UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE TERAPIA FÍSICA

“Ruralidad y uso de servicios informales de salud en personas con discapacidad de Perú: Análisis de una encuesta nacional”

TESIS

Para optar por el título profesional de Tecnólogo Médico con Especialidad en Terapia Física

AUTOR

Retto Tafur, Katerine Estefanny ([0000-0002-4740-3646](#))

ASESOR

Moscoso Porras, Miguel ([0000-0001-9518-4241](#))

Lima, 10 de Diciembre del 2018

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos por haberme acompañado a diario y sin descanso moralmente, con mucho énfasis a mi asesor por su apoyo intelectual y su importante guía en esta investigación científica.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el uso de servicios informales de salud en personas con discapacidad del Perú y su relación con residir en una zona rural.

Metodología: Se realizó un estudio transversal analítico de la Encuesta Nacional Especializada de Discapacidad (ENEDIS), que se ejecutó durante mayo del 2012 a marzo del 2013. En ENEDIS se reclutó a personas en Perú que reportaron algún tipo de discapacidad. Los datos fueron extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INEI) y una serie de preguntas de la ENEDIS con relación al uso los servicios informales de salud y posibles determinantes. Se analizó el uso de los servicios informales de salud en zonas rurales con el software Stata 13.0 (StataCorp, TX, US) las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias y porcentajes. Por último, se realizó el análisis de regresión de Poisson simple y múltiple para el cálculo de las razones de prevalencia (RP), intervalos de confianza de 95% y valores p.

Resultados: Se incluyeron en el análisis a 20 601 personas con discapacidad en Perú, se halló que la probabilidad de buscar servicios informales de salud es 38% menor en personas que viven en zonas rurales ($RP=0.62$, $p<0.001$), cuando la enfermedad que presentan, las personas con discapacidad, no está relacionada a su discapacidad.

Conclusiones: Se encontró que las personas con discapacidad que viven en zonas rurales usan menos servicios informales de salud en comparación a las personas que residen en zonas urbanas, cuando la enfermedad que presentan no está relacionada a su discapacidad.

Palabras clave: Ruralidad; servicios informales de salud; discapacidad; ENEDIS

ABSTRACT

Objective: to determine then relationship between the use of informal health services in persons with disabilities in Peru and their relationship with residing in a rural area.

Methods: An analytical study of the national survey about disability (ENEDIS), it was carried out in May 2012 to March 2013. In ENEDIS were recruited, people in Peru who reported some type of disability. The data were extracted from the national institute of statistic (INEI) and a set of specific questions from ENEDIS regarding the use of informal health services and possible determinants. The use of informal health services in rural areas was analyzed with the Stata 13.0 software (StataCorp, TX, USA). The categorical variables were presented as frequencies and percentages. finally, a simple and multiple Poisson regression analysis was performed to calculate the prevalence ratios (RP), 95% confidence intervals and values.

Result: the possibilities of using informal service is 37% lower in people living in rural areas ($p < 0.001$), when the disease they present is related to disability.

Conclusions: People with disabilities living in rural areas use fewer informal health services compared to people who live in urban areas, when the disease they present is not related to their disability.

Key words: Rurality; informal service of health; disability; ENEDIS

TABLA DE CONTENIDO

1. MARCO TEÓRICO	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 General.....	6
2.2 Específicos.....	6
3. METODOLOGÍA	6
3.1 Población.....	6
3.2 Muestra y Muestreo.....	7
3.3 Medición de Variables	7
3.3.1 Ruralidad.....	7
3.3.2 Uso de servicios informales.....	8
3.3.3 Otras variables.....	8
4. PROCEDIMIENTOS	8
4.1 Fase de proyección	8
4.2 Cuestionario para las personas con discapacidad	9
5. ANÁLISIS DE DATOS.....	9
6. ASPECTOS ÉTICOS.....	10
7. RESULTADOS.....	10
8. DISCUSIÓN.....	11
8.1 Hallazgos principales	11
8.2 Interpretación de hallazgos.....	11
8.3 Comparación con otros estudios.....	12
8.4 Limitaciones	12
8.5 Implicancias.....	12
9. CONCLUSIONES.....	13
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXOS	22

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas con discapacidad de Perú 2012.	17
Tabla 2. Características del uso de los servicios informales y su relación con las enfermedades presentadas en los últimos 6 meses en el año 2012.....	19
Tabla 3. Modelos de regresión múltiple para uso de servicios informales en enfermedades relacionadas y no relacionadas con la discapacidad.....	20

1. MARCO TEÓRICO

La discapacidad es la restricción a la participación y limitación a las actividades de la vida diaria que experimentan las personas a causa de alguna enfermedad, factores personales o ambientales¹. Según la Organización Mundial de la Salud en un informe realizado el año 2017 refiere que a nivel mundial el 15% de las personas tiene algún tipo de discapacidad y este porcentaje ha ido en aumento a lo largo de los años debido al envejecimiento de la población ^{2,3}. Asimismo, el reporte de la primera encuesta nacional de discapacidad del Perú (ENEDIS), realizado por el instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) refiere que el 5.2% de la población en Perú tiene discapacidad

