,5 | 15,4 | 100 |
| Servicios higiénicos acondicionados | 50,8 | 46,1 | 3,1 | 100 |
| Equipos médicos operativos | 58,5 | 41,5 | 0,0 | 100 |
| Disponibilidad de medicamentos | 64,6 | 35,4 | 0,0 | 100 |
| Respeto al horario de cita médica | 44,6 | 52,3 | 3,1 | 100 |
| Presencia de carteles y/o letreros | 41,5 | 50,8 | 7,7 | 100 |
| Organización de orientaciones oportunas | 73,8 | 26,2 | 0,0 | 100 |
| Recursos humanos capacitados | 69,2 | 30,8 | 0,0 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4, se observa que en cuanto al acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad, en la dimensión calidad. Predomina el nivel bajo con un 60% (39), seguido del nivel medio con 40% (26).

De los nueve indicadores que comprende esta dimensión en tres de ellos se reporta el mayor porcentaje de nivel bajo: organización de orientaciones oportunas (73,8%), recursos humanos capacitados (69,2%) y disponibilidad de medicamentos (64,6%).

VI. DISCUSIÓN

En el presente estudio se abordó el acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas vulnerables como son las personas con discapacidad pertenecientes a la OMAPED-Los Olivos. Para lo cual se entrevistó a sus cuidadores primarios, quienes reportaron que las personas con discapacidad tuvieron un acceso bajo a los establecimientos de salud en Lima durante la pandemia por COVID-19. Este hallazgo concuerda, con un estudio realizado durante la emergencia sanitaria por Lakhani ⁽³²⁾, quien señaló que las personas con discapacidad que pertenecían al área metropolitana de Melbourne tuvieron un escaso acceso a los servicios de salud, así mismo con un estudio realizado por Chris-Mike Agbelie ⁽⁴⁾, quien determinó que en Ghana las personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19 se enfrentaron a un acceso bajo y desigual a los establecimientos de salud, en comparación con la población en general y con un estudio realizado por José Matamoros, et al., ⁽³⁹⁾ quienes señalaron que “En Perú, las personas con discapacidad tienen limitaciones para el acceso a consultas médicas”. Sin embargo, un estudio realizado previo a la pandemia por COVID-19 por Llamosas ⁽⁴²⁾, destaca que las personas con discapacidad que acudieron al “Hospital San José del Callao” tuvieron un nivel de acceso medio.

Esta diferencia evidencia que la pandemia por COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad debido a que el aumento de contagios y priorización de atención a pacientes con COVID-19 generó una interrupción en la provisión de los servicios de salud y en algunos casos dejaron de brindar atención directa a la población, por lo que se quedó restringido actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se desarrolló mediante la telesalud. En este sentido, en el presente estudio se evidenció que los sistemas de salud no están preparados para afrontar situaciones de emergencia como la pandemia por COVID-19.

El bajo acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad representa que esta población enfrentó desafíos para acceder a los establecimientos de salud y esto impidió que se realice la promoción, prevención y rehabilitación en salud.

Según los resultados de investigaciones, por lo general, las personas con discapacidad a nivel internacional tuvieron un acceso restringido a los servicios de salud, debido a las restricciones brindadas por la coyuntura mundial. Así mismo, países como Canadá y Cuba implementaron estrategias para combatir las barreras existentes que impedían el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad; sin embargo, en Perú no se presenció ello, es decir, no se implementaron estrategias ni durante ni después de la pandemia por COVID-19. ^{(28) (59)}

De manera similar, en la dimensión disponibilidad, como resultado se obtuvo un nivel bajo de disponibilidad de servicios de salud, lo cual llama la atención ya que esta dimensión incluye indicadores como la disponibilidad de servicios de salud y del personal de salud, componentes que fueron muy valiosos e importantes para lidiar contra la pandemia por COVID-19. Este hallazgo coincide con el estudio llevado a cabo por Robert Manning, et al., ⁽²⁸⁾ donde reportaron que la disponibilidad de los servicios de salud se vio fuertemente afectada durante la pandemia por COVID-19, así mismo, reportaron que hubo gran demanda de las personas con discapacidad mental para el uso de los establecimientos de salud, pero a causa de la poca presencia de servicios sanitarios y de los proveedores de salud no pudieron acceder a la atención. Sin embargo, otro estudio contrariamente reportó que previo a la pandemia en Argentina, se obtuvo que menos de la mitad de los cuidadores primarios de personas con discapacidad les quedó lejos el desplazamiento entre sus casas y el establecimiento de salud. ⁽³⁵⁾

Este hallazgo puede deberse a que las personas con discapacidad se encontraban atravesando por una coyuntura mundial que implicaba la implementación, por parte del gobierno, de normas para enfrentarla como la cuarentena, distanciamiento social y priorización de atención; en el cual priorizaban la atención a personas infectadas con COVID-19, sin embargo, existe diferencia con los resultados de una investigación y esto es debido a que las personas con discapacidad de Argentina no se encontraban atravesando por una emergencia sanitaria, por ende, esa investigación se realizó previo a la pandemia por COVID-19.

En la dimensión disponibilidad, según el reporte de los cuidadores primarios de las personas con discapacidad, los dos indicadores que destacaron con un nivel bajo

fueron: 1) Distribución geografía de los servicios de salud (70,8%), que representa que existió escasa disponibilidad de establecimientos de salud y sobre todo que sean cercanos a los domicilios de las personas con discapacidad. 2) Recursos humanos suficientes (69,2%), lo cual destaca que existió poca cantidad de personal de salud para la atención en los servicios sanitarios ante una gran demanda de pacientes.

Estas barreras para la atención de personas con discapacidad también fueron reportadas en investigaciones como la de David Ayobami, et al.,⁽⁶⁰⁾ quienes determinaron que la distribución geográfica de los establecimientos sanitarios varía según la ubicación de los domicilios, así mismo mencionaron que la mayor aglomeración de establecimientos de salud se encuentra en zonas urbanas con mayor adquisición económica, de igual manera Selene Baez, et al.,⁽⁶¹⁾ quienes señalaron que el gobierno debería proporcionar información acerca de la localización geográfica de los individuos en situación de vulnerabilidad, a fin de mejorar el acceso y distribución de los servicios de salud. Por otro lado, en cuanto a los recursos humanos suficientes, Maxwell Obubu, et al.,⁽⁶²⁾ determinaron que la cantidad del personal sanitario en los establecimientos de salud varía según la ubicación de estos, por ejemplo, en Nigeria existe una escasez de recursos humanos para la salud, debido a que existe una gran demanda de pacientes y poca proporción de personal de salud. Así mismo, la ubicación de los establecimientos de salud se encuentra en las grandes ciudades y la gran cantidad de pacientes fuera de estos.

En la dimensión accesibilidad es donde se evidenció mayor porcentaje (74%) del nivel bajo. Este resultado difiere con un estudio realizado en Colombia por Carlos Gómez, et al.,⁽³³⁾ quienes reportaron que más del 60% de los encuestados ha tenido una adecuada accesibilidad a los servicios preventivos, urgencias y consultas médicas; estos resultados distintos pueden deberse a que dicho estudio se realizó previo a la pandemia por COVID-19 y en un solo municipio colombiano. Pero concuerda con un estudio realizado por Gretchen, et al.,⁽²⁹⁾ durante la pandemia por COVID-19 quienes reportaron que la accesibilidad a los servicios de salud de las personas con discapacidad se vio afectada especialmente por la dificultad en el desplazamiento (falta de rampas, ascensores y lejanía), así mismo por una falta de información por parte del gobierno. Este hallazgo representa que los cuidadores primarios no percibieron que el

acceso a la atención médica fuera sencillo para la población en general, y en particular para las personas con discapacidad, el cual podría deberse a que albergó una discriminación económica, física e informativa en los establecimientos de salud.⁽²⁸⁾

En la dimensión accesibilidad, según el reporte de los cuidadores primarios de las personas con discapacidad, los dos indicadores que presentaron mayor porcentaje en el nivel bajo fueron: 1) Discriminación por parte de los pacientes (76,9%), lo destaca que las personas con discapacidad se sintieron discriminados y/o recibieron un mal trato por parte de los pacientes dentro de los establecimientos de salud. 2) Discriminación por parte del personal sanitario (73,8%), que representa que en los servicios de salud no existió un buen trato por parte del personal sanitario, es decir, las personas con discapacidad se sintieron discriminados.

Estas brechas para la atención de personas con discapacidad también fueron reportadas por investigaciones como la de James H. Rimmer⁽⁶³⁾ quien determinó que las personas con discapacidad son objetos de discriminación cuando buscan atención médica y a su vez cuando la reciben por parte de los proveedores de salud y esto provoca desigualdad de salud en esta población. Así mismo, lo describe Denis Megson⁽⁶⁴⁾ en su estudio en el cual señaló que la discriminación contra las personas con discapacidad existe y se ha ido incrementando en toda la sociedad sobre todo en la atención médica, del mismo modo señaló que el personal de salud tiene una mala percepción sobre las personas con discapacidad, ya que piensan que tienen una baja calidad de vida, lo que contribuye a que brinden una atención deficiente hacia esta población. De igual manera Lizza Lezzoni, et al.,⁽⁶⁵⁾ quienes determinaron que el personal de salud debido al estigma que se tiene sobre las personas con discapacidad puede llegar a dar un trato injusto y obstaculizar la atención equitativa de esta población cuando requieren atención médica.

