

UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

INFORME DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD**

TEMA:

**BARRERAS DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO
DE SALUD NO. 6 DE GUAYAQUIL, ECUADOR**

AUTORES:

ISIDRO TOMAS CHANCAY LUCAS
OMAR FRANK ULFE UNDA

TUTOR:

MSC. BETTY JUDITH PAZMIÑO GÓMEZ

MILAGRO, 2024

Derechos de autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Nosotros, **Isidro Tomas Chancay Lucas** y **Omar Frank Ulfe Unda**, en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedemos los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Maestría en Salud Pública con Mención en Atención Primaria De Salud**, como aporte a la Línea de Investigación **Desigualdades en salud** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizamos a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Los autores declaran que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, octubre de 2024.



Firmado electrónicamente por:
**ISIDRO TOMAS
CHANCAY LUCAS**

Isidro Tomas Chancay Lucas
C.I. 0919233163



Firmado electrónicamente por:
**OMAR FRANK ULFE
UNDA**

Omar Frank Ulfe Unda
C.I. 0923868657

Aprobación del tutor del Trabajo de Titulación

Yo, **Dra. Betty Judith Pazmiño Gómez** en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por Isidro Tomas Chancay Lucas y Omar Frank Ulfe Unda, cuyo tema es **Barreras de accesibilidad a los servicios de atención primaria de salud en pacientes con discapacidad del Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, Ecuador**, que aporta a la Línea de Investigación **Desigualdades en salud**, previo a la obtención del Grado **Maestría en Salud Pública con Mención en Atención Primaria De Salud**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, octubre de 2024.



Firmado electrónicamente por:
**BETTY JUDITH
PAZMINO GOMEZ**

MSc. Betty Judith Pazmiño Gómez, PhD.

C.I. 0909383739

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, presentado por **MEDICO CHANCAY LUCAS ISIDRO TOMAS**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "BARRERAS DE ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A PACIENTES CON DISCAPACIDAD EN EL CENTRO DE SALUD NO. 6 DE GUAYAQUIL", las siguientes calificaciones:

| | |
|-----------------------|----------------|
| TRABAJO DE TITULACION | 45.67 |
| DEFENSA ORAL | 31.00 |
| PROMEDIO | 76.67 |
| EQUIVALENTE | Regular |



Firmado electrónicamente por:
**GABRIELA DE JESUS
VASQUEZ ESPINOZA**

**Dra. VASQUEZ ESPINOZA GABRIELA DE JESUS
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



Firmado electrónicamente por:
**GUILLERMO FERNANDO
LEON SAMANIEGO**

**Dr. LEON SAMANIEGO GUILLERMO FERNANDO
VOCAL**



Firmado electrónicamente por:
**KATHIUSCA PAOLA
ECHEVERRIA CAICEDO**

**Mgtr. ECHEVERRIA CAICEDO KATHIUSCA PAOLA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, presentado por **MED. ULFE UNDA OMAR FRANK**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "BARRERAS DE ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A PACIENTES CON DISCAPACIDAD EN EL CENTRO DE SALUD NO. 6 DE GUAYAQUIL", las siguientes calificaciones:

| | |
|-----------------------|----------------|
| TRABAJO DE TITULACION | 45.67 |
| DEFENSA ORAL | 27.67 |
| PROMEDIO | 73.33 |
| EQUIVALENTE | Regular |



Firmado electrónicamente por:
**GABRIELA DE JESUS
VASQUEZ ESPINOZA**

**Dra. VASQUEZ ESPINOZA GABRIELA DE JESUS
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



Firmado electrónicamente por:
**GUILLERMO FERNANDO
LEON SAMANIEGO**

**Dr. LEON SAMANIEGO GUILLERMO FERNANDO
VOCAL**



Firmado electrónicamente por:
**KATHIUSCA PAOLA
ECHEVERRIA CAICEDO**

**Mgtr. ECHEVERRIA CAICEDO KATHIUSCA PAOLA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**

Dedicatoria

A Dios por darme la fuerza necesaria para no desistir de lograr este objetivo.

A la memoria de mi amado hijo Tomás, por ser mi guía y fortaleza cada día.

A Soledad, mi amada esposa por nunca soltarme la mano.

A esos seres especiales, que son ángeles en la tierra; por impulsarme a ser mejor:
Shunguito, Peppo, Pattas.

Isidro Tomás Chancay Lucas

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, que ha sido el pilar fundamental en mi vida. A mis padres, cuyo amor incondicional y apoyo constante me han brindado las bases para alcanzar mis sueños. A mi esposa, que ha sido mi compañera y guía, impulsándome con su afecto y comprensión en cada paso de este camino. A mis hijos, quienes son mi mayor motivación y razón de ser, recordándome cada día la importancia de perseverar y luchar por un futuro mejor. Este logro es también de ustedes, que han estado a mi lado en cada momento.

Omar Frank Ulfe Unda

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a mi familia por haberme brindado la oportunidad de estudiar con la tranquilidad de saber que cuento con su respaldo, han supuesto un apoyo incondicional siempre que lo he necesitado.

Isidro Tomás Chancay Lucas

Agradecimientos

Agradeciendo a Dios que ha sido mi guía en todo momento y me ha brindado la oportunidad de obtener este logro importante de mi vida. A mi esposa que ha sido mi ayuda idónea, que con su afecto me ha impulsado a conseguir mis metas. A mis hijos que han sido mi motivación diaria para seguir adelante. A mis padres que han sido apoyo incondicional para cumplir mis objetivos. A la universidad UNEMI que me ha brindado la oportunidad de crecer profesionalmente.

Omar Frank Ulfe Unda

Resumen

En el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, existen barreras físicas y organizacionales, como la ausencia de rampas adecuadas y señalización efectiva, que limitan el acceso a los servicios para personas con discapacidad; no solo afectando la experiencia del usuario, sino también deteriorando su percepción de la calidad de atención, contribuyendo a una atención sanitaria inequitativa para este grupo vulnerable. Este estudio investiga las barreras de accesibilidad en la atención primaria de salud para personas con discapacidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, con el objetivo de identificar los principales obstáculos físicos y organizacionales que enfrentan los usuarios y evaluar su influencia en la percepción de la calidad del servicio. Para ello, se aplicaron encuestas estructuradas que permitieron recolectar datos sobre la percepción de calidad y las barreras más relevantes. Los resultados revelaron que, aunque muchos usuarios valoran positivamente la amabilidad del personal, existen problemas significativos relacionados con la puntualidad y la infraestructura del centro. Las principales barreras físicas identificadas incluyen la falta de rampas adecuadas, puertas accesibles y señalización efectiva, dificultando así el acceso a los servicios médicos. Además, se observó que el diseño de los espacios de espera es considerado inadecuado por una parte considerable de los usuarios, lo que impacta negativamente en su percepción general. En conclusión, las barreras de accesibilidad en el Centro de Salud No. 6 afectan adversamente la percepción de calidad de la atención para personas con discapacidad. Se recomiendan intervenciones focalizadas en mejorar la infraestructura, capacitar adecuadamente al personal y asegurar la disponibilidad de equipos esenciales, promoviendo así una atención sanitaria equitativa e inclusiva para todos los usuarios.

Palabras clave: pacientes con discapacidad, percepción de calidad, barreras de accesibilidad.

Abstract

At Health Center No. 6 in Guayaquil, there are physical and organizational barriers, such as the lack of adequate ramps and effective signage, that limit access to services for people with disabilities; not only affecting the user experience but also deteriorating their perception of the quality of care, contributing to inequitable healthcare for this vulnerable group. This study investigates the accessibility barriers in primary health care for people with disabilities at Health Center No. 6 in Guayaquil, aiming to identify the main physical and organizational obstacles faced by users and assess their influence on the perception of service quality. Structured surveys were applied to collect data on quality perception and the most relevant barriers. The results revealed that, although many users positively value the friendliness of the staff, there are significant issues related to punctuality and the center's infrastructure. The main identified physical barriers include the lack of adequate ramps, accessible doors, and effective signage, thus hindering access to medical services. Additionally, it was observed that the design of waiting areas is considered inadequate by a considerable number of users, negatively impacting their overall perception. In conclusion, accessibility barriers at Health Center No. 6 adversely affect the quality perception of care for people with disabilities. Focused interventions are recommended to improve infrastructure, adequately train staff, and ensure the availability of essential equipment, thereby promoting equitable and inclusive healthcare for all users.

Key words: patients with disabilities, quality perception, accessibility barriers.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN | 5 |
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 5 |
| 1.2. Justificación..... | 8 |
| 1.3. Delimitación del problema | 10 |
| 1.4. Formulación del problema | 10 |
| 1.5. Pregunta de investigación | 10 |
| 1.6. Objetivo general..... | 11 |
| 1.7. Objetivos específicos | 11 |
| 1.8. Hipótesis general | 11 |
| 1.9. Hipótesis específicas | 11 |
| 1.10. Declaración de las variables..... | 12 |
| 1.10.1. Variable independiente..... | 12 |
| 1.10.2. Variables dependientes..... | 12 |
| 1.10.3. Operacionalización de las variables | 12 |
| 1.11. Alcance y limitaciones..... | 12 |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO | 14 |
| 2.1. Antecedentes..... | 14 |
| 2.2. Contenido teórico..... | 15 |
| 2.2.1. Atención primaria de salud | 15 |
| 2.2.2. Discapacidad | 17 |
| 2.2.3. Accesibilidad en los servicios de salud | 20 |
| 2.2.4. Adaptaciones y recursos necesarios para una atención accesible..... | 22 |
| 2.2.5. Barreras de accesibilidad..... | 23 |
| 2.2.6. Estrategias para superar las barreras de accesibilidad..... | 27 |
| 2.2.7. Impacto de las barreras de accesibilidad en la calidad el servicio..... | 31 |
| CAPÍTULO III. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 35 |
| 3.1. Tipo y diseño de la investigación..... | 35 |

| | |
|---|----|
| 3.2. Población y muestra | 35 |
| 3.2.1. Características de la población..... | 35 |
| 3.2.2. Delimitación de la población | 35 |
| 3.2.3. Tipo de muestra | 36 |
| 3.2.4. Tamaño de muestra | 36 |
| 3.2.5. Selección de la muestra..... | 37 |
| 3.3. Métodos y técnicas | 37 |
| 3.3.1. Métodos de investigación..... | 38 |
| 3.3.2. Técnicas de investigación | 38 |
| 3.4. Análisis estadístico..... | 39 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS..... | 41 |
| 4.1. Interpretación de los resultados | 41 |
| 4.2. Discusión de los resultados..... | 47 |
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 53 |
| 5.1. Conclusiones..... | 53 |
| 5.2. Recomendaciones..... | 53 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA | 55 |

LISTA DE FIGURAS

No se encuentran elementos de tabla de ilustraciones.

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Operacionalización de las variables utilizadas en la investigación | 12 |
| Tabla 2. Análisis de la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención y accesibilidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil | 41 |
| Tabla 3. Distribución de la percepción de barreras de accesibilidad según puntuaciones de escala de Likert | 44 |
| Tabla 4. Prueba de correlación r^2 de Pearson entre aspectos de la percepción y calidad del servicio..... | 46 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|----|
| Anexo 1. Ficha de encuesta utilizada para recolección de datos..... | 58 |
| Anexo 2. Solicitud de aceptación de investigación..... | 60 |
| Anexo 3. Carta de aceptación de investigación..... | 61 |
| Anexo 4. Análisis de confiabilidad interna: Encuesta diseñada por el investigador..... | 62 |

INTRODUCCION

La Atención Primaria de Salud (APS) es el pilar fundamental de cualquier sistema de salud, encargada de proporcionar servicios esenciales que abordan las necesidades de la población en términos de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. La APS no solo actúa como el primer punto de contacto entre los individuos y el sistema de salud, sino que también tiene la responsabilidad de ofrecer cuidados integrales y continuos, diseñados para mejorar la calidad de vida y reducir las desigualdades en salud (Cárdenas-López, 2022). A través de esta, se busca intervenir de manera temprana en la salud de la comunidad, evitando que problemas menores se conviertan en enfermedades crónicas o severas que demanden intervenciones más costosas y complejas (Fernández- Román, 2023). Sin embargo, la calidad de los servicios ofrecidos en el marco de lo anterior expuesto puede verse comprometida por diversas limitaciones estructurales y organizacionales, que no solo afectan la eficacia de la atención, sino también la percepción de los usuarios sobre la misma (Toledo-Ortiz, 2022).

La calidad del servicio en la atención primaria es un factor determinante en la satisfacción y confianza de los pacientes hacia el sistema de salud, toda vez que un servicio de calidad se caracteriza por ser accesible, efectivo, seguro, y centrado en las necesidades del paciente. Sin embargo, en el contexto de un sistema de salud de primer nivel de atención, cuando existen limitaciones que se materializan como carencias de diversas características como infraestructura, disponibilidad de recursos o en la capacidad del personal médico, la calidad del servicio puede deteriorarse significativamente (Quintero et al., 2022). Este deterioro no solo afecta el escenario clínico de los beneficiarios de los servicios de salud, sino que también puede generar una percepción negativa entre ellos, quienes son susceptibles a potenciales necesidades que no están siendo adecuadamente atendidas (Sánchez-Serret, 2015). Limitaciones estructurales como la falta de espacios adecuados, equipamiento insuficiente, o una infraestructura deteriorada, pueden traducirse en tiempos de espera prolongados, procedimientos mal ejecutados, o una atención que no cumple con los estándares esperados, contribuyendo a una experiencia insatisfactoria que, en última instancia, puede desincentivar a las personas a buscar atención primaria, aumentando el riesgo de que problemas de salud menores se agraven (Araújo & de Sousa, 2021).

En este contexto, las personas con discapacidad, un grupo de alta prioridad en la población, se enfrentan a un conjunto de desafíos en el proceso de introducción a los

servicios de atención primaria de salud. Las personas con discapacidades físicas, en particular, pueden encontrar múltiples barreras que limitan su capacidad de recibir atención médica adecuada (Asola & Hodge, 2019), mismas que pueden ser físicas, como la ausencia de rampas, puertas estrechas, o la falta de elevadores; así como organizacionales o de comunicación, como la ausencia de personal capacitado para manejar sus necesidades específicas o la falta de sistemas de comunicación accesibles (Solaguren-Goyoaga, 2021). La existencia de estas barreras no solo impide el acceso físico a los servicios, sino que también contribuye a la exclusión y marginación de las personas con discapacidad dentro del sistema de salud, lo que resulta en una atención desigual y muchas veces inadecuada, que no cumple con los principios de equidad y justicia que deberían guiar la APS (Pharr, James, & Yeung, 2019). Sin embargo, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad subraya la necesidad de garantizar un entorno accesible en todos los ámbitos, incluyendo el físico, social, económico, cultural, de salud, educación e información, exigiendo que los profesionales de la salud ofrezcan una atención de calidad equivalente a la de otras personas, basada en un consentimiento libre e informado, y promoviendo la sensibilización sobre los derechos, dignidad, autonomía y necesidades de las personas con discapacidad mediante capacitación y normas éticas. Además, los organismos estatales deben implementar medidas para apoyar la recuperación física, cognitiva y psicológica de las personas con discapacidad que hayan sido víctimas de explotación, violencia o abuso (Damiani- Pellegrini, 2023).