Las personas con discapacidad generan una mayor demanda a los servicios de salud, ya que son más propensas a desarrollar afecciones secundarias ⁵. Sin embargo, el acceso a la salud para las personas con discapacidad presenta barreras. Un artículo realizado en Perú, en la ciudad de Puno, indicó que las personas que tienen discapacidad son el doble de propensas de vivir por debajo del umbral de la pobreza, por ende, no tienen la capacidad de poder costear tratamientos de rehabilitación y atención médica ⁶. Los obstáculos físicos como rampas, veredas y escaleras en las instituciones de salud también se han reportado como barreras para el acceso a salud ^{7,8}. Otros autores han reportado que el 30% de las personas con discapacidad tiene problemas de acceso a los hospitales debido a estas barreras ^{9,10}. Otra de las razones son malos tratos del personal de salud y largos tiempos de espera que no son adecuadas para atender a las personas ^{11,12}.

Las barreras mencionadas anteriormente, se encuentran con mayor frecuencia en zonas rurales, se ha reportado que la mayor concentración de pobreza se encuentra en las zonas rurales por la mala distribución de servicios básicos y de la economía ¹³, por esta razón las personas que viven en zonas rurales tienen un limitado acceso a los servicios de educación, salud y transporte ¹⁴. Además, en estas zonas la oferta de servicios sanitarios es limitada ¹⁵.

Factores como valores culturales, éticos, morales y religiosos; también el nivel económico y educativo de las personas tiene influencia en las decisiones al momento de elegir el lugar donde deciden realizar un tratamiento¹⁶. Un estudio hecho en Vietnam

demuestra que 90% de personas que pertenecen a algún tipo de etnia tiene preferencia de utilizar servicios informales de salud debido a dichos factores y también que los varones son los que menos visitan al personal médico ¹⁷.

Teniendo en cuenta que las personas con discapacidad necesitan más atenciones médicas y hay poca oferta de centros de salud en zonas rurales, no se sabe con certeza si la búsqueda de servicios informales en personas con discapacidad es más frecuente en dichas zonas. Por esta razón, este estudio está enfocado encontrar la relación entre vivir en una zona rural y usar los servicios informales de salud de dicho grupo de personas.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Determinar la relación entre el uso de servicios informales de salud en personas con discapacidad y su relación con residir en una zona rural.

2.2 Específicos

Determinar el porcentaje de personas con discapacidad que no acceden a servicios informales de salud.

Determinar el porcentaje de personas con discapacidad que viven en zonas rurales.

Determinar la asociación de uso de servicios de salud informales si la enfermedad está relacionada y no está relacionada con la discapacidad.

3. METODOLOGÍA

3.1 Población

Debido a que este es un análisis secundario de una encuesta nacional, el tamaño de muestra de ENEDIS fue de 37524 participantes como está descrito en su ficha técnica. Sin embargo, se realizaron cálculos de potencia estadística para determinar cuál es el mínimo de diferencias que se pueden detectar con dicha muestra en este estudio.

Para este estudio se extrajo de la muestra de ENEDIS algunas personas con discapacidad, por lo cual estuvieron incluidas personas mayores de 18 años de edad, ya que según la encuesta si un participante era menor de edad, algún familiar contestaba por él, por lo tanto, no se puede precisar la seguridad en las respuestas. Por otro lado, se excluyeron a las personas con discapacidad de tipo cognitiva (según los criterios de “Washington Group on Disability Statistics”) ¹⁸, debido a que por su condición no se encuentran en la facultad de decidir en donde se realizarán el tratamiento c

orrecto para sus enfermedades. También se excluyeron los datos inconsistentes que se encuentren en la base de datos.

3.2 Muestra y Muestreo

Para el proceso de reclutamiento la ENEDIS utilizó el muestreo de dos etapas, tomando como referencia los participantes del censo peruano de viviendas realizado el año 2007; la primera etapa fue la selección aleatoria de grupos de viviendas particulares bloques o grupos de bloques residenciales contiguos para cada ciudad participante del muestreo, proporcional al número de hogares. En la segunda etapa, fueron reclutados los hogares, es decir, que fue un censo de todas las familias en los dos grupos seleccionados. Las encuestas se llevaron a cabo por un entrevistador capacitado. En cuanto a las zonas rurales, la primera etapa del muestreo estuvo conformada entre un rango aproximado de 500 a 2000 personas de los pueblos y la segunda etapa solo los hogares dentro de cada pueblo.

3.3 Medición de Variables

3.3.1 Ruralidad

En este estudio se define la ruralidad como el medio geográfico donde viven las personas que fueron encuestadas. En ENEDIS se ha definido como zonas rurales a aquellos lugares que cuentan con menos de 100 viviendas agrupadas contiguamente y que no son capitales de ningún distrito¹⁹. Para el análisis, la variable tendrá las categorías “Sí” si la persona reside en áreas rurales y “No” si reside en áreas urbanas.