En cuanto a la discriminación por parte de los pacientes, Emma Harris⁽⁶⁶⁾ señaló que en los establecimientos de salud la discriminación proviene principalmente de los pacientes y de los sistemas de salud, así mismo debido a las actitudes públicas negativas, esta población tiene dificultad para acceder a la atención médica. De igual manera Denise Megson⁽⁶⁴⁾ señaló que la discriminación contra las personas con

discapacidad empieza desde los estereotipos sociales, los prejuicios y las barreras actitudinales por parte de la población, lo que lleva a la exclusión de la vida social.

En la dimensión aceptabilidad, como resultado se obtuvo: un nivel bajo de aceptabilidad a los servicios de salud. Este hallazgo está vinculado con el estudio llevado a cabo por Lizza Lezzoni, et al.,⁽⁶⁵⁾ quienes señalaron que existe falta de capacidad por parte del personal sanitario para diferenciar los tipos de pacientes que asisten a los consultorios médicos especialmente en las personas con discapacidad, lo que lleva a esta población que se lleve consigo experiencias paupérrimas debido a la atención recibida. Así mismo, con un estudio realizado por Marcia Oliveira, et al.,⁽⁶⁷⁾ quienes determinaron que, en Brasil existe una formación profesional insuficiente para tratar a personas con discapacidad, lo que conlleva a que existan grandes brechas en la prestación de atención médica a esta población especialmente barreras actitudinales. Este resultado indica que la atención brindada a las personas con discapacidad en los establecimientos de salud no fue la adecuada debido a que los proveedores de salud no tomaban en cuenta el tipo de discapacidad que presentaban, es decir, no recibían una atención que ellos requerían. Así mismo, el personal de salud no estaba capacitado para brindar atención a este tipo de población, por ende, en países como Canadá, Nueva Zelanda y Ghana implementaron estrategias para abordar ello, como la formación continua del personal sanitario en el cuidado de pacientes con discapacidad durante la coyuntura mundial.^{(28) (59)}

De acuerdo con los indicadores de la dimensión aceptabilidad, según el reporte de los cuidadores primarios de las personas con discapacidad, los dos que presentaron mayor porcentaje en el nivel bajo fueron: 1) Atención diferenciada de grupos (61,5%), que representa que el personal sanitario no se encontró capacitado para atender a la población que padece algún tipo de discapacidad y por ello, esta población se llevó una mala experiencia con la atención brindada. 2) Programa de atención según diversidades (60,0%), destaca que en los establecimientos de salud no se encontraban habilitados suficientes servicios para la realización de exámenes complementarios y el médico tratante casi no tomó en consideración lo solicitado por el cuidador primario de la persona con discapacidad.

Por último, en la dimensión calidad se reportó un nivel bajo de calidad de los servicios de salud. Este resultado difiere con un estudio realizado por Llamosas⁽⁴²⁾ donde más del 80% tuvo un nivel de calidad medio en los servicios de salud; estos resultados distintos pueden deberse a que en este estudio se entrevistaron a usuarios de un establecimiento de salud y antes de la pandemia por COVID-19. Por el contrario, concuerda con un estudio realizado por Palacios⁽³⁵⁾ en el cual se encontró que más del 40% de las personas con discapacidad presentaron un nivel escaso de calidad en los servicios de salud ya que sienten que el servicio brindado no es el adecuado, así como la infraestructura y los recursos materiales utilizados como camas o camillas, ya que no estaban adaptados para esta población. Este hallazgo representa que los cuidadores primarios percibieron que la atención brindada no fue la requerida y no satisface las expectativas de las personas con discapacidad, el cual podría deberse a que los establecimientos de salud no tuvieron un personal capacitado que brinde una atención humanizada, así mismo, la falta de disponibilidad de medicamentos importantes para el tratamiento de las personas con discapacidad.

En la dimensión calidad, según el reporte de los cuidadores primarios de las personas con discapacidad, los tres indicadores que destacaron con un nivel bajo fueron: Organización de orientaciones oportunas (73,8%), que representa que dentro de los establecimientos de salud no estuvo habilitado un personal que se encargue de la orientación sobre la ubicación de los servicios y/o consultas a fines. 2) Recursos humanos capacitados (69,2%), destaca que los proveedores de salud no estuvieron capacitados para brindar una atención con paciencia, respeto y amabilidad a las personas con discapacidad. 3) Disponibilidad de medicamentos (64,6%), representa que no hubo suficiente suministro de medicamentos, esenciales para el tratamiento, muchas veces de por vida, de las personas con discapacidad.

La pandemia por COVID-19 tuvo un impacto significativo en la capacidad de la población en general para acceder a los servicios de salud, y particularmente afectó a las personas con discapacidad, que son un grupo vulnerable, conllevando a que estas personas empeoren su estado de salud, no reciban una atención oportuna y sobre todo se impida la promoción, prevención y rehabilitación en salud como se vienen reportando en diversos estudios, a través de este estudio, se ha investigado el acceso a

los servicios de salud de las personas con discapacidad según opinión de sus cuidadores primarios, abarcando las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, durante la pandemia por COVID-19 en el año 2021. Si bien la OMS declaró el fin de esta pandemia, los hallazgos de este estudio sugieren que se debe reestructurar el sistema de salud a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad en futuras pandemias y situaciones de emergencia. En este contexto, es necesario recalcar la necesidad de abordar de manera integral y multidisciplinario este problema tan importante y complejo a la vez, donde tengan que participar entidades como la municipalidad y liderados por el “Ministerio de Salud”. Así mismo, resulta fundamental que se tenga como antecedente este estudio y los hallazgos encontrados para que en futuras pandemias se sepa cómo actuar ante la problemática, del mismo modo, para que futuras investigaciones relacionadas a esta problemática encuentren una mejora en los hallazgos obtenidos.

Entre las principales limitaciones de este estudio se pueden mencionar tres aspectos: En primer lugar, no se encontraron investigaciones a nivel nacional que se centren en personas con discapacidad durante la pandemia por COVID-19, por tal motivo se realizó una revisión exhaustiva de estudios internacionales que pudieran contribuir a la presente investigación. En segundo lugar, la recopilación de datos se llevó a cabo durante la pandemia por COVID-19, dado que se trata de una población vulnerable, no era posible exponerlos a riesgos al completar cuestionarios físicos, por ello se tomó como estrategia utilizar los grupos de WhatsApp y Facebook de la OMAPED. Y, en tercer lugar, debido a que se empleó un muestreo no probabilístico, no se puede generalizar los resultados a poblaciones similares.

El interés para realizar esta investigación surgió a partir de una experiencia personal, tengo a mi hermana mayor quien presenta discapacidad mental (retardo mental severo), pertenece a un grupo municipal, en el cual participan personas con diferentes tipos de discapacidad. En ese sentido, mi familia y yo hemos podido experimentar durante la emergencia sanitaria el tipo de atención en salud y el nivel de acceso a los servicios sanitarios que recibía mi hermana. Pero luego de ejecutar esta investigación, se vio que afectó a toda una población, y eso es lo relevante. De acuerdo con los

hallazgos obtenidos en este estudio, las personas con discapacidad tuvieron un acceso bajo a los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19, lo cual debe motivarnos como enfermeros a considerar a esta población vulnerable en todas sus dimensiones e incluirla en la problemática en salud, porque en muchos casos el personal sanitario no sabe cómo denominarlos, entonces debemos empezar por ello, son “personas con discapacidad”, no “personas con habilidades diferentes” u otras denominaciones.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- En este estudio, basado en la información proporcionada por el cuidador primario, se reportó que las personas con discapacidad tuvieron un nivel bajo de acceso a los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19.
- El nivel de acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad en la dimensión disponibilidad fue bajo. En esta dimensión, los indicadores: “Distribución geografía de los servicios de salud” y “Recursos humanos suficientes” presentan el mayor porcentaje en el nivel bajo.
- El nivel de acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad en la dimensión accesibilidad fue bajo. En esta dimensión, los indicadores que reportan el mayor porcentaje en el nivel bajo fueron: “Discriminación por parte de los pacientes” y “Discriminación por parte del personal sanitario”.
- El nivel de acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad en la dimensión aceptabilidad fue bajo. Destacan los indicadores con mayor porcentaje de nivel bajo: “Atención diferenciada de grupos” y “Programa de atención según diversidades”.
- Por último, el nivel de acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad en la dimensión calidad fue bajo. En esta dimensión, los indicadores que reportan el mayor porcentaje en el nivel bajo fueron: “Organización de orientaciones oportunas”, “Recursos humanos capacitados” y “Disponibilidad de medicamentos”.