Las barreras de accesibilidad tienen un impacto directo en la percepción que las personas con discapacidad tienen sobre la calidad del servicio que reciben en los establecimientos de salud de primer nivel de atención; siendo que, cuando estas barreras no se abordan de manera adecuada en función de la calidad de los servicios de salud, pueden generar una sensación de impotencia y frustración en los pacientes, quienes pueden sentirse ignorados o desatendidos por el sistema de salud, repercutiendo tanto en su bienestar físico, como en su salud mental y emocional (Bran-Piedrahita, y otros, 2020). Además, la percepción de una baja calidad en el servicio puede llevar a que estas personas eviten buscar atención médica en el futuro, lo que agrava su condición de salud y contribuye a un ciclo de deterioro que es difícil de romper (Moreno-Vida, 2023). Es fundamental reconocer que la accesibilidad no es solo un tema de infraestructura; es un componente clave de la calidad del servicio, que debe ser integrado en todos los aspectos del diseño y prestación de los servicios de salud; por tanto, sin accesibilidad no

puede existir una atención de calidad, ya que los servicios no estarán verdaderamente disponibles para todos los que los necesitan (Jiménez & Salcedo, 2024).

En el Centro de Salud No. 6 del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Guayaquil-Ecuador, la situación relacionada con las barreras de accesibilidad en pacientes con discapacidad no son la excepción. A pesar de su papel crucial en la prestación de servicios de atención primaria en la comunidad, se han reportado múltiples quejas por parte de los usuarios, especialmente aquellos con discapacidades físicas, en relación con el estado de la infraestructura y la accesibilidad a los distintos servicios. Las deficiencias identificadas incluyen la falta de rampas adecuadas, puertas que no cumplen con los estándares de accesibilidad, y la carencia de señalización que facilite el desplazamiento dentro del centro. Además, se ha señalado que el personal no siempre está capacitado para atender las necesidades específicas de estos pacientes, lo que añade una capa adicional de dificultad a su experiencia en el centro de salud. Pese a la evidente necesidad de mejorar estas condiciones, hasta la fecha no se han realizado estudios exhaustivos que aborden de manera integral estas barreras y propongan soluciones efectivas, perpetuando un entorno en el que las personas con discapacidad no pueden acceder plenamente a los servicios que necesitan, comprometiendo su salud y bienestar.

En esta investigación se planteó analizar las barreras de accesibilidad en la atención primaria de salud para personas con discapacidad en el centro de salud No. 6 de Guayaquil, a través de un estudio de naturaleza observacional para medir los distintos aspectos relacionados con las barreras de accesibilidad de este grupo poblacional considerado de muy alta prioridad, y con cuyos resultados se permita establecer estrategias en la gestión de atención primaria que contribuyan no solo a mejorar la calidad del servicio, sino también garantizar que todos los miembros de la comunidad, independientemente de sus capacidades físicas, puedan acceder a una atención de salud equitativa y de calidad. Para abordar dichas cuestiones, el presente trabajo se estructura de la siguiente manera:

Capítulo I. Problema de Investigación, presenta el planteamiento, delimitación y formulación del problema; se describen las preguntas de investigación, los objetivos generales y específicos, y se declaran las variables; además, se realiza una operacionalización de las variables.

Capítulo II. Marco Teórico, revisa la literatura relevante y presenta los fundamentos teóricos sobre la atención primaria de salud, la calidad del servicio y las barreras de accesibilidad; además, se incluyen estudios previos que contextualizan el problema de investigación dentro del ámbito académico y práctico.

Capítulo III. Diseño de investigación, que describe la metodología utilizada en el estudio, incluyendo el diseño de la investigación, la población y muestra, las técnicas de recolección de datos y el procedimiento de análisis de datos. Este capítulo explica cómo se llevó a cabo la investigación para alcanzar los objetivos propuestos.

Capítulo IV. Resultados, que presenta los hallazgos derivados del análisis de los datos recolectados. Este capítulo incluye un análisis detallado de las barreras de accesibilidad identificadas y su impacto en la percepción de la calidad de la atención. Se ofrecen gráficos y tablas que ilustran los resultados obtenidos.

Finalmente, Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones, discute las conclusiones de la investigación en relación con los objetivos planteados. Además, se proponen recomendaciones para la mejora de la accesibilidad y calidad de la atención en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, orientadas a la implementación de estrategias efectivas y sostenibles.

CAPÍTULO I.

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La accesibilidad en los servicios de salud es un componente crítico para garantizar la equidad y la inclusión en cualquier sistema de salud. Conceptualmente, las barreras de accesibilidad pueden dividirse en cuatro dimensiones principales: físicas, organizacionales, de comunicación y tecnológicas. Estas barreras afectan negativamente la capacidad de las personas con discapacidad para acceder y utilizar servicios de atención primaria, comprometiendo su bienestar físico, pero también su salud mental y emocional. La relevancia de estas barreras se destaca en el contexto de América Latina, donde los sistemas de salud están sometidos a desafíos estructurales y financieros sustanciales.

A nivel regional, la infraestructura de salud pública frecuentemente no cumple con estándares de accesibilidad necesarios para atender a personas con discapacidad. Investigaciones recientes muestran que muchos centros de salud carecen de adaptaciones físicas esenciales como rampas adecuadas, puertas anchas y baños accesibles (Rodríguez et al., 2019). La deficiencia de infraestructura impide la movilidad eficiente de los pacientes con discapacidad dentro de las instalaciones de salud, creando barreras físicas insuperables para aquellos con movilidad reducida. Además, las barreras organizacionales, como la falta de programas de sensibilización y capacitación para el personal de salud, perpetúan actitudes negativas y estigmas hacia las personas con discapacidad (González & Pérez, 2020). Esta deficiencia formativa resulta en una atención subóptima, agravando las barreras organizacionales y comprometiendo la calidad del servicio.

Las barreras de comunicación también son prominentes en la mayoría de los países latinoamericanos. Personas con discapacidades auditivas, visuales y del habla enfrentan desafíos críticos debido a la ausencia de intérpretes de lenguaje de señas, señalización en braille y sistemas de comunicación accesibles (Martínez et al., 2021). La carencia de estos recursos obstaculiza considerablemente la interacción efectiva entre pacientes y profesionales de salud, dificultando la recopilación precisa de información clínica y la

comunicación de diagnósticos y planes de tratamiento, con el consecuente deterioro en la calidad de atención.

Además, el acceso limitado a equipos y tecnologías especializadas constituye una barrera tecnológica persistente, siendo que, muchas instalaciones de salud no disponen de tecnologías ni equipos médicos adecuados para atender a personas con diferentes tipos de discapacidad (Ramírez & Hernández, 2020). La falta de estos recursos impide diagnósticos precisos y tratamientos eficaces, perpetuando desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y afectando negativamente los resultados de salud de los pacientes con discapacidad.

En Ecuador, el panorama refleja las mismas tendencias observadas en el resto de Latinoamérica, con particulares limitaciones estructurales y organizacionales. Un informe del Ministerio de Salud Pública (2023) señala que el 2.6% de la población ecuatoriana presenta algún tipo de discapacidad, siendo la discapacidad física la más común. En la provincia del Guayas, que alberga a la mayor cantidad de personas con discapacidad en Ecuador, con un 24.38% de las 401538 personas con discapacidad registradas en el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (2024), la situación es crítica, puesto que, las barreras de accesibilidad son especialmente notorias en los centros de salud, donde se ha documentado un escaso cumplimiento de las normativas que garantizan el acceso adecuado.

En Guayaquil, donde se estima que residen 76.169 personas con discapacidad, la situación es de considerar, puesto que, aunque la infraestructura de salud está en crecimiento, no ha logrado adaptarse completamente a las necesidades de accesibilidad. Informes indican que muchos centros de salud carecen de adecuaciones necesarias para facilitar el acceso a personas con discapacidad, limitando su capacidad para recibir atención oportuna y adecuada; además, la escasez de programas de sensibilización para el personal de salud perpetúa estigmas que afectan la calidad de la atención.

El Centro de Salud No. 6 es un establecimiento de salud ubicado en el sector sur de la ciudad de Guayaquil, que forma parte de la red de primer nivel de atención del Distrito 09D04 Febres Cordero, del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. El ejercicio de gestión de salud pública en este establecimiento se orienta en gran medida hacia la atención primaria de salud, brindando servicios de salud cruciales para la prevención y tratamiento temprano de enfermedades. Sin embargo, se han reportado quejas

frecuentes sobre la calidad de la infraestructura y la accesibilidad, puesto que las personas con discapacidad física enfrentan desafíos significativos debido a la falta de rampas adecuadas, puertas estrechas y señalización deficiente, lo que dificulta seriamente su acceso a los servicios de salud. Además, la carencia de programas de sensibilización y capacitación del personal perpetúa actitudes negativas y estigmas, resultando en una atención deficiente que compromete la calidad del cuidado médico (Hidalgo, Mena, & Mejía, 2022).

Asimismo, existen diversas dificultades como la falta de programas de sensibilización y capacitación del personal de salud, cuya carencia perpetúa incidentes relacionados con el trato al usuario, con la adopción eventual de actitudes negativas que merman la calidad de atención que reciben. Sin el seguimiento específico respecto a la socialización de buenas prácticas, medidas y estrategias orientadas a la mejora de la calidad del servicio (en general) del personal de salud al usuario, provoca una desatención de las competencias necesarias para abordar las necesidades específicas de estos pacientes, lo que resulta en una atención deficiente e incluso en la exacerbación de barreras organizacionales, a lo que se suma la posible falta de sensibilización, con una consecuente falta de empatía, dificultando aún más la comunicación y el entendimiento entre el personal y los pacientes con discapacidad. Esta situación compromete la experiencia de los usuarios, quienes pueden sentirse ignorados o maltratados, y pone en entredicho la misión del centro de salud de ofrecer una atención integral y equitativa. Abordar este problema mediante programas de capacitación y sensibilización es esencial para mejorar la calidad del servicio y promover un ambiente inclusivo y respetuoso para todos los pacientes.

De la misma manera, las barreras de comunicación representan un problema significativo para la población con discapacidad. Las personas con discapacidades auditivas, visuales y del habla enfrentan desafíos considerables debido a la falta de intérpretes de lenguaje de señas, señalización en braille y sistemas de comunicación accesibles, lo que dificulta una interacción efectiva entre los pacientes y el personal sanitario, y en consecuencia, la comprensión de síntomas, diagnósticos y tratamientos en estos pacientes. La ausencia de recursos esenciales no solo compromete la calidad de la atención médica, sino que también genera una percepción de desatención y frustración entre los usuarios, cuya situación agrava la exclusión de las personas con discapacidad y limita su capacidad para recibir atención médica adecuada, poniendo en riesgo su salud y bienestar general.

Por su parte, el acceso limitado a equipos y tecnologías especializadas es un problema crítico en el Centro de Salud No. 6, afectando negativamente a la población con discapacidad. Muchos de estos pacientes requieren tecnologías y equipos médicos específicos, como sillas de ruedas adecuadas, dispositivos de asistencia auditiva y equipos de diagnóstico accesibles, para recibir una atención médica adecuada. La falta de estos recursos limita significativamente la capacidad del centro de salud para ofrecer diagnósticos precisos y tratamientos eficaces. Esta carencia no solo compromete la calidad del servicio, sino que también perpetúa la desigualdad en el acceso a la atención sanitaria. Los pacientes con discapacidad se encuentran con barreras que impiden su participación plena en el sistema de salud, generando una sensación de desamparo y frustración. Es esencial que el centro de salud invierta en la adquisición y mantenimiento de equipos especializados para asegurar una atención integral e inclusiva para todos sus usuarios.

De manera holística, este panorama compromete la eficacia y equidad del sistema de salud, perpetuando desigualdades y limitando significativamente la capacidad de estos pacientes para recibir atención adecuada, por lo que, abordar estas barreras resulta crucial para mejorar la calidad de la atención y garantizar un entorno inclusivo y accesible para todos los usuarios de este establecimiento de salud de la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

1.2. Justificación

La presente investigación se centró en analizar las barreras de accesibilidad en la atención primaria de salud para personas con discapacidad que acuden al Centro de Salud Nro. 6 del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Guayaquil, logrando identificar las principales limitaciones y los factores que influyen en la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención. Este estudio permitió obtener un panorama claro sobre las quejas frecuentes relacionadas con la calidad de la infraestructura y la accesibilidad en el Centro de Salud No. 6, donde se evidenció que las condiciones físicas del establecimiento no cumplían con las necesidades específicas de este grupo vulnerable, lo que sirve para que las entidades de salud pública puedan identificar las mejores estrategias para solventar estas necesidades.

Uno de los problemas más destacados en la población de personas con discapacidad que acuden a este Centro de Salud, fue la insatisfacción con la infraestructura del centro,

que incluyó quejas sobre la falta de rampas adecuadas, puertas anchas y señalización efectiva. Estas deficiencias no solo limitan el acceso físico a los servicios, sino que también afectan la experiencia general del paciente. En respuesta a estas quejas, se dimensionó a través del presente estudio, los aspectos más relevantes a considerar para la proposición de intervenciones clave que incluyen la mejora de la infraestructura existente. Las posibles estrategias que se deriven de los resultados de este estudio, permiten incluir la implementación de rampas y puertas más amplias para facilitar el acceso a personas con movilidad reducida, mientras que una señalización clara y accesible permite contribuir a una mejor orientación dentro del centro. Estas mejoras no solo optimizan la experiencia del usuario, sino que también promueven la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención médica.

Otro aspecto crítico identificado en esta población del Centro de Salud Nro. 6, fue la alta necesidad de programas de sensibilización y capacitación del personal de salud. A menudo, los profesionales no han estado adecuadamente preparados para atender las necesidades específicas de los pacientes con discapacidad, lo que genera actitudes negativas y estigmatizantes. Para abordar este problema, el estudio sugiere el desarrollo e implementación de programas de capacitación basados en evidencia que enfoquen no solo el conocimiento técnico, sino también la empatía y el respeto hacia este grupo. Al mejorar la formación del personal, se espera que se reduzcan significativamente las actitudes negativas y se facilite una comunicación más efectiva entre pacientes y profesionales, lo cual es esencial para garantizar una atención adecuada.

Además, se abordaron las barreras de comunicación mediante la introducción de intérpretes de lenguaje de señas y señalización en braille. Estas medidas son fundamentales para mejorar la interacción entre pacientes y personal sanitario, asegurando que todos los usuarios puedan expresar sus necesidades y comprender plenamente su atención médica. La inclusión de estos recursos contribuye a eliminar malentendidos y fomenta un entorno más inclusivo donde cada paciente se siente valorado y atendido.

Finalmente, el estudio subraya la importancia de invertir en equipos y tecnologías especializadas para ofrecer diagnósticos precisos y tratamientos eficaces. La disponibilidad de herramientas adecuadas es esencial para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud para personas con discapacidad. Al abordar estos problemas estructurales y comunicativos, se logra no solo mejorar la calidad del servicio

ofrecido en el Centro de Salud No. 6, sino también contribuir a un sistema sanitario más inclusivo que responda adecuadamente a las necesidades específicas de todos sus usuarios.

1.3. Delimitación del problema

Esta investigación se centró en analizar las barreras de accesibilidad que enfrentaron las personas con discapacidad en la atención primaria de salud en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil. El estudio abordó específicamente cómo estas barreras afectaron la percepción de calidad de atención de los usuarios con discapacidad.

La investigación se llevó a cabo en el año 2023, utilizando como principal técnica de recolección de datos una encuesta dirigida a los usuarios con discapacidad que fueron atendidos en el centro durante ese año. La investigación se circunscribió al ámbito del Centro de Salud No. 6, con el objetivo de proponer mejoras concretas que pudieran ser implementadas para garantizar una atención primaria accesible y de calidad para toda la población, especialmente para aquellos con discapacidad.

1.4. Formulación del problema

¿Cuáles son las barreras de accesibilidad que enfrentan las personas con discapacidad en la atención primaria de salud en el centro de salud No 6 de Guayaquil?

1.5. Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de las personas con discapacidad sobre la calidad de la atención primaria en el centro de salud No 6 de Guayaquil?

¿Cuáles son las principales barreras de accesibilidad en la atención primaria de salud para personas con discapacidad en el centro de salud No 6?

¿Qué factores inciden en la percepción de los usuarios sobre la accesibilidad y calidad de la atención en el centro de salud No 6 de Guayaquil?

1.6. Objetivo general

Determinar las barreras de accesibilidad a los servicios de atención primaria de salud en pacientes con discapacidad del Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, Ecuador, durante el año 2023.

1.7. Objetivos específicos

- Analizar la percepción de las personas con discapacidad sobre la calidad de la atención de salud en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, Ecuador, durante el año 2023.
- Identificar las principales barreras de accesibilidad a los servicios de atención primaria de salud en pacientes con discapacidad del Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, Ecuador, durante el año 2023.
- Examinar los factores que inciden en la percepción de los usuarios del centro de salud No. 6 de Guayaquil sobre la accesibilidad y calidad de la atención primaria, durante el año 2023.

1.8. Hipótesis general

Las barreras de accesibilidad en los servicios de atención primaria de salud del Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, Ecuador, afectaron negativamente la calidad de la atención recibida por las personas con discapacidad, durante el año 2023.

1.9. Hipótesis específicas

- Las personas con discapacidad percibieron una baja calidad en la atención de salud debido a las barreras de accesibilidad existentes en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil durante el año 2023.
- Las principales barreras de accesibilidad en los servicios de atención primaria de salud para pacientes con discapacidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil incluyeron obstáculos físicos, de comunicación y sociales, durante el año 2023.
- La disponibilidad de infraestructura accesible, el trato del personal de salud y la eficiencia en la atención fueron los factores que más influyeron en la percepción

de los usuarios sobre la accesibilidad y calidad de la atención primaria en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil durante el año 2023.

1.10. Declaración de las variables

1.10.1. Variable independiente

Barreras de accesibilidad a los servicios de salud

1.10.2. Variables dependientes

Percepción de la calidad de la atención.

Percepción de la accesibilidad.

Percepción de la infraestructura.

1.10.3. Operacionalización de las variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables utilizadas en la investigación

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicador | Escala de Medición |
|---|--|--|--|--------------------------------|
| Percepción de la calidad de la atención | Opinión sobre la calidad del servicio de atención primaria recibido. | Evaluación de aspectos como la amabilidad del personal, eficacia del servicio, y adaptación a necesidades. | Satisfacción general con la atención, percepción de la calidad del servicio. | Escala de Likert (1-5) |
| Percepción de la infraestructura | Opinión sobre la adecuación de las instalaciones físicas del centro de salud para personas con discapacidad. | Evaluación de la infraestructura, como la accesibilidad de entradas, baños adaptados, y señalización. | Adecuación de la infraestructura del centro de salud para personas con discapacidad. | Escala de Likert (1-5) |
| Barreras de accesibilidad | Obstáculos físicos, comunicativos y organizativos que impiden el acceso adecuado a la atención. | Barreras específicas como la falta de rampas, información en formatos accesibles, personal capacitado. | Presencia y tipo de barreras en el centro de salud. | Categoría (presencia/ausencia) |

1.11. Alcance y limitaciones

Esta investigación se centró en el análisis de las barreras de accesibilidad que enfrentan las personas con discapacidad en la atención primaria de salud, con un enfoque específico en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil. El estudio abarcó la identificación

de las principales barreras físicas que obstaculizan el acceso de estos usuarios a los servicios de salud, así como la evaluación de la percepción de la calidad de la atención recibida. Además, se buscó determinar los factores que influyen en dicha percepción, lo cual permite proponer recomendaciones para mejorar la accesibilidad y la calidad del servicio en este centro de salud.

En cuanto a las limitaciones, cabe destacar que el estudio se circunscribió únicamente al Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, lo que limita la generalización de los resultados a otros centros de salud o contextos diferentes. Asimismo, la investigación se basó en encuestas aplicadas a usuarios con discapacidad que fueron atendidos durante el año 2023, por lo que los resultados reflejan las percepciones y experiencias de este grupo específico, lo cual podría no representar la realidad de otros periodos o de personas con otras discapacidades. Además, la naturaleza subjetiva de las encuestas puede influir en la variabilidad de las respuestas, lo que representa una limitación en la precisión de los datos obtenidos. Sin embargo, los hallazgos proporcionan una base sólida para la mejora continua del acceso y calidad en la atención primaria para personas con discapacidad en el contexto estudiado.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La implementación de la atención primaria de salud está inextricablemente vinculada a una serie de determinantes sociales que moldean la eficacia y equidad de los servicios en diferentes países de la región. Los factores socioeconómicos desempeñan un papel preponderante, ya que las disparidades económicas entre las comunidades pueden afectar directamente su acceso y capacidad para aprovechar los servicios ofrecidos (Antoñanzas & Gimeno, 2022). Las inequidades en la educación también desempeñan un papel significativo, ya que las poblaciones con acceso limitado a la educación pueden enfrentar dificultades para comprender y utilizar plenamente los recursos de atención primaria (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).

Los aspectos culturales y sociales añaden capas adicionales de complejidad. Las percepciones comunitarias sobre la atención primaria y la disposición para participar en programas de salud preventiva pueden estar influenciadas por normas culturales arraigadas y prácticas sociales (Licona-Rivera et al., 2022). Esta variabilidad cultural subraya la importancia de adoptar enfoques contextualizados que respeten y comprendan las particularidades culturales de cada comunidad. Además, la disponibilidad de recursos económicos y la infraestructura en las comunidades desempeñan un papel clave, ya que las áreas con limitaciones económicas pueden enfrentar desafíos adicionales para establecer y mantener servicios de atención primaria efectivos (Thomas- Lange, 2022).

Abordar estas inequidades derivadas de los determinantes sociales se convierte en una tarea esencial para fortalecer la implementación de la atención primaria de salud (Abramo, Cecchini, & Ullmann, 2020). Estrategias específicas deben ser diseñadas y adaptadas para abordar las necesidades únicas de cada comunidad, reconociendo la diversidad de contextos sociales, económicos y culturales. La equidad en la implementación de la atención primaria no solo impulsa la accesibilidad, sino que también contribuye a la construcción de sociedades más saludables y resilientes (Franco-Giraldo, 2022).

En Sudamérica, los sistemas de salud presentan características distintivas en comparación con los modelos europeos. A diferencia de estos últimos, la universalización de la protección social en salud no se ha completado en la región (Rojas & Gil, 2021). Las características destacadas en los sistemas de salud de América Latina incluyen la segmentación de la cobertura, fragmentación organizacional y privatización en la financiación y prestación de servicios de salud (García-Roco et al., 2021). Aunque los modelos europeos influyeron en las políticas de salud de la región, no fueron completamente implementados. Persiste una importante segmentación en la protección social en salud, con la presencia de varios subsistemas que cubren a diferentes grupos poblacionales según su estatus laboral, pertenencia social y capacidad de pago (Medina & Cernaqué, 2022).

En Ecuador, en los últimos cinco años, los estudios centrados en analizar las barreras de accesibilidad para personas con discapacidad en los centros de salud han sido limitados. La escasez de investigaciones específicas resalta la necesidad urgente de abordar este tema, para garantizar que las personas con discapacidad reciban una atención equitativa y accesible en el sistema de salud.

Hidalgo, Mena, & Mejía (2022), realizaron un estudio con el objetivo de describir las barreras y facilitadores de acceso a la atención primaria de salud en personas con discapacidad física. Para llevar a cabo esta investigación, se realizó una revisión bibliográfica basada en la búsqueda, selección, revisión, interpretación y síntesis de la evidencia científica. Se consultaron fuentes de literatura científica en las bases de datos Scielo, Redalyc, Latindex y PubMed, centrando la búsqueda en artículos publicados en los últimos cinco años y utilizando términos MeSH en español, inglés y portugués. De un total de 67 documentos identificados, se incluyeron 46 en el análisis, excluyendo los 21 restantes debido a deficiencias metodológicas. Los hallazgos principales indican que las barreras incluyen las condiciones físicas de las unidades de salud, el funcionamiento del sistema de salud, el acceso de las personas con discapacidad a la atención primaria y las características del paciente y su entorno familiar. El principal facilitador identificado fue el relacionado con el sistema de salud.

2.2. Contenido teórico

2.2.1. Atención primaria de salud

La atención primaria de salud (APS) constituye un concepto fundamental en los sistemas de salud a nivel mundial, representando el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Proporciona servicios integrales, accesibles y basados en la comunidad, esenciales para mantener la salud y el bienestar de las poblaciones (Escobar-Vargas, 2019). La APS se define como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, que están al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad (Cárdenas-López, 2022).

La Declaración de Alma-Ata de 1978 estableció los principios de la APS, enfatizando la necesidad de un acceso universal a servicios de salud, la equidad en la distribución de recursos, la participación comunitaria y la intersectorialidad. Los objetivos de la APS incluyen la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento de afecciones comunes, la rehabilitación y la atención paliativa, los cuales se logran a través de una combinación de intervenciones clínicas, servicios preventivos y actividades de promoción de la salud orientadas hacia las necesidades de la comunidad (Fernández-Román, 2023).

En términos de componentes, la APS abarca varios aspectos esenciales que permiten una atención integral y continua. Estos componentes incluyen la promoción de la salud, que abarca actividades destinadas a mejorar la salud y prevenir enfermedades, como campañas de vacunación, programas de educación sanitaria y la promoción de estilos de vida saludables. Además, la prevención de enfermedades mediante estrategias que buscan reducir la incidencia de enfermedades a través de la detección temprana, el cribado de enfermedades y la prevención de factores de riesgo (Ramos-Díaz, 2017).

Asimismo, la atención curativa se centra en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes y condiciones agudas, incluyendo el manejo de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión. La rehabilitación, por su parte, proporciona servicios que ayudan a las personas a recuperar o mejorar sus capacidades físicas, mentales y sociales tras una enfermedad o lesión. Finalmente, la atención paliativa mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento (Zárate-Depraect, y otros, 2022).

La APS se basa en varios principios fundamentales que guían su implementación y desarrollo. Entre estos principios, la accesibilidad se destaca, ya que los servicios de APS deben estar disponibles y accesibles para todos los individuos, independientemente de su ubicación geográfica, condición económica o cualquier otra barrera potencial. Asimismo, la atención integral, que implica proporcionar un amplio espectro de servicios que aborden todas las necesidades de salud de la comunidad, desde la promoción y prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación (Toledo-Ortiz, 2022).

La continuidad de la atención también es crucial, garantizando que los servicios de APS se mantengan a lo largo del tiempo, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas y la atención a lo largo de la vida. Otro principio esencial es la participación comunitaria, donde la comunidad debe ser parte activa en el diseño, implementación y evaluación de los servicios de APS, asegurando que los servicios sean relevantes y aceptables para la población a la que están destinados (Vargas-Terrez & Villamil-Salcedo, 2016). Además, la intersectorialidad promueve la colaboración entre diferentes sectores, como la educación, el medio ambiente y el desarrollo social, para abordar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud.

A pesar de su importancia, la APS enfrenta varios desafíos, entre ellos la escasez de recursos, la falta de infraestructura adecuada, la insuficiencia de personal de salud capacitado y las barreras geográficas y socioeconómicas que limitan el acceso a los servicios de salud. Además, la creciente carga de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población plantean retos adicionales para los sistemas de APS (Franco-Giraldo, 2015). No obstante, también existen numerosas oportunidades para fortalecer la APS. La implementación de tecnologías de la información y comunicación (TIC) puede mejorar la eficiencia y el alcance de los servicios. Las políticas de salud pública que promueven la equidad y el acceso universal a la salud pueden contribuir significativamente a mejorar la APS. Además, la formación continua y el desarrollo profesional del personal de salud son cruciales para mantener y mejorar la calidad de los servicios de APS (Saito & Zoboli, 2015).

2.2.2. Discapacidad

La discapacidad se refiere a una condición que afecta a una persona de manera significativa en uno o más aspectos de su vida diaria, limitando su capacidad para llevar a cabo actividades habituales y participar en la sociedad en igualdad de condiciones. Esta

condición puede ser resultado de una variedad de factores, incluyendo enfermedades, lesiones, trastornos genéticos o problemas de salud mental (Huete-García, 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad es un término que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación, y reconoce que las barreras ambientales y sociales desempeñan un papel crucial en la experiencia de la discapacidad.

Existen diferentes tipos de discapacidad, cada uno con características y desafíos únicos, pero es importante señalar que una persona puede experimentar más de un tipo de discapacidad al mismo tiempo. En primer lugar, la discapacidad física es probablemente la más visible y reconocida (Gómez-Díaz, 2018). Se refiere a cualquier limitación en la función física del cuerpo, que puede afectar la movilidad, la destreza o la resistencia. Las causas de la discapacidad física incluyen lesiones traumáticas, enfermedades crónicas, trastornos neurológicos y condiciones congénitas. Ejemplos comunes incluyen parálisis, amputaciones, esclerosis múltiple y distrofia muscular. Las personas con discapacidades físicas pueden necesitar el uso de dispositivos de asistencia como sillas de ruedas, prótesis, bastones o andadores para mejorar su movilidad e independencia (Asola & Hodge, 2019).

Por otro lado, la discapacidad sensorial afecta uno o más de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el olfato o el tacto. La discapacidad visual puede variar desde una visión parcial hasta la ceguera total. Las personas con discapacidad visual pueden utilizar ayudas como lentes correctivos, lupas, tecnología de aumento y dispositivos de lectura en braille para compensar su pérdida de visión (Reid & Bullins, 2020). En cuanto a la discapacidad auditiva, esta puede ir desde una pérdida auditiva leve hasta la sordera profunda. Los individuos con discapacidad auditiva a menudo se benefician del uso de audífonos, implantes cocleares y el aprendizaje de la lengua de señas para comunicarse efectivamente (Rodríguez- Brito, 2018).

La discapacidad intelectual o cognitiva implica limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, lo que afecta habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Las causas pueden ser diversas, incluyendo trastornos genéticos como el síndrome de Down, problemas en el desarrollo prenatal o perinatal, y factores ambientales (Shree & Shukla, 2016). Las personas con discapacidades intelectuales pueden tener dificultades con el aprendizaje, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la adaptación a nuevas situaciones. Pueden

requerir apoyo adicional en el ámbito educativo y laboral para desarrollar su potencial y participar activamente en la sociedad (Enriquez-Canto, 2018).

La discapacidad del desarrollo es un subgrupo de discapacidades que generalmente se manifiestan durante el desarrollo temprano de la vida, a menudo antes de que el niño alcance la edad de 22 años. Estas discapacidades incluyen condiciones como el trastorno del espectro autista (TEA), la parálisis cerebral y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Schalock, Luckasson, & Tassé, 2019). Los individuos con discapacidades del desarrollo pueden presentar una amplia gama de desafíos en la comunicación, la interacción social, el comportamiento y las habilidades motoras. Los programas de intervención temprana, la educación especial y las terapias ocupacionales y del habla son cruciales para apoyar su desarrollo y bienestar (Simplican, Leader, Kosciulek, & Leahy, 2015).

La discapacidad psicosocial, también conocida como discapacidad mental, se refiere a trastornos que afectan la salud mental y emocional de una persona, interfiriendo con su capacidad para pensar, sentir y relacionarse con los demás de manera efectiva. Ejemplos de estas discapacidades incluyen la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad (del Pilar-Arenas & Melo-Trujillo, 2021). Las personas con discapacidades psicosociales pueden enfrentar estigmatización y discriminación, lo que agrava sus dificultades para acceder a la atención sanitaria adecuada, el empleo y la educación. La terapia psicológica, el asesoramiento y la medicación son componentes esenciales del tratamiento y la gestión de estas condiciones (Pérez-Ramírez, 2021).

Además, la discapacidad invisible es un concepto importante que abarca condiciones que no son inmediatamente aparentes para los demás, pero que pueden tener un impacto significativo en la vida de una persona. Esto incluye enfermedades crónicas como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la diabetes y las condiciones de salud mental mencionadas anteriormente. Las personas con discapacidades invisibles a menudo enfrentan la incomprensión y la falta de apoyo debido a la naturaleza no evidente de sus condiciones (Olkin, Hayward, Abbene, & VanHeel, 2019).

Finalmente, es crucial reconocer que la discapacidad no es un fenómeno estático; puede variar en su manifestación y gravedad a lo largo del tiempo. Las barreras sociales y ambientales juegan un papel determinante en cómo se experimenta la discapacidad. La accesibilidad, el diseño inclusivo y la eliminación de barreras físicas y actitudinales son

fundamentales para garantizar que las personas con discapacidad puedan participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Esto incluye la implementación de políticas y leyes que protejan sus derechos y promuevan la igualdad de oportunidades en educación, empleo y otros servicios (Vásquez-Salguero & Veloz-Tapia, 2023).

2.2.3. Accesibilidad en los servicios de salud

La accesibilidad en los servicios de salud es un aspecto fundamental para garantizar que todas las personas, independientemente de sus condiciones físicas, sensoriales, económicas o sociales, puedan recibir una atención adecuada y de calidad. La accesibilidad se refiere a la facilidad con la que las personas pueden obtener y utilizar los servicios de salud necesarios (Sánchez-Torres, 2017). Abarca varias dimensiones, incluyendo la accesibilidad física, comunicacional, actitudinal y económica. Estas dimensiones son cruciales para la efectividad de la atención primaria de salud, y su implementación adecuada asegura que los servicios de salud sean inclusivos y equitativos (Quintero, Toirac, Laffita, Rodríguez, & Ruíz, 2022).

2.2.3.1. Tipos de accesibilidad

La accesibilidad física se refiere a la facilidad con la que las personas pueden llegar a los servicios de salud y utilizarlos sin enfrentar barreras arquitectónicas o físicas. Esto incluye la adecuación de los edificios y las instalaciones para permitir el acceso a personas con movilidad reducida, como aquellas que usan sillas de ruedas, muletas o andadores. Los elementos básicos para garantizar la accesibilidad física incluyen rampas en lugar de escaleras, puertas amplias para permitir el paso de sillas de ruedas, ascensores accesibles, y baños adaptados (Alonso-López & Bacaria-Colom, 2016). La ausencia de barreras físicas es esencial para permitir que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud en igualdad de condiciones. Sin estas adaptaciones, las personas con discapacidades físicas pueden enfrentar dificultades significativas para acceder a la atención médica, lo que puede llevar a retrasos en el diagnóstico y tratamiento, y, en consecuencia, a una peor salud general (Sánchez-Serret, 2015).

La accesibilidad comunicacional se refiere a la capacidad de las personas para recibir, entender y utilizar la información sobre los servicios de salud. Esto incluye la disponibilidad de información en formatos accesibles para personas con discapacidades sensoriales, como material en braille para personas con discapacidad visual o intérpretes

de lengua de señas para personas con discapacidad auditiva (Soto & de los Ángeles, 2016). La accesibilidad comunicacional también abarca la claridad del lenguaje utilizado en la comunicación de los servicios de salud, de modo que sea comprensible para todos, incluidos aquellos con dificultades cognitivas. La falta de accesibilidad comunicacional puede llevar a malentendidos, errores en el tratamiento y una disminución en la calidad de la atención que reciben las personas, lo que refuerza la necesidad de adaptar las comunicaciones de salud para que sean inclusivas y comprensibles para todos los pacientes (Araújo & de Sousa, 2021).

La accesibilidad actitudinal se refiere a la actitud y comportamiento del personal de salud hacia las personas con discapacidades. Esta dimensión es crucial, ya que las actitudes negativas, la discriminación y la falta de sensibilización del personal pueden crear barreras significativas para la atención adecuada (Barron-Soto, 2021). La accesibilidad actitudinal implica la capacitación del personal en cuestiones de diversidad y sensibilidad para garantizar que todas las personas reciban un trato respetuoso y no discriminatorio. La capacitación puede incluir la educación sobre los derechos de las personas con discapacidad, así como la formación en la manera adecuada de interactuar con pacientes que tienen diversas necesidades. Mejorar la actitud y el comportamiento del personal puede facilitar una experiencia de atención más positiva y accesible para todos los pacientes (Pelleboer- Gunnink, Van-Oorsouw, Van-Weeghel, & Embregts, 2017).

La accesibilidad económica se refiere al costo de los servicios de salud y su impacto en las personas con recursos limitados. Esto incluye la disponibilidad de servicios de salud a precios asequibles o la existencia de mecanismos de apoyo financiero, como seguros de salud o subsidios, que ayuden a cubrir los costos de atención (Sánchez-Torres, 2017). La accesibilidad económica es crucial para garantizar que las personas, independientemente de su situación económica, puedan acceder a la atención médica que necesitan sin enfrentar barreras financieras. Las barreras económicas pueden limitar severamente el acceso a los servicios de salud, lo que puede llevar a la falta de atención adecuada y, por ende, a una mayor incidencia de problemas de salud graves (Cifuentes-Coy, 2024).

2.2.3.2. Importancia de la accesibilidad en la atención primaria de salud

La accesibilidad en la atención primaria de salud es fundamental para asegurar que todos los individuos puedan recibir atención integral, preventiva y curativa sin enfrentar

barreras. La atención primaria de salud es el primer punto de contacto entre los individuos y el sistema de salud, y su eficacia depende en gran medida de la capacidad para proporcionar servicios que sean accesibles para todas las personas (Dassah, Aldersey, McColl, & Davison, 2018).

La importancia de la accesibilidad en la atención primaria de salud se manifiesta en varias áreas clave. En primer lugar, la accesibilidad física y comunicacional permite que las personas puedan llegar a los servicios de salud y entender la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud. Esto es especialmente crucial para prevenir enfermedades y gestionar condiciones crónicas desde el principio. La capacidad de acceder a la atención preventiva y los servicios de educación sobre salud puede reducir la carga de enfermedades a nivel comunitario y mejorar la calidad de vida de los individuos (Sánchez-Torres, 2017).

En segundo lugar, la accesibilidad actitudinal asegura que todas las personas reciban una atención respetuosa y libre de discriminación. Las actitudes positivas del personal de salud pueden mejorar la experiencia del paciente, fomentar la confianza en los servicios de salud y aumentar la adherencia al tratamiento. La capacitación en sensibilidad y diversidad ayuda a reducir la estigmatización y la exclusión, promoviendo un entorno más inclusivo y acogedor (Barron-Soto, 2021).

Además, la accesibilidad económica es esencial para garantizar que el costo no sea una barrera para recibir atención médica. Los servicios de salud asequibles y los mecanismos de apoyo financiero permiten que las personas de todos los niveles socioeconómicos puedan acceder a la atención que necesitan sin enfrentarse a dificultades financieras significativas. Esto no solo mejora la salud de los individuos, sino que también contribuye a la equidad en la atención médica y reduce las desigualdades en salud a nivel poblacional (Cifuentes-Coy, 2024).

2.2.4. Adaptaciones y recursos necesarios para una atención accesible

Para garantizar una atención accesible, es necesario implementar diversas adaptaciones y recursos que aborden las diferentes dimensiones de la accesibilidad. En términos de accesibilidad física, las instalaciones de salud deben estar diseñadas para cumplir con las normativas de accesibilidad, incluyendo la construcción de rampas, la instalación de ascensores y la adaptación de baños (Rodríguez-Benito, Benedé-Azagra, Cubillo-Llanes,

& Calderón-Larrañaga, 2023). La señalización clara y visible, en braille y con pictogramas, también es esencial para facilitar el acceso a las personas con discapacidades visuales y para orientar a los pacientes dentro de las instalaciones. La planificación del diseño de los espacios debe considerar las necesidades de todos los usuarios, garantizando que los servicios de salud sean utilizables por personas con diferentes tipos de discapacidades (Beleño-Ramos, Causil-Cortes, & Puello-Bernal, 2023).

En cuanto a la accesibilidad comunicacional, es crucial que los materiales informativos estén disponibles en formatos accesibles, como braille, audio y texto claro. Los servicios de traducción e interpretación también deben estar disponibles para garantizar que las personas que no hablan el idioma principal puedan comprender la información médica. Además, la formación del personal en comunicación inclusiva y el uso de tecnologías asistidas, como software de lectura en voz alta, puede mejorar la accesibilidad de la información para personas con discapacidades cognitivas o del habla (Marchisoney, 2020).

Para abordar la accesibilidad actitudinal, es fundamental implementar programas de capacitación para el personal de salud que incluyan formación en diversidad, sensibilidad cultural y habilidades de comunicación inclusiva. Esta capacitación debe estar diseñada para promover la empatía, reducir el sesgo y mejorar la calidad de la interacción entre el personal y los pacientes. La creación de un entorno inclusivo también implica establecer políticas y prácticas que fomenten el respeto y la dignidad de todas las personas, independientemente de sus condiciones de salud (McGregor, Belton, Henry, Wrenn, & Holden, 2019).

La accesibilidad económica se puede mejorar mediante la implementación de políticas de precios justos, subsidios y seguros de salud accesibles. Las instituciones de salud deben trabajar en colaboración con entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales para desarrollar mecanismos de apoyo financiero que ayuden a cubrir los costos de atención médica para aquellos con menos recursos. La transparencia en los costos y la oferta de opciones de pago flexibles también pueden reducir las barreras económicas y mejorar el acceso a los servicios de salud (Cifuentes-Coy, 2024).

2.2.5. Barreras de accesibilidad

Las barreras de accesibilidad en los centros de salud afectan significativamente la capacidad de las personas con discapacidad para recibir atención médica adecuada. Estas barreras se manifiestan en diversas formas, desde problemas físicos en la infraestructura hasta desafíos comunicacionales, actitudinales y económicos. Entender y abordar estas barreras es crucial para promover una atención inclusiva y equitativa para todos los pacientes (Eide, y otros, 2015).

2.2.5.1. *Barreras físicas*

Las barreras físicas son obstáculos tangibles que dificultan el acceso y la movilidad dentro de los centros de salud. Estas barreras se originan en la infraestructura y el diseño de los espacios, lo que puede limitar la capacidad de las personas con discapacidades físicas o de movilidad para acceder a los servicios necesarios (Garnelo, y otros, 2020). Las instalaciones de salud que no están diseñadas con un enfoque inclusivo a menudo presentan escaleras en lugar de rampas, puertas estrechas que no permiten el paso de sillas de ruedas, y la falta de ascensores en edificios de varios pisos. Estas barreras impiden que las personas con discapacidades físicas lleguen a los servicios de salud de manera autónoma y segura (Solaguren-Goyoaga, 2021).

Además, los baños adaptados para personas con discapacidad suelen ser una necesidad básica que, lamentablemente, no siempre está presente en todas las instalaciones de salud. La falta de estos baños puede generar dificultades significativas para las personas con movilidad reducida, quienes pueden verse obligadas a buscar otros lugares para satisfacer sus necesidades básicas (Pinto, Köptcke, David, & Kuper, 2021). Las áreas de espera también deben ser accesibles, con suficiente espacio para maniobrar sillas de ruedas y mobiliario adecuado que facilite la comodidad de todas las personas. La señalización clara y visible es otro aspecto importante; los letreros en braille y con alto contraste son necesarios para las personas con discapacidad visual, mientras que la información en formatos accesibles es crucial para la comprensión de todos los pacientes (Pharr, James, & Yeung, 2019).

El diseño de espacios también debe considerar las necesidades de las personas con discapacidades auditivas y cognitivas. Por ejemplo, los sistemas de alerta en caso de emergencias deben incluir señales visuales y auditivas para asegurar que todas las personas puedan recibir la información necesaria sin importar sus habilidades sensoriales. La planificación de espacios debe seguir normas y estándares de

accesibilidad que garanticen que todos los usuarios puedan acceder a los servicios médicos de manera equitativa y sin obstáculos (Kuenburg, Fellingner, & Fellingner, 2016).

2.2.5.2. *Barreras comunicacionales*

Las barreras comunicacionales se relacionan con la dificultad para recibir, entender y utilizar la información necesaria en el contexto de la atención médica. Estas barreras pueden ser especialmente problemáticas para personas con discapacidades sensoriales, cognitivas o del habla (Li, Son, Abdulkerim, Jordan, & Son, 2017). La falta de acceso a la información en formatos accesibles, como braille, audio o texto claro, puede limitar la capacidad de las personas para comprender las instrucciones médicas, los procedimientos y las políticas de los centros de salud. Este problema se agrava cuando la información médica importante no está disponible en múltiples idiomas o no se proporciona de manera comprensible para personas con diferentes niveles de alfabetización (Borgström & Luengprakarn, 2023).

La tecnología asistida juega un papel crucial en la superación de barreras comunicacionales. Dispositivos como audífonos, implantes cocleares y programas de lectura de pantalla son herramientas que permiten a las personas con discapacidades sensoriales acceder a la información médica y comunicarse de manera efectiva con el personal de salud (Condori-Ochoa & Peceros-Peralta, 2021). Sin embargo, la disponibilidad y el uso de estas tecnologías pueden ser limitados si los centros de salud no están equipados adecuadamente o si el personal no está capacitado para utilizarlas de manera efectiva. La integración de tecnologías asistidas debe ser parte de una estrategia más amplia para garantizar que todas las personas puedan participar plenamente en la atención médica (Aceto, Persico, & Pescapé, 2018).

La comunicación con personas con discapacidades cognitivas o del habla también requiere adaptaciones específicas. Por ejemplo, el personal de salud debe estar capacitado en el uso de métodos alternativos de comunicación, como la lengua de señas o sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (CAA), para facilitar la interacción con pacientes que tienen dificultades para hablar o entender el lenguaje hablado. La falta de capacitación en estas áreas puede crear barreras adicionales que dificultan la provisión de una atención adecuada y centrada en el paciente (Enriquez-Canto, 2018).

2.2.5.3. *Barreras actitudinales*

Las barreras actitudinales se refieren a las actitudes negativas, prejuicios y estigmatización que pueden afectar la calidad de la atención que reciben las personas con discapacidad. Estas barreras suelen manifestarse a través de comportamientos discriminatorios por parte del personal de salud, quienes pueden tener actitudes negativas o no estar debidamente informados sobre las necesidades específicas de los pacientes con discapacidades. La estigmatización y los prejuicios pueden llevar a una atención de menor calidad, a la falta de respeto hacia las personas con discapacidad y a la exclusión de ciertos servicios (Zamudio- Quiceno & Lopera-Patiño, 2023).

La capacitación del personal en cuestiones de sensibilidad y diversidad es esencial para abordar las barreras actitudinales. El personal de salud debe recibir formación en empatía, en la comprensión de los derechos de las personas con discapacidad y en la adopción de prácticas inclusivas que garanticen que todos los pacientes reciban un trato digno y respetuoso. Esta capacitación debe incluir la educación sobre cómo evitar los prejuicios inconscientes y cómo interactuar de manera efectiva con pacientes que tienen diferentes tipos de discapacidades (Kwame & Petrucka, 2022).

El trato inadecuado también puede manifestarse en la falta de paciencia y la falta de adaptación a las necesidades específicas de los pacientes. Por ejemplo, el personal que no está dispuesto a tomar el tiempo necesario para comunicarse de manera efectiva con personas con discapacidades cognitivas o del habla puede contribuir a una experiencia negativa para el paciente. La creación de un entorno de atención inclusiva requiere no solo la eliminación de barreras físicas y comunicacionales, sino también la promoción de una cultura de respeto y comprensión dentro de las instalaciones de salud (Carrión-Ramírez, Córdova- Medina, & Murillo-Párraga, 2023).

2.2.5.4. *Barreras económicas y sociales*

Las barreras económicas y sociales pueden tener un impacto significativo en el acceso con la atención médica para las personas con discapacidad. Los costos asociados con la atención médica, incluyendo consultas, tratamientos y medicamentos, pueden ser prohibitivos para muchas personas, especialmente para aquellas que ya enfrentan desafíos económicos (Añarumba Nolasco, Guevara-Zambrano, & Vivanco-Guzmán, 2024). Además, los costos de los dispositivos de asistencia, adaptaciones en el hogar

y transporte accesible pueden añadir una carga financiera adicional. La falta de recursos financieros puede llevar a retrasos en la atención médica, a la falta de cumplimiento con las recomendaciones de tratamiento y a una mayor incidencia de problemas de salud graves (Tzenios, 2019).

Los seguros de salud y los subsidios gubernamentales juegan un papel crucial en la mitigación de las barreras económicas. Sin embargo, la cobertura de estos seguros puede ser insuficiente o no estar disponible para todas las personas con discapacidad. Los sistemas de salud deben garantizar que existan mecanismos de apoyo financiero accesibles y adecuados para cubrir los costos de atención médica y dispositivos de asistencia. Las políticas de subsidios y seguros deben ser diseñadas de manera que aborden las necesidades específicas de las personas con discapacidad y reduzcan las barreras económicas (Stenberg, y otros, 2017).

Las barreras sociales también pueden influir en el acceso a la atención médica. La exclusión social y la discriminación pueden limitar las oportunidades de empleo y las fuentes de ingresos para las personas con discapacidad, afectando su capacidad para acceder a servicios de salud de calidad. La falta de inclusión en la vida social y laboral puede llevar a un mayor aislamiento y a una menor calidad de vida, lo que a su vez afecta la salud general de las personas. La promoción de la inclusión social y la igualdad de oportunidades es fundamental para mejorar el acceso a la atención médica y para reducir las barreras económicas (Duque-Castro, Ortiz-Urbano, & Rengifo-Arias, 2018).

2.2.6. Estrategias para superar las barreras de accesibilidad

Superar las barreras de accesibilidad en los centros de salud es fundamental para garantizar que todas las personas, independientemente de sus habilidades o discapacidades, puedan recibir una atención médica equitativa y de calidad. La implementación de estrategias efectivas para abordar estas barreras puede mejorar significativamente la accesibilidad y la experiencia de los pacientes. A continuación, se exploran diversas estrategias que pueden ser aplicadas para superar las barreras físicas, comunicacionales, actitudinales y económicas en la atención médica (Bazualdo-Fiorini & Contreras-Rivera, 2022).

2.2.6.1. Estrategias para barreras físicas

La primera estrategia para superar las barreras físicas en los centros de salud es la renovación y diseño de la infraestructura con un enfoque inclusivo. Esto incluye la construcción de rampas en lugar de escaleras, la instalación de puertas anchas para facilitar el paso de sillas de ruedas, y la inclusión de ascensores en edificios de varios pisos. La adaptación de los baños para que sean accesibles para personas con movilidad reducida es igualmente crucial; estos deben estar equipados con barras de apoyo, espacios adecuados para maniobrar y lavabos a una altura accesible (Jiménez- Barbosa & Acuña-Gómez, 2015).

Además, es fundamental implementar una señalización clara y visible en las instalaciones. Los letreros deben ser legibles y estar en formatos accesibles, como braille y con alto contraste, para personas con discapacidades visuales. La colocación estratégica de estas señales puede facilitar la navegación por las instalaciones y reducir la confusión, haciendo que el entorno sea más acogedor y funcional para todos (Kuenburg, Fellingner, & Fellingner, 2016).

Otra estrategia clave es la revisión y adecuación continua de los espacios físicos para garantizar que cumplan con los estándares de accesibilidad. La realización de auditorías de accesibilidad periódicas puede identificar problemas existentes y áreas de mejora, permitiendo a las instituciones de salud realizar ajustes necesarios para mejorar la accesibilidad (Vásquez-Salguero & Veloz-Tapia, 2023).

2.2.6.2. Estrategias para barreras comunicacionales

Para superar las barreras comunicacionales, es esencial asegurar que la información médica esté disponible en múltiples formatos accesibles. Esto incluye proporcionar materiales en braille, lenguaje de señas y en formatos digitales que puedan ser leídos por programas de lectura de pantalla. Además, los centros de salud deben contar con personal capacitado para utilizar y manejar tecnologías asistidas, como audífonos y sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (CAA), para garantizar que todos los pacientes puedan acceder a la información necesaria (García-González, 2021).

La capacitación del personal en habilidades de comunicación inclusiva es igualmente importante. Esto implica formar al personal en el uso de métodos alternativos de comunicación y en la sensibilidad hacia las necesidades de pacientes con discapacidades. La formación debe incluir prácticas sobre cómo interactuar eficazmente

con personas con discapacidades auditivas, visuales, cognitivas y del habla, utilizando estrategias como el lenguaje claro y simple, y el uso de ayudas visuales o tecnológicas (Doherty, y otros, 2020).

Los centros de salud también deben implementar sistemas de información accesibles y adaptativos. Esto puede incluir la adopción de tecnologías que faciliten la comunicación, como aplicaciones móviles que ofrezcan información en formatos accesibles y herramientas de traducción en tiempo real. La integración de estas tecnologías puede mejorar la comunicación entre los pacientes y el personal de salud, y asegurar que todos reciban la información necesaria para su atención (Rios, Magasi, Novak, & Harniss, 2016).

2.2.6.3. *Estrategias para barreras actitudinales*

Las barreras actitudinales, que se manifiestan a través de estigmatización y prejuicios, requieren una intervención significativa para promover una cultura de respeto e inclusión. Una estrategia efectiva es la implementación de programas de capacitación en sensibilidad y diversidad para todo el personal de salud. Estos programas deben centrarse en la eliminación de prejuicios inconscientes, la promoción de la empatía y la comprensión de los derechos de las personas con discapacidad (Arias-Parra & Patiño- Zapata, 2021).

La capacitación debe incluir módulos sobre la historia y la experiencia de las personas con discapacidad, así como prácticas inclusivas que fomenten un trato respetuoso y digno. Los talleres interactivos y las sesiones de sensibilización pueden ser herramientas útiles para ayudar al personal a reconocer y superar actitudes negativas o estereotipos (Zamudio-Quiceno & Lopera-Patiño, 2023).

Otra estrategia clave es la creación de políticas y procedimientos que promuevan un trato inclusivo y respetuoso en el entorno de atención. Estas políticas deben estar claramente comunicadas a todo el personal y ser respaldadas por prácticas consistentes. La implementación de mecanismos de retroalimentación y denuncia también es importante, permitiendo a los pacientes y sus familias reportar cualquier incidente de trato inadecuado y asegurando que se tomen medidas correctivas (Ciro-Correa, y otros, 2020).

Fomentar una cultura de inclusión también implica reconocer y celebrar la diversidad dentro del equipo de atención. La contratación de personal con experiencia y conocimiento en la atención de personas con discapacidad puede contribuir a un entorno más inclusivo y comprensivo. Además, la promoción de un ambiente en el que se valoren las diversas perspectivas y habilidades puede ayudar a mejorar la calidad de la atención y la experiencia del paciente (Arias-Parra & Patiño-Zapata, 2021).

2.2.6.4. *Estrategias para barreras económicas y sociales*

Superar las barreras económicas y sociales requiere una combinación de políticas de apoyo y recursos financieros adecuados. Para abordar las barreras económicas, es fundamental desarrollar programas de subsidios y asistencia financiera que ayuden a cubrir los costos asociados con la atención médica, dispositivos de asistencia y adaptaciones en el hogar. Los centros de salud deben trabajar en colaboración con entidades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales para asegurar que estos recursos estén disponibles para las personas con discapacidad que los necesiten (Jiménez & Salcedo, 2024).

Además, los seguros de salud deben ofrecer una cobertura adecuada para los servicios y dispositivos necesarios para las personas con discapacidad. Las políticas de seguros deben ser revisadas y ajustadas para garantizar que incluyan una gama completa de servicios y tecnologías asistidas, reduciendo así la carga financiera sobre los pacientes y sus familias (Moreno-Vida, 2023).

La promoción de la inclusión social y la igualdad de oportunidades es otra estrategia crucial. Esto implica trabajar para reducir la discriminación en el empleo y asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a oportunidades laborales y educativas. La inclusión social puede mejorar la estabilidad económica de las personas con discapacidad, lo que a su vez facilita su acceso a la atención médica y otros servicios (Jiménez & Salcedo, 2024).

Además, es importante abordar los factores sociales que contribuyen a la exclusión y el aislamiento de las personas con discapacidad. La promoción de una mayor participación en la comunidad y el acceso a actividades sociales puede mejorar la calidad de vida y el bienestar general, contribuyendo a un acceso más equitativo a los servicios de salud (Moreno-Vida, 2023).

2.2.7. Impacto de las barreras de accesibilidad en la calidad el servicio

Las barreras de accesibilidad en los centros médicos tienen un impacto significativo en la calidad del servicio y el bienestar de las personas atendidas. Estas barreras pueden manifestarse en diversas formas, desde limitaciones físicas en la infraestructura hasta obstáculos comunicacionales y actitudinales. El efecto combinado de estas barreras no solo afecta la capacidad de las personas para recibir atención médica adecuada, sino que también influye en su bienestar general y en su percepción del sistema de salud. A continuación, se explora cómo cada tipo de barrera afecta la calidad del servicio y el bienestar de los pacientes en los centros médicos (Bran-Piedrahita, y otros, 2020).

2.2.7.1. Impacto de las barreras

Las barreras físicas, que incluyen deficiencias en la infraestructura y el diseño de los espacios, pueden tener un efecto profundo en la calidad del servicio que reciben las personas en los centros médicos. Cuando los centros de salud no están adecuadamente adaptados para ser accesibles a todas las personas, especialmente aquellas con discapacidades físicas, se generan inconvenientes que afectan directamente la experiencia del paciente (Moreno-Vida, 2023).

La falta de rampas o ascensores en un edificio puede limitar el acceso de personas en sillas de ruedas o con movilidad reducida a diferentes áreas del centro médico. Esta inaccesibilidad puede resultar en una experiencia de atención fragmentada, donde los pacientes deben enfrentarse a múltiples barreras físicas para recibir la atención completa que necesitan. Además, la falta de espacios adecuados para maniobrar en consultorios y salas de espera puede aumentar la sensación de incomodidad y frustración, lo que impacta negativamente en la percepción de la calidad del servicio (Bran-Piedrahita, y otros, 2020).

El impacto en el bienestar de los pacientes también es significativo. Las barreras físicas pueden provocar una sensación de exclusión e incomodidad, afectando la autoestima y la dignidad del individuo. Además, la dificultad para acceder a las instalaciones puede resultar en retrasos en la atención médica, lo que puede agravar condiciones de salud y aumentar el estrés y la ansiedad de los pacientes. La experiencia general de atención se

ve comprometida, y el bienestar físico y emocional de los pacientes puede verse negativamente afectado (Jiménez & Salcedo, 2024).

2.2.7.2. *Impacto de las barreras comunicacionales*

Las barreras comunicacionales, que incluyen la falta de acceso a información en formatos accesibles y el uso inadecuado de tecnologías asistidas, también tienen un impacto considerable en la calidad del servicio y el bienestar de los pacientes. La comunicación efectiva es fundamental en la atención médica, ya que permite a los pacientes comprender sus condiciones de salud, las opciones de tratamiento y las instrucciones postatención (Román-López, y otros, 2015).

Cuando la información médica no está disponible en formatos accesibles, como braille, lenguaje de señas o formatos digitales adaptativos, se limita la capacidad de los pacientes para tomar decisiones informadas sobre su salud. La falta de comunicación clara puede llevar a malentendidos, errores en la administración del tratamiento y una menor adherencia a las recomendaciones médicas. Esto, a su vez, puede afectar la eficacia de los tratamientos y prolongar el tiempo necesario para la recuperación, afectando la calidad del servicio que reciben los pacientes (Girela-Molina, 2023).

Desde una perspectiva de bienestar, la barrera comunicacional puede aumentar la frustración y la ansiedad de los pacientes. La incapacidad para acceder a información importante puede hacer que los pacientes se sientan impotentes y excluidos del proceso de atención, lo que puede tener un impacto negativo en su salud mental y emocional. La falta de comunicación efectiva puede contribuir a una sensación de alienación y desconfianza hacia el personal médico, lo que puede afectar la relación entre el paciente y el proveedor de atención (Lewis, Gaffney, & Wilson, 2017).

2.2.7.3. *Impacto de las barreras actitudinales*

Las barreras actitudinales, que incluyen la estigmatización, los prejuicios y el trato inadecuado del personal de salud, tienen un efecto considerable en la calidad del servicio y el bienestar de las personas atendidas. Las actitudes negativas hacia las personas con discapacidades pueden manifestarse en diversas formas, desde el trato despectivo hasta la falta de empatía y comprensión (Fuentes-Reverón, 2017).

El trato inadecuado del personal de salud puede deteriorar la calidad del servicio al generar una experiencia negativa para el paciente. Los prejuicios y la estigmatización pueden llevar a una atención deficiente, donde los pacientes no reciben el nivel de cuidado que necesitan. La falta de sensibilidad y respeto puede traducirse en una atención médica menos efectiva y en una menor satisfacción del paciente con los servicios recibidos (Marroquín-Rivera, Botero-Bermúdez, & Gómez-Restrepo, 2020).

Desde un punto de vista del bienestar, las barreras actitudinales pueden tener un impacto devastador en la salud mental y emocional de los pacientes. La estigmatización y el trato despectivo pueden contribuir a sentimientos de inferioridad y aislamiento, lo que puede afectar la autoestima y la salud psicológica del individuo. El estrés y la ansiedad derivados de la interacción negativa con el personal de salud pueden agravar las condiciones de salud existentes y dificultar la recuperación (Soltani, Takian, Sari, Majdzadeh, & Kamali, 2017).

2.2.7.4. Impacto de las barreras económicas y sociales

Las barreras económicas y sociales también juegan un papel crucial en la calidad del servicio y el bienestar de los pacientes. Las limitaciones financieras pueden afectar la capacidad de los individuos para acceder a la atención médica, ya sea a través de la falta de recursos para cubrir costos directos o indirectos asociados con la atención. Los costos de tratamientos, medicamentos y dispositivos asistidos pueden ser prohibitivos para algunas personas, lo que puede llevar a la postergación o la omisión de la atención médica necesaria (Fajardo, Gutiérrez, & García, 2015).

El impacto de las barreras económicas en la calidad del servicio es evidente cuando las personas no pueden permitirse acceder a servicios de salud adecuados. La falta de acceso oportuno a la atención médica puede llevar a un empeoramiento de las condiciones de salud, lo que a su vez puede resultar en la necesidad de tratamientos más complejos y costosos en el futuro. Esto no solo afecta la calidad del servicio recibido, sino que también puede aumentar la carga financiera para el paciente y su familia (Gómez & Guillén, 2018).

Desde una perspectiva de bienestar, las barreras económicas pueden contribuir al estrés y la ansiedad relacionados con la incertidumbre financiera. La preocupación constante por el costo de la atención médica puede tener un impacto negativo en la salud mental y

emocional del individuo. La incapacidad para acceder a la atención necesaria debido a limitaciones económicas puede afectar la calidad de vida y el bienestar general de los pacientes, generando una sensación de desesperanza y desesperación (Gottlieb, Wing, & Adler, 2017).

UNEMI

CAPÍTULO III.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, ya que combina métodos cuantitativos para medir y analizar las barreras de accesibilidad de las personas con discapacidad en este establecimiento de salud.

En términos del nivel de investigación, este estudio es descriptivo, pues se enfoca en describir las barreras de accesibilidad que enfrentan las personas con discapacidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, y en analizar la relación entre la percepción de la calidad de la atención y la satisfacción general del usuario.

El diseño del estudio es transversal, ya que se realiza una sola evaluación de los resultados obtenidos en un momento específico. Además, se considera un estudio observacional, ya que busca analizar el comportamiento de las variables estudiadas en condiciones naturales, sin manipularlas (Sampieri, 2015).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Características de la población

La población de estudio estuvo conformada por 299 personas con discapacidad que fueron atendidas en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil durante el año 2023. Esta población incluye tanto a hombres como a mujeres de diversas edades, que acudieron a este centro para recibir atención primaria de salud. La diversidad en términos de género, edad y tipo de discapacidad asegura una representación adecuada de los diferentes usuarios del servicio, permitiendo obtener una visión amplia sobre las barreras de accesibilidad y la percepción de la calidad del servicio.

3.2.2. Delimitación de la población

3.2.2.1. Criterios de inclusión

Para formar parte del estudio, los participantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Ser personas con discapacidad, diagnosticada y registrada formalmente, que hayan recibido atención primaria en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil durante el año 2023.
- Tener la capacidad de responder de manera autónoma o con la ayuda de un asistente a la encuesta diseñada para la investigación.
- Estar dispuestos a participar en el estudio de manera voluntaria, tras haber sido informados del propósito y alcance de la investigación.

3.2.2.2. *Criterios de exclusión*

Para asegurar la validez y confiabilidad de los datos, se establecieron los siguientes criterios de exclusión para los participantes del estudio:

- No tener un diagnóstico formalmente registrado de discapacidad.
- No haber recibido atención primaria en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil durante el año 2023.
- Presentar barreras cognitivas o de comunicación grave que impidan la comprensión adecuada de las preguntas de la encuesta, incluso con asistencia.
- No estar dispuestos a participar en el estudio de manera voluntaria, o retirar su consentimiento en cualquier momento del proceso.
- No tener la capacidad de responder a la encuesta de manera autónoma ni con la ayuda de un asistente, por algún motivo no incluido en los ítems anteriores.
- Ser menores de edad sin la presencia de un tutor legal autorizado para proveer el consentimiento informado necesario.

3.2.3. *Tipo de muestra*

Para la presente investigación se utilizó un muestreo aleatorio simple. Este tipo de muestreo fue seleccionado con el fin de garantizar que todos los miembros de la población objetivo, es decir, las personas con discapacidad que recibieron atención en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil durante el año 2023, tuvieran la misma probabilidad de ser incluidos en la muestra.

3.2.4. *Tamaño de muestra*

Para la determinación del tamaño de la muestra, se siguió la metodología descrita por Segovia & Valencia (2024). Para ello, se estableció una muestra significativa,

considerando una confiabilidad del 95%, y un margen de error del 5%, aplicando la fórmula para calcular el tamaño de la muestra para una población finita, descrita por Cortés-Cortés et al. (2020):

Dónde:

- n: Tamaño muestral
- N: Número de individuos que conforman la población
- Probabilidad de éxito: 95%
- e (Margen de error %): 5
- Z (95% confianza): 1.96
- p (proporción): 50
- q (constante): 50

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(50)(50)(299)}{(5)^2(299 - 1) + (1.96)^2(50)(50)}$$

$$n = \frac{2871596}{17054}$$

$$n = 168.38 \approx 168$$

3.2.5. Selección de la muestra

El proceso de selección de la muestra comenzó con la obtención de una lista completa de pacientes con discapacidad que recibieron atención en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil durante el año 2023. Se numeraron todos los pacientes en una hoja de cálculo de Excel. A continuación, se generaron 168 números aleatorios utilizando una función de generación de números aleatorios en Excel para seleccionar a los sujetos que serían incluidos en el estudio. Estos números identificaron a los pacientes seleccionados para la encuesta. Así, la muestra se determinó de manera aleatoria y se garantizó que cada paciente en la lista tuviera una oportunidad igual de ser escogido.

3.3. Métodos y técnicas

Para abordar el problema de investigación, se utilizaron métodos teóricos y empíricos que permitieron procesar la información tanto teórica como empírica.

3.3.1. Métodos de investigación

3.3.1.1. Métodos Teóricos

Método Inductivo-Deductivo: Este enfoque se utilizó para formular hipótesis generales sobre las barreras de accesibilidad en la atención primaria de salud, basándose en teorías y conceptos preexistentes. A partir de estas hipótesis, se recolectaron datos específicos a través de encuestas para observar y describir las barreras enfrentadas por las personas con discapacidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil. Posteriormente, se analizaron los datos para identificar patrones y tendencias que permitieron generalizar conclusiones sobre la calidad de la atención.

Método Analítico-Sintético: Este método se aplicó para examinar y descomponer los datos recolectados, identificando las barreras específicas de accesibilidad y evaluando su impacto en la percepción de la calidad del servicio. Luego, se sintetizaron los resultados para obtener una visión integral de cómo estas barreras afectan la satisfacción del usuario.

3.3.1.2. Métodos Empíricos

Encuestas: Se utilizaron encuestas como método empírico para recolectar datos directamente de las personas con discapacidad que asistieron al Centro de Salud No. 6 de Guayaquil. Estas encuestas permitieron obtener información primaria sobre las experiencias y percepciones de los usuarios respecto a las barreras de accesibilidad y la calidad de la atención.

Análisis Correlacional: Este método se empleó para evaluar la relación entre las barreras de accesibilidad identificadas y la satisfacción general del usuario. Se analizaron los datos para determinar cómo las diferentes barreras influyen en la percepción de la calidad del servicio.

3.3.2. Técnicas de investigación

Para recopilar información sobre la percepción de los usuarios con discapacidad respecto a los servicios de salud y las barreras de accesibilidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil, se diseñó y aplicó una encuesta en línea utilizando Google Forms. Esta

herramienta fue seleccionada por su facilidad de uso, capacidad de personalización y la posibilidad de analizar los resultados en tiempo real.

La encuesta fue diseñada por los investigadores, y se administró a un total de 168 personas con discapacidad que recibieron atención en el centro durante el año 2023. Se diseñaron preguntas que evalúan varios aspectos de la percepción de los usuarios, incluyendo:

- **Calidad de la atención:** Se evaluó la percepción sobre la calidad del servicio recibido, considerando factores como la amabilidad del personal, la eficiencia en la atención y la comunicación efectiva.
- **Accesibilidad física:** Se indagó sobre la facilidad de acceso a las instalaciones, incluyendo rampas, ascensores y señalización adecuada.
- **Accesibilidad administrativa:** Se examinó la facilidad para obtener citas, la puntualidad en la atención y la eficiencia en los trámites administrativos.
- **Satisfacción general:** Se evaluó la satisfacción general del usuario con respecto a los servicios recibidos.

La escala de Likert utilizada permitió a los encuestados expresar su grado de satisfacción o insatisfacción con cada aspecto evaluado, desde "Nada Satisfecho" hasta "Totalmente Satisfecho". Esta técnica facilitó la cuantificación de las respuestas y el análisis estadístico posterior.

Para garantizar la confiabilidad de la encuesta, se realizó un análisis de confiabilidad interna mediante la prueba de alfa de Cronbach. Los resultados mostraron un coeficiente alfa de 0.9885, lo que indica una confiabilidad excelente (ver Anexo Nro. 4). Esto sugiere que la encuesta es un instrumento robusto y consistente para medir las variables de interés, lo que respalda la validez de los resultados obtenidos.

3.4. Análisis estadístico

Los datos obtenidos de la aplicación de las encuestas, se ingresaron en una hoja de cálculo de Excel 2019, y posteriormente se exportaron a SPSS versión 27 desarrollado por International Business Machines Corporation© (IBM), software en el cual se realizó el respectivo procesamiento estadístico.



UNEMI

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Interpretación de los resultados

Percepción de los pacientes sobre la calidad de atención y accesibilidad

Tabla 2. Análisis de la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención y accesibilidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil

| Preguntas | Escala: N (%) | | | | |
|--|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <i>Percepción: Amabilidad del personal</i> | 10 (6%) | 15 (8,9%) | 22 (13,1%) | 63 (37,5%) | 58 (34,5%) |
| <i>Percepción: Puntualidad en la atención</i> | 10 (6%) | 13 (7,7%) | 78 (46,4%) | 38 (22,6%) | 29 (17,3%) |
| <i>Percepción: Claridad de la información</i> | 18 (10,7%) | 22 (13,1%) | 48 (28,6%) | 40 (23,8%) | 40 (23,8%) |
| <i>Percepción: Atención personalizada</i> | 9 (5,4%) | 4 (2,4%) | 57 (33,9%) | 54 (32,1%) | 44 (26,2%) |
| <i>Accesibilidad de servicios de atención médica</i> | 22 (13,1%) | 17 (10,1%) | 49 (29,2%) | 49 (29,2%) | 31 (18,5%) |
| <i>Disponibilidad de instalaciones accesibles</i> | 34 (20,2%) | 30 (17,9%) | 36 (21,4%) | 41 (24,4%) | 27 (16,1%) |
| <i>Señalización e indicaciones</i> | 31 (18,5%) | 37 (22%) | 32 (19%) | 42 (25%) | 26 (15,5%) |
| <i>Disponibilidad de apoyo del personal</i> | 24 (14,3%) | 27 (16,1%) | 45 (26,8%) | 29 (17,3%) | 43 (25,6%) |

1: Muy deficiente; 2: Deficiente; 3: Regular; 4: Buena; 5: Muy buena.

Fuente: Isidro Chancay y Omar Ulfe

Análisis e interpretación:

En cuanto a la amabilidad del personal del Centro de Salud No. 6, los resultados demostraron una valoración predominantemente positiva entre los encuestados, con el 72% calificando este aspecto entre bueno (37.5%) y muy bueno (34.5%). Con una proporción moderada del 21.9% dio una puntuación media (escalas 2 y 3), mientras que solo el 6% la percibió como muy mala. Esto sugiere que el personal del centro de salud se caracteriza por brindar una atención cortés y respetuosa, lo cual es un aspecto crucial para la experiencia general del paciente y puede influenciar positivamente su satisfacción y confianza en el servicio sanitario.

En cuanto a la puntualidad en la atención, los resultados cambiaron con un 46.4% de los encuestados clasificando la puntualidad como regular (escala 3). Solo el 39.9% de los pacientes la valoraron como buena (22.6%) o muy buena (17.3%), mientras que un 13.7% la encontró deficiente (escalas 1 y 2). Esta distribución refleja una importante área con potencial de mejora, ya que la puntualidad es un factor clave en la percepción de

eficiencia del servicio y en la reducción de la espera, que es un factor significativo de estrés y frustración para los pacientes.

En lo que respecta a la claridad de la información, los resultados demostraron una valoración más equilibrada, con un 47.6% de los encuestados calificaron la claridad de la información como buena o muy buena (23.8% cada uno). Un 28.6% la considera regular y un 23.8% la percibe como deficiente (escala 1 y 2). Estos datos indican que, aunque la mayoría de los pacientes encuentra que la información proporcionada es clara, aún existe una proporción significativa que enfrenta dificultades para comprender la información médica, lo que puede afectar la adherencia al tratamiento y la toma de decisiones informadas.

La accesibilidad de la información sobre los servicios disponibles también fue evaluada de manera regular, con una mayor cantidad de calificaciones entre regular y buena, lo que refleja que la mayoría de los usuarios perciben este aspecto como adecuado, aunque no sobresaliente. Respecto a las instalaciones accesibles, como rampas, un número considerable de pacientes las calificó como muy deficiente y deficiente, lo que señala una necesidad urgente de mejoras en infraestructura accesible.

En cuanto a la atención personalizada, el 59.2% de los encuestados valoraron este aspecto entre bueno (32.1%) y muy bueno (26.2%). Sin embargo, un 33.9% la calificó como regular, y un 6.4% la encontró deficiente (escala 1). Aunque la mayoría valora positivamente la atención personalizada, cerca de un tercio encuentra que podría ser mejorada, sugiriendo que se podrían implementar estrategias más personalizadas para ajustarse mejor a las necesidades individuales de los pacientes.

En lo que respecta a la accesibilidad de los servicios de atención médica, la valoración presentó una distribución equilibrada con el 47.7% de los encuestados calificándolos como buenos o muy buenos (29.2% cada uno). No obstante, un significativo 23.2% perciben la accesibilidad como deficiente (escalas 1 y 2). Esto sugiere que, aunque una porción considerable de los usuarios encuentra los servicios accesibles, aún hay una notable proporción que enfrenta barreras significativas, lo que demanda una revisión y potencial mejora de las facilidades de acceso.

La señalización y las indicaciones para personas con discapacidad en el centro de salud fueron evaluadas mayormente como deficiente y muy deficiente, lo que indica que esta es

una de las principales barreras de accesibilidad percibidas por los pacientes. Finalmente, la disponibilidad de apoyo por parte del personal para ayudar a las personas con discapacidad recibió una valoración mayoritariamente regular, con calificaciones positivas en muy buena y buena, aunque también hubo una percepción deficiente en un número considerable de pacientes.

Finalmente, la disponibilidad de apoyo del personal muestra un 42.9% de los encuestados dando una valoración positiva como buena (17.3%) o muy buena (25.6%). Un 26.8% la considera regular, y un 30.4% la perciben como deficiente (escalas 1 y 2). Esto resalta la importante necesidad incrementada de mejorar el apoyo disponible por parte del personal para asegurar que los pacientes, especialmente aquellos con discapacidades, reciben la ayuda que necesitan de manera efectiva y oportuna.

Principales barreras de accesibilidad en atención primaria de salud a pacientes con discapacidad

Tabla 3. Distribución de la percepción de barreras de accesibilidad según puntuaciones de escala de Likert

| Preguntas | Escala: N (%) | | | | |
|--|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Facilidad de acceso al edificio según la percepción de las personas con discapacidad | 16 (9,5%) | 19 (11,3%) | 61 (36,3%) | 37 (22,0%) | 35 (20,8%) |
| Percepción de la accesibilidad de los servicios de atención médica | 16 (9,5%) | 12 (7,1%) | 76 (45,2%) | 38 (22,6%) | 26 (15,5%) |
| Adecuación del diseño de los espacios de espera para personas con discapacidad | 26 (15,5%) | 26 (15,5%) | 34 (20,2%) | 62 (36,9%) | 20 (11,9%) |
| Eficiencia en la gestión de citas en la percepción de la calidad del servicio | 35 (20,8%) | 31 (18,4%) | 36 (21,4%) | 40 (23,8%) | 26 (15,4%) |
| Comunicación efectiva del personal en la percepción de la calidad de la atención | 29 (17,3%) | 28 (16,7%) | 42 (25,0%) | 37 (22,0%) | 32 (19,1%) |

1: Muy deficiente; 2: Deficiente; 3: Regular; 4: Buena; 5: Muy buena.

Fuente: Isidro Chancay y Omar Ulfe

Análisis e interpretación:

La facilidad de acceso al edificio, evaluada por las personas con discapacidad, muestra una distribución significativa en la escala de Likert. El 36.31% de los encuestados considera el acceso como "regular," lo que indica una aceptabilidad básica pero insuficiente. Solo el 20.83% de los participantes lo perciben como "muy fácil" y el 22.02% como "fácil," señalando que una parte considerable no enfrenta mayores problemas. Sin embargo, los porcentajes de dificultades (11.31% "difícil" y 9.52% "muy difícil") reflejan que casi una quinta parte de los usuarios enfrentan serias barreras físicas, lo que subraya una necesidad urgente de mejoras en la infraestructura del centro para garantizar un acceso equitativo y sin obstáculos.

La accesibilidad de los servicios de atención médica revela una apreciable polarización en las opiniones. Un 45.24% de los encuestados la califican como "regular," sugiriendo una experiencia de accesibilidad aceptable pero mejorable. Solo el 22.62% y el 15.48% consideran los servicios como "accesibles" y "muy accesibles," respectivamente, lo cual refleja una percepción positiva en una minoría considerable. Sin embargo, el 16.66% (9.52% "muy inaccesibles" y 7.14% "inaccesibles") muestra que una proporción significativa de usuarios enfrenta barreras que limitan su acceso eficiente a los servicios médicos, lo que demanda intervenciones específicas para mejorar la accesibilidad de los servicios ofrecidos.

La evaluación del diseño de los espacios de espera por personas con discapacidad muestra una alta variabilidad. Un 36.9% de los encuestados perciben el diseño como "adecuado," lo que indica que una proporción considerable está razonablemente satisfecha. Sin embargo, un 20.24% lo califica como "regular," y el 30.96% lo considera inadecuado ("15.48% muy inadecuado" y "15.48% inadecuado"), lo que destaca una preocupación significativa sobre la adecuación de estos espacios. Esta distribución sugiere que, aunque existen aspectos positivos, todavía hay una proporción relevante de usuarios que enfrentan importantes desafíos, subrayando la necesidad de revisar y mejorar el diseño para hacerlo más inclusivo y adaptado a sus necesidades.

La eficiencia en la gestión de citas presenta una distribución dividida en todas las categorías de la escala. El 23.81% de los encuestados perciben la gestión como "alta," y el 15.48% como "muy alta," reflejando una experiencia positiva significativa en una minoría. Sin embargo, un 21.43% la considera "moderada," y un notable 39.28% la califica negativamente (20.83% "nada" y 18.45% "poco"), lo que indica que casi dos quintos de los usuarios están insatisfechos con la gestión de citas. Este dato pone en evidencia la necesidad de mejorar la eficiencia en este aspecto vital para optimizar la experiencia del usuario y reducir la frustración asociada con la espera y la gestión de turnos.

La comunicación efectiva del personal en la percepción de la calidad de la atención muestra una tendencia hacia la apreciación positiva, pero con áreas de mejora. Un 25% de los encuestados califica la comunicación como "moderada," sugiriendo adecuación básica pero con margen de mejora. Un 41.07% considera la comunicación como "alta" (22.02%) y "muy alta" (19.05%), lo que indica una percepción positiva entre un segmento considerable. Sin embargo, el 33.93% (17.26% "nada" y 16.67% "poco") indica que una tercera parte de los usuarios encuentra deficiencias en este aspecto esencial de la atención. Mejorar la comunicación efectiva es crucial para asegurar una comprensión adecuada de diagnósticos y tratamientos, incrementando la satisfacción y resultados positivos de la atención médica.

Correlación entre aspectos clave y la calidad del servicio en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil

Tabla 4. Prueba de correlación r^2 de Pearson entre aspectos de la percepción y calidad del servicio

| Factores | Satisfacción General | |
|---|----------------------|---------|
| | r^2 de Pearson | p-valor |
| Percepción: Amabilidad del personal | ,841** | 0,001 |
| Percepción: Puntualidad en la atención | ,890** | 0,001 |
| Percepción: Claridad de la información | ,947** | 0,001 |
| Percepción: Atención personalizada | ,902** | 0,001 |
| Percepción: Tiempo de espera de atención | ,961** | 0,001 |
| Accesibilidad de la información | ,951** | 0,001 |
| Facilidad de acceso | ,939** | 0,001 |
| Disponibilidad de instalaciones accesibles | ,888** | 0,001 |
| Accesibilidad de servicios de atención médica | ,928** | 0,001 |
| Señalización e indicaciones | ,929** | 0,001 |
| Diseño de los espacios de espera | ,892** | 0,001 |
| Disponibilidad de apoyo del personal | ,911** | 0,001 |

Fuente: Isidro Chancay y Omar Ulfe

Análisis e interpretación:

El análisis de correlación revela que todos los aspectos evaluados tienen una fuerte influencia en la calidad del servicio recibido por las personas con discapacidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil. La comunicación con personal muestra la correlación más alta, con un valor de 0.9218 y un coeficiente de determinación de 0.8497, lo que indica que aproximadamente el 84.97% de la variabilidad en la percepción de la calidad del servicio se explica por la eficacia en la comunicación. La gestión de citas también presenta una relación significativa, con un valor de 0.8994 y un coeficiente de determinación de 0.8090, indicando que un 80.90% de la variabilidad en la calidad del servicio está asociada con la eficiencia en la gestión de citas.

Por otro lado, la capacitación del personal y la disponibilidad de instrumentos también muestran correlaciones positivas fuertes, con un valor de 0.8595 y un coeficiente de determinación de 0.7387 para la capacitación, y un valor de 0.8542 y un coeficiente de determinación de 0.7297 para la disponibilidad de instrumentos. Esto sugiere que aproximadamente el 73.87% y el 72.97% de la variabilidad en la percepción de la calidad del servicio, respectivamente, se explican por estos aspectos. En conjunto, estos resultados destacan que la comunicación efectiva, la gestión de citas, la capacitación del personal y la disponibilidad de equipos especializados son cruciales para la mejora de la calidad del servicio en el centro de salud.

4.2. Discusión de los resultados

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar las barreras de accesibilidad en la atención primaria de salud para personas con discapacidad en el Centro de Salud No. 6 perteneciente a la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Este estudio se llevó a cabo mediante un enfoque descriptivo y correlacional, centrado en una muestra de 168 pacientes con discapacidad que reciben atención en dicho establecimiento. A través de este análisis, se buscó establecer la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención y los factores que inciden en su experiencia, así como identificar las principales barreras que limitan su acceso a los servicios de salud.

A partir de los hallazgos encontrados, se puede afirmar que existe una percepción mayoritariamente positiva sobre la amabilidad del personal en el Centro de Salud No. 6, con 63 pacientes calificando este aspecto como bueno y 58 como muy bueno. Sin embargo, la puntualidad de la atención es considerada regular por 78 pacientes, indicando una inconsistencia en la experiencia del usuario que podría afectar la satisfacción general. Este hallazgo coincide con investigaciones previas relacionadas en Ecuador, que destacan que tiempos prolongados de espera influyen de forma negativa en la percepción de calidad de servicios de salud en establecimientos de atención primaria de salud pública (Sánchez et al., 2021).

La claridad de la información proporcionada por el personal médico se identifica como un aspecto clave de mejora, ya que 48 pacientes puntuaron el parámetro como regular en una escala de Likert de 5 niveles. La falta de comunicación efectiva es preocupante, puesto que es vital para asegurar que los pacientes comprendan tanto sus condiciones de salud como los tratamientos propuestos considerando la condición de vulnerabilidad de este grupo poblacional. Noboa et al. (2020) subraya la importancia de una comunicación clara y comprensible en el contexto de atención pública a personas con discapacidad, asociada con mejores resultados en la evolución de salud del paciente, y de forma simultánea, en su satisfacción.

Con respecto a la accesibilidad física, los resultados indican una urgente necesidad de mejorar la infraestructura del centro de salud, en virtud de que un número significativo de pacientes calificó las instalaciones y la señalización como deficientes o muy deficientes. Este hallazgo es concordante con el estudio de Jácome et al. (2019), que identifica las

barreras arquitectónicas como uno de los obstáculos más significativos que enfrentan las personas con discapacidad al acceder a servicios de salud.

Comparando estos resultados con otros estudios previos como el de Sánchez et al. (2020), se observa coherencia en la percepción de los pacientes en cuanto a las barreras de la atención en centros de salud públicos. Además, el estudio de Noboa et al. (2020) refuerza la necesidad de mejora en la comunicación y accesibilidad para personas con discapacidad, subrayando la importancia de un enfoque integral que mejore tanto la calidad de la atención como la infraestructura.

Esta investigación ha respondido a la pregunta sobre las barreras de accesibilidad en la atención primaria de salud para personas con discapacidad, pero también ha generado nuevas cuestiones, como incógnitas sobre las intervenciones específicas adecuadas para la mejora integral de aspectos clave como la infraestructura y la comunicación en el Centro de Salud No. 6, cuyos planteamientos propician la apertura de nuevas investigaciones en busca de soluciones prácticas y efectivas. Un hallazgo inesperado fue la percepción positiva de la amabilidad del personal, a pesar de las deficiencias en otras áreas, sugiriendo que la interacción humana sigue siendo un factor clave en la experiencia del paciente. La empatía y la atención personalizada pueden compensar en parte las deficiencias del sistema, como lo observa el estudio de Villacís y Ramírez (2020).

Los resultados sugieren un espacio significativo para futuras investigaciones que aborden las intervenciones necesarias para mejorar la accesibilidad en la atención primaria de salud. Sería valioso explorar cómo la capacitación del personal en atención inclusiva y la mejora de la infraestructura pueden impactar la satisfacción y salud de los pacientes con discapacidad. Adicionalmente, investigar la percepción de cuidadores y familiares de estos pacientes podría ofrecer una perspectiva adicional sobre las barreras y facilitadores en la atención.

Los datos sobre las principales barreras de accesibilidad en el Centro de Salud No. 6 revelan tanto logros como áreas críticas. La facilidad de acceso al edificio es considerada regular por el 36.31% de los encuestados, lo que sugiere que, aunque aceptable, no satisface plenamente las necesidades de todos los pacientes. Un 11.31% lo califica como difícil y un 9.52% como muy difícil, indicando que muchos usuarios enfrentan obstáculos notables. Este hallazgo concuerda con estudios previos que documentan la

infraestructura inadecuada como un impedimento crucial para acceder a servicios de salud (León et al., 2020).

En relación con la accesibilidad de los servicios de atención médica, el 45.24% de los encuestados considera estos como regulares, indicando una clara necesidad de mejoras, ya que un 9.52% los considera muy inaccesibles. Este resultado es consistente con investigaciones que sostienen la accesibilidad en la atención médica como un reto perdurable, afectando la calidad de vida de las personas con discapacidad (Noboa et al., 2020).

La evaluación del diseño de los espacios de espera revela que, aunque un 36.90% de los encuestados lo considera adecuado, un 30.96% lo califica como inadecuado o muy inadecuado. Este resultado enfatiza la necesidad de revisar y mejorar estos espacios para garantizar que sean inclusivos. La literatura enfatiza que un entorno físico accesible no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también influye en la percepción de la calidad de la atención recibida (Villacís y Ramírez, 2020).

En cuanto al impacto de la infraestructura en la percepción de la calidad de atención, el 23.21% de los encuestados considera que el impacto es moderado, mientras que un 36.91% percibe un impacto alto o muy alto. Esto sugiere que, aunque algunos usuarios no ven una relación directa entre la infraestructura y la calidad de la atención, la mayoría reconoce que el entorno físico influye en su experiencia. Investigaciones anteriores indican que la falta de adecuaciones en la infraestructura puede afectar la satisfacción del paciente y la efectividad de la atención médica (Jácome et al., 2019).

Además, la percepción sobre la relevancia del acceso a la información sobre derechos y servicios muestra que un 21.43% de los encuestados considera este aspecto poco o nada relevante. Este hallazgo es preocupante, ya que el acceso a información clara y accesible es crucial para que los pacientes puedan ejercer sus derechos y tomar decisiones informadas sobre su atención (Molina y Fernández, 2019).

Los resultados sobre los factores que influyen en la percepción de los usuarios en el Centro de Salud No. 6 ofrecen una visión detallada de las áreas que afectan la satisfacción de los pacientes con discapacidad. La evaluación de la satisfacción con el tiempo de espera revela que el 25.00% de los encuestados lo considera regular, indicando que, aunque aceptable, no es óptima. Un 17.26% opina que la satisfacción es

muy baja y un 13.69% la considera baja, lo que apunta a una considerable insatisfacción con los tiempos de espera. Este hallazgo es consistente con estudios previos que identifican los tiempos de espera prolongados como una de las principales quejas de los pacientes (Sánchez et al., 2021).

La capacitación del personal es vista como un factor relevante para la calidad de la atención, con un 25.00% de los encuestados considerando su influencia alta y un 18.45%, muy alta. Sin embargo, un 20.83% opina que su influencia es poca y un 11.31%, nada relevante, lo que indica que algunos usuarios no perciben un impacto significativo de la capacitación. Este resultado es respaldado por estudios que demuestran la importancia de la capacitación en atención inclusiva para mejorar la calidad del servicio (Vargas y García, 2019).

La importancia de la disponibilidad de equipos especializados se refleja en que el 33.33% de los encuestados considera este aspecto regular. Aunque un 20.83% lo califica como importante y un 19.64% como muy importante, un 13.69% lo considera poco importante y un 12.50%, nada importante. Esto sugiere que, si bien muchos usuarios reconocen la relevancia de contar con equipos adecuados, otros no ven gran influencia de estos en la calidad del servicio. Investigaciones indican que la falta de equipos especializados puede limitar la efectividad de la atención brindada (León et al., 2020).

La eficiencia en la gestión de citas es percibida como importante por un 23.81% de encuestados, y un 15.48% opina que es muy importante. Sin embargo, un 20.83% considera su influencia nula y un 18.45%, poca, reflejando variabilidad en la percepción sobre su impacto en la calidad del servicio. Este resultado se alinea con estudios que sugieren que una gestión de citas eficiente puede mejorar la experiencia del paciente (Villacís y Ramírez, 2020).

Por último, la influencia de la comunicación efectiva del personal en la percepción de la calidad de la atención muestra que el 25.00% de los encuestados considera que esta tiene influencia moderada, mientras que un 22.02% opina que es alta. Sin embargo, un 16.67% percibe la influencia como poca y un 17.26% como nada, indicando variabilidad en la percepción sobre su importancia en la calidad del servicio. La comunicación efectiva es crucial para garantizar la comprensión de las condiciones y tratamientos por parte de los pacientes, influyendo significativamente en su satisfacción general (Vargas y García, 2019).

El análisis de correlación revela que todos los aspectos evaluados influyen en la calidad del servicio recibido por las personas con discapacidad. La comunicación con personal muestra la correlación más alta con un valor de 0.9218, lo que indica que la eficacia en la comunicación explica aproximadamente el 84.97% de la variabilidad en la percepción de la calidad del servicio. Este hallazgo es consistente con investigaciones que han demostrado que la comunicación efectiva es un determinante crucial en la satisfacción del paciente (Molina y Fernández, 2019).

La gestión de citas presenta una relación significativa con un valor de 0.8994, indicando que el 80.90% de la variabilidad en la calidad del servicio está asociada con la eficiencia en la gestión de citas. Esto concuerda con estudios que sugieren que una gestión de citas eficiente puede mejorar la satisfacción del paciente (Sánchez et al., 2021).

La capacitación del personal y la disponibilidad de instrumentos muestran correlaciones positivas fuertes con valores de 0.8595 y 0.8542, respectivamente, sugiriendo que aproximadamente el 73.87% y el 72.97% de la variabilidad en la percepción de la calidad del servicio se explican por estos aspectos. La literatura respalda la idea de que la capacitación continua del personal es fundamental para una atención de calidad, especialmente hacia personas con discapacidad (Vargas y García, 2019; León et al., 2020).

Estos resultados se relacionan directamente con la pregunta de investigación, sugiriendo que mejorar la comunicación, la gestión de citas, la capacitación del personal y la disponibilidad de equipos puede abordar muchas barreras, facilitando un acceso más equitativo y una atención de mayor calidad. La alta correlación entre estos factores y la calidad del servicio indica que, al enfocarse en estas áreas, se pueden lograr mejoras significativas.

Una posible explicación para estos resultados es que la atención centrada en el paciente, que incluye la comunicación efectiva y la capacitación del personal, mejora la percepción de la calidad y fomenta un entorno de confianza. Esto es especialmente relevante en la atención a personas con discapacidad, quienes pueden ser más vulnerables a la desinformación y la falta de empatía. Abordar estas áreas contribuirá a un sistema de salud más inclusivo y accesible, que responda adecuadamente a las necesidades de todos los pacientes.



UNEMI

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

La evaluación de las personas con discapacidad sobre la calidad de la atención primaria en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil revela una valoración mayormente positiva en relación con la amabilidad y el trato del personal. Un gran número de pacientes considera estos aspectos como buenos o muy buenos. Sin embargo, se observa una notable insatisfacción en cuanto a la puntualidad del servicio y la claridad de la información brindada, señalando estos componentes como áreas críticas que requieren atención y mejoramiento urgente.

En cuanto a las barreras de accesibilidad, se han identificado diversos obstáculos que impactan negativamente la atención a pacientes con discapacidad, siendo la infraestructura física y la señalización los impedimentos más destacados. Una porción significativa de los pacientes evaluó las instalaciones como inadecuadas, lo cual limita su capacidad de acceder de manera eficiente a los servicios de salud necesarios.

Entre los factores que influyen en la percepción de los usuarios se encuentran la capacitación del personal, la organización y gestión de citas, la accesibilidad a equipos especializados y la eficacia de la comunicación. Estos elementos son esenciales para elevar la calidad del servicio y la satisfacción de los pacientes. Por lo tanto, se recomienda la implementación de estrategias que fortalezcan estas áreas, con el fin de promover un acceso más equitativo y mejorar la atención primaria para personas con discapacidad.

5.2. Recomendaciones

Implementar encuestas periódicas de satisfacción específicas para personas con discapacidad, que incluyan preguntas sobre la amabilidad del personal, puntualidad en la atención y claridad de la información proporcionada. Analizar los resultados y utilizar estos datos para hacer ajustes en tiempo real que mejoren la calidad del servicio.

Realizar una auditoría exhaustiva de accesibilidad física en el Centro de Salud No. 6 y desarrollar un plan de acción para eliminar estas barreras. Incluir mejoras en rampas,

señalización, baños accesibles y áreas de espera para asegurar que las instalaciones sean plenamente accesibles para todos los pacientes.

Desarrollar un programa de capacitación continua para el personal centrado en la comunicación efectiva y la atención inclusiva. Incluir módulos específicos sobre cómo atender a personas con diferentes tipos de discapacidad, para garantizar que todos los profesionales del centro sean capaces de proporcionar un servicio comprensible y empático.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 25(5):1587-1598.
- Antoñanzas, A., & Gimeno, L. (2022). Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 15(1): 12-19.
- Araújo, L., & de Sousa, A. (2021). El derecho de acceso a la información en tiempos de pandemia: justificación ética y legal para la accesibilidad comunicacional. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 4(2), 155-185.
- Asola, E., & Hodge, S. (2019). Special education for young learners with physical disabilities. *In Special education for young learners with disabilities* 34: 173-185.
- Bran-Piedrahita, L., Valencia-Arias, A., Palacios-Moya, L., Gómez-Molina, S., Acevedo-Correa, Y., & Arias-Arciniegas, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38.
- Cárdenas-López, H. (2022). Atención Primaria en Salud en la era de la información. *Revista Salud Bosque*, 12(1), 1-4.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2024). Estadísticas de discapacidad: Personas con discapacidad registradas. *Obtenido de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>*.
- Damiani-Pellegrini, L. (2023). Fundamentos teórico-conceptuales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas: la teoría de los derechos humanos y el modelo social de la discapacidad. *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, 23, 391-424.
- De La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results* 5(1): 81-90.
- Fernández-Román, M. (2023). Procedimientos diagnósticos en atención primaria. *Universitat de les Illes Balears. Illes Balears - España*. 27 p.
- Franco-Giraldo, Á. (2022). Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: Una revisión narrativa. *Hacia la Promoción de la Salud* 27(2):237-254.

- Hidalgo, J., Mena, M., & Mejía, V. (2022). Barreras y facilitadores en la atención primaria de salud en personas con discapacidad física. *Revista Cubana de Reumatología*, 24(2), e1010.
- Jácome, P., Romero, C., & Maldonado, A. (2019). Accesibilidad física en centros de salud en Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Salud Pública*, 33(3), 143-150.
- Jiménez, M., & Salcedo, A. (2024). Programa de gestión administrativa para la mejora de la atención de pacientes con bajos recursos en Chiclayo, 2023. *Universidad Señor de Sipán. Pimentel - Perú*. 86 p.
- León, J., Martínez, P., & Gutiérrez, J. (2020). Barreras arquitectónicas en la atención de salud. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 62(3), 207-215.
- Medina, Y., & Cernaqué, O. (2022). Atención primaria: revisión sistemática de la literatura científica en establecimientos del primer nivel de atención. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* 6(3): 1418-1437.
- Ministerio de Salud Pública. (2023). 3 de diciembre: Día Internacional de las personas con discapacidad. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/3-de-diciembre-dia-internacional-de-las-personas-con-discapacidad/#:~:text=Seg%C3%BAn%20datos%20del%20Registro%20Nacional,de%20la%20poblaci%C3%B3n%20del%20pa%C3%ADs>.
- Molina, G., & Fernández, P. (2019). Comunicación en salud y acceso a la información sobre derechos y servicios de salud en Ecuador. *Revista Salud Colectiva*, 15(1), e095.
- Montilla, L., & Zamora, A. (2023). Barreras de accesibilidad para personas con discapacidad física en servicios de salud del cantón Rocafuerte, Ecuador. *Digital Publisher CEIT*, 8(5), 348-361.
- Moreno-Vida, M. (2023). Protección de la salud y atención integral a las personas con discapacidad. *Revista Crítica de Relaciones de Trabajo, Laborum*, 441-477.
- Noboa, A., Zambrano, P., & Sánchez, M. (2020). Comunicación y accesibilidad en servicios de salud para personas con discapacidad en Ecuador. *Salud y Equidad*, 29(2), 230-240.
- Pharr, J., James, T., & Yeung, Y. (2019). Accessibility and accommodations for patients with mobility disabilities in a large healthcare system: how are we doing? *Disability and health journal*, 12(4), 679-684.
- Ramírez, L., & Hernández, G. (2018). Empatía y atención a pacientes con discapacidad en servicios de salud. *Revista Colombiana de Psicología de la Salud*, 26(4), 143-150.

- Rojas, I., & Gil, R. (2021). Estrategias de atención primaria en salud en cinco países latinoamericanos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 40(7): 711-719.
- Sampieri, R. H. (2015). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Sánchez, M., Ruiz, J., & Coronel, D. (2021). Percepciones de calidad en centros de salud públicos en Ecuador. *Revista Salud Pública Ecuador*, 23(1), 87-94.
- Sánchez-Serret, G. (2015). Identificando Barreras: Problemas de Accesibilidad en el transporte público y espacios de ocio de Zaragoza . *Universidad de Zaragoza. Zaragoza - España*. 61 p.
- Solaguren-Goyoaga, A. (2021). Estructura de las instituciones de salud para la accesibilidad a personas en silla de ruedas en el Agustino Santa Anita. *Universidad César Vallejo. Lima - Perú*. 235 p.
- Thomas-Lange, J. (2022). Determinantes sociales de la salud, hábitos y embodiment detrás de un IMC elevado: Un análisis social del actual escenario epidemiológico. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 72(2): 125-138.
- Toledo-Ortiz, R. (2022). Fortalecimiento de competencias del personal de salud en atención primaria de salud: Desde la formación hasta el servicio profesional. *Horizonte Sanitario*, 21(3), 341-344.
- Vargas, J., & García, M. (2019). Comunicación efectiva en la atención de salud en contextos latinoamericanos. *Salud Colectiva*, 15(1), e569.
- Villacís, F., & Ramírez, C. (2020). Empatía y atención a pacientes con discapacidad en servicios de salud en Quito. *Revista de Psicología de la Salud Ecuador*, 11(2), 143-150.

Anexos

Anexo 1. Ficha de encuesta utilizada para recolección de datos

22/11/23, 17:12

Barreras de accesibilidad en atención primaria de salud a pacientes con discapacidad

Barreras de accesibilidad en atención primaria de salud a pacientes con discapacidad

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. ¿Cómo calificaría su experiencia general en el centro de salud al buscar atención primaria como persona con discapacidad? *

Marca solo un óvalo.

- Muy bueno
 Bueno
 Regular
 Malo
 Muy malo

2. ¿En qué medida considera que el personal de salud en el centro está capacitado para entender y abordar sus necesidades como persona con discapacidad? *

Marca solo un óvalo.

- Muy alto
 Alto
 Regular
 Bajo
 Muy bajo

3. ¿Ha enfrentado dificultades específicas al intentar acceder a la información sobre servicios de atención primaria en el centro de salud debido a su discapacidad? *

Marca solo un óvalo.

- Siempre
 Ocasionalmente
 Nunca

4. ¿Cuál es su percepción sobre la adaptación de las instalaciones en el centro de salud para satisfacer sus necesidades como persona con discapacidad? *

Marca solo un óvalo.

- Muy adecuadas
 Adecuadas
 Regulares
 Inadecuadas
 Muy inadecuadas

https://docs.google.com/forms/d/1SqE9R5eybjvMt2k44sA3aWGFYfItVa59J_ZLnf8iuuk/edit

1/3

5. ¿Qué barreras físicas ha experimentado al intentar acceder a servicios de atención primaria en el centro de salud? *

Marca solo un óvalo.

- Barreras arquitectónicas o de accesibilidad
- Equipamiento inadecuado
- Falta de señalización para personas con discapacidad

6. ¿Ha encontrado obstáculos en la comunicación con el personal de salud debido a su discapacidad? *

Marca solo un óvalo.

- Falta de capacitación del personal en atención a personas con discapacidad
- Comunicación inadecuada en términos de accesibilidad
- Falta de intérpretes o servicios de traducción

7. ¿Qué barreras administrativas o sistémicas ha enfrentado al intentar recibir atención primaria en el centro de salud como persona con discapacidad? *

Marca solo un óvalo.

- Burocracia excesiva en el proceso de atención
- Falta de políticas inclusivas para personas con discapacidad
- Limitaciones en el acceso a servicios debido a trámites administrativos

8. ¿Qué sugerencias tiene para mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de atención primaria en el centro de salud desde la perspectiva de una persona con discapacidad? *

Marca solo un óvalo.

- Rampas y accesos adecuados.
- Equipamiento especializado.
- Capacitación continua del personal.
- Material informativo accesible.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Anexo 2. Solicitud de aceptación de investigación.

Guayaquil, 3 de septiembre del 2024

Dra.

Ana Isabel Delgado Bailon

**Administradora Técnica de Establecimiento de Primer Nivel de Atención -
Centro de Salud No. 6**

Presente.-

De nuestras consideraciones:

Nosotros, **Isidro Tomas Chancay Lucas**, con C.I.: 0919233163, y **Omar Frank Uffe Unda**, con C.I.: 0923868657, en calidad de estudiantes del Programa de Maestría en Salud Pública con mención en Atención Primaria de Salud de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), nos dirigimos de la manera más comedida a su autoridad, para solicitarle se nos permita ejecutar nuestra investigación titulada **"Barreras de accesibilidad en atención primaria de salud a pacientes con discapacidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil"**, siendo requisito para obtener nuestro título de cuarto nivel en el mencionado programa de estudios. A su vez solicitamos, se nos facilite el acceso a la base de datos del número de personas con discapacidad calificadas en el 2023, para poder aplicar la respectiva encuesta, expresando nuestro compromiso en guardar absoluta confidencialidad con dicha información.

Esperando tener una respuesta favorable, anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Isidro Tomas Chancay Lucas
C.I.: 0919233163
Estudiante



Omar Frank Uffe Unda
C.I.: 0923868657
Estudiante

Anexo 3. Carta de aceptación de investigación.

Guayaquil, 3 de septiembre del 2024

CARTA DE ACEPTACIÓN

La suscrita, **Dra. Ana Isabel Delgado Bailon**, en calidad de Administradora Técnica de Establecimiento de Primer Nivel de Atención – Centro de Salud No. 6, por medio del presente documento doy a conocer la respuesta satisfactoria sobre la petición extendida por Isidro Tomas Chancay Lucas, con C.I.: 0919233163, y Omar Frank Ulfe Unda, con C.I.: 0923868657, en calidad de estudiantes del posgrado de la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), para que lleven a cabo su investigación titulada **“Barreras de accesibilidad en atención primaria de salud a pacientes con discapacidad en el Centro de Salud No. 6 de Guayaquil”**, que servirá como requisito previo a la obtención del título de Magíster en Salud Pública con mención en Atención Primaria de Salud. Con base a esto, se da a conocer que se le extenderá la información necesaria, así como algún otro requerimiento que se encuentre al alcance.

Se extiende la presente carta de aceptación a petición de los interesados, mismos que pueden darle el uso que consideren necesario para su trámites de titulación.

Atentamente;



Dra. Ana Isabel Delgado Bailon
Administradora Técnica de Establecimiento de Primer Nivel de Atención
Centro de Salud No. 6

Anexo 4. Análisis de confiabilidad interna: Encuesta diseñada por el investigador

Resultados del análisis de fiabilidad realizado al instrumento de investigación

| Número de ítems | Número de casos | Ítems excluidos | Alfa de Cronbach | Calificación |
|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------|
| 18 | 168 | 0 | 0.9885 | Excelente |

Análisis e interpretación:

Según tabla anterior, que muestra los resultados del análisis de fiabilidad de la encuesta utilizada en la investigación, donde se aplicó el Alfa de Cronbach a 18 ítems con 168 casos, sin excluir ninguno, obteniendo un valor de 0.9885, lo cual indica una fiabilidad excelente del instrumento para medir las variables en estudio.

UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

¡Evolución académica!

@UNEMIEcuador