3.3.2 Uso de servicios informales

Se consideran servicios informales de salud a los tratamientos médicos ofrecidos por personas que no son profesionales de la salud. Para la medición de esta variable, en ENEDIS se plantearon las siguientes preguntas: “¿A dónde acudió para consultar por este síntoma, enfermedad y/o accidente que presentó los últimos 6 meses?” y ¿A dónde acudió para consultar acudió para consultar por este síntoma, o malestar, relacionado a la(s) limitación(es) que tiene? Las personas que eligieron las opciones: “Farmacia/ Boticas, Casa de huesero/curandero, Casa naturista/ Botica homeopática” fueron consideradas como uso informal de los servicios de salud. A los participantes que eligieron respuestas que involucran el uso de hospitales, clínicas o médicos particulares, se consideraron como el uso de servicios formales.

3.3.3 Otras variables

El análisis también incluye otras variables como datos sociodemográficos como la edad (en años), sexo (Masculino/Femenino), estado civil (Casado o con pareja/No casado o sin pareja), Nivel educativo (Analfabeto/Primaria/Secundaria/Superior) y etnia (Pertenece a cultura tradicional/ No pertenece a cultura tradicional).

Además, se analizaron las variables relacionadas al acceso en los servicios de salud que pueden ser motivo de confusión potencial. Las variables fueron: Posesión de seguro de salud (Sí/No) y Tener un cuidador (Sí/No).

4. PROCEDIMIENTOS

Según ENEDIS, 1 millón 575 mil 402 personas reportaron tener alguna discapacidad. Las preguntas de la encuesta fueron realizadas en español por personal capacitado del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y el Consejo nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad. Se utilizaron dos instrumentos de acuerdo a la fase del estudio:

4.1 Fase de proyección

En esta fase se reunieron los datos básicos de cada individuo de los hogares (sexo, edad y nivel de educación), la ubicación geográfica de la casa y características que incluyen el tipo de vivienda (material de las paredes, piso y techo, el agua y el acceso al saneamiento,

tipo de combustibles usados, bienes y servicios). La información recabada fue suministrada por el jefe de familia.

4.2 Cuestionario para las personas con discapacidad

Para esta etapa de la encuesta se incluyeron preguntas sobre las características relacionadas a la limitación de la autonomía y dependencia, el acceso a los servicios de rehabilitación, de salud, de seguros. En esta etapa solo se aceptó a las personas que tenían algún tipo de discapacidad para que respondan dichos campos de la encuesta. La ficha fue llenada por la misma persona con discapacidad o por otro miembro de la familia en el caso de que el participante haya sido adulto mayor o una persona que no pudo responder a causa de su limitación. Los tipos de discapacidad que se recolectaron en la encuesta fueron discapacidad auditiva, motora, visual, cognitiva y del habla.

5. ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa G-Power 3.1.9.2 (Düsseldorf, Alemania) para el cálculo de poder estadístico. El cálculo de poder se realizó para un análisis de regresión logístico, esperando diferencias de al menos 10%, equivalentes a un $OR=1.2$ y un R^2 de al menos 40% y un valor de alfa de 5%. Dado que el tamaño de muestra de la encuesta es de 37 mil personas, la muestra cuenta con un poder estadístico de 99% para detectar diferencias hasta de 10% en el porcentaje de uso de servicios informales.

Para los análisis de datos de este estudio se utilizó el software Stata 13.0 (StataCorp, TX, US). Se utilizaron los factores de expansión y la variabilidad de los conglomerados para ajustar los análisis de acuerdo al tipo de muestreo realizado. Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias y porcentajes. Por último, se realizó un análisis de regresión de Poisson simple para el cálculo de las Razones de Prevalencia (RP) y un modelo de regresión de Poisson múltiple para contrastar la hipótesis principal del estudio y controlar el efecto de las variables que han sido consideradas como confusoras. Los resultados de la regresión se mostraron con intervalos de 95% de nivel de confianza y valores p.

6. ASPECTOS ÉTICOS

La base de datos de este estudio pertenece a la ENEDIS (Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad) y está disponible en forma libre en la página web de INEI ²⁰, Además, la base de datos se encuentra de-identificada por lo que no es posible reconocer a los participantes lo cual garantiza la confidencialidad de los datos. Tampoco se afectan los principios de protección a los participantes, debido a que las respuestas de la encuesta son públicas. Finalmente, este proyecto fue evaluado favorablemente por el comité de ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas el cual determinó la viabilidad de la investigación.

7. RESULTADOS

La encuesta ENEDIS fue aplicada en 37 524 personas que reportaron tener alguna discapacidad. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión la muestra final para el estudio fue de 20 601 personas analizadas.

Dentro de las características generales de la población se encontró que 57.49% son mujeres y 65.32% de las personas con discapacidad son mayores de 65 años. Además, 20.03% de estas personas residen en zonas rurales, el 70.63% de la población tiene más de una discapacidad. En relación al uso de servicios de salud, 22.25% busca servicios informales cuando presentan un problema de salud no relacionado a su discapacidad; mientras que 7.78% lo hacen cuando su problema de salud si está relacionado a su discapacidad (Ver Tabla 1).

Por otro lado, se muestra que mientras menos nivel de educación tengan las personas y la enfermedad está relacionada a la discapacidad, la probabilidad que usen servicios informales de salud aumenta; por ejemplo si no tienen ningún tipo de educación ($p \geq 1$), en cambio si presentan educación secundaria o nivel superior ($p < 0.001$) . si las personas con discapacidad cuentan con seguro de salud y presenten una enfermedad relacionada o no a su discapacidad utilizan menos servicios informales de salud ($p < 0.001$). (Ver Tabla2).

Finalmente, se observan 3 modelos en la tabla de regresión de poisson, en la cual podemos

notar que cuando el problema de salud no está relacionado a la discapacidad, la probabilidad de buscar servicios informales es de 37% menor en personas que viven en zonas rurales ($p<0.001$). Por el contrario, si es que el problema de salud está relacionado a la discapacidad la probabilidad es 52% mayor de buscar tratamiento informal en personas que residen en zonas rurales ($p=0.006$) y ajustando este valor con diferentes variables el resultado no es significativo en todos los casos ($p<0.01$) (Ver Tabla 3).

8. DISCUSIÓN

8.1 Hallazgos principales

En esta investigación se observa que las personas con discapacidad que viven en zonas rurales usan menos servicios informales de salud cuando el problema de salud no está relacionado a su discapacidad.

8.2 Interpretación de hallazgos

Existen posibles explicaciones para los resultados. Es probable que las personas de zonas urbanas no acudan a un médico debido a la percepción de no gravedad de enfermedad no relacionada con la discapacidad, los problemas asociados con el tiempo de espera deben esperar turnos largos para conseguir una cita médica ²¹, en consecuencia, muchas de las personas con discapacidad que deciden no asistir a un centro de salud, toman esta decisión debido a que no tienen confianza en médicos y han tenido experiencias de maltrato por parte del personal médico ¹⁰.

El auto tratamiento con fármacos y remedios caseros es también muy común ya que los pacientes no miden la gravedad de la enfermedad que presentan y deciden tomar otro camino para curarla²².

Por otra parte, en este estudio encontramos que 60% de las personas con discapacidad no cuentan con un seguro de salud²³. Al no contar con este servicio, la forma de contrarrestar las enfermedades es mediante la automedicación y así terminan usando servicios informales como boticas y farmacias ya que estos son proveedores y consejeros de salud²⁴, así también las personas evitan las largas esperas y los costos de atención médica en caso no tener cobertura de salud²⁵.

8.3 Comparación con otros estudios

Otra de las razones por las que las personas de zonas urbanas de Perú usarían más servicios informales a comparación de las rurales, sería que estos tienen más cobertura y acceso a internet.²⁶

Aunque la encuesta nacional no muestra con certeza las enfermedades no relacionadas a la discapacidad, es probable que se traten de enfermedades comunes como resfriados o dolores leves, que las personas piensan que puedan curar fácilmente sin ayuda del personal médico y por esta razón pueden buscar ayuda virtual para solucionar su nuevo problema. Un estudio ha demostrado que las redes sociales también son un determinante para tomar una decisión al momento de tratar enfermedades, ya que ocho de cada diez internautas acuden a la red para hacer consultas sobre salud²⁷.

8.4 Limitaciones

Este estudio se realizó usando datos a nivel nacional, pero no se puede determinar la causalidad de la ruralidad para uso de servicios informales de salud. Algunas variables en una encuesta nacional pueden ser afectadas por temporalidad; es decir, no sabremos con exactitud que factor afecta primero y cual otro después en la elección de servicios de salud. En este caso, la variable dependiente “ruralidad” es un atributo de nacimiento de las personas. Por otro lado, sólo exploramos la búsqueda de servicios informales en los últimos 6 meses, lo que podría no reflejar el comportamiento de búsqueda usual de las personas.

8.5 Implicancias

Finalmente, este estudio sirve para comprobar que la percepción que se tiene sobre la salud en zonas rurales no es la correcta, ya que se encontró en muchos estudios que hay mayor probabilidad que las personas que viven en dichas zonas usen más los servicios informales de salud, es decir no asistan al médico (14,16). Encontramos una realidad muy distinta al estudiar a las personas con discapacidad del Perú. Así mismo, sabemos que las personas con discapacidad del Perú usan más los servicios informales de salud en las zonas urbanas, podemos decir que en el caso de las personas con discapacidad es totalmente diferente al de una persona sin limitaciones, por ende las instituciones del Perú que velan por el bienestar de las personas con limitaciones deben poner énfasis no solo en las zonas rurales si no en las urbanas e investigar en las siguientes encuestas la razón o causa exacta de esta problemática, para poder actuar sabiamente.

En el mismo estudio hemos comprobado que el 60% de las personas con discapacidad no es portador de un seguro de salud, a pesar de ver que hay programas del estado que impulsan a estas a ser parte de uno. Debemos considerar que estas cifras son del año 2012 en la actualidad se necesitan más estudios para actualizar esta información.

9. CONCLUSIONES

En conclusión, las personas con discapacidad que viven en zonas rurales usan menos servicios informales cuando la enfermedad que presentan no está relacionada con su discapacidad. Debido a que esta es la primera encuesta nacional de discapacidad de Perú, se sugiere hacer una comparación con los datos estadísticos de futuras encuestas y así poder determinar con mayor exactitud las causas del uso de servicios informales de salud. Asimismo, es motivo de pregunta en futuras encuestas nacionales el por qué no asisten al médico en dichos casos. Se recomienda en las siguientes encuestas nacionales extraer datos de preguntas acerca del uso del internet como servicio informal de salud o formular preguntas acerca del tema. En la encuesta esta primera encuesta, no se puede determinar la causalidad del por qué un grupo tan grande de personas con discapacidad no cuenta con seguro de salud, por lo cual, se sugiere que en las próximas encuestas nacionales sea añadida una pregunta acerca de la causa que conllevan a las personas con discapacidad a no acceder a un seguro de salud.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud OP de la S. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud Versión abreviada [Internet]. 2001 [cited 2018 Nov 14]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1
2. OMS | Informe mundial sobre la discapacidad. [cited 2016 Jun 3]; Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
3. Adib-Hajbaghery M. Evaluation of old-age disability and related factors among an Iranian elderly population. [cited 2018 Jan 30];17(9). Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/118137/1/17_9_2011_0671_0678.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad 2012 [Internet]. Lima; 2014 [cited 2016 Jul 5]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS_2012_-_COMPLETO.pdf
5. OMS | Discapacidad y salud. [cited 2016 May 28]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
6. Inquilla Mamani J. Discapacidad, pobreza y desigualdad social en Puno: un tema multidimensional y multifactorial desde la perspectiva sociológica - Perú [Internet]. Vol. 6, Scielo. Universidad Nacional del Altiplano; 2015 [cited 2018 Nov 13]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2219-71682015000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
7. Van Rooy G, Amadhila EM, Mufune P, Swartz L, Mannan H, MacLachlan M. Perceived barriers to accessing health services among people with disabilities in rural northern Namibia. Disabil Soc [Internet]. 2012 Oct 21 [cited 2016 Apr 7];27(6):761–75. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599.2012.686877>
8. Eliana M. Amadhila, Pempelani Mufune, Leslie Swartz, Hasheem Mannan, Malcolm MacLachlan. Percived barriers to accessing health services among people with disabilities in rural northern Namibia [Internet]. [cited 2016 May 13]. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687599.2012.686877>
9. Constantino Caycho RA. Rampas, camillas, pastillas y más: Barreras en el ejercicio del derecho a la salud de personas con discapacidad [Internet]. Paz y Esperanza; 2015 [cited 2016 Jun 3]. Available from: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/1013>
10. Ramírez-Sánchez Tdj, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Publica Mex [Internet]. 1998 Jan [cited 2016 May 26];40(1):03-

12. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
36341998000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
11. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* [Internet]. 1981 Feb [cited 2018 Jun 30];19(2):127–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7206846>
12. López Palma AE, Martínez Gutiérrez JA, Cevallos Morejon PG, Castro Mangui FA, Mangui FAC. La medicina rural, un imperativo en los países en vías de desarrollo. *Enfermería Investig Vinculación, Docencia y Gestión* [Internet]. 2018 Jan 6 [cited 2018 Jun 30];3(1 Sup):47. Available from: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/159>
13. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan* [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2016 Apr 2];27(4):288–300. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/27/4/288.full>
14. Brucker DL, Rollins NG. Trips to medical care among persons with disabilities: Evidence from the 2009 National Household Travel Survey. *Disabil Health J* [Internet]. 2016 Jan 20 [cited 2016 May 11]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657416000030>
15. Weinert C, Long KA. Rural Families and Health Care: Marriage *Fam Rev* [Internet]. 1990 Apr 6 [cited 2018 Jun 30];15(1–2):57–75. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J002v15n01_04
16. Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2008 Dec [cited 2018 Nov 14];10:58–71. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Tran BX, Nguyen NK, Nguyen LP, Nguyen CT, Nong VM, Nguyen LH. Preference and willingness to pay for traditional medicine services in rural ethnic minority community in Vietnam. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2016 Jan 3 [cited 2016 Jun 3];16(1):48. Available from: <http://bmccomplementalternmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-016-1010-7>
18. Centers For Disease Control and Prevention. Washington Group on Disability Statistics [Internet]. November 6, 2015. 2015 [cited 2016 Jul 5]. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/washington_group/
19. Correa EP. Nueva ruralidad, globalizacion y salud [Internet]. Vol. 21, *CES Medicina*. 2007 [cited 2016 May 26]. p. 89–100. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/122>
20. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Available from: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>

21. Urbanos-Garrido R. [Inequality in access to health care services. Policy recommendations aimed at achieving equity]. *Gac Sanit* [Internet]. 2016 Mar 19 [cited 2016 Apr 19]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116000248>
22. Instituto Nacional de Salud (Peru) P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. [Internet]. Vol. 32, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. Instituto Nacional de Salud; 2002 [cited 2018 Jan 16]. 464-470 p. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000300008&script=sci_arttext&tlng=pt
23. Julio C. Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. Scielo [Internet]. 2016;26(2). Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a16v26n2.pdf>
24. Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, MSP,I; Oswaldo Lazo-González, PhD,II; Gustavo Nigenda P. Sistema de salud de Perú. Scielo [Internet]. 2011;53. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800019&script=sci_arttext&tlng=pt
25. Parodi S. Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios. *Cies* [Internet]. 2007;66. Available from: <http://www.cies.org.pe/sites/default/files/files/articulos/economiaysociedad/04-parodi.pdf>
26. PFIZER, PFIZER y The Cocktail A. El rol de Internet en el proceso de consulta de información sobre salud. 2010 [cited 2018 Jun 30]; Available from: https://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Resultados_encuesta_Pfizer.pdf
27. UOC. primer informe de salud e internet. [cited 2018 Jun 30]; Available from: <http://insights.doctoralia.es/wp-content/uploads/2015/07/Informe-Doctoralia-sobre-Salud-e-Internet-20151.pdf>

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas con discapacidad de Perú 2012.

Características	n	%
Edad		
18-24	503	2.35
25-39	1495	6.73
40-64	6011	28.60
≥65	12592	65.32
Sexo		
Masculino	8982	42.51
Femenino	11619	57.49
Estado civil		
No casado o sin pareja	10296	49.47
Casado o con pareja	10258	50.53
Nivel de educación		
Sin nivel	5160	22.36
Primaria	9010	42.77
Secundaria	4206	22.53
Superior	2178	12.34
Cuidador		
No	11522	55.70
Si	9079	44.30
Etnia*		
No pertenece a cultura tradicional	13006	68.16
Pertenece a cultura tradicional	7139	31.84
Seguro de salud		
No	7407	63.77
Si	13051	36.23
Enfermedad crónica		
No	10422	49.08
Si	10179	50.92
Área		
Urbano	16116	79.97
Rural	4485	20.03
Uso de servicios informales		
No	7109	77.75
Si	1937	22.25
Uso de servicios informales**		
No	8893	92.22
Si	852	7.78
Número de discapacidades		
1	6125	29.37
>1	14476	70.63

- * Pertenecer a una cultura tradicional: Quechua, Aymara, Ashaninka, aguaruna, shipibo-conillo, de otro pueblo indígena.
- ** uso de servicios informales cuando la enfermedad si está relacionada a su discapacidad.

Tabla 2. Características del uso de los servicios informales y su relación con las enfermedades presentadas en los últimos 6 meses en el año 2012.

Características	Uso de servicios informales					
	No relacionado a discapacidad 1937 (22.3%)			Relacionado a discapacidad 852 (7.8 %)		
	Si	RP	p	Si	RP	p
Edad						
18-24	48 (21.1)	1.0	0.775	15 (8.1)	1.2	0.526
		5			3	
25-39	167 (25.3)	1.2	0.022	70 (12.0)	1.8	<0.00
		6			2	1
40-64	630 (26.6)	1.3	<0.00	292 (9.6)	1.4	0.001
		2	1		6	
>65	1092 (20.1)	1		475 (6.6)	1	
Sexo						
Masculino	809 (23)	1		353 (7.3)	1	
Femenino	1128 (21.7)	0.9	0.355	499 (8.2)	1.1	0.182
		4			2	
Estado civil						
No casado o sin pareja	985 (22.4)	1		431 (8.4)	1	
Casado o con pareja	947 (22.2)	0.9	0.885	421 (7.3)	0.8	0.103
		9			7	
Nivel de educación						
Sin nivel	457 (20.4)	1		216 (11.1)	1	
Primaria	907 (23.6)	1.1	0.046	418 (8.3)	0.7	0.009
		5			4	
Secundaria	392 (22.6)	1.1	0.246	164 (6.7)	0.6	<0.00
		1			1	1
Superior	177 (19.8)	0.9	0.789	54 (3.5)	0.3	<0.00
		7			1	1
Cuidador						
No	1115 (24.6)	1		512 (8.5)	1	
Si	822 (19.7)	0.8	<0.00	340 (7.0)	0.8	0.075
		0	1		2	
Etnia*						
No pertenece a cultura tradicional	1264 (23.3)	1		552 (7.5)	1	
Pertenece a Cultura tradicional	631 (19.8)	0.8	0.041	280 (8.1)	1.0	0.481
		5			9	
Seguro de salud						
No	970 (33.6)	1		500 (15.4)	1	
Si	966	0.5	<0.00	352	0.3	<0.00

	(16.9)	0	1	(4.7)	0	1
Enfermedad crónica						
No	1020 (21.3)	1		444 (6.5)	1	
Si	917 (23.5)	1.1 0	0.133	408 (10.0)	1.5 5	<0.00 1
Más de una discapacidad						
No	462 (20.3)	1		254 (7.9)	1	
Si	1475 (22.9)	1.1 3	0.118	598 (7.7)	0.9 7	0.763
Área						
Urbano	1696 (23.9)	1		702 (7.2)	1	
Rural	241 (15.2)	0.6 3	<0.00 1	150 (11.0)	1.5 2	0.006

* Pertenecer a una cultura tradicional: Quechua, Aymara, Ashaninka, aguaruna, shipibo-conillo, de otro pueblo indígena.

Tabla 3. Modelos de regresión múltiple para uso de servicios informales en enfermedades relacionadas y no relacionadas con la discapacidad.

	Uso de servicios informales					
	No relacionado a discapacidad			Relacionado a discapacidad		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Rural						
Crudo	0.63	0.49 - 0.81	<.49 -	1.52	1.13 - 2.05	0.006
Modelo 1*	0.59	0.46 - 0.76	<.46 -	1.14	0.83 - 1.58	0.411
Modelo 2*	0.78	0.69 - 0.89	<.69 -	0.82	0.67 - 1.01	0.053
Modelo 3*	0.62	0.49 - 0.79	<.49 -	1.20	0.88 - 1.64	0.243

* **Modelo 1** fue ajustado por las variables: edad, sexo, estado civil y nivel educativo.

Modelo 2. Fue ajustado por las variables: tener un seguro, tener un cuidador, tener enfermedades crónicas y número de discapacidades. **Modelo 3** todas las variables anteriores.

ANEXOS

Anexo 1 Preguntas de encuesta ENEDIS

ENCUESTA NACIONAL ESPECIALIZADA SOBRE DISCAPACIDAD – 2012 CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR, CLASIFICACIÓN DE LIMITACIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL: AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604 Y POR EL
DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

CUESTIONARIO N°	Cuestionario Adicional
	1

CUESTIONARIO.01

I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA			
A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA		COD.	B. UBICACIÓN MUESTRAL
1. DEPARTAMENTO			6. CONGL. N°
2. PROVINCIA			7. ZONA N°
3. DISTRITO			8. MANZANA N°
4. CENTRO POBLADO			9. FRETE N°
5. NÚCLEO URBANO			10. A.E.R. N°
			11. VIVIENDA N°
<div> <div>12. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA: (Circule)</div> <div> <div>Nombre de Via</div> <div></div> </div> </div>			

ETNIA (Para personas de todas las edades)	
519. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> </div>
520. ¿EN QUÉ DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO NACIÓ?	<div>Nació en este distrito..... 1</div> <div> <div>Departamento</div> <div>Provincia</div> <div>Distrito</div> </div>
521. ¿CUÁL ES SU N° DE DNI?	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>Numero</div> </div> <div> <div>NO TIENE..... 1</div> <div>NO RECUERDA..... 2</div> </div>
522. ¿EL IDIOMA O LENGUA CON QUE APRENDIÓ A HABLAR FUE:	<div>(Acepte solo un código)</div> <div> <div>Quechua?..... 1</div> <div>Aymara?..... 2</div> <div>Ashaninka?..... 3</div> <div>Castellano?..... 4</div> <div>Idioma extranjero?..... 5</div> <div>Otro?..... 6</div> </div> <div>(Especifique)</div> <div> <div>ES SORDO..... 7</div> <div>ES SORDOCIEGO..... 8</div> <div>Es menor de 3 años..... 9</div> </div>

Para personas de 12 años y más de edad

523. POR SUS ANTEPASADOS (PADRES Y ABUELOS) O COSTUMBRES (COMIDAS, BAILES, TRADICIONES, ETC.), ¿UD. SE CONSIDERA DE ORIGEN:

(Acepte sólo un código)

Quechua?.....	1
Aymara?.....	2
Ashaninka?.....	3
Aguaruna?.....	4
Shipibo - conibo?.....	5
De otro pueblo indígena?.....	6
(Especifique)	
Negro / mulato / zambo?.....	7
Mestizo?.....	8
Blanco (de origen europeo)?.....	9
Otro?.....	10
(Especifique)	
NINGUNO	11

602. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTE SÍNTOMA, ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE QUE PRESENTÓ EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?
(Acepte uno o más códigos)

Puesto de salud MINSA.....	1
Centro de salud MINSA	2
Centro o puesto de salud CLAS	3
Posta/Policlínico ESSALUD.....	4
Hospital MINSA.....	5
Hospital ESSALUD	6
Hospital de las FF.AA y/o Policía Nacional	7
Consultorio privado.....	8
Clínica particular	9
Promotor de salud.....	10
Farmacia / botica	11
Casa de huesero/curandero	12
Centro naturista / botica homeopática	13
Otro (Especifique)	14
NO ACUDIÓ A NINGÚN LUGAR.....	15

PASE A
605

CONDICIONES DE SALUD RESPECTO A LA(S) LIMITACIÓN(ES)

606. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DE A, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN SÍNTOMA O MALESTAR RELACIONADO CON LA(S) LIMITACIÓN(ES) QUE TIENE?

Sí..... 1
No..... 2

→ **PASE A 612**

607. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTE SÍNTOMA O MALESTAR QUE PRESENTÓ, RELACIONADO A LA(S) LIMITACIÓN(ES) QUE TIENE?
(Acepte uno o más códigos)

Puesto de salud MINSA..... 1
Centro de Salud MINSA..... 2
Centro o puesto de salud CLAS..... 3
Posta/Policlínico ESSALUD..... 4
Hospital MINSA..... 5
Hospital ESSALUD..... 6
Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional..... 7
Consultorio privado..... 8
Clínica particular..... 9
Promotor de salud..... 10

Farmacia / botica..... 11
Casa de huesero/curandero..... 12
Centro naturista / botica homeopática..... 13
Otro 14
(Especifique)

**PASE A
611**

SEGURO DE SALUD

619. ¿ACTUALMENTE ESTÁ UD. AFILIADO A ALGÚN SEGURO DE SALUD?

Sí..... 1 No..... 2

→ **PASE A 621**

PROGRAMAS SOCIALES

916. ¿UD. ES USUARIO DE ALGUNO DE LOS PROGRAMAS SIGUIENTES:
(Lea cada alternativa y circule uno o más códigos)

Programas No Alimentarios

Programa integral nacional para el bienestar familiar – INABIF?	1
Programa nacional Cuna Más (Ex-wawa wasi)?	2
Programa nacional contra la violencia familiar y sexual?	3
Programa de apoyo directo a los más pobres (JUNTOS)?	4
Programa de prevención al consumo de drogas y rehabilitación del drogodependiente (DEVIDA)?	5
Programa nacional de asistencia solidaria - Pensión 65 (Ex - bono de gratitud)?	6

Programas Alimentarios

Programa nacional de asistencia alimentaria PRONAA - Sub programa Infantil?	7
Programa nacional de asistencia alimentaria PRONAA - Sub programa pre escolar – escolar?	8
Vaso de leche?	9
Comedor popular (incluye club de madres)?	10

Programas Educativos

Programas de becas y crédito educativo (PRONABEC)?	11
Beca 18?	12

Programas Laborales

Programa de capacitación laboral juvenil pro joven / Jóvenes a la obra?	13
Programa de emergencia social productivo construyendo Perú / Trabajando Perú?	14
Programa especial de reconversión laboral revaloriza Perú / Vamos Perú?	15

Programas de vivienda

Programa techo propio?	16
Otro? _____	17

(Especifique)

NO ES USUARIO	18
---------------	----

Anexo 2 Carta de Exoneración del Comité de Ética UPC

CEI/EX1-10-2017

Chorrillos, 10 de marzo de 2017

Alumna:
Retto Tafur Katherine
Estudiantes de la Carrera de Terapia Física
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas
Presente.-

Ref.: Ruralidad y uso de servicios informales de salud en personas con discapacidad de Perú: Análisis de una encuesta nacional.

Estimado(a) investigador(a):

Hemos recibido el protocolo de investigación, y los documentos de soporte, los cuales han sido revisados en detalle. Luego de esta revisión, se concluye que esta investigación queda **EXONERADA (EXENTA) DE REVISION** adicional por parte del Comité de Ética e Investigación (CEI) de la Facultad de Ciencias de la Salud y pueden proceder con su ejecución. La determinación de esta categorización se basa en lo establecido en el reglamento del Comité.

Los investigadores deben de informar al Comité sobre cualquier cambio en el protocolo posterior a este dictamen. Del mismo modo, de forma anual y desde esta fecha, los investigadores deben enviar un breve informe de avances al Comité y un breve informe final al momento del cierre definitivo del estudio. Del mismo modo, ante la aparición de cualquier evento o efecto –previsible o no- que comprometa la integridad y bienestar de las unidades de estudio, los investigadores o a su equipo de investigación durante el curso de la implementación, estos deben de ser también informados inmediatamente a este comité. El comité se reserva el derecho de supervisar de manera inopinada la progresión de la investigación en cualquier momento y bajo cualquier modalidad. Nos permitimos recordar a los investigadores que la ejecución de un proyecto de investigación que contemple aspectos no meritorios de la categorización de "exenta de revisión" es una grave falta la cual puede ser sancionada con el cierre definitivo del estudio e imposibilidad de utilizar cualquier dato recolectado o generado en el mismo.

Sin otro particular quedo de ustedes

Atentamente,

Eddy Segura Pautar,
Presidente del Comité de Ética
Facultad de Ciencias de la Salud