7.2 Recomendaciones

- Se recomienda que las autoridades municipales implementen estrategias para incrementar el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad debido a que es una población vulnerable. Estas estrategias deben estar dirigidas a evitar la discriminación en esta población e incrementar una atención de salud equitativa en especial para aquellos que no pueden acceder a los servicios de salud como: campañas de salud y seguimiento mediante llamadas telefónicas.
- El personal de salud debería optar por alternativas como la teleconsulta dirigida hacia las personas con discapacidad ya que tienen un acceso limitado a los servicios sanitarios, no solo esperar que esta población asista a los establecimientos de salud, si no realizar un seguimiento oportuno e identificar casos para luego ir en busca de ellos mediante la visita domiciliaria o una teleorientación, ya que al ser una población vulnerable, tienen comorbilidades de por medio y si no reciben una atención oportuna, su salud puede verse comprometida.
- La jefa del servicio de enfermería y de los servicios de salud deberían implementar en sus equipos programas de buen trato hacia las personas con discapacidad; así mismo, esto debería ser vigilado y medido de manera constante, ya que así estaría contribuyendo a brindar una mejor calidad de vida a esta población por que al ser humano se le debe ver en todas sus dimensiones, no solo en la física.
- A los investigadores interesados en el tema se sugiere diseñar investigaciones que permita identificar las causas del bajo acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad, usando comparaciones con investigaciones en países, considerando una muestra mayor, utilizando la entrevista de manera presencial como técnica de recolección de datos para la obtención de resultados más significativos. Así mismo, se sugiere efectuar estudios sobre el acceso a la atención médica, pero a través de las teleconsultas, debido a que, en el Perú se

implementó de manera reciente esta estrategia a raíz de la emergencia sanitaria y se ha encontrado escasos estudios relacionados a este tema.

- A la directora de la EPE de la UNMSM se sugiere incorporar durante la enseñanza en pregrado un capítulo que aborde cuidado a personas con discapacidad, ya que, durante este proceso se puede generar condiciones para brindar un cuidado humanizado en todas las etapas del desarrollo humano y en los grupos vulnerables como son las personas que no acceden a los servicios de salud por discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
2. Cuestas ML, Minassian ML. COVID-19: Ecos de una pandemia. Rev Argent Microbiol [Internet]. 2020 [citado 20 de junio de 2021];52(3):167-8. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7535794/>
3. Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas [Internet]. [citado 8 de junio de 2021]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news/item/13-12-2017-world-bank-andwho-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-stillpushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>
4. Agbelie CM. Health system access challenges of people with disabilities increased during Covid-19 pandemic. Disabil Health J. 2023. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2023.10144>
5. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 21 de julio de 2023]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
6. World Bank [Internet]. [citado 12 de agosto del 2023]. Discapacidad. Disponible en:
<https://www.bancomundial.org/es/topic/disability>
7. Agencia Peruana de Noticias Andina. Cronología del coronavirus en el Perú | Interactivos | [Internet]. [citado 20 de junio de 2021] Disponible en:

- <https://andina.pe/agencia/interactivo-cronologia-del-coronavirus-el-peru-488.aspx>
8. Instituto Nacional de estadística e informática. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2023]. Disponible en:
<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0387/cap-021.htm>
 9. Ministerio de Salud. Análisis situación salud Perú [internet]. [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en:
https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf
 10. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
 11. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad en el mundo [Internet]. [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en:
<http://www.citamericas.org/archivos/8eb24c8f67879c1b5b9bfdef68ba48f2.pdf>
 12. Ministerio de Educación. Ley 29973- ley general de la persona con discapacidad. [Internet]. [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en:
http://www.minedu.gob.pe/files/266_201109141525.pdf
 13. Ministerio de Salud. Discapacidad [Internet]. 2023 [citado 21 de agosto del 2023]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/30124-discapacidad>
 14. Bonifaz JAH, Ayala MBM, Rodríguez VFM. Barreras y facilitadores en la atención primaria de salud en personas con discapacidad física. Revista Cubana de Reumatología. 10 de mayo de 2022;24(2):279. Disponible en:
<https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1010>

15. Chutke AP. Impact of COVID-19 Pandemic and Lockdown on Physical, Psychological, and Social Well-Being of Persons with Disabilities: A Systematic Review. Medical Journal of Dr DY Patil University. noviembre de 2022;15(Suppl 2):S154.
Disponible en:
https://doi.org/10.4103/mjdrdypu.mjdrdypu_1031_21
16. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Personas con discapacidad ante la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe: situación y orientaciones [Internet]. 2020 [citado 25 de junio de 2021] Disponible en:
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/45491-personas-discapacidad-la-enfermedad-coronavirus-covid-19-america-latina-caribe>
17. United Nations. Policy-Brief-A-Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19. 2020. [citado 25 de junio de 2021]. Disponible en:
https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-A_Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19.pdf
18. Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad. Observatorio Nacional de la Discapacidad. Perú – Observatorio de la discapacidad [Internet]. [citado 10 de junio de 2021].
Disponible en:
<https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/inscripciones-en-el-registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad-enero-2020/>
19. Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad [Internet]. [citado 10 de junio de 2021].
Disponible en:
<https://www.gob.pe/conadis>
20. Oficina Regional de Atención a las Personas con Discapacidad. ¿Qué es? - ppt video online. [Internet]. [citado 15 de junio de 2021].
Disponible en:
<https://slideplayer.es/slide/7292420/>
21. Municipalidad Metropolitana de Lima. Departamento de atención a personas con discapacidad [Internet]. [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en:

- <https://www.munlima.gob.pe/gerencias/gerencia-de-desarrollo-social/departamento-de-atencion-a-personas-con-discapacidad-omaped/>
22. Municipalidad Distrital de Los Olivos - Omaped [Internet]. [citado 25 de junio de 2021].
Disponible en:
<https://www.munilosolivos.gob.pe/muni1/index.php/la-municipalidad/11-programas-sociales/650-omaped>
23. Courtenay K, Perera B. COVID-19 and people with intellectual disability: impacts of a pandemic. *Ir J Psychol Med.* septiembre de 2020;37(3):231-6.
Disponible en:
<https://doi.org/10.1017/ipm.2020.45>
24. Ministerio de Salud. Servicio de teleorientación y telemonitoreo al alcance de los pacientes [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2023].
Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/157464-minsa-lanza-servicio-de-teleorientacion-y-telemonitoreo-al-alcance-de-los-pacientes>
25. Massachusetts General Hospital. El impacto del COVID-19 en las personas con discapacidades [Internet]. [citado 20 de junio de 2021].
Disponible en:
<https://www.massgeneral.org/es/coronavirus/impacto-del-COVID-19-en-las-personas-con-discapacidades>
26. Zabalegui Yáñez A. El rol del profesional en enfermería. [Internet]. [citado 30 de junio de 2021].;3(1):16-20. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972003000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
27. Guilliford, Figueroa, Morgan, Hughes. What does «access to health care» mean? [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2023].
Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/11214843_What_does_'access_to_health_care'_mean

28. Manning RB, Cipollina R, Lowe SR, Bogart KR, Ostrove JM, Adler JM, et al. Barriers to mental health service use among people with disabilities during the COVID-19 pandemic. *Rehabil Psychol*. 20 de julio de 2023.
29. Good GA, Nazari Orakani S, Officer TN, Roguski M, McBride-Henry K. Access to Health and Disability Services for New Zealanders With Impaired Vision During the COVID-19 Pandemic 2020-2022. *J Vis Impair Blind*. noviembre de 2022;116(6):830-6.
30. Doody O, Keenan PM. The reported effects of the COVID-19 pandemic on people with intellectual disability and their carers: a scoping review. *Annals of Medicine*. 1 de enero de 2021;53(1):786-804.
Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/07853890.2021.1922743>
31. World Health Organization. Disability considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. [citado 15 de junio de 2023].
Disponible en:
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1>
32. Lakhani A. Which Melbourne Metropolitan Areas Are Vulnerable to COVID-19 Based on Age, Disability, and Access to Health Services? Using Spatial Analysis to Identify Service Gaps and Inform Delivery. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. julio de 2020 [citado 15 de julio de 2022]60(1):e41-4.
Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7141477/>
33. Gómez-Perea CA, Pasos-Revelo LM, González-Rojas T, Arrivillaga M, et al. Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia). *Revista Salud Uninorte*. agosto de 2018;34(2):276-83.
Disponible en:
<https://doi.org/10.14482/sun.34.2.61>
34. Organización Mundial de la Salud. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa [Internet]. [citado 2 de julio de 2023].

Disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/9196>

35. Palacios M., Wanderley E. Percepción de la calidad de la atención médica en población con discapacidad físico-motora que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. [Internet]. [citado 2 de julio de 2023].

Disponible en:

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/46054>

36. Badu E, Agyei-Baffour P, Opoku MP. Access Barriers to Health Care among People with Disabilities in the Kumasi Metropolis of Ghana. *Canadian Journal of Disability Studies*. 2016;5(2):131-51.

Disponible en:

<https://doi.org/10.15353/cjds.v5i2.275>

37. Panchi Q., Edgar J. Accesibilidad a los servicios de salud de personas con discapacidad desde la perspectiva de los usuarios en la unidad especializada físico misional “Nuestra Señora del Carmen” en Los Ríos – Urdaneta- Ricaurte [Internet]. [citado 2 de julio de 2023].

Disponible en:

<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/11191>

38. Ocampo, R., Acceso a los servicios de salud y satisfacción de las personas con discapacidad motora atendidos en el Centro de Salud de Challhuahuacho provincia de Cotabambas región - Apurímac - 2017. PE: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2023.

Disponible en:

<http://hdl.handle.net/20.500.12918/7260>

39. Matamoros Vera JM, et al. Creación de una estrategia de gestión integral para la atención (primaria) de salud de las personas con discapacidad de la DIRIS Lima Norte. Universidad Continental [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2023].

Disponible en:

<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/9967>

40. Porras. Asociación entre discriminación percibida y búsqueda de atención médica en adultos con discapacidad.

Disponible en:

<https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/925>

41. Quinto. Barreras de acceso a los servicios de la salud en pacientes con discapacidad motora en el Hospital de Rehabilitación del Callao, Bellavista, 2018 [Internet]. [citado 2 de julio de 2023].

Disponible en:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/16814>

42. Llamosas. Acceso a los servicios de salud y satisfacción de las personas con discapacidad atendidas en el Hospital San José del Callao, Perú - 2017 [Internet]. [citado 2 de julio de 2023].

Disponible en:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/14804>

43. García A., Guillinta G., Cabello M., Santillán O. Nivel de satisfacción de los pacientes que reciben atención fisioterapéutica en el departamento de unidad motora y dolor del Instituto Nacional de Rehabilitación | Revista Herediana de Rehabilitación. [citado 2 de julio de 2023].

Disponible en:

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RHR/article/view/3713>

44. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es discapacidad? [Internet]. [citado 25 de julio de 2021.]

Disponible en:

<https://www.itpcd.gob.mx/index.php/que-es-discapacidad>

45. Educación profesional internacional. Características y tipos de discapacidad | Divulgación Dinámica [Internet]. [citado 25 de julio de 2021].

Disponible en:

<https://www.divulgaciondinamica.es/blog/caracteristicas-y-tipos-de-discapacidad/>

46. Asociación para la defensa de las personas con discapacidad y enfermedades graves. Grados de Discapacidad. Leve, moderada y severa [Internet]. 2021 [citado 21 de septiembre de 2023].

Disponible en:

<https://asdedis.org/grados-de-discapacidad/>

47. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud [Internet]. 2021 [citado 21 de agosto de 2023].
Disponible en:
<https://www.acceso-y-uso-efectivo-seguro-mexico.pdf/>
48. Cabrera PL, Barro M del CP, Victoria IP. Cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 1 de agosto de 2021];44(4).
Disponible en:
<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/980>
49. Annette Dixon [Internet]. [citado 2 agosto de 2021].
Disponible en:
<https://www.bancomundial.org/es/about/people/a/annette-dixon>
50. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 10 agosto de 2021];32(5).
Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500401&lng=es&tlng=es
51. Andersen R, Davidson P. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. Changing the US Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management. 1 de enero de 2014;2007.
52. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. Health Serv Res. febrero de 2000;34(6):1273-30.
Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089079/>
53. Contrera MAV, Rodríguez AM. Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. Benessere Revista de Enfermería [Internet]. 2021 [citado 28 de diciembre de 2023];6(1).
Disponible en:
<https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/3037>

54. Humberto Ñaupas: Metodología de la investigación cuantitativa – cualitativa y redacción de tesis [Internet]. [citado 12 de agosto de 2021].
Disponible en:
<https://corladancash.com/archivo/1705>
55. Roberto Hernández Sampieri | Casa del Libro [Internet]. Casa del libro. [citado 12 de agosto de 2021].
Disponible en:
<https://www.casadellibro.com/libros-ebooks/roberto-hernandez-sampieri/75938>
56. Maiqui Flores. Metodología de la investigación pimenta. [Internet]. [citado 20 de agosto de 2021].
Disponible en:
<https://issuu.com/maiquim.floresm./docs/259310380-metodologia-de-la-investi>
57. Marco Metodológico. (2020). [Internet]. [citado 12 de agosto de 2022].
Disponible en:
<https://virtual.urbe.edu/tesispub/0081163/cap03.pdf>
58. González Capdevila O, González Franco M, Ruiz Perdomo JC. Consideraciones éticas en la investigación pedagógica: una aproximación necesaria. [Internet]. abril de 2012 [citado 25 de agosto de 2021];4(1):1-5.
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742012000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
59. Silva AL, Ramos SM, Elias F. PD39 Strategies To Assist People With Disabilities During Health Emergencies, Concerning The COVID-19 – Systematic Review. International Journal of Technology Assessment in Health Care. diciembre de 2022;38(S1):S104-S104.
Disponible en:
<https://www.cambridge.org/core/journals/international-journal-of-technology-assessment-in-health-care/article/pd39-strategies-to-assist-people-with-disabilities-during-health-emergencies-concerning-the-covid19-systematic-review/69775E4FCF79A18F8383815F77F927B3>

60. Ayobami D., Reid S., Oni T. Geospatial distribution and bypassing health facilities among National Health Insurance Scheme enrollees: implications for universal health coverage in Nigeria. *International Health* [Internet]. 29 de junio de 2021 [citado 2 de noviembre de 2023].
Disponibile en:
<https://typeset.io/papers/geospatial-distribution-and-bypassing-health-facilities-2ilats4va8>
61. Baez S., Manousogiannis E., Boomgaard G. Access to care: analysis of the geographical distribution of healthcare. [Internet]. 11 de abril de 2022 [citado 2 de noviembre de 2023];abs/2204.05206.
Disponibile en:
<https://typeset.io/papers/access-to-care-analysis-of-the-geographical-distribution-of-tykll5n1>
62. Obubu M, Chuku N, Ananaba A, Sadiq FU, Sambo E, Kolade O, et al. Evaluation of healthcare facilities and personnel distribution in Lagos State: implications on universal health coverage. *Hospital Practice*. 15 de marzo de 2023;51(2):64-75.
Disponibile en:
<https://doi.org/10.1080/21548331.2023.2170651>
63. James Rimmer. «Health Equity for People with Disabilities». The University of Alabama at Birmingham [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2023].
Disponibile en:
https://mediaspace.uab.edu/media/HealthEquityforPeoplewithDisabilitiespresentedbyJamesRimmerPhD/1_aobr10bu
64. Denise Megson. Discrimination against disabilities: A life worth less? [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2023].
Disponibile en:
https://www.researchgate.net/publication/314851034_Discrimination_against_disabilities_A_life_worth_less
65. Contreras G., Intagliata C., [Internet]. 2022 [citado 2 de noviembre de 2023]. How some doctors discriminate against patients with disabilities.
Disponibile en:

<https://www.npr.org/2022/11/01/1133375224/how-some-doctors-discriminate-against-patients-with-disabilities>

66. Harris E, Simon C. Disability and Discrimination. *InnovAiT*. 1 de junio de 2010;3(6):322-7.

Disponible en:

<https://doi.org/10.1093/innovait/inq023>

67. Da Cunha MAO, Santos HF, de Carvalho MEL, Miranda GMD, de Albuquerque M do SV, de Oliveira RS, et al. Health Care for People with Disabilities in the Unified Health System in Brazil: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 28 de enero de 2022;19(3):1472.

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8834994/>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

| | |
|---|-----------|
| A. ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE..... | 67 |
| B. ANEXO B: CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA..... | 71 |
| C. ANEXO C: INSTRUMENTO..... | 72 |
| D. ANEXO D: INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS..... | 79 |
| E. ANEXO E: ALFA DE CRONBACH..... | 80 |
| F. ANEXO F: LIBRO DE CÓDIGOS..... | 81 |
| G. ANEXO G: MATRIZ DE DATOS..... | 89 |
| H. ANEXO H: CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 91 |
| I. ANEXO I: TABLAS..... | 92 |

A. ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | TIPO DE VARIABLE | VALOR FINAL DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE | TÉCNICA/INSTRUMENTO DE MEDICIÓN |
|--|--|----------------|--|------------------|---|--|--|
| Acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad | Es la capacidad de obtener una óptima atención en salud cuando los grupos de individuos lo requieran y que esta no dependa de la condición física, mental, social y/o económica de las personas. Abarcando la disponibilidad de recursos físicos, materiales y humanos, así como la no presencia de barreras, la existencia de | Disponibilidad | <p>Cantidad de los servicios desalud</p> <p>Distribución geográfica de los servicios desalud</p> <p>Infraestructura y tecnología suficientes</p> <p>Recursos humanos suficientes</p> <p>Programas de salud pertinentes</p> | TIPO CUALITATIVA | <p>Alto (96-130 pts)</p> <p>Medio (61-95 pts)</p> <p>Bajo (26-60 pts)</p> | Es la capacidad de obtener una óptima atención en salud cuando las personas con discapacidad lo requieran y que esta no dependa de la condición física, mental, social y/o económica en relación con la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, medido mediante una escala de medición tipo Likert | <p><u>Técnica:</u></p> <p>Encuesta modalidad virtual</p> <p><u>Instrumento:</u></p> <p>Acceso a los servicios de salud</p> |
| | | Accesibilidad | Mínimos trámites administrativos | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | <p>atención diferenciada y una buena infraestructura de los establecimientos de salud.</p> | | <p>Atención oportuna y mínimos tiempos de espera</p> <p>Discriminación en la atención-personal de salud</p> <p>Discriminación en la atención-pacientes</p> <p>Accesibilidad física</p> <p>Accesibilidad económica-consultas médicas</p> <p>Accesibilidad económica-medicamentos/exámenes auxiliares</p> <p>Accesibilidad de información</p> | | | <p>modificada con cinco alternativas de respuesta: siempre; casi siempre; a veces; casi nunca y nunca. Y asume como valor final: bajo, medio y alto.</p> | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|----------------------|---|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | <p>Aceptabilidad</p> | <p>Confidencialidad en la atención</p> <p>Atención diferenciada de grupos</p> <p>Programa de atención según diversidades</p> <p>Recursos humanos con formación en interculturalidad</p> | | | | |
| | | <p>Calidad</p> | <p>Higiene y limpieza apropiado</p> <p>Vigilancia al cumplimiento de normas de protección en salud</p> <p>Servicios higiénicos acondicionados</p> <p>Equipos médicos</p> | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | <p>operativos</p> <p>Disponibilidad de medicamentos</p> <p>Respeto al horario de cita médica</p> <p>Presencia de carteles y/o letreros</p> <p>Organización de orientaciones oportunas</p> <p>Recursos humanos capacitados</p> | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|

B. ANEXO B: CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de muestra fue determinado considerando un 95% de nivel de significancia y 5% de margen de error, mediante una calculadora estadística.

Calculadora de Muestras

Margen de error:

Nivel de confianza:

Tamaño de Poblacion:

Margen: 5%
Nivel de confianza: 95%
Poblacion: 78

Tamaño de muestra: 65

Ecuacion Estadistica para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra
Z= Nivel de confianza deseado
p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)
q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
e= Nivel de error dispuesto a cometer
N= Tamaño de la población

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

La muestra calculada fue de 65 participantes.

C. ANEXO C: INSTRUMENTO

CUESTIONARIO SOBRE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

I. PRESENTACIÓN

Buenas tardes estimado(a) señor(a) soy Paola Cynthia Huamán Sánchez estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando un trabajo de investigación con la finalidad de Determinar el acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad beneficiarias de OMAPED de Los Olivos durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario en el año 2021.

Por ello, se solicita su colaboración, para responder las siguientes preguntas que aproximadamente le tomará unos 10 minutos. Para participar de este estudio previamente deberá responder la primera pregunta en el cual se consulta su deseo de participar, además la información brindada se mantendrá en confidencialidad y los resultados se publicarán de manera global, recuerde que es totalmente anónimo y los resultados obtenidos son únicamente para fines de la investigación.

Finalmente, me despido agradeciendo su gentil participación.

¿Desea usted participar del estudio?

Sí

No

II. INSTRUCCIONES

Lea cada pregunta cuidadosamente y elija una alternativa y en caso corresponda, especificar la información adicional requerida como familiar encargado del cuidado de la persona con discapacidad.

III. DATOS GENERALES

1. **¿Cuántos años cumplidos tiene usted?** _____

2. **Sexo:**

Femenino

Masculino

3. **¿Cuál es su ocupación?** _____

4. **¿Cuál es su estado civil?**

a) Soltero(a)

- b) Casado(a)
- c) Viudo(a)
- d) Divorciado(a)
- e) Conviviente

5. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior no universitario o formación técnica
- e) Superior Universitario

6. ¿Cuál es su parentesco con la persona con discapacidad?

- a) Madre
- b) Padre
- c) Hermano(a)
- d) Tío(a)
- e) Otro

7. ¿Cuál es el tipo de discapacidad que tiene su hijo (a)/ familiar?

- a) Mental
- b) Física
- c) Visual
- d) Auditiva

e) otro

8. ¿Su hijo(a)/ familiar ha necesitado atención médica entre el año 2020-2021?

Sí No

9. Generalmente, ¿dónde su hijo(a)/ familiar recibe la atención médica?

Escriba el nombre del establecimiento de salud.

10. ¿Ese establecimiento de salud dónde generalmente se atiende su hijo(a) se encuentra lejos de su domicilio?

Sí No

11. ¿Existen otros establecimientos de salud cercano a su domicilio que brinden la atención especializada que su hijo(a) necesita?

Sí No

12. ¿Entre septiembre del año 2020 a septiembre del año 2021 su hijo(a) y/o familiar con discapacidad presentó algunos de los siguientes problemas de salud? (Marque una o más alternativas)

- a) Dificultad para respirar
- b) Gripe o tos
- c) Cólicos estomacales o diarrea
- d) Lesiones y/o accidentes
- e) Otros problemas de salud
- f) No tuvo ningún problema de salud

13. ¿A dónde acudió para consultar por esta enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente?

- a) Hospital MINSA/ESSALUD/ F.F.A.A/ PNP
- b) Clínica particular
- c) Centro de salud
- d) Consultorio médico particular
- e) Otro (especifique)

f) No acudió a ningún establecimiento de salud

14. ¿Cuáles son las razones por las que no acudió a un centro o establecimiento de salud?

- a) No tuvo dinero
- b) Se encuentra lejos
- c) Se demoran mucho en atender
- d) Falta de disponibilidad de establecimientos de salud
- e) Por el mal trato del personal de salud
- f) Otro (especifique)

IV. DATOS ESPECÍFICOS

Instrucciones

A continuación, se presenta una lista de enunciados respecto a las características del establecimiento de salud al que acude su hijo(a)/ familiar con mayor frecuencia. Por favor seleccione el número que mejor refleje la frecuencia con que usted ha contado con cada característica de la lista entre el año 2020-2021.

| ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD | | | | | | |
|--|---|----------|------------|----------|--------------|----------|
| DIMENSIÓN 1: DISPONIBILIDAD | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Nunca | Casi Nunca | A veces | Casi Siempre | Siempre |
| 1 | La atención especializada que su hijo(a) requiere existe en los establecimientos de salud. | | | | | |
| 2 | Existen suficientes establecimientos de salud disponibles cercanos a su domicilio. | | | | | |
| 3 | La infraestructura y tecnología con la que cuentan los establecimientos de salud son suficientes para la atención de personas con discapacidad. | | | | | |
| 4 | El personal de salud con que cuentan los establecimientos de salud es suficiente para la atención de personas con discapacidad. | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------|------------|----------|--------------|----------|
| 5 | La atención que brindan los establecimientos de salud es el que requiere su hijo(a) o familiar con discapacidad. | | | | | |
| DIMENSIÓN 2: ACCESIBILIDAD | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Nunca | Casi nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
| 6 | El tiempo que demoran los establecimientos de salud en dar una cita para que su hijo(a) o familiar con discapacidad pueda atenderse es aceptable. | | | | | |
| 7 | Al llegar a los establecimientos de salud el tiempo que espera para que atiendan a su hijo(a) o familiar con discapacidad es adecuado. | | | | | |
| 8 | El personal de salud brindó un mal trato y/o discriminó a su hijo(a) o familiar con discapacidad durante la atención de salud. | | | | | |
| 9 | En los establecimientos de salud algún familiar, paciente u otra persona brindó un mal trato y/o discriminó a su hijo(a) o familiar con discapacidad durante la atención de salud. | | | | | |
| 10 | Los establecimientos de salud cuentan con rampas y/o ascensores de acceso adaptado para personas con discapacidad. | | | | | |
| 11 | Las tarifas para pagar por las consultas médicas en los establecimientos de salud son accesibles. | | | | | |
| 12 | Los costos de los medicamentos y exámenes auxiliares en los establecimientos de salud son accesibles. | | | | | |
| 13 | Las indicaciones u orientaciones que brinda el médico tratante o el personal de salud se entienden fácilmente. | | | | | |

| DIMENSION 3: ACEPTABILIDAD | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------------|--|----------|------------|----------|--------------|----------|
| | | Nunca | Casi nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
| 14 | El personal que atiende a su hijo(a) o familiar con discapacidad muestra confidencialidad en su diagnóstico y tratamiento. | | | | | |
| 15 | El médico tratante realiza una atención diferenciada según el tipo de discapacidad que presenta su hijo(a) o familiar con discapacidad. | | | | | |
| 16 | En los establecimientos de salud realizan los exámenes que requiere su hijo(a) o familiar con discapacidad. | | | | | |
| 17 | El personal de salud de los establecimientos de salud respeta las creencias y costumbres. | | | | | |
| DIMENSION 4: CALIDAD | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Nunca | Casi nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
| 18 | Los ambientes de los establecimientos de salud se encuentran limpios. | | | | | |
| 19 | Cuando usted ingresa a los establecimientos de salud, el personal verifica el uso de mascarillas y otras medidas preventivas contra la COVID-19. | | | | | |
| 20 | En los establecimientos de salud, los servicios higiénicos están acondicionados para personas con discapacidad. | | | | | |
| 21 | Los establecimientos de salud cuentan con equipos en óptimas condiciones, es decir operativos. | | | | | |
| 22 | Los medicamentos que le receta el médico tratante a su hijo(a) o familiar con discapacidad se encuentra | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | disponible en la farmacia de los establecimientos de salud. | | | | | |
| 23 | A su hijo(a) o familiar le atienden a la hora indicada en la cita, es decir, respetan el horario. | | | | | |
| 24 | Existen carteles, letreros o señaléticas dentro de los establecimientos de salud que facilite la ubicación de los servicios y/o rutas de evacuación. | | | | | |
| 25 | Los establecimientos de salud cuentan con una persona que oriente sobre la ubicación de los servicios. | | | | | |
| 26 | El personal de salud de los establecimientos de salud atiende con amabilidad, respeto y paciencia a las personas con discapacidad. | | | | | |

D. ANEXO D: INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS

COEFICIENTE DE VALIDEZ Y CONCORDANCIA DEL INSTRUMENTO

| Item | J1 | J2 | J3 | Σx_{ij} | (Mx) | CVCi | Pei | CVCic |
|------|----|----|----|-----------------|--------|--------|----------|---------|
| 1 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 2 | 5 | 5 | 3 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| 3 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 4 | 5 | 5 | 3 | 13 | 4.3333 | 0.8667 | 0.0370 | 0.8297 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 6 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 7 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 8 | 5 | 5 | 4 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 9 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 10 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 11 | 4 | 5 | 5 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 12 | 4 | 5 | 5 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 13 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 14 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 15 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 16 | 5 | 5 | 4 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 17 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 18 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 19 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 20 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 21 | 5 | 5 | 4 | 14 | 4.6667 | 0.9333 | 0.0370 | 0.8963 |
| 22 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 23 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 24 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 25 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| 26 | 5 | 5 | 5 | 15 | 5.0000 | 1.0000 | 0.0370 | 0.9630 |
| | | | | | | | Σ | 24.4380 |

| | | | |
|------------|----|-------|---------------|
| N de ítems | 26 | CVCt | 0.9399231 |
| | | CVCtc | 0.9029 |

| INTERPRETACIÓN DEL CÁLCULO DEL CVC | |
|-------------------------------------|---|
| Valor del CVC | Interpretación de la validez y concordancia |
| De 0 a 0,60 | Inaceptable |
| Mayor a 0,60 y menor o igual a 0,70 | Deficiente |
| Mayor a 0,70 y menor o igual a 0,80 | Aceptable |
| Mayor a 0,80 y menor o igual a 0,90 | Buena |
| Mayor a 0,90 | Excelente |

Fuente: Hernández-Nieto (2011)

E. ANEXO E: ALFA DE CRONBACH

Su fórmula estadística es la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: Número de ítems del instrumento

S_i^2 : Sumatoria de varianzas de los ítems

S_T^2 : Varianza total del instrumento

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

| | |
|-------------------------------------|-------|
| Nº de ítems | 26 |
| Sumatoria de varianzas de los ítems | 13.58 |
| Varianza total del instrumento | 41.50 |
| Coeficiente de Alfa de Cronbach | 0.70 |

| RANGO | CONFIABILIDAD |
|--------------|-------------------------|
| 0.53 a menos | Confiabilidad nula |
| 0.54 a 0.59 | Confiabilidad baja |
| 0.60 a 0.65 | Confiable |
| 0.66 a 0.71 | Muy confiable |
| 0.72 a 0.99 | Excelente confiabilidad |
| 1 | Confiabilidad perfecta |



F. ANEXO F: LIBRO DE CÓDIGOS

| N° PREGUNTA | ÍTEMS | CATEGORÍA | CÓDIGO |
|------------------------|----------------------|------------------------------|--------|
| DATOS GENERALES | | | |
| P1 | Edad | 21-30 | 1 |
| | | 31-40 | 2 |
| | | 41-65 | 3 |
| | | 65-80 | 4 |
| P2 | Sexo | Masculino | 1 |
| | | Femenino | 2 |
| P3 | Ocupación | Ama de casa | 1 |
| | | Obrero | 2 |
| | | Jubilado(a) | 3 |
| | | Docente | 4 |
| | | Contador(a) | 5 |
| | | Comerciante | 6 |
| P4 | Estado civil | Soltero(a) | 1 |
| | | Casado(a) | 2 |
| | | Viudo(a) | 3 |
| | | Divorciado(a) | 4 |
| | | Conviviente | 5 |
| P5 | Nivel de instrucción | Sin instrucción | 1 |
| | | Primaria | 2 |
| | | Secundaria | 3 |
| | | Superior no universitaria | 4 |
| | | Superior Universitario | 5 |
| P6 | Parentesco | Madre | 1 |
| | | Padre | 2 |

| | | | |
|--------|--|------------|---|
| | | Hermano(a) | 3 |
| | | Tío(a) | 4 |
| | | Otro | 5 |
| P7 | Tipo de discapacidad | Mental | 1 |
| | | Física | 2 |
| | | Visual | 3 |
| | | Auditiva | 4 |
| | | Otro | 5 |
| P8 | ¿Su hijo(a)/ familiar ha necesitado atención médica entre el año 2020-2021? | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P9 | ¿El establecimiento de salud se encuentra lejos de su domicilio? | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P10 | ¿Existen otros establecimientos de salud cercano a su domicilio que brinden la atención especializada que su hijo(a) necesita? | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P11 A | ¿Entre el año 2020-2021, la persona con discapacidad presentó algún problema de salud? | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P11 B1 | Tipo de problema de salud_dificultad para respirar | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P11 B2 | Tipo de problema de salud_Gripe o tos | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P11 B3 | Tipo de problema de salud_Cólicos estomacales o diarrea | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P11 B4 | Tipo de problema de salud_Lesiones y/o accidentes | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P11 B5 | Tipo de problema de salud_Otros | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| P12 A | ¿Entre el año 2020-2021, acudió a algún establecimiento de salud? | No | 0 |
| | | Sí | 1 |

| | | | |
|---|---|--------------|---|
| P12 B1 | Establecimiento de salud al que acude_ Hospital MINSA/ESSALUD/F.F.A.A./PNP | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P12 B2 | Establecimiento de salud al que acude_ Clínica particular | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P12 B3 | Establecimiento de salud al que acude_ Centro de salud | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P12 B4 | Establecimiento de salud al que acude_ Consultorio médico particular y otros | No | 0 |
| | | Sí | 1 |
| P13A | Motivo_ no tuvo dinero | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| P13B | Motivo_ se encuentra lejos | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| P13C | Motivo_ se demoran mucho en atender | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| P13D | Motivo_ falta de disponibilidad de establecimientos de salud | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| P13E | Motivo_ Por el mal trato del personal de salud | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| P13F | Motivo_ otro | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| DATOS ESPECÍFICOS DE LA VARIABLE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD | | | |
| D1: DISPONIBILIDAD | | | |
| A1 | ¿La atención especializada que su hijo(a) requiere existe en los establecimientos de salud? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A2 | ¿Existen suficientes establecimientos de salud disponibles cercanos a su domicilio? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |

| | | | |
|--------------------------|--|--------------|---|
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A3 | ¿La infraestructura y tecnología con la que cuentan los establecimientos de salud son suficientes para la atención de personas con discapacidad? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A4 | ¿El personal de salud con que cuentan los establecimientos de salud es suficiente para la atención de personas con discapacidad? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A5 | ¿La atención que brindan los establecimientos de salud es el que requiere su hijo(a) o familiar con discapacidad? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| D2: ACCESIBILIDAD | | | |
| A6 | ¿El tiempo que demoran los establecimientos de salud en dar una cita para que su hijo(a) o familiar con discapacidad pueda atenderse es aceptable? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A7 | ¿Al llegar a los establecimientos de salud el tiempo que espera para que atiendan a su hijo(a) o familiar con discapacidad es adecuado? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A8 | | Nunca | 5 |

| | | | |
|--------------------------|--|--------------|---|
| | ¿El personal de salud brindó un mal trato y/o discriminó a su hijo(a) o familiar con discapacidad durante la atención de salud? | Casi nunca | 4 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 2 |
| | | Siempre | 1 |
| A9 | ¿En los establecimientos de salud algún familiar, paciente u otra persona brindó un mal trato y/o discriminó a su hijo (a) o familiar con discapacidad durante la atención de salud? | Nunca | 5 |
| | | Casi nunca | 4 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 2 |
| | | Siempre | 1 |
| A10 | ¿Los establecimientos de salud cuentan con rampas y/o ascensores de acceso adaptado para personas con discapacidad? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A11 | ¿Las tarifas para pagar por las consultas médicas en los establecimientos de salud son accesibles? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A12 | ¿Los costos de los medicamentos y exámenes auxiliares son accesibles en los establecimientos de salud? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A13 | ¿Las indicaciones u orientaciones que brinda el médico tratante o el personal de salud se entienden fácilmente? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| D3: ACEPTABILIDAD | | | |

| | | | |
|--------------------|---|--------------|---|
| A14 | ¿El personal que atiende a su hijo(a) o familiar con discapacidad muestra confidencialidad en su diagnóstico y tratamiento? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A15 | ¿El médico tratante realiza una atención diferenciada según el tipo de discapacidad que presenta su hijo(a) o familiar con discapacidad? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A16 | ¿En los establecimientos de salud realizan los exámenes que requiere su hijo(a) o familiar con discapacidad? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A17 | ¿El personal de salud de los establecimientos de salud respeta las creencias y costumbres? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| D4: CALIDAD | | | |
| A18 | ¿Los ambientes de los establecimientos de salud se encuentran limpios? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A19 | ¿Cuándo usted ingresa a los establecimientos de salud, el personal verifica el uso de mascarillas y otras medidas preventivas contra la COVID-19? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |

| | | | |
|-----|--|--------------|---|
| | | Siempre | 5 |
| A20 | ¿En los establecimientos de salud, los servicios higiénicos están acondicionados para personas con discapacidad? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A21 | ¿Los establecimientos de salud cuentan con equipos en óptimas condiciones, es decir operativos? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A22 | ¿Los medicamentos que le receta el médico tratante a su hijo(a) o familiar con discapacidad se encuentra disponible en la farmacia de los establecimientos de salud? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A23 | ¿A su hijo(a) o familiar le atienden a la hora indicada en la cita, es decir, respetan el horario? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A24 | ¿Existen carteles, letreros o señaléticas dentro de los establecimientos de salud que facilite la ubicación de los servicios y/o rutas de evacuación? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |
| A25 | ¿Los establecimientos de salud cuentan con una persona que oriente sobre la ubicación de los servicios? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |

| | | | |
|-----|---|--------------|---|
| | | Siempre | 5 |
| A26 | ¿El personal de salud de los establecimientos de salud atiende con amabilidad, respeto y paciencia a las personas con discapacidad? | Nunca | 1 |
| | | Casi nunca | 2 |
| | | A veces | 3 |
| | | Casi siempre | 4 |
| | | Siempre | 5 |

G. ANEXO G: MATRIZ DE DATOS

| MATRIZ DE DATOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------------------------|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|------------------|---------|-----------------|------|
| CASO | DATOS ESPECÍFICOS SOBRE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | D1 | Nivel de disponibilidad | D2 | Nivel de accesibilidad | D3 | Nivel de aceptabilidad | D4 | Nivel de calidad | PUNTAJE | NIVEL DE ACCESO | |
| | A1 | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 | A8 | A9 | A10 | A11 | A12 | A13 | A14 | A15 | A16 | A17 | A18 | A19 | A20 | A21 | A22 | A23 | A24 | A25 | A26 | | | | | | | | | | | |
| 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 11 | Bajo | 20 | Medio | 7 | Bajo | 20 | Bajo | 58 | Bajo |
| 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 14 | Medio | 18 | Bajo | 8 | Bajo | 23 | Medio | 63 | Medio | |
| 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 14 | Medio | 23 | Medio | 10 | Medio | 21 | Bajo | 68 | Medio | |
| 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 5 | 5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 12 | Medio | 22 | Bajo | 10 | Bajo | 23 | Medio | 67 | Medio | |
| 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 10 | Bajo | 18 | Bajo | 6 | Bajo | 20 | Bajo | 54 | Bajo | |
| 6 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 13 | Medio | 26 | Medio | 7 | Bajo | 21 | Bajo | 67 | Medio | |
| 7 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 13 | Medio | 18 | Bajo | 13 | Medio | 23 | Bajo | 67 | Medio | |
| 8 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 11 | Bajo | 18 | Bajo | 9 | Bajo | 26 | Bajo | 64 | Bajo | |
| 9 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 5 | 5 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 13 | Medio | 29 | Medio | 8 | Bajo | 22 | Medio | 72 | Medio | | |
| 10 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 13 | Medio | 18 | Bajo | 11 | Medio | 20 | Bajo | 62 | Medio | |
| 11 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | Medio | 16 | Bajo | 13 | Medio | 27 | Bajo | 71 | Bajo | |
| 12 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 11 | Bajo | 18 | Bajo | 12 | Medio | 23 | Medio | 64 | Medio | |
| 13 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 5 | 2 | 3 | 16 | Medio | 23 | Medio | 11 | Medio | 22 | Bajo | 72 | Medio | |
| 14 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 1 | 5 | 2 | 3 | 1 | 4 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 11 | Bajo | 28 | Medio | 11 | Bajo | 26 | Medio | 76 | Medio | |
| 15 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 13 | Medio | 16 | Bajo | 10 | Medio | 21 | Bajo | 60 | Bajo | |
| 16 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 10 | Bajo | 17 | Bajo | 9 | Bajo | 23 | Bajo | 59 | Medio | |
| 17 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 | Medio | 26 | Medio | 11 | Medio | 16 | Bajo | 67 | Medio | |
| 18 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 12 | Medio | 18 | Bajo | 5 | Bajo | 19 | Bajo | 54 | Bajo | |
| 19 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 5 | 5 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 10 | Bajo | 28 | Medio | 9 | Bajo | 22 | Bajo | 69 | Medio | |
| 20 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 11 | Bajo | 18 | Bajo | 10 | Medio | 20 | Bajo | 59 | Medio | |
| 21 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 | 14 | Medio | 18 | Bajo | 10 | Medio | 25 | Medio | 67 | Medio | |
| 22 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 10 | Bajo | 16 | Bajo | 7 | Bajo | 23 | Medio | 56 | Bajo | |
| 23 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 11 | Bajo | 21 | Medio | 8 | Bajo | 20 | Bajo | 60 | Medio | |
| 24 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 13 | Medio | 17 | Bajo | 11 | Medio | 25 | Medio | 66 | Medio | |
| 25 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2 | 10 | Bajo | 25 | Bajo | 7 | Bajo | 20 | Bajo | 63 | Bajo | |
| 26 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 14 | Medio | 17 | Bajo | 11 | Bajo | 20 | Bajo | 62 | Medio | |
| 27 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 15 | Medio | 18 | Bajo | 11 | Medio | 23 | Medio | 67 | Medio | |
| 28 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 10 | Bajo | 17 | Bajo | 10 | Medio | 20 | Bajo | 57 | Medio | | |
| 29 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 13 | Medio | 17 | Bajo | 10 | Medio | 18 | Bajo | 58 | Bajo | |
| 30 | 2 | 3 | 2 | 1 | 4 | 2 | 3 | 5 | 5 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 5 | 2 | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2 | 12 | Medio | 23 | Bajo | 11 | Medio | 26 | Bajo | 72 | Medio | |
| 31 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 11 | Bajo | 18 | Bajo | 7 | Bajo | 19 | Bajo | 55 | Bajo | |
| 32 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 15 | Medio | 17 | Bajo | 10 | Medio | 25 | Medio | 67 | Medio | |
| 33 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 11 | Bajo | 26 | Medio | 11 | Medio | 21 | Bajo | 69 | Medio | |
| 34 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 11 | Bajo | 18 | Bajo | 10 | Medio | 22 | Medio | 61 | Medio | |
| 35 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 11 | Medio | 22 | Bajo | 10 | Medio | 22 | Medio | 65 | Medio | |
| 36 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 6 | Bajo | 16 | Bajo | 6 | Bajo | 23 | Bajo | 51 | Bajo | |
| 37 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 9 | Bajo | 16 | Bajo | 10 | Bajo | 13 | Bajo | 48 | Bajo | |
| 38 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 15 | Medio | 24 | Medio | 8 | Bajo | 22 | Medio | 69 | Medio | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|-------|------|------|
| 39 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 10 | Bajo | 17 | Bajo | 8 | Bajo | 20 | Bajo | 55 | Bajo | |
| 40 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 13 | Medio | 18 | Bajo | 8 | Bajo | 22 | Bajo | 61 | Bajo | |
| 41 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 12 | Bajo | 20 | Medio | 8 | Bajo | 17 | Bajo | 57 | Bajo | | |
| 42 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 11 | Medio | 21 | Bajo | 10 | Medio | 23 | Bajo | 65 | Medio | | |
| 43 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 10 | Bajo | 16 | Bajo | 9 | Bajo | 18 | Bajo | 53 | Bajo | |
| 44 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 9 | Bajo | 19 | Medio | 8 | Bajo | 19 | Bajo | 55 | Bajo | |
| 45 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 8 | Bajo | 17 | Bajo | 11 | Bajo | 18 | Bajo | 54 | Bajo | |
| 46 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 5 | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 11 | Bajo | 21 | Bajo | 9 | Bajo | 18 | Bajo | 59 | Bajo | |
| 47 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 13 | Medio | 19 | Medio | 7 | Bajo | 19 | Bajo | 58 | Bajo | |
| 48 | 2 | 1 | 4 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 11 | Bajo | 15 | Bajo | 7 | Bajo | 18 | Bajo | 51 | Bajo | |
| 49 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 10 | Bajo | 17 | Bajo | 9 | Bajo | 17 | Bajo | 53 | Bajo | |
| 50 | 1 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 12 | Bajo | 19 | Medio | 7 | Bajo | 19 | Bajo | 57 | Bajo | | |
| 51 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 5 | 5 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 8 | Bajo | 22 | Bajo | 7 | Bajo | 20 | Bajo | 57 | Bajo | |
| 52 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 9 | Bajo | 15 | Bajo | 6 | Bajo | 15 | Bajo | 45 | Bajo | |
| 53 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 11 | Bajo | 21 | Bajo | 8 | Bajo | 17 | Bajo | 57 | Bajo |
| 54 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 11 | Bajo | 14 | Bajo | 8 | Bajo | 17 | Bajo | 50 | Bajo | |
| 55 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 12 | Bajo | 16 | Bajo | 9 | Bajo | 24 | Bajo | 61 | Bajo | |
| 56 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | Bajo | 14 | Bajo | 8 | Bajo | 21 | Bajo | 53 | Bajo | |
| 57 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 10 | Bajo | 19 | Medio | 6 | Bajo | 17 | Bajo | 52 | Bajo | |
| 58 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 9 | Bajo | 15 | Bajo | 7 | Bajo | 14 | Bajo | 45 | Bajo | |
| 59 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 11 | Bajo | 15 | Bajo | 8 | Bajo | 18 | Bajo | 52 | Bajo | |
| 60 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 9 | Bajo | 20 | Bajo | 8 | Bajo | 15 | Bajo | 52 | Bajo | |
| 61 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 9 | Bajo | 19 | Medio | 8 | Bajo | 21 | Bajo | 57 | Bajo | |
| 62 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 5 | 2 | 2 | 9 | Bajo | 16 | Bajo | 8 | Bajo | 23 | Bajo | 56 | Bajo | | |
| 63 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 10 | Bajo | 22 | Bajo | 8 | Bajo | 18 | Bajo | 58 | Bajo | |
| 64 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 12 | Bajo | 16 | Bajo | 8 | Bajo | 18 | Bajo | 54 | Bajo | |
| 65 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 11 | Bajo | 16 | Bajo | 8 | Bajo | 15 | Bajo | 50 | Bajo | | |

H. ANEXO H: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Paola Cynthia Huamán Sánchez, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

El propósito de este estudio es determinar el acceso a los servicios de salud que tuvieron las personas con discapacidad beneficiarias de OMAPED de Los Olivos durante la pandemia por COVID-19, según opinión del cuidador primario en el año 2021.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación es totalmente voluntaria, si usted no desea participar, se respetará su decisión sin ninguna consecuencia hacia su persona o familiar. La información que se recoja será confidencial y sólo se usará para fines de esta investigación. Sus respuestas serán anónimas.

Puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas o no las entiende tiene usted el derecho de no responderlas.

De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puede contactar a mi persona al teléfono 970397740.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactarme al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha:

(en letras de imprenta)

I. ANEXO I: TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los cuidadores primarios de personas con discapacidad de la OMAPED, Los Olivos, 2021 (n=65)

| Datos socio-demográficos | n | % |
|---|-----------|--------------|
| Edad (años) | | |
| 21 - 30 | 6 | 9,2 |
| 31 - 40 | 6 | 9,2 |
| 41 - 65 | 45 | 69,3 |
| 65 - 80 | 8 | 12,3 |
| Sexo | | |
| Femenino | 48 | 73,8 |
| Masculino | 17 | 26,2 |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 39 | 60,0 |
| Obrero | 3 | 4,6 |
| Jubilado(a) | 8 | 12,3 |
| Docente | 3 | 4,6 |
| Contador(a) | 4 | 6,2 |
| Comerciante | 8 | 12,3 |
| Estado civil | | |
| Soltero(a) | 11 | 16,9 |
| Casado(a) | 46 | 70,8 |
| Viudo(a) | 4 | 6,2 |
| Divorciado(a) | 3 | 4,6 |
| Conviviente | 1 | 1,5 |
| Nivel de instrucción | | |
| Primaria | 4 | 6,2 |
| Secundaria | 26 | 40,0 |
| Superior no universitaria | 14 | 21,5 |
| Superior universitaria | 21 | 32,3 |
| Parentesco con la persona con discapacidad | | |
| Madre | 43 | 66,2 |
| Padre | 16 | 24,6 |
| Hermano(a) | 6 | 9,2 |
| Total | 65 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 2. Distribución porcentual de personas con discapacidad de la OMAPED-
Los Olivos, según tipo de discapacidad, 2021.**

| Tipo de discapacidad | N° | % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Mental | 32 | 49 |
| Física | 14 | 22 |
| Visual | 9 | 14 |
| Auditiva | 10 | 15 |
| Total | 65 | 100 |

Tabla 3. Indicadores del acceso a los servicios de salud en la dimensión disponibilidad de las personas con discapacidad OMAPED-Los Olivos, 2021.

| Disponibilidad (Indicadores) | Nunca | | Casi nunca | | A veces | | Casi siempre | | Siempre | | Total | |
|--|-------|----|------------|----|---------|----|--------------|----|---------|---|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Cantidad de servicios de salud. | 24 | 37 | 10 | 15 | 20 | 31 | 10 | 15 | 1 | 2 | 65 | 100 |
| 2. Distribución geográfica de los servicios de salud | 13 | 20 | 33 | 51 | 15 | 23 | 4 | 6 | 0 | 0 | | |
| 3. Infraestructura y tecnología suficientes | 10 | 15 | 22 | 34 | 28 | 43 | 5 | 8 | 0 | 0 | | |
| 4. Recursos humanos suficientes | 15 | 23 | 30 | 46 | 15 | 23 | 5 | 8 | 0 | 0 | | |
| 5. Programas de salud pertinentes | 13 | 20 | 15 | 23 | 26 | 40 | 11 | 17 | 0 | 0 | | |

Tabla 4. Indicadores del acceso a los servicios de salud en la dimensión accesibilidad de las personas con discapacidad OMAPED-Los Olivos, 2021.

| Accesibilidad (Indicadores) | Nunca | | Casi nunca | | A veces | | Casi siempre | | Siempre | | Total | |
|---|-------|----|------------|----|---------|----|--------------|----|---------|----|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Mínimos trámites administrativos | 15 | 23 | 28 | 43 | 16 | 25 | 6 | 9 | 0 | 0 | 65 | 100 |
| 2. Atención oportuna y mínimos tiempos de espera | 25 | 38 | 20 | 31 | 15 | 23 | 5 | 8 | 0 | 0 | | |
| 3. Discriminación en la atención-personal de salud | 2 | 3 | 4 | 6 | 11 | 17 | 33 | 51 | 15 | 23 | | |
| 4. Discriminación en la atención-pacientes | 2 | 3 | 3 | 5 | 10 | 15 | 35 | 54 | 15 | 23 | | |
| 5. Accesibilidad física | 15 | 23 | 18 | 28 | 25 | 38 | 7 | 11 | 0 | 0 | | |
| 6. Accesibilidad económica-consultas médicas | 13 | 20 | 18 | 28 | 25 | 38 | 9 | 14 | 0 | 0 | | |
| 7. Accesibilidad económica-medicamentos/exámenes auxiliares | 15 | 23 | 29 | 45 | 15 | 23 | 6 | 9 | 0 | 0 | | |
| 8. Accesibilidad de información | 10 | 15 | 14 | 22 | 26 | 40 | 15 | 23 | 0 | 0 | | |

Tabla 5. Indicadores del acceso a los servicios de salud en la dimensión aceptabilidad de las personas con discapacidad OMAPED-Los Olivos, 2021.

| Aceptabilidad (Indicadores) | Nunca | | Casi nunca | | A veces | | Casi siempre | | Siempre | | Total | |
|--|-------|----|------------|----|---------|----|--------------|----|---------|---|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Confidencialidad en la atención | 15 | 23 | 14 | 22 | 23 | 35 | 9 | 14 | 4 | 6 | 65 | 100 |
| 2. Atención diferenciada de grupos | 4 | 6 | 36 | 55 | 20 | 31 | 5 | 8 | 0 | 0 | | |
| 3. Programa de atención según diversidades | 10 | 15 | 29 | 45 | 20 | 31 | 6 | 9 | 0 | 0 | | |
| 4. Recursos humanos con formación en interculturalidad | 11 | 17 | 15 | 23 | 18 | 28 | 17 | 26 | 4 | 6 | | |

Tabla 6. Indicadores del acceso a los servicios de salud en la dimensión calidad de las personas con discapacidad OMAPED-Los Olivos, 2021.

| Calidad (Indicadores) | Nunca | | Casi nunca | | A veces | | Casi siempre | | Siempre | | Total | |
|--|-------|----|------------|----|---------|----|--------------|----|---------|----|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1. Higiene y limpieza apropiado | 15 | 23 | 25 | 38 | 18 | 28 | 5 | 8 | 2 | 3 | 65 | 100 |
| 2. Vigilancia al cumplimiento de normas de protección en salud | 5 | 8 | 10 | 15 | 15 | 23 | 25 | 38 | 10 | 15 | | |
| 3. Servicios higiénicos acondicionados | 15 | 23 | 18 | 28 | 20 | 31 | 10 | 15 | 2 | 3 | | |
| 4. Equipos médicos operativos | 17 | 26 | 21 | 32 | 19 | 29 | 8 | 12 | 0 | 0 | | |
| 5. Disponibilidad de medicamentos | 8 | 12 | 34 | 52 | 20 | 31 | 3 | 5 | 0 | 0 | | |
| 6. Respeto al horario de cita médica | 14 | 22 | 15 | 23 | 26 | 40 | 8 | 12 | 2 | 3 | | |
| 7. Presencia de carteles y/o letreros | 15 | 23 | 12 | 18 | 23 | 35 | 10 | 15 | 5 | 8 | | |
| 8. Organización de orientaciones oportunas | 20 | 31 | 28 | 43 | 16 | 25 | 1 | 2 | 0 | 0 | | |
| 9. Recursos humanos capacitados | 13 | 20 | 32 | 49 | 18 | 28 | 2 | 3 | 0 | 0 | | |