

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE SOCIOLOGÍA

CARRERA PROFESIONAL DE SOCIOLOGÍA



**“EL PROGRAMA CONTIGO E INCLUSIÓN SANITARIA DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO DE HUÁNUCO, 2021”.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: GERENCIA SOCIAL

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO(A) EN SOCIOLOGÍA

TESISTAS:

BACH. SOC. GALLO HUANCA, PITVAN

BACH. SOC. PLEJO CASTAÑON, YANELLA JUDITH

BACH. SOC. HERMOSILLA CHUQUIYURI, NAEYSI YOHSY

ASESORA:

MG. ZABALAGA BUSTOS, CARMEN ELVIRA

HUÁNUCO – PERÚ

2022

Dedicatoria.

A madre Indalista Huanca Ramírez, mis hermanos y a todos mis familiares que siempre confiaron en mí y me brindaron todo su apoyo incondicional para conseguir mi objetivo que tanto anhelaba.

Pitvan Gallo Huanca

El presente trabajo de investigación en primer lugar está dedicado con fe en Dios por darme La oportunidad de poder servir a los demás. Mi amor infinito a mis padres por haber sido mi amigo, compañero, maestro y guía, quiénes son el motor de mi superación diaria y la fortaleza necesaria para poder lograrlo todo en esta vida. A mis docentes de la Universidad por su loable labor de enseñar y forjar profesionales de nuestro país necesita. A ustedes con infinita gratitud.

Naetsy Yohsy Hermosilla Chuquiyaury

En primer lugar, se lo dedico a Dios por su infinita bondad, posteriormente con mucho cariño a mis padres Judith Castañon y Jhony Plejo, quienes aportaron positivamente a lo largo de mi formación académica, dándome el apoyo económico y moral que necesite, y son los testigos del trabajo perseverante para lograr un nuevo éxito en mi vida profesional.

Yanella Judith Plejo Castañon

Agradecimiento.

En primer lugar, nuestros agradecimientos los dirigimos a dios por proveernos de coraje, sensatez y sabiduría, para superar cada uno de los obstáculos que fueron surgiendo en el camino y así poder lograr nuestras metas y objetivos.

En segundo lugar, a nuestras familias por estar ahí para nosotros en los problemas que se dieron en el camino, por el apoyo incondicional moral y económico que nos brindaron desde que iniciamos nuestros estudios, ya que sin ellos esto no podría haber sido posible que el trabajo de investigación se finalizara.

En tercer lugar, a todos nuestros profesores, en especial a nuestra asesora, Mg. Carmen Elvira Zavalaga Bustos, que nos animaron y ayudaron durante el trayecto de nuestra educación y más aún en el proceso de este trabajo de investigación.

Finalmente agradecer a las Personas con Discapacidad del Programa Contigo, quienes con mucha sinceridad y de manera desinteresada nos brindaron la información requerida para la elaboración de la tesis.

Pitvan, Naeysi y Yanella

Resumen.

La discapacidad, es un problema recientemente atendido por el gobierno nacional; durante la república, las personas con discapacidad no fueron beneficiados por políticas públicas y programas sociales. En el 2015 se crea el Programa Contigo para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad, cuyo componente principal es la transferencia monetaria de 300 soles bimestrales y su afiliación automática al SIS (Seguro Integral de Salud). El objetivo de este estudio fue conocer la relación entre el Programa Contigo y la Inclusión Sanitaria, es decir, se buscó conocer si este programa se relaciona con la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con discapacidad.

El estudio es de tipo aplicado, de nivel descriptivo correlacional, la población de estudio estuvo conformado por los beneficiarios del programa Contigo del distrito de Huánuco en el año 2021; el diseño de estudio fue no experimental transeccional; el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario Likert.

Luego de procesar la información de campo se realizó la contrastación de hipótesis usando el estadístico Rho de Spearman, y se halló un coeficiente de 0,368 que equivale a una débil asociación de las variables Programa Contigo e Inclusión Sanitaria; respecto a las hipótesis específicas se halló que el programa Contigo no tiene relación con las variables Promoción y Prevención de la salud; pero si existe un coeficiente de correlación positiva y moderada de 0,546 entre las variables Programa Contigo y Atención Sanitaria.

Palabra clave: Programa Contigo, Inclusión sanitaria, discapacidad

Abstract.

The problem of disability is an issue recently addressed by the national government; During the republic, people with disabilities were not benefited by public policies and social programs. In 2015, the Contigo Program was created to achieve the social inclusion of people with disabilities, whose main component is the monetary transfer of 300 soles every two months and their automatic affiliation to the SIS (Comprehensive Health Insurance). The objective of this study was to know the relationship between the Contigo Program and Health Inclusion, that is, it sought to know if this program is related to the promotion, prevention, treatment and rehabilitation of people with disabilities.

The study is of an applied type, with a descriptive correlational level, the study population was made up of the beneficiaries of the Contigo program in the district of Huánuco in the year 2021; the study design was non-experimental cross-sectional; the data collection instrument was the Likert questionnaire.

After processing the field information, the hypothesis was tested using Spearman's Rho statistic, and a coefficient of 0.368 was found, which is equivalent to a weak association between the variables Program With You and Health Inclusion; Regarding the specific hypotheses, it was found that the Contigo program is not related to the variables Health Promotion and Prevention; but if there is a positive and moderate correlation coefficient of 0.546 between the variables Program with you and Health Care.

Keyword: Contigo Program, health inclusion, disability

Contenido.

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.	iii
Abstract.....	iv
Contenido.....	v
Índice de tablas.	vii
Introducción.....	9
CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	11
1.1. Fundamentación del problema de investigación.....	11
1.2. Formualción del Problema de investigaación general y específicos.....	13
1.2.1. Problema general.....	13
1.2.2. Problema específico.....	14
1.3. Formulación de objetivos general y específicos.	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos.....	14
1.4. Justificación.....	14
1.5. Limitaciones.	15
1.6. Formulación de hipótesis general y específicas.....	16
1.6.1. Hipótesis general.....	16
1.6.2. Hipótesis específicas.....	16
1.7. Variables.....	16
1.8. Definición teórica y operacionalización de variables.....	17
CAPITULO II. MARCO TEORICO.	18
2.1. Antecedentes de estudio.	18
2.1.1. Antecedentes locales.	18
2.1.2. Antecedentes nacionales.	19
2.1.3. Antecedentes internacionales.	20
2.2. Bases teóricas.....	23
2.2.1. El Programa Social.....	23
2.2.2. Programa Contigo.	25
2.2.3. La Discapacidad.....	26

2.2.4. Modelos conceptuales de la discapacidad.....	27
2.2.5. Tipos de discapacidad.	29
2.2.6. Inclusión en el Sistema sanitario.....	35
2.3. Bases conceptuales.	47
2.4. Bases Epistemológicas.	50
CAPITULO III. METODOLOGIA.	54
3.1. Ámbito.....	54
3.2. Población.....	54
3.3. La Muestra.	54
3.4. Nivel y tipo de estudio.	55
3.4.1. Nivel de investigación.	55
3.4.2. Tipo de investigación.....	55
3.5. Diseño de investigación.	55
3.6. Métodos, Técnicas e instrumentos.....	56
3.6.1. Método.....	56
3.6.2. Técnica e instrumentos de investigación.	56
3.7. Confiabilidad del instrumento.	57
3.8. Procedimiento.....	57
3.9. Plan de tabulación y análisis de datos estadísticos.....	58
3.10. Tabulación y análisis de datos estadísticos.....	58
3.10.1. Análisis descriptivo.....	58
3.10.2. Análisis inferencial.	58
3.11. Consideraciones éticas.....	59
CAPITULO IV. RESULTADOS.....	61
4.1. Contrastación de hipótesis.....	75
CAPITULO V. DISCUSION.	79
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES.....	84
Bibliografía.....	86
ANEXO.....	90
Consentimiento informado.....	91
Instrumento de recolección de datos.	93
Validación de instrumentos.	95

Matriz de consistencia.	98
------------------------------	----

Índice de tablas.

<i>Tabla 1: clasificación de la Discapacidad Intelectual según la puntuación obtenida en un test de inteligencia</i>	31
<i>Tabla 2: Norma técnica de salud para la evaluación calificación y certificación de la persona con discapacidad</i>	34
<i>Tabla 3: Género de los usuarios del Programa Contigo</i>	61
<i>Tabla 4: Edad de las personas con discapacidad usuarios del programa Contigo</i>	62
<i>Tabla 5: Estado civil de las Personas con Discapacidad</i>	63
<i>Tabla 6: Numero de hijo</i>	64
<i>Tabla 7:Nivel de escolaridad de las Personas con Discapacidad usuarios del Programa Contigo</i> ..	65
<i>Tabla 8:Tipo de discapacidad de los usuarios del Programa Contigo</i>	66
<i>Tabla 9: Promoción de la salud de las Personas con discapacidad</i>	68
<i>Tabla 10: Prevención de Nueva discapacidad en beneficiarios del Programa Contigo</i>	70
<i>Tabla 11: Tratamiento de discapacidad de los Usuarios del Programa Contigo</i>	72
<i>Tabla 12: Rehabilitación de Personas con discapacidad Usuaris del Programa Contigo</i>	73
<i>Tabla 13: Correlaciones entre el Programa Contigo e Inclusión sanitaria</i>	75
<i>Tabla 14:Correlaciones entre el Programa Contigo y Promoción de la salud</i>	76
<i>Tabla 15: Correlaciones entre el programa Contigo y Prevención de la salud</i>	77
<i>Tabla 16: Correlaciones entre el Programa Contigo y Atención sanitaria</i>	78

Índice de figuras

<i>Figura 1: Género de los usuarios del Programa Contigo.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 2: Edad de las personas con discapacidad usuarios del programa Contigo.....</i>	<i>62</i>
<i>Figura 3: Estado civil de las Personas con Discapacidad</i>	<i>63</i>
<i>Figura 4: Numero de hijo</i>	<i>64</i>
<i>Figura 5: Nivel de escolaridad de las Personas con Discapacidad usuarios del Programa Contigo.</i>	<i>65</i>
<i>Figura 6: Tipo de discapacidad de los usuarios del Programa Contigo</i>	<i>66</i>
<i>Figura 7: Promoción de la salud de las Personas con discapacidad.....</i>	<i>68</i>
<i>Figura 8: Prevención de Nueva discapacidad en Personas con Discapacidad del Programa Contigo</i>	<i>70</i>
<i>Figura 9: Tratamiento de discapacidad de los Usuarios del Programa Contigo</i>	<i>72</i>
<i>Figura 10: Rehabilitación de Personas con discapacidad Usuarías del Programa Contigo.....</i>	<i>73</i>

Introducción.

Las personas con discapacidad siempre se han encontrado en situación de pobreza y exclusión social, el gobierno nacional a partir de 2015 ha hecho suyo el problema, para afrontarlo a creado el programa Contigo, que se encarga de transferirles 300 soles bimestrales y afiliarlos al SIS para su tratamiento médico. Pero, a pesar de la existencia de este programa no han mejorado sus condiciones de vida mucho menos su salud; por ello, este estudio se planteó como objetivo general conocer la relación del Programa Contigo y la Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021, para lograr este objetivo se investigó, también, la relación del programa Contigo con la promoción, prevención y atención sanitaria.

En el proceso de investigación se utilizó el método cuantitativo, el estudio fue de tipo aplicado, de nivel correlacional, por cuanto se relacionaron las variables de la hipótesis general y específicas; se utilizó el diseño no experimental transeccional, porque se midió las variables en estudio en un solo momento y dichas variables no fueron manipuladas. La población de estudio fueron los beneficiarios del Programa Contigo del distrito de Huánuco en el año 2021. El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario de tipo Likert. Las hipótesis fueron sometidas a la medición con la estadística inferencial, en este caso se aplicó Rho de Spearman.

Los resultados hallados muestran que las variables de la hipótesis general: Programa Contigo e Inclusión sanitaria tiene una correlación baja y positiva con un coeficiente de 0,368. Las variables de las hipótesis específicas como Promoción de la salud y Prevención de la salud no tienen relación con el Programa Contigo,

por cuanto su significancia bilateral es superior a 0,05. Sólo la variable Atención Sanitaria tiene relación significativa con el Programa Contigo con un coeficiente de Rho de Spearman de 0,545.

El estudio está dividido en cinco capítulos, el primero contiene el Planteamiento del problema; el segundo, el Marco teórico; el tercero, la metodología; el cuarto, los resultados y el quinto, la discusión. Colateral al capítulo quinto se encuentran las conclusiones, las recomendaciones y el anexo que contiene el consentimiento informado, el instrumento de recolección de datos, la validación de instrumentos y la matriz de consistencia.

CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Fundamentación del problema de investigación.

“Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás” (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Estas personas conforman, en el mundo, un sector social en situación extrema de vulnerabilidad, son las que sufren la exclusión social severa en todos sus derechos, como al empleo, a la educación, y lo más grave el acceso a la salud. Se encuentran en situación de pobreza, su condición de discapacidad les dificulta reclamar sus derechos ciudadanos; la sociedad y el Estado los invisibiliza, su problemática está ausente en la agenda de los gobiernos y de las organizaciones sociales.

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, alrededor de mil millones (15%) de la población vive con algún tipo de discapacidad. Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir discapacidad que los hombres y las personas mayores más que los jóvenes. En América Latina y el Caribe, se estima, que casi el 12% de la población vive con al menos una discapacidad, lo que equivale alrededor de 66 millones de personas (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En el caso del Perú, la población nacional con discapacidad es de 3 209 261 (10,3%); en Huánuco, 40 000 (2,2%) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017). Este sector social, históricamente ha sufrido el abandono del Estado, lo que se refleja en los indicadores de exclusión social: el 64,0% estudió la

primaria; 22,4%, secundaria; superior universitaria, 4,7%; superior no universitaria 1,7% (INEI, 2015). Estos datos revelan una severa exclusión social sobre todo en el ámbito educativo, un porcentaje alto de 64% tiene estudios solo de primaria.

En el Caso del distrito de Huánuco, las personas con discapacidad, también sufren de exclusión social; el sistema educativo no los incluye a todos, en los Centros Educativos, frecuentemente, son objetos de burla, sarcasmo y bullying; en los centros de trabajo, también, son rechazados porque se tiene el prejuicio que sus niveles de desempeño son bajos. Estas situaciones se convierten en factores que determinan su empobrecimiento, la cuál se perpetúa cuando, históricamente, los gobiernos y la sociedad los invisibiliza, no le entregan sus derechos como al resto de la sociedad, siendo la familia, la única institución que siempre ha estado como cuidadora.

Pero, el problema que más sufren estas personas con discapacidad es su baja accesibilidad a los servicios de salud públicos o privados para el cuidado de su salud. Su tratamiento y rehabilitación siempre ha estado condicionado por la economía y la voluntad de la familia. Cuanto más pobre es la familia, su acceso a la salud es difícil, por tanto no pueden rehabilitarse adecuadamente o recuperarse por completo. El cuidado de la salud de la persona con discapacidad, siempre ha estado a cargo de la familia, quienes, debido a su pobreza realizan su tratamiento de manera empírica o recurren a la medicina tradicional.

Hace, aproximadamente, media década, el gobierno ha tomado la decisión de mejorar la calidad de vida de esta población, y para ello ha creado el Programa

Contigo, el cual tiene como su población usuaria a todos los que sufren una discapacidad severa y se encuentren en condiciones de pobreza. El componente principal del programa es la asignación de una pensión no contributiva de 300 soles bimestrales y su incorporación al Sistema Integrado de Salud, con la finalidad de incluirlos en los servicios del sistema de salud pública para su tratamiento médico de manera permanente.

Pero resulta, que los servicios de salud son de mala calidad, por ejemplo, carecen de equipos o instrumentos adecuados para los diversos tipos de discapacidad, no existen médicos especialistas, no les dan un tratamiento especializado, no son tratados con cortesía; los familiares carecen de disponibilidad de tiempo para llevarlos al hospital, por los que en muchos casos su proceso de rehabilitación se trunca; no les entregan equipos o artefactos adecuados que necesitan, no les entregan las medicinas necesarias, no reciben atención domiciliaria, no se realiza la promoción de la salud a su favor, no hay campañas médicas para ellos. Por ello el interés de este estudio es conocer su nivel de inclusión sanitaria, en qué medida influye el Programa Contigo en su accesibilidad a los servicios de salud públicos o privados.

1.2. Formulación del Problema de investigación general y específicos.

1.2.1. Problema general.

¿Cuál es la relación del Programa Contigo y la Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021?

1.2.2. Problema específico.

1. ¿Cuál es la relación del Programa Contigo y la Promoción de la Salud de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021?
2. ¿Cuál es la relación del Programa Contigo y la Prevención de la Salud de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021?
3. ¿Cuál es la relación del Programa Contigo y la Atención Sanitaria de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021?

1.3. Formulación de objetivos general y específicos.

1.3.1. Objetivo general.

Conocer la relación del Programa Contigo y la Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.

1.3.2. Objetivos específicos.

1. Determinar la relación del Programa Contigo y la Promoción de la salud de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.
2. Determinar la relación del Programa Contigo y la Prevención de la salud de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.
3. Determinar la relación del Programa Contigo y la Atención Sanitaria de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.

1.4. Justificación.

Este estudio permitió conocer las condiciones socioeconómicas de las personas con discapacidad severa y cómo su afiliación al programa Contigo les beneficia en el acceso a la salud pública.

El conocimiento de los niveles de influencia del programa en la inclusión sanitaria, sirve de ayuda en la gestión del programa Contigo, porque se pueden realizar reajustes o diseñar nuevas estrategias o formas nuevas de intervención para que el programa tenga mayor efectividad. Los resultados del estudio benefician a los usuarios del Programa y a sus gestores en el distrito de Huánuco, porque pueden realizar algunas modificaciones puntuales en su gestión para lograr una mayor efectividad en la inclusión sanitaria de sus usuarios.

1.5. Limitaciones.

El contexto de la pandemia se presentó como un factor limitante para el proceso de recolección de datos de los usuarios del programa Contigo, por cuanto tenían reservas en mantener contacto directo con los encuestadores para evitar un probable contagio con el Virus de la COVID-19. Esta situación se superó en base al estricto uso de los protocolos de bioseguridad establecidos por el Ministerio de Salud.

Otra limitación, también, fue el difícil acceso a las personas con discapacidad, por cuanto ellos se encuentran bajo el cuidado de una tercera persona, que generalmente son sus familiares y además los que sufren de discapacidad sensorial tenían dificultades para responder el cuestionario. Todas las limitaciones fueron superadas en coordinación con la persona responsable de su cuidado.

1.6. Formulación de hipótesis general y específicas.

1.6.1. Hipótesis general.

El Programa Contigo tiene relación con la Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad usuarias del Programa Contigo en el Distrito de Huánuco en el 2021.

1.6.2. Hipótesis específicas.

1. El Programa Contigo tiene relación con la Promoción de la salud de personas con discapacidad usuarias del Programa Contigo en el Distrito de Huánuco en el 2021.
2. El Programa Contigo tiene relación con la Prevención de la salud de personas con discapacidad usuarias del Programa Contigo en el Distrito de Huánuco en el 2021.
3. El Programa Contigo tiene relación con la Atención Sanitaria de personas con discapacidad usuarias del Programa Contigo en el Distrito de Huánuco en el 2021.

1.7. Variables.

Variable 1: Programa Contigo.

Variable 2: Inclusión sanitaria

1.8. Definición teórica y operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES	ITEMS
Programa Contigo “Este Programa busca elevar la calidad de vida de las personas con discapacidad, por ello su componente principal es la entrega bimestral de una pensión no contributiva de 300 soles; aparte de este beneficio, están afiliados al Sistema Integral de Salud, para que tengan acceso a los servicios de salud pública” (Programa Contigo).	Se aplicó un cuestionario a los usuarios del Programa Contigo sobre la recepción de 300 soles y su afiliación al SIS.	Pensión de 300 soles bimestrales.	Recepción de los 300 soles bimensuales	BAJO MEDIO ALTO	
		Uso del SIS	Atención en el el SIS		
Inclusión sanitaria “La persona con discapacidad tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación. El Estado les garantiza el acceso a prestaciones de salud integrales de calidad e implementados con infraestructura, equipamiento y recursos humanos capacitados, incluidas la rehabilitación y la salud sexual y reproductiva.” (Ley No 29973, Ley General de personas con Discapacidad).	Se aplicó un cuestionario a los usuarios del Programa Contigo sobre su accesibilidad a los servicios de salud.	Promoción de la salud	Acciones de salud comunitaria	BAJO ALTO MEDIO	Figura en el anexo
			Acciones de salud para los usuarios del “Programa Contigo”.		
		Prevención de la salud	Acciones de prevención de la salud.		
		Atención sanitaria	Tipo de Tratamiento que reciben		
			Tipo de Rehabilitación.		

CAPITULO II. MARCO TEORICO.

2.1. Antecedentes de estudio.

2.1.1. Antecedentes locales.

En la región Huánuco se han realizados diversos estudios sobre la probelmática de las personas con discapacidad y se han obtenido una serie de resultados. Así, Cajahuaringa et al (2020) en su tesis “Influencia del nivel educativo y el costo económico de las personas con discapacidad en las familias del distrito de Ambo, 2018” tiene hallazgos que reflejan la exclusión de personas con discapacidad, muestran que el 63.64% no tiene instrucción educativa, se encuentran en analfabetismo; señalan como su principal causa a la inexistencia de una escuela de Educación Básica Especial en Ambo. También, no son aceptadas en el trabajo, el 86,36% de ellas han sufrido discriminación o han tenido propuestas de salarios muy por debajo del promedio o estipulado en la ley. Referente a los servicios de salud pública, el 77.3% han recibido maltrato de parte del personal de salud, el cual los ahuyenta de su tratamiento o rehabilitación.

Por su parte Carlos et al. (2015) en el estudio titulado “Amarilis: una aproximación a la medición de la calidad de vida de la población con discapacidad-2015” hallaron que la principal necesidad de las personas con discapacidad es la accesibilidad a los servicios de salud; porque, el 34% sufre de patologías anexas a su condición de discapacidad, el 63% no recibe tratamiento especializado; el 10% recibe rehabilitación física; el 10%, tratamiento psicológico; el 1%, rehabilitación sensorial; y un porcentaje significativo de 16% recibe otro tipo de tratamiento. Esto demuestra que los servicios sanitarios que recibe la población con

discapacidad son de baja calidad. A estos hechos se suma la segregación del mercado laboral del 72% de las personas que no realizan actividad laboral alguna.

Y desde la óptica de la psicología, Santos (2016) en su tesis “Niveles de bienestar psicológico y optimismo en personas con discapacidad física – Huánuco 2015” encuentra que el 96% que sufre discapacidad física presentan un nivel regular de bienestar psicológico; el 57% tiene una baja auto aceptación; el 62% posee un nivel alto de autonomía.

2.1.2. Antecedentes nacionales.

A nivel nacional también se realizan una serie de estudios sobre las personas con discapacidad. Podemos citar alguno de ellos, Ortiz (2020) en su tesis titulada “Eficacia del programa CONTIGO y su relación con la satisfacción en la población con discapacidad severa, Región San Martín, 2019.” Pudo hallar que la correlación es positiva de (0. 570**) entre las variables eficacia del programa CONTIGO y la satisfacción de la población con discapacidad severa. Es decir, la correlación es de nivel medio, no es alto ni tan bajo.

Y en los estudios de carácter laboral, Fabián et al (2019) en su investigación “Situación laboral y calidad de vida de las personas con discapacidad física, Huancayo”, concluye que las personas con discapacidad física del OMAPED Huancayo, tienen un nivel de vida regular, no se encuentran en situaciones extremas de una mala calidad de vida ni de una alta calidad. Pero su situación laboral es mala, todos se encuentran en el sector informal, porque tienen bajos

niveles educativos, y este empleo les genera ingresos irrisorios que no les permite acceder a los servicios de salud, seguridad y protección.

Y desde la perspectiva del enfoque social como medio para abordar el problema de la discapacidad, Ordoñez y Mendoza (2019) en su trabajo de investigación “Modelo social como alternativa para el desarrollo de la persona con discapacidad, Callao. Perú”, afirma que las barreras como la actitud, las físicas, las sociales y las políticas, está vigente en el Callao, así como la insensibilidad de las autoridades del distrito, son las condiciones adecuadas para que los derechos humanos de la persona con discapacidad sean vulnerados. Las instituciones y organismos sociales, como también las autoridades, desarrollan diversas acciones a favor de las personas con discapacidad, pero estas son ineficientes, porque se realizan de manera empírica, al margen de teorías, instrumentos y estrategias profesionales. Las personas con discapacidad sienten elevar su autoestima, cuando los funcionarios de las entidades públicas les brindan un trato cordial, amable, respetuoso y con mucha empatía, sienten que su condición de persona y su dignidad humana son reconocidas.

2.1.3. Antecedentes internacionales.

Como la discapacidad es un problema que afecta al mundo entero, se realizan estudios en distintos países. Aquí tenemos el estudio de Venturiello y Ferrante (2017) “Discapacidad y salud desde dos investigaciones cualitativas: los itinerarios de la rehabilitación en Argentina y Chile”, donde los estudiosos encuentran a los aspectos sociales y económicos marcados por la inequidad, por barreras sociales, por la segregación laboral, por la fragmentación en el tipo de servicios de salud, la

certificación de la discapacidad que contribuyen de gran manera a la reproducción de las condiciones sociales desfavorables para la población con discapacidad. Y el hecho que la familia se haga cargo de cuidado de las personas con discapacidad, no contribuye en la mejora de su situación, porque la familia brinda su cuidado según sus posibilidades económicas y creencias culturales y estas pueden ser una gran limitante para el acceso a los servicios de salud pública adecuada.

Los autores señalan que, en Chile, el Estado no garantiza el derecho a la rehabilitación de la persona con discapacidad, la que tiene orígenes históricos en “a) la implementación de un neoliberalismo radical; b) el desarrollo de la Teletón como mecanismos paliativos a las necesidades de rehabilitación insatisfechas; y en c) las consecuencias del centralismo en la generación de una crisis sanitaria en las regiones de Chile.

Por su parte Hurtado y Arrivillaga (2018) en su trabajo titulado “Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad” desarrollado en Cuba, concluyen que los menores en situación de discapacidad y sus cuidadoras sufren por las barreras que evitan el acceso a los servicios de salud. También señala que, en Colombia, existen barreras estructurales y administrativas en el sistema de salud basadas en los procedimientos del aseguramiento. Estas barreras generan sufrimiento innecesario, daños y complicaciones en la salud; a esto se suma las barreras étnicas, geográficas, infraestructurales que limitan el acceso de los niños con discapacidad a los servicios de salud.

Gómez et al. (2018) en su estudio “Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarza”, afirma que referente al acceso a servicios preventivos, el 66.1 % de los encuestados acudió al médico en el último año como medida preventiva, pero un 10,7% no asistió a ninguna consulta preventiva. En relación a servicios curativos o de rehabilitación, acudieron el 62.5% en los últimos seis meses. El 82.7% acudió a la consulta médica general. El 67.4% fueron remitidos al médico especialista; de los cuales al 20% no les entregó medicamentos, el 10.7% fueron hospitalizados. A esto se debe agregar que la persona con discapacidad pagó su medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados por el sector salud, también pagaron por los lentes, audífonos o aparatos ortopédicos.

El 67.9 % expresó que no había tenido acceso a procedimientos y terapias de rehabilitación en los últimos 6 meses. El 22.9 % lleva de 0 a 1 año sin recibir servicio de rehabilitación; 28.6%, de 2 a 5 años; 17.1%, de 6 a 10 años; y 31.4 %, más de 10 años. Estos datos muestran los niveles de exclusión de las personas con discapacidad de los sistemas de salud.

Eraso y Andreu (2017) en su estudio titulado “La exclusión social y sus determinantes relacionados con la salud y la discapacidad”, realizado en España, demuestra que están relacionados de forma interdependiente los estados de salud, la discapacidad y los riesgos de pobreza y exclusión social. Se ha comprobado, que la Población con Discapacidad (PD) tiene mayor probabilidad de acumular determinantes que causan exclusión social: las PD acumulan 13,72 frente a los 3,08 de las PSD.

2.2. Bases teóricas.

El Programa Contigo es un programa de Pensión social, destinado a la protección de la población con discapacidad severa y en situación de pobreza. Por lo que es necesario definir bien las características de un programa social.

2.2.1. El Programa Social.

El Programa social es una intervención planificada del Estado en la sociedad, para lograr el desarrollo social. Existen programas de carácter universal destinado a toda la sociedad, como los servicios de educación y salud; pero, también, existen programas focalizados en determinados sectores sociales principalmente en aquellos en situación de vulnerabilidad, estos pueden ser niños, ancianos, pobres, extremos pobres, grupos étnicos, etc.; por ejemplo, en el Perú existen los programas Juntos, Pensión 65, que están centrados en la protección de grupos vulnerables.

Los programas de protección social.

Los programas de protección social como su nombre indica buscan proteger a las personas en estado de vulnerabilidad; estos pueden ser de carácter económico social, sanitario y laboral etc.

Para el Banco Mundial (2021) la protección social está destinada a los niños, personas con discapacidad, desempleados, ancianos y otras personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, y se realiza mediante transferencias monetarias directas para la personas, seguro social, obras públicas y otros mecanismos y son financiados con recursos públicos.

Abramo et al., (2019) en una publicación de la CEPAL expresa que los programas de protección social no contributiva, mejora la economía familiar, permite el acceso a los servicios sociales y fomenta el trabajo decente, los cuales son fundamentales para la inclusión social. Según este autor existen tres tipos de programas de protección social no contributiva:

a) los programas de transferencias condicionadas.

Estos programas consisten en la entrega de una determinada cantidad de dinero a una familia a cambio de que cumplan una función o corresponsabilidad en beneficio, generalmente, de un miembro de la familia, que pueden ser niños o adultos mayores u otros. En el caso peruano el programa por excelencia de este tipo es el Programa Juntos, mediante el cual se entrega una asignación económica a la madre de familia a cambio de que ella garantice la asistencia a la escuela y el control médico permanente de sus hijos. Los programas de incentivos monetarios buscan impulsar el desarrollo humano de los grupos en situación de pobreza, para el cual se tiene que garantizar su acceso a la educación y a la salud pública (Abramo et al, 2019).

b) los programas de inclusión laboral y productiva.

La finalidad principal de estos programas, implementados por el gobierno nacional busca insertar en el mercado laboral a jóvenes y adultos cuidando la equidad de género, asimismo los empleos deben ser retribuidos con salarios dignos. Viendo la dificultad de esta tarea, Abramo (2019) dice que el desafío es grande cuando se tiene enormes brechas educacionales, cuyas raíces tienen origen étnico, racial, de género, y muy escasa formación técnica.

c) las pensiones sociales.

Abramo et al (2019) dice que las pensiones sociales consisten en la entrega de recursos dinerarios a los pobres, ancianos y a todo sector en estado de pobreza y vulnerabilidad, que por diversas razones no han tenido aportes previsionales a lo largo de su vida. La asignación monetaria tiene la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas personas garantizándoles acceso a la salud, alimentación y otros.

En el caso del Perú, las pensiones sociales no contributivas se materializan a través de los programas “Pensión 65” y “Contigo”. El primero es una pensión basada en el ciclo de vida y el segundo, en la discapacidad; tienen como finalidad mejorar la calidad de vida. Las pensiones proporcionan seguridad en el ingreso familiar, para garantizar su mejora alimenticia.

2.2.2. Programa Contigo.

El programa CONTIGO se creó mediante el Decreto Supremo N°. 004-2015-MMP para la transferencia monetaria a personas con discapacidad severa en condiciones de pobreza (MIDIS, 2015, párr. 5).

La finalidad de este Programa es elevar la calidad de vida de estas personas, por ello su componente principal es la entrega bimestral de una pensión no contributiva de 300 soles; aparte de este beneficio, están afiliados al Sistema Integral de Salud, para que tengan acceso a los servicios de salud pública. El programa, también, busca que las personas con discapacidad gocen de

reconocimiento social y respeto a sus derechos ciudadanos, como también a su inclusión social.

Requisitos para afiliarse al programa.

El Decreto Supremo N°. 004-2015-MMP establece que para afiliarse al programa se debe cumplir con los requisitos siguientes:

1. Contar con un certificado de discapacidad severa emitido de conformidad con la norma técnica de salud para la evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad.
2. No percibir ingreso o pensión que provenga del ámbito público o privado, incluyendo las prestaciones económicas otorgadas por el Seguro Social de Salud-EsSALUD.
3. Encontrarse en situación de pobreza bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH. (MIDIS, 2015, párr. 6).

2.2.3. La Discapacidad.

Por discapacidad se entiende a las deficiencias físicas, mentales, sensoriales, intelectuales de las personas, las que se convierten en obstáculos para su normal desempeño en igualdad de condiciones que el resto de la población dentro de la sociedad (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Es decir, la discapacidad, aparte de afectar tu capacidad mental, física y otras, afecta los derechos y las oportunidades de las personas.

Es decir, las personas debido a su discapacidad no pueden ejercer sus derechos y lograr su inclusión total al seno de la sociedad, es decir, las pone en situación de desventaja, tal vez no puede practicar un deporte que a él le agrada,

no pueden recibir clases en el colegio, no desarrollan actividades políticas, etc. Es decir la discapacidad limita los derechos y los deberes del ciudadano.

2.2.4. Modelos conceptuales de la discapacidad.

2.2.4.1. Modelo biológico.

Tradicionalmente se concebía a la discapacidad como un problema biomédico de carácter orgánico, referido a las limitaciones físicas y funcionales de las personas; es decir, la persona con discapacidad es la que tiene limitaciones para asumir funciones definidas por la sociedad, es aquel que no puede desarrollar roles con “normalidad” (Peñas, 2013). En esta misma línea se puede agregar que históricamente la discapacidad ha sido entendida como un problema de salud o enfermedad, que podía ser curada o tratada por la medicina (Cruz, 2005, p. 96). En esta lógica, el problema de la discapacidad se encuentra en el cuerpo humano, que no puede realizar las funciones que realiza todo cuerpo normal. La discapacidad es un cuerpo con limitaciones diversas, que requiere tratamiento médico, una “curación” para devolverle sus capacidades o su normalidad. Por tanto, la solución a las discapacidades radica en la rehabilitación, en una atención sanitaria y en políticas públicas de salud.

2.2.4.2. El Modelo social.

Este modelo percibe la discapacidad de manera diferente, considera que la discapacidad no está en el cuerpo de las personas, ellos no son el problema, el problema es la sociedad que no está capacitada para entregarle servicios apropiados y garantizarles sus derechos a esas personas (Toboso & Arnau, 2008). Pero, este enfoque no niega el concepto biomédico de la discapacidad, lo incluye

y va más allá. Ve a la discapacidad como un problema de las limitaciones que tiene la sociedad para atender las necesidades, los requerimientos de la persona con discapacidad. Si la sociedad tuviera la capacidad de atender estas necesidades, la discapacidad no sería un problema. Desde esta óptica, el problema no queda en el aspecto médico, sino en una acción social, en la capacidad de la sociedad de prestar servicios a esta gente. Por ejemplo, las personas con discapacidad locomotora, resuelven su problema con una silla de ruedas, pero el problema le pone la sociedad al no desarrollar una infraestructura vial pública adecuada que facilite su desplazamiento.

2.2.4.3. El modelo político activista.

Este modelo reivindica a la persona con discapacidad y reclama la entrega de sus derechos humanos y además tienen todo el derecho de organizarse, crear colectividades con sus pares, mejor dicho, con personas que tienen discapacidad, y construir ambientes que les otorga calidad de vida, aceptación social e identidad propia (Pinillos & Naranjo, 2017). En este enfoque se considera que las personas con discapacidad se encuentran excluidas de muchos derechos como de la educación, el empleo, la salud, etc., por tanto, existe la necesidad que estos derechos les sean entregados; es decir, deben ser incluidos en la sociedad. Esta visión busca reivindicar la dignidad humana de este grupo social y también la igualdad y la libertad (Pinillos & Naranjo, 2017).

2.2.4.4. El modelo relacional, una mirada biopsicosocial de la discapacidad.

Este enfoque rompe con la polaridad de los enfoques social y médicos de la discapacidad, los integra; considera que la discapacidad es un problema

individual, de funcionamiento del cuerpo, pero, también es una cuestión social, externo al individuo.

Es decir, la discapacidad de las personas son limitaciones diversas, pero este se ve agravada cuando la sociedad no crea las condiciones adecuadas para que dichas personas se desenvuelvan adecuadamente, entonces la responsabilidad no es un problema individual de la persona con discapacidad sino de la sociedad que no crea las condiciones óptimas para esas personas (Lindón, 2013, p. 67).

2.2.5. Tipos de discapacidad.

Existen diversas formas de clasificar la discapacidad, en este estudio se ha tomado la clasificación de García y Bustos (2015).

2.2.5.1. Discapacidad motriz o física.

Esta discapacidad consiste en las deficiencias de las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuro-musculotendinoso, que implica que las personas tienen limitaciones para realizar determinadas funciones y desempeñarse como otras personas los realizan con plena funcionalidad de su sistema motriz. García y Bustos (2015) describen como discapacidad motriz o física, a la paraplejia, cuadriplejia, amputaciones de extremidades, poliomielitis, artritis y otros. Similar definición realiza la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), al referirse a la discapacidad motora como cierta restricción de las capacidades físicas que dificultan o impiden desarrollar acciones de una determinada forma considerada normal en un contexto sociocultural específico (Lopez et al, 2005).

Pérez y Garaigordobi (2007), según la topografía corporal, clasifica la discapacidad motora de la forma siguiente:

- Monoplejía: cuando se encuentra disfuncional una extremidad del cuerpo, puede ser el brazo o la pierna.
- Hemiplejia: Consiste en la afectación de un lado simétrico del cuerpo, puede ser el derecho o izquierdo.
- Paraplejia: Se dice cuando las dos piernas están afectadas.
- Tetraplejia: Cuando están afectadas las cuatro extremidades.
- Diplejía: cuando están más afectadas las piernas que los brazos.

2.2.5.2. Discapacidad intelectual.

Esta discapacidad es una limitación intelectual que hace que las personas no se adaptan fácilmente a su entorno social y que tiene sus inicios antes de los 18 años (Peredo, 2016). De la misma forma MedlinePlus (2021) la define como el funcionamiento intelectual por debajo del promedio y que estas personas no tienen las habilidades y destrezas que se requieren para llevar una vida normal.

Según la OMS (1992) la Discapacidad Intelectual son limitaciones cognitivas, las personas tienen dificultades para aprender y comprender hechos y cosas y también tienen limitaciones motoras, sociales y comunicativas (Ke, 2017).

Las dos definiciones anteriores mantienen similitud con la definición hecha por la OMS. Esta clasificación comprende a las personas que sufren de Síndrome de Down, Autismo, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Dravet, Alzheimer, etc.

Tipos de Discapacidad Intelectual.

Tabla 1: clasificación de la Discapacidad Intelectual según la puntuación obtenida en un test de inteligencia

Expresión		Binet	Wechsler	Edad Mental	Característica
1910	Actual				
Tarada	Leve o ligera	52 a 68	55 a 69	8,3 a 10,9 años	Posible educar
Imbécil	Media o moderada	36 a 51	40 a 54	5,7 a 8,2 años	Posible rehabilitar
	Severa o grave	20 a 35	25 a 39	3,2 a 5,6 años	Necesita apoyo específico
Idiota	Profunda	19 o menos	24 o menos	3,1 años	Necesita apoyo para vivir

Fuente: (Peredo, 2016, p. 104)

Discapacidad leve, en este nivel, las personas tienen un cociente intelectual de 52 a 69, tienen retraso cognitivo, pueden estudiar, pero aprenden más lento que las personas normales.

Discapacidad Media o moderada, el cociente intelectual es menor que 50, estas personas requieren de acompañamiento y monitoreo en sus actos, es posible su mejora en base a terapias.

Discapacidad severa o grave, el Cociente Intelectual se ubica en los rangos de 20 y 35, presentan daños neurológicos, poseen muy pocas destrezas, no entienden lo que leen, pueden manejarse en dependencia de otra persona.

Discapacidad profunda, su cociente intelectual es menos de 24, es absolutamente dependiente, su promedio de vida es corta, su capacidad motora es reducida, y tienen deficiencias para comunicarse.

2.2.5.3. Discapacidad mental o psicosocial.

Tradicionalmente, a las personas con discapacidad mental se llamaban “locas”, “dementes”; hoy en día se sabe que este problema es generado por alteraciones bioquímicas, que limitan el pensamiento, el estado de ánimo, las emociones y sentimientos y el comportamiento (García & Bustos), aquí están comprendidas los trastornos bipolares, esquizofrenia, y otros.

2.2.5.4. Discapacidad sensorial.

La discapacidad sensorial se refiere a la carencia, disminución o deficiencia de los sentidos en general, principalmente de los órganos visual y auditivo. Luque (2013) define a la discapacidad sensorial como las deficiencia en la audición y la visión, por consiguiente perciben mal la realidad y procesan también mal la información.

2.2.5.4.1. Discapacidad visual.

Consiste en tener una limitada visión o ceguera total, cuando ya no se puede detectar las imágenes, o no simplemente ya no se percibe nada. Estas personas perciben la realidad por medio de sensaciones, olores, sabores, tacto (CONADIS, 2015).

2.2.5.4.2. Discapacidad auditiva.

Consiste en la sordera severa de ambos oídos, no pueden aprender su propia lengua, ni integrarse a su grupo social. Su origen puede ser la avanzada edad, enfermedades, etc. (CONADIS 2015). Salazar et al (2015) señala los niveles de las discapacidades sensoriales tal como sigue:

Discapacidad auditiva:

Debilidad auditiva superficial: algunos sonidos no se oyen.

Debilidad auditiva media: diversos sonidos no son captados.

Pérdida auditiva severa: muchos de los sonidos no son escuchados.

Pérdida profunda: Cuando muchos sonidos no son captados.

Discapacidad visual:

Ceguera: Total o parcial

Baja visión: Severa o moderada

2.2.5.5. Discapacidad múltiple.

Esta consiste en la presencia de dos o más discapacidades, como pueden ser de carácter físico, emocional, salud y otras que afectan el normal funcionamiento de las personas (Vigil et al, 2013, Calle, 2020). En otras palabras, las deficiencias de la discapacidad múltiple pueden ser físicas, sensoriales, emocionales, mentales o intelectuales, afectan a las personas en su desarrollo.

2.2.5.6. Gravedad de la discapacidad.

La discapacidad se presenta con distinta gravedad en las personas, existen varias formas de clasificarlos, pero en este estudio se toma en cuenta la clasificación hecha por el MIDIS, la que se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 2: Norma técnica de salud para la evaluación calificación y certificación de la persona con discapacidad.

0	Sin limitación (No discapacitado ninguna discapacidad presente)	NINGUNA Dificultad
1.	“Realiza y mantiene la actividad con dificultad, pero sin ayuda. (Dificultad. presente, dificultad en la ejecución)”	“Dificultad LIGERA (poca, escasa) Realiza y mantiene la actividad con dificultad”.
2.	“Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas (Ejecución ayudada, ayudas o dispositivos necesarios)”	“Dificultad MODERADA. Realiza la actividad sólo con ayudas momentánea de otra persona”
3.	“Requiere además de asistencia momentánea de otra persona. (Ejecución asistida, necesidad de una mano que preste ayuda)”	
4.	“Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo. (Ejecución dependiente, total dependencia de la presencia de otra persona)”	“Dificultad GRAVE (mucha, extrema) Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo. (Ejecución dependiente, total dependencia de la presencia de otra persona)”
5.	“Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de otra Persona la cual, además, requiere de un dispositivo o ayuda que le permita asistir”	
6.	“La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal”	
		“dificultad COMPLETA (total) La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal”.

Fuente: (Resolución Ministerial N° 981- 2016/MINSA)

Diagnóstico que causan discapacidades severas.

El Ministerio de Salud en la Resolución Ministerial N° 981- 2016/MINSA, establece una lista de diagnóstico que originan discapacidades de nivel severo, pero aclara que no es excluyente de otras patologías que ocasionan discapacidad severa.

1. Deformidad Anatómica o Amputación
2. Pérdida de la visión.
3. Enfermedades del aparato digestivo
4. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
5. Epilepsia - gran mal.
6. Epilepsia con crisis motoras menores
7. Accidente vascular del sistema nervioso central
8. Tumores cerebrales

9. Enfermedad de Parkinson
10. Parálisis Cerebral infantil
11. Lesiones de la médula
12. Esclerosis múltiple
13. enfermedades de las neuronas motoras
14. Secuela de poliomyelitis
15. Miastenia gravis
16. Distrofia muscular
17. Enfermedades degenerativas
18. Trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos
19. Discapacidad Intelectual

2.2.6. Inclusión en el Sistema sanitario.

La inclusión sanitaria es la integración en el sistema de salud de un sector social que se encuentra fuera o excluido de dicho sistema. Para Whitehead (2017) se trata de erradicar las vallas de acceso que impiden a las poblaciones vulnerables a tener mejores condiciones sanitarias y de vida, y esto a de lograrse ejecutando políticas sociales favorables para los excluidos.

También, la inclusión en salud comprende que el Estado debe garantizar el acceso a servicios de salud de todos sus ciudadanos lo que implica que todos tienen derecho a la salud básica, preventiva de tratamiento y de rehabilitación, y la educación sanitaria (Plena inclusión, 2021); esto significa que la discriminación de cualquier persona sea esta por discapacidad, por razones religiosas, etnicidad,

etc., están completamente prohibidos y toda persona tiene derecho a la salud en igualdad de condiciones.

La Ley general de la persona con discapacidad en su Artículo 26, referido al Derecho a la salud, expresa que toda persona con discapacidad debe tener el servicio de salud de alto nivel para el cual el Estado le garantiza servicios de salud integrales e infraestructura, equipamiento y recurso médico capacitado y esto incluye la rehabilitación salud sexual (Ley No 29973). Este artículo busca la inclusión sanitaria, no es excluyente con ningún grupo social, trata de garantizar la salud integral de las personas con discapacidad.

2.2.6.1. Barreras de la asistencia sanitaria de las personas con discapacidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen diversas barreras que excluyen a las personas con discapacidad de los servicios de salud.

2.2.6.1.1. Costos prohibitivos.

Las personas con discapacidad no acceden a los servicios de salud, sea este privado o público, debido a su alto costo que implica su tratamiento, y esto se agrava en situaciones de pobreza. Este sector sufre de mayor exclusión sanitaria que la población sin discapacidad, porque por encima del 50% no puede financiar su tratamiento, en comparación al 30% de los sin discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2020).

2.2.6.1.2. Oferta limitada de servicios.

Otra barrera que no permite el tratamiento médico de las personas con discapacidad es la ausencia de servicios médicos especializados en los centros de salud públicos, y esto es mayor en las zonas rurales.

2.2.6.1.3. Obstáculos físicos.

La sociedad y sus instituciones, aún, no toman en cuenta a las personas con discapacidad, ellos son los “otros”. La sociedad piensa en un nosotros “normal” que tiene su organismo o cuerpo con todos sus funcionamientos sin ninguna limitación, por ellos la infraestructura física (edificaciones de viviendas, colegios, hospitales, calles, etc.) está hecha para las personas sin discapacidad. Del mismo modo, las tecnologías tampoco se ajustan a las condiciones de personas con discapacidad. La sociedad edifica infraestructuras que no se ajustan a las condiciones de las personas con discapacidad, estas tienen diseños que se convierten en impedimentos físicos que no permite su desplazamiento en el interior, del mismo modo los equipos médicos son inadecuados para ellos, los automóviles no están hechos para trasladar a estas personas (Organización Mundial de la Salud, 2020). La sociedad es la primera entidad que levanta barreras físicas excluyentes de personas con discapacidad, la sociedad es la que incrementa las dificultades para el funcionamiento adecuado para personas con discapacidad.

2.2.6.1.4. Aptitudes y conocimientos inadecuados del personal sanitario.

No se presta atención debida a la salud de las personas con discapacidad, el personal médico no está preparado para brindarle un trato humano adecuado, tampoco existen especialistas en número suficiente en los hospitales para tratar sus enfermedades; además, su condición de discapacidad, los ubica como personas de segunda categoría, por lo que se les niega la asistencia médica.

2.2.6.2. La discapacidad y la Salud pública.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad admite que todo ser humano con alguna discapacidad tienen derecho a gozar de una buena salud y no ser víctima de discriminación. Pero, en la práctica los países no brindan servicios sanitarios de calidad a estas personas (OPS, 2021).

Se observa que la discapacidad aún no cobra peso en las políticas de salud pública, no se percibe la existencia de planes y estrategias que se ejecutan a nivel nacional; las personas con discapacidad aún se encuentran relegadas en el ámbito de la salud. Para la OMS, los gobiernos del mundo deben incluir a estas personas a los servicios de salud fundamentalmente en tres ámbitos: servicios de salud eficientes de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación; protección en emergencias sanitarias; intervenciones transversales de salud pública, como dotación de agua saneamiento que redundará en mejorar sus condiciones sanitarias (OMS, 2020).

2.2.6.3. Principios generales de la política pública en discapacidad.

Según Cruz (2005) para lograr la inclusión sanitaria y social de las personas con discapacidad se debe poner en práctica lo siguiente:

- a) Igualdad de oportunidades:** se debe garantizar la satisfacción de diversas necesidades del individuo, proveyéndole mayores recursos a la persona con discapacidad porque sus demandas, tales como equipos especiales, farmacología, tratamiento médico, cuidado, son mayores que de una persona sin discapacidad y socialmente incluida, es decir se debe distribuir la riqueza en base a la discriminación positiva, la cual consiste en entregar más bienes a quien más lo necesita a pesar de contribuir menos que los demás.
- b) accesibilidad a los servicios:** se debe garantizar la libertad completa de las personas con discapacidad para que puedan movilizarse en su entorno, y garantizarles seguridad, comunicación, etc. Se debe usar tecnologías para proporcionarles bienestar y disfrute de la vida sin restricciones.
- c) No discriminación:** Ninguna persona con discapacidad puede ser privada de sus derechos ciudadanos y libertades, deben ser respetadas y garantizadas. La discapacidad no convierte en seres inferiores a las personas.
- d) Autonomía personal:** Esta facultad de las personas se divide en tres tipos: i) autonomía de acción, que consiste en la independencia física, movilidad de las personas sin ninguna restricción física en el espacio público; ii) autonomía de voluntad, es la autodeterminación de las personas, sus acciones son tomadas por ellas mismas sin manipulación ni dominio de otro; y iii) la autonomía de pensamiento, es la conciencia y el espíritu crítico de las personas. Estos

principios le deben ser garantizados a las personas con discapacidad, para que puedan vivir con dignidad y bienestar.

2.2.6.4. La persona con discapacidad y el Estado peruano.

El gobierno peruano, en el año 2012, emite la Ley General de la Persona con Discapacidad, en el cual les reconoce los mismos derechos universales que rigen para todas las personas sin discapacidad; en otras palabras, las personas con o sin discapacidad ostentan los mismos derechos. La discapacidad no le resta derecho alguno a nadie. En el Artículo 3 referente a los Derechos de la persona con discapacidad expresa que estos tienen los mismos derechos que todas las personas, y el estado les debe crear un entorno social favorable sin discriminación, los derechos de las personas con discapacidad se enmarcan, también, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad y otras normas de alcance internacional (Congreso de la República, 2012).

También, en el Artículo 7 reconoce que las personas tienen Derecho a la Vida al igual que todas las personas; también, deben ser protegidas su integridad física, moral, mental tal cual al de las personas sin discapacidad (Congreso de la República, 2012). Según esta normativa, para el Estado, la persona con discapacidad tiene derechos iguales que todos los ciudadanos, no pueden ser discriminados por su condición y a su vez tienen la protección del Estado y un tratamiento diferenciado para que puedan tener las mismas oportunidades que las personas sin discapacidad.

La Salud de las personas con discapacidad y el Estado peruano.

La salud, es el servicio que más requieren las personas con discapacidad. En este aspecto el Estado les otorga la accesibilidad a los servicios de salud, las cuales deben ser de calidad en cuanto se refiere a la atención, al personal médico, como también la infraestructura. El estado les garantiza atención de óptima calidad, con eficiencia, con establecimientos físicos, con equipos adecuados, con personal calificado, pero, la atención no se reduce al tratamiento de su discapacidad, sino comprende, también, la salud sexual y reproductiva (Ley General de Personas con Discapacidad, 2012, Art. 26).

En esta misma ley, el Estado garantiza la intervención temprana en niños y niñas con discapacidad acceder a programas de intervención temprana, también se establecen medidas de prevención para reducir a su mínima expresión la aparición de nuevas deficiencias físicas, mentales, cerebrales, sensoriales e intelectuales y el agravamiento de las ya existentes. También estas personas tienen acceso a los servicios de habilitación y rehabilitación. En el Artículo 33. Respecto a los Medicamentos, tecnologías de apoyo, dispositivos y ayuda compensatoria se establece que el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales tienen la obligación de garantizarles los medicamentos y tecnologías adecuados y de calidad, adicionalmente deben recibir una ayuda compensatoria en función a su condición de pobreza para su atención correspondiente (Ley General de Personas con Discapacidad, 2012).

El Gobierno peruano ha creado el CONSEJO NACIONAL PARA LA INTEGRACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD (CONADIS) que tiene

como funciones la planificación la coordinación, la ejecución, la evaluación, etc., de las políticas de gobierno referente a la discapacidad (CONADIS, 2021).

Como se puede ver el Estado peruano reconoce todos los derechos universales a la persona con discapacidad, no los discrimina; por el contrario, promueve su protección en materia de salud; también, impulsa acciones, programas, planes y estrategias inclusivos.

2.2.6.4.1. Servicios sanitarios para personas con discapacidad.

a) Promoción de la salud.

La promoción de la salud es entendida como la creación de un contexto o entorno social y ambiental favorables para el desarrollo de las personas con óptima salud, busca prevenir el surgimiento y propagación de las enfermedades. La promoción de la salud es la acción fuera de los centros de salud, son extra hospitalares. En el caso del Perú, es el primer lineamiento de política del Sector Salud (Minsa, 2004).

La promoción de la salud se desarrolla bajo la óptica que el derecho a la salud no solo consiste en el tratamiento de la enfermedad sino también en la creación de determinantes sociales favorables para la salud (Tejada, 2004). También se considera que la población debe participar en el cuidado de un ambiente saludable (Bustamante, 2004, p. 25).

La Organización Mundial de la Salud (2021) define a la promoción de la salud como la creación en las personas la capacidad de control de su propia salud, el cual se logra con la participación de las organizaciones sociales y la comunidad en la creación de condiciones propicias para el desarrollo de una buena salud, estas

pueden ser la creación de programas para la accesibilidad a los servicios de salud, creación de parque públicos, fomentar actividades físicas colectivas, etc. La promoción debe ser múltiple en varios niveles para garantizar su efectividad en la salud y el bienestar social de las personas con discapacidad.

La promoción de la salud, es comunitaria y participativa, es decir no es tarea únicamente del médico o del hospital, involucra al pueblo, a sus organizaciones e instituciones. Mediante la promoción de la salud se crean entornos saludables, en este caso se debe evitar la contaminación atmosférica, visual, auditiva, como también del suelo y el agua; diseñar la infraestructura vial y las edificaciones adecuadas para su fácil accesibilidad, también, se deben desarrollar espacios públicos como parques que se ajustan a las condiciones de personas con discapacidad. Asimismo, se debe desarrollar campañas de salud, campañas de sensibilización para las personas con discapacidad, fomentar escuelas inclusivas, municipios saludables, vigilancia comunitaria de la salud, crear organizaciones gestoras de salud.

b) Prevención en personas con discapacidad.

La OMS (2020) define como prevención en discapacidad a “la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas” (p. 4).

Una de las causas de la discapacidad es la pobreza, por ejemplo, cuando las madres embarazadas no se alimentan adecuadamente es probable que sus niños

tengan parálisis cerebral; cuando los niños sufren de falta de alimentación, este puede causar daño cerebral, la falta de higiene puede causar la tuberculosis y esta causa diferentes discapacidades.

Estas discapacidades son conocidas como primarias, pero las personas que ya se encuentran con alguna discapacidad pueden sufrir otras discapacidades secundarias, por ejemplo, una niña con polio o parálisis cerebral que no puede caminar, sus piernas van perdiendo fuerzas para movilizarse, la contractura muscular no le permite estirar sus piernas, esta es una discapacidad secundaria que podría incrementar la discapacidad inicial (Werner, 1990, p. 24). Así, una discapacidad puede causar otras discapacidades, por ello es necesario la prevención secundaria.

c) Atención sanitaria.

Este servicio consiste en atender los problemas de salud de los pacientes, con la finalidad de restablecerla para que desarrollen sus vidas con normalidad. La asistencia sanitaria tiene sus propios protocolos de salud y también existen concepciones al respecto. En esta página se reproduce la definición que hace Tobar (2016) a tono con la OMS y dice que la atención de la salud son procesos de entrega de cuidados de salud a las familias, individuos, comunidades, con la finalidad de conservar la salud, evitar su deterioro, recuperar la salud de los enfermos, evitar su agravamiento, y en casos de enfermedades incurables, aliviar el dolor y minimizar su sufrimiento.

En el caso de las personas con discapacidad, la atención médica se divide en dos aspectos: la rehabilitación y el tratamiento de la discapacidad.

i) Rehabilitación.

El Diccionario de la Lengua Española (2020) define a la rehabilitación como el procedimiento que busca la recuperación de la capacidad o función perdida o deficiente por traumatismo o enfermedad. Es decir, se realiza acciones de rehabilitación para recuperar una capacidad perdida. De la misma manera para la OPS (2021)) la rehabilitación es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno. MedlinePlus (2021) entiende por rehabilitación a los protocolos de cuidado para mejorar las capacidades física, mental, cognitiva, etc., perdidas por causas diversas.

El objetivo final de la rehabilitación es recuperar las capacidades; cada individuo con discapacidad tiene su propio proceso de rehabilitación con métodos, técnicas y en tiempos determinados. Ejemplo, una persona que sufrió derrame cerebral tiene que rehabilitarse para actuar con autonomía, también una persona que tiene problemas de locomoción tiene que seguir unas terapias para volver a caminar o mejorar en algo su discapacidad.

La rehabilitación comprende varias especialidades como la fisioterapia, terapia ocupacional, medicina física, etc. Pero la rehabilitación se va realizar según el tipo y la severidad de la discapacidad de la persona, por lo que muchos especialistas mencionan algunos tipos de rehabilitación:

- Rehabilitación ortopédica.
- Rehabilitación pulmonar.
- Rehabilitación neurológica.
- Rehabilitación cardíaca.

- Rehabilitación pediátrica.
- Rehabilitación geriátrica.
- Rehabilitación deportiva.

ii) **Tratamiento**, es la aplicación de técnicas y procedimientos médicos para tratar la discapacidad de las personas, esto incluye la administración de medicamentos. El tratamiento de la discapacidad depender de su tipo y severidad.

2.2.6.5. Modelo de atención de sistema de salud.

El modelo de atención del sistema de salud en el Perú es altamente inefectivo, se rige por una lógica asistencial. Según Arroyo (2004) se caracteriza por:

“a) Actúa a la demanda, no es proactivo; b) Se ocupa de la atención, no del cuidado del enfermo; c) No hace un seguimiento del tratamiento de los pacientes; d) No otorga medicamentos sino muy parcialmente; e) Se centra en la curación de daños, no en la prevención y promoción, menos aún en la rehabilitación de secuelas” (párr. 5).

Arroyo (2004) considera que el sistema de salud peruano no realiza una labor de promoción y prevención de la salud, no busca evitar que la gente se enferme, sino espera que ellos se enfermen para curarlos. La lógica de este funcionamiento está sujeta al mercado y no a la prevención, no es proactivo.

También, el Sistema de salud sólo se limita a brindar atención al enfermo mientras se encuentre en el hospital y olvida su cuidado domiciliario, el cual queda bajo la responsabilidad familiar quienes no cuentan con conocimiento alguno sobre los protocolos del cuidado y no se hace ningún seguimiento sobre su evolución; y la dotación de medicamentos, también es limitada, su adquisición corre a cargo del paciente.

2.3. Bases conceptuales.

Exclusión sanitaria.

Es la falta de acceso de determinados grupos sociales a bienes y servicios que permiten conservar una buena salud, el cual se debe a situaciones de pobreza, etnia, cultura, discapacidad, etc. (Organización Panamericana de la Salud., 2003)

La exclusión, es propia de los países de América Latina, y ocurre en las esferas cruciales de la vida, como en la economía, en el mercado, en la educación, en la salud, y otros.

Inclusión sanitaria.

Consiste en incorporar a los excluidos al sistema sanitario, para ello el gobierno desarrolla políticas públicas para facilitar el proceso de inclusión. En el caso del Perú, el Estado implemento el SIS para brindarles servicios de salud pública a las personas que no aportan para el Seguro Social, y otro ejemplo, es el Programa Juntos, que busca la asistencia sanitaria de los niños en edad escolar.

Neoliberalismo.

El neoliberalismo es una teoría económica que postula la reducción al mínimo del tamaño del Estado y su no intervención en el mercado; la economía debe ser libre, sin injerencias de las políticas de gobierno. El Mercado a través de la libre competencia regula la producción y los precios de los bienes y servicios. Para este modelo, el estado planificador de la economía siempre es un fracaso, porque tergiversa el desenvolvimiento natural de la economía, que al final tiene grandes

costos sociales (Huerta, 2005). Después de los 90, este modelo se implementó en el Perú, mediante la privatización de todas las empresas públicas.

Pensión.

La pensión es una asignación económica que reciben las personas por jubilación, discapacidad u otros motivos. El sistema previsional en el Perú, comprende dos componentes: La pensión contributiva y no contributiva. La contributiva corresponde a las personas que durante su vida laboral aportaron un porcentaje de sus remuneraciones para que cuando se jubilen ese dinero se les transfiera de forma mensual. La no contributiva es de carácter social, se les transfiere a las personas mayores de edad que sufren discapacidad a pesar que nunca aportaron para su jubilación, se subsidia con recursos públicos. En el Perú, esta pensión se entrega a las personas mayores de 65 años (Pensión 65), a las personas con discapacidad (Programa Contigo) en situaciones de pobreza.

Salud sexual y reproductiva.

La salud sexual no solo es la ausencia de enfermedades sexuales o el sufrimiento de disfunciones, sino también comprende el bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad de las personas. La salud sexual también es el goce de relaciones sexuales placenteras, libres, seguras. La obligación del Estado es proteger la salud y los derechos sexuales. Las personas con discapacidad, tienen todos los derechos sexuales al igual que todo ser humano, deben ser respetadas y protegidas, y de la misma forma, tienen derechos a la reproducción, no pueden ser privados de la procreación. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

SIS.

Es el Seguro integrado de Salud gratuito subsidiado por el estado, mediante el cual la población accede a los servicios de salud pública. En este seguro, pueden tratarse todas las enfermedades incluidos determinados tipos de cáncer, y las llamadas enfermedades raras.

Vulnerabilidad.

La CEPAL, explica que la vulnerabilidad es la exposición al riesgo sin la capacidad de defenderse o enfrentarlo; vulnerabilidad no es sinónimo de pobreza. Se puede ser pobre, pero no vulnerable, por ejemplo, si el pobre percibe mensualmente un ingreso que apenas le permite cubrir su canasta alimentaria, pero no corre el riesgo de perder ese empleo, no es vulnerable. La vulnerabilidad siempre es generada por impactos económicos fuertes, donde un sector social no tiene la capacidad de resiliencia ni puede obtener beneficios de dicho impacto (Pizarro, 2001). En toda América Latina el modelo neoliberal ha generado una población vulnerable.

2.4. Bases Epistemológicas.

La discapacidad y la salud.

La sociedad moderna sienta sus bases en la ciencia, asume la convicción que todos los problemas se resuelven en base al conocimiento científico, todos los fenómenos tienen una explicación científica, al margen de ella la vida no es posible, por ello, la salud de las personas va a depender de las ciencias médicas. En este enfoque se considera que existe una separación entre el hombre y el ambiente, entre el hombre y la sociedad, predomina la negación de la salud como resultado de la naturaleza de la sociedad, no comprende que la salud depende de lo que hace la sociedad, sus ciudadanos, las empresas y el Estado, no le otorga importancia al contexto socioeconómico de una sociedad como uno de sus factores determinantes (Feo, 2003).

El Estado juega un papel importante en la salud pública, durante las últimas décadas el Estado de Bienestar es criticado duramente por ser ineficiente y populista, por ser mal administrador de la economía, por tanto, la economía debe estar en manos de las empresas privadas y sujetas a las leyes del mercado; en este contexto, los servicios de salud, también pasan a ser una mercancía, un servicio que se oferta en el mercado, y esto genera exclusión de los sectores pobres de los servicios de salud, genera inequidad sanitaria, incrementa el número de enfermos, resurgen las enfermedades supuestamente erradicadas o controladas y profundiza las brechas sociales (González & Sosa, 2010).

Para paliar esta problemática, el Estado, en el contexto de una economía neoliberal, desarrolla programas sociales focalizados en determinados grupos sociales, el Programa Contigo es uno de ellos, focalizado en personas con discapacidad en condiciones de extrema pobreza, a quienes se les transfiere recursos monetarios para aliviar su pobreza y también se les incluye en los servicios de salud pública.

La discapacidad ha tenido una visión médica y terapéutica que prioriza el tratamiento, la rehabilitación, la recuperación de las partes disfuncionales del cuerpo, pero en términos sociales la discapacidad ha sido abordada desde distintas perspectivas. La positivista es una de ellas, en el marco de este enfoque la discapacidad se presenta como algo objetivo, observable y por tanto puede ser sometida a la medición y pueden identificarse en el individuo con discapacidad sus rasgos deficitarios. Para los cognitivistas, todo fenómeno y objeto social tiene significados el cual es construido cognitivamente y socialmente; las personas con discapacidad van a tener distinto impacto en diferentes grupos sociales; la discapacidad es vista como algo no normal, situación que a las personas con discapacidad la convierte en el extraño, en el no familiar, y todo extraño, siempre genera reacciones de aversión, rechazo, y esto conlleva a construir estereotipos y prejuicios sobre personas con discapacidad (Wright, 1983). Para el enfoque interpretativista, la discapacidad es una cuestión objetiva, pero cuyo significado es construido socialmente según la interpretación que se haga de la realidad. Entonces la discapacidad va a tener distintas formas de ser explicadas y por tanto distintas formas de ser tratadas, estas pueden ser médicas o sociales o políticas

que se traduzcan en el diseño de políticas sanitarias o la creación de algún programa social. Y la última perspectiva es la sociocrítica que considera que las personas habitan en contexto histórico donde se desarrollan relaciones sociales de dominación, las personas con discapacidad es un grupo minoritario oprimido y dominado, prueba de ello siempre fueron excluidos del mercado laboral (Shakeerspeare & Watson, 2002).

Estas miradas de la discapacidad deben ser evaluadas para el desarrollo de las acciones del Estado. Pero en los tiempos actuales en que los hombres tienen una visión igualitaria de la humanidad, se debe asumir una epistemología social, donde se reconoce que la discapacidad es un problema médico, pero también un problema social y político, donde el estado debe desarrollar políticas públicas para garantizar los derechos humanos universales de esta población. La nueva salud pública debe ser democrática e inclusiva que incorpore a los “otros” en su población objetivo, que no se reduce a los grupos cercanos en términos territoriales, sociales e ideológicos. La salud debe ser un sistema abierto donde los actores de diversas culturas, condiciones sociales y físicas, es decir los “otros” y los “nosotros” entablen diálogos de saberes, convivencia, respeto y tolerancia y construyan su desarrollo autónomo (González & Sosa, 2010).

Estas nuevas nociones de la salud, viene avanzando progresivamente, se observa que, en el contexto mundial, para garantizar la salud de todos los seres humanos se han desarrollado, conferencias, convenciones internacionales. La primera Conferencia Internacional se llevó en Ottawa en 1986 y allí suscribieron la Carta de Ottawa, para que el Estado asuma la responsabilidad de la promoción de la salud,

para proveerle a la población bienestar físico, mental y social y garantizarles una buena salud. En 1988 se suscribió la Declaración de Liverpool, donde se introdujo la categoría de municipios saludables, entendiéndose este como los espacios sociales donde las empresas privadas, las organizaciones sociales, el Estado, los ciudadanos puedan mejorar su medio físico y social y sobre ese contexto crear sistemas locales de salud. En 1992, en la cumbre del río, se incluye a la salud como parte del desarrollo sostenible; en el mismo año, en la Declaración de Santa Fe de Bogotá se asumió trabajar por la equidad y solidaridad porque este es una condición necesaria para el fortalecimiento de la salud pública. En la Declaración de Yakarta en 1997, se asume que la salud es un derecho humano indispensable para el desarrollo social y así existen otras declaraciones más que comprenden que la salud es un problema social y político, y en ella tiene su origen la buena o la mala salud; y los Estados asumen compromisos de desarrollar políticas públicas para garantizar contextos sociales favorables que garanticen un óptimo estado de salud de su población.

CAPITULO III. METODOLOGIA.

3.1. **Ámbito.**

El estudio se ha realizado en el distrito de Huánuco con las personas con discapacidad usuarios del Programa Contigo, durante el año 2021.

3.2. **Población.**

La base de datos del programa Contigo, del distrito de Huánuco, registra como usuarios a 138 personas con discapacidad severa que se encuentran en situación de pobreza o pobreza extrema. La totalidad de estos usuarios constituyó la población en estudio.

3.3. **La Muestra.**

El tamaño de la muestra se ha determinado mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * z^2 * p * q}{e^2(N-1) + z^2 * p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

z = Nivel de confianza 0.95 = 1.96.

p = 50 = 0.50. Proporción de la población que tiene la característica de interés.

q = 50 = 0.50. Proporción de la población que tiene las características de interés.

N = Población (138).

e = Error 5% = 0.05

Reemplazando los valores:

$$n = \frac{138 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{0.05^2(138 - 1) + 0.05^2 * 0.50 * 0.50} = 102$$

El tamaño de la muestra fue de 102 usuarios del programa Contigo del distrito de Huánuco en el año 2021.

3.4. Nivel y tipo de estudio.

3.4.1. Nivel de investigación.

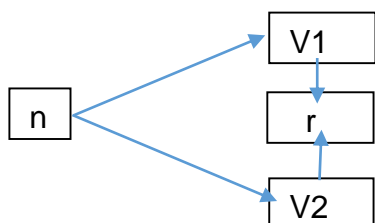
El estudio de alcance descriptivo detalla las características externas de personas, grupos sociales, fenómenos, objetos, etc., (Hernández & Mendoza, 2018). En el presente trabajo, se describe las características y perfiles socioeconómicos de la muestra en estudio, para luego realizar una correlación entre el Programa Contigo y la inclusión sanitaria de las personas con discapacidad severa; por tanto, el trabajo deviene en descriptivo – correlacional. Según Hernández y Mendoza (2018) las investigaciones correlacionales asocian variables y miden su nivel de correlación en base a coeficientes estadísticos.

3.4.2. Tipo de investigación.

La bibliografía tradicional clasifica a la investigación en dos tipos: básica y aplicada; la básica se caracteriza por construir explicaciones teóricas de los fenómenos sociales, en cambio, la aplicada busca resolver problemas de manera directa, estudia para resolver problemas (Carrasco, 2006). El estudio fue de tipo aplicado, correlaciona el Programa Contigo con la Inclusión Sanitaria de las personas con discapacidad, para mejorar el impacto del programa en la inclusión sanitaria.

3.5. Diseño de investigación.

Se entiende por diseño plan que permite dar respuesta a los ítems de investigación (Carrasco, 2006); en esta investigación se utilizó el diseño no experimental, porque no se manipuló ninguna variable para observar sus efectos, se estudiaron las variables en su contexto natural sin manipularla.



Donde:

N = Muestra

V1= Variable: Programa Contigo.

V2= Variable: Inclusión sanitaria.

r= Correlación

El esquema fue el siguiente:

3.6. Métodos, Técnicas e instrumentos.

3.6.1. Método.

Este estudio tiene todas las características del método cuantitativo, se estudió los aspectos objetivos de la realidad social; las variables en estudio como el Programa Contigo y la inclusión sanitaria fueron medidos mediante la estadística.

3.6.2. Técnica e instrumentos de investigación.

La encuesta. - En esta investigación se utilizó la técnica de la encuesta para la recolección de datos de campo.

El cuestionario. Este fue el instrumento para la recolección de datos directamente de los usuarios del programa Contigo. El cuestionario tuvo una serie de preguntas con respuestas abiertas y con escala Likert.

La revisión bibliográfica. Mediante esta técnica se hizo la revisión de las plataformas de las revistas científicas, de libros en formato electrónico, de las tesis, de bibliotecas virtuales y páginas web para la elaboración del Marco Teórico.

3.7. Confiabilidad del instrumento.

Para hallar la confiabilidad del cuestionario se usó el coeficiente de alfa (α) de Cronbach porque este estadístico indica la consistencia interna del test (Muñiz, 2003). El cuestionario fue aplicado a una muestra piloto de 30 beneficiarios del programa, pero que no conformaron la muestra de estudio y se tuvo el resultado:

Alfa de Cronbach	Nro. de elementos
,83	30

Análisis: El resultado de 0,83 indicó que el cuestionario tiene consistencia y según los valores de la tabla de valores de confiabilidad fue muy bueno; por tanto, fue administrado a la muestra de estudio.

RANGO	NIVEL
0.9 - 1.0	Excelente
0.8 - 0.9	Muy bueno
0.7 - 0.8	Aceptable
0.6 - 0.7	Cuestionable
0.5 - 0.6	Pobre
0.0 - 0.5	No aceptable

Fuente: (George & Mallery, 1995)

3.8. Procedimiento.

Autorización. Para la aplicación del cuestionario a los usuarios del Programa Contigo se realizó las coordinaciones correspondientes con el responsable del cuidado de dichas personas para que puedan autorizarnos, y el cuestionario se aplicó en presencia de ellos, que también sirvió de gran ayuda para entablar conversaciones con personas con discapacidad.

Capacitación. El cuestionario fue administrado por los responsables de esta tesis, previa capacitación de parte del asesor con anterioridad a la realización de la encuesta.

3.9. Plan de tabulación y análisis de datos estadísticos.

- **Control de los datos de campo.** Los datos recogidos del campo fueron sometidos a un control de calidad para evaluar posibles errores y corregir a tiempo.
- **Categorización.** La información recolectada del campo fue categorizada y se les asignaron un código numérico para que facilite su procesamiento. Los datos fueron procesados siguiendo el orden de las variables y sus respectivas dimensiones e indicadores.

Presentación de datos. Se presentan los datos en tablas y figuras para su mejor lectura y comprensión.

3.10. Tabulación y análisis de datos estadísticos.

Los datos recolectados de campo fueron procesados en base a las dimensiones de las variables en estudio y fueron analizados en dos niveles.

3.10.1. Análisis descriptivo.

En este nivel, los datos se presentan en tablas de frecuencia para poder identificar y diferenciar el comportamiento de las diferentes variables en estudio.

3.10.2. Análisis inferencial.

Todo estudio de nivel correlacional requiere que las hipótesis sean demostradas mediante los estadísticos correspondientes, para ello, lo primero que se hizo fue la

prueba de normalidad de los datos de las dimensiones en estudio. Y se tuvo el resultado siguiente:

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Programa Contigo	,349	102	,000	,723	102	,000
Inclusión sanitaria	,283	102	,000	,792	102	,000
Promoción de la salud	,291	102	,000	,773	102	,000
Prevención de la Discapacidad	,260	102	,000	,783	102	,000
Atención sanitaria	,440	102	,000	,598	102	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Se toma en cuenta los resultados de Kolmogorov Smirnov, porque la muestra de estudio es mayor a 50 y se observa que los valores de significancia de los datos de las dimensiones son menores de 0,05; lo que implica, que los datos son no normales; por tanto, para establecer las correlaciones entre las variables de las hipótesis se utilizó las pruebas no paramétricas, que en este caso fue el Rho de Spearman.

3.11. Consideraciones éticas.

La realización de este estudio no afectó la salud, la dignidad, la moral, la autoestima de los usuarios del Programa Contigo, ni ocasionó ningún conflicto con terceros. De la misma manera tampoco afectó la imagen ni la gestión del Programa Contigo. Los usuarios del programa participaron libremente en la aplicación del cuestionario bajo el acompañamiento de la persona encargada de su cuidado, fueron informados de los objetivos de la investigación y del destino de la información. Los datos que se recolectaron fueron de uso exclusivamente

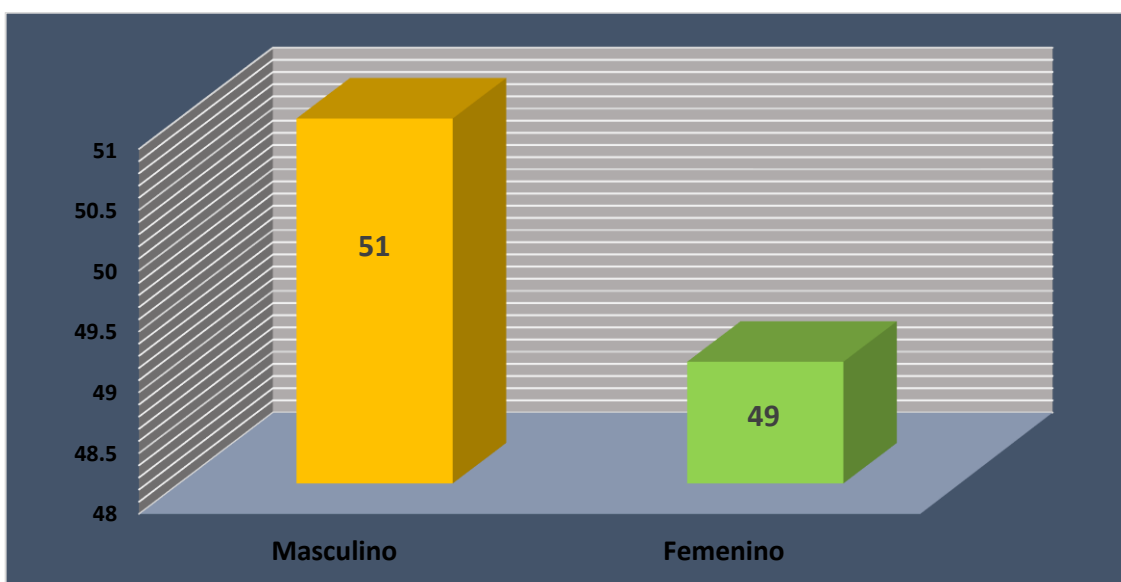
académico y los cuestionarios fueron anónimos, nadie consignó su nombre ni ningún otro dato que permita identificarlos individualmente.

CAPITULO IV. RESULTADOS.

Tabla 3: Género de los usuarios del Programa Contigo

Género	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	52	51,0	51,0
Femenino	50	49,0	100,0
Total	102	100,0	

Figura 1: Género de los usuarios del Programa Contigo

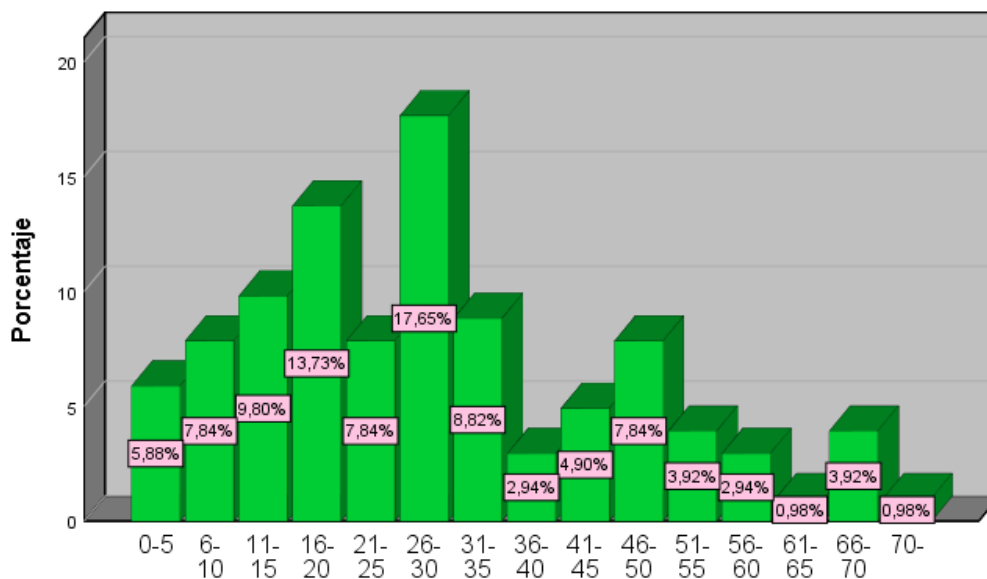


Por un pequeño margen de diferencia, los hombres más que las mujeres sufren de discapacidad.

Tabla 4: Edad de las personas con discapacidad usuarios del programa Contigo

Edad	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-5	6	5,9	5,9
6-10	8	7,8	13,7
11-15	10	9,8	23,5
16-20	14	13,7	37,3
21-25	8	7,8	45,1
26-30	18	17,6	62,7
31-35	9	8,8	71,6
36-40	3	2,9	74,5
41-45	5	4,9	79,4
46-50	8	7,8	87,3
51-55	4	3,9	91,2
56-60	3	2,9	94,1
61-65	1	1,0	95,1
66-70	4	3,9	99,0
70-	1	1,0	100,0
Total	102	100,0	

Figura 2: Edad de las personas con discapacidad usuarios del programa Contigo

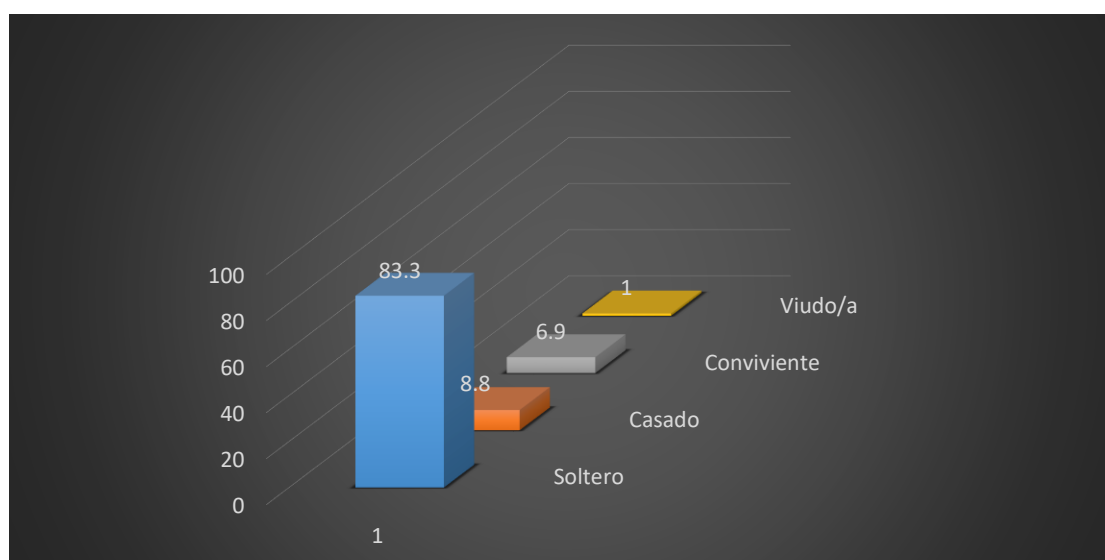


Las discapacidades sufren las personas de todas las edades, desde niños hasta adultos mayores. El mayor porcentaje de 17,65 se concentra entre las edades de 26-30 años, en personas en edad de producir.

Tabla 5: Estado civil de las Personas con Discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	85	83,3	83,3
Casado	9	8,8	92,2
Conviviente	7	6,9	99,0
Viudo/a	1	1,0	100,0
Total	102	100,0	

Figura 3: Estado civil de las Personas con Discapacidad

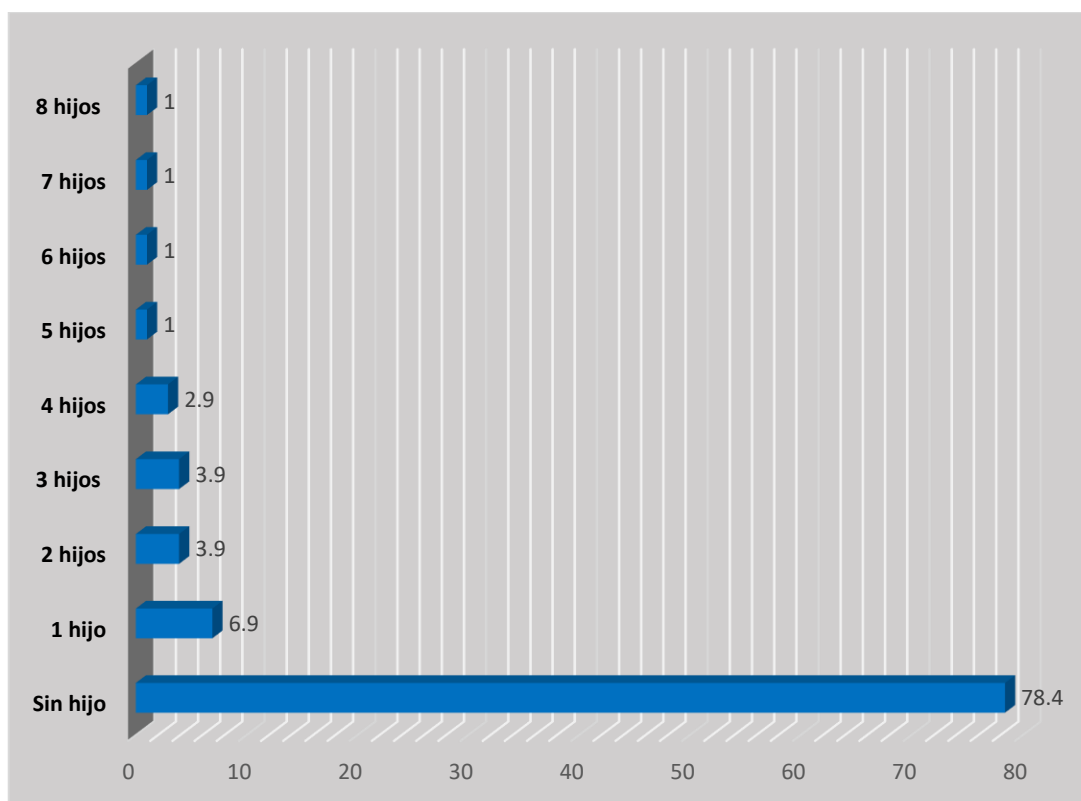


Las personas con discapacidad generalmente no contraen matrimonio debido a la condición en la que se encuentra. El gráfico y la tabla muestran que el 83,3% son solteros; pero, hay un 8,8% de casado; y 6,9% de convivientes.

Tabla 6: Numero de hijo

Nro. de hijos	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	80	78,4	78,4
1	7	6,9	85,3
2	4	3,9	89,2
3	4	3,9	93,1
4	3	2,9	96,1
5	1	1,0	97,1
6	1	1,0	98,0
7	1	1,0	99,0
8	1	1,0	100,0
Total	102	100,0	

Figura 4: Numero de hijo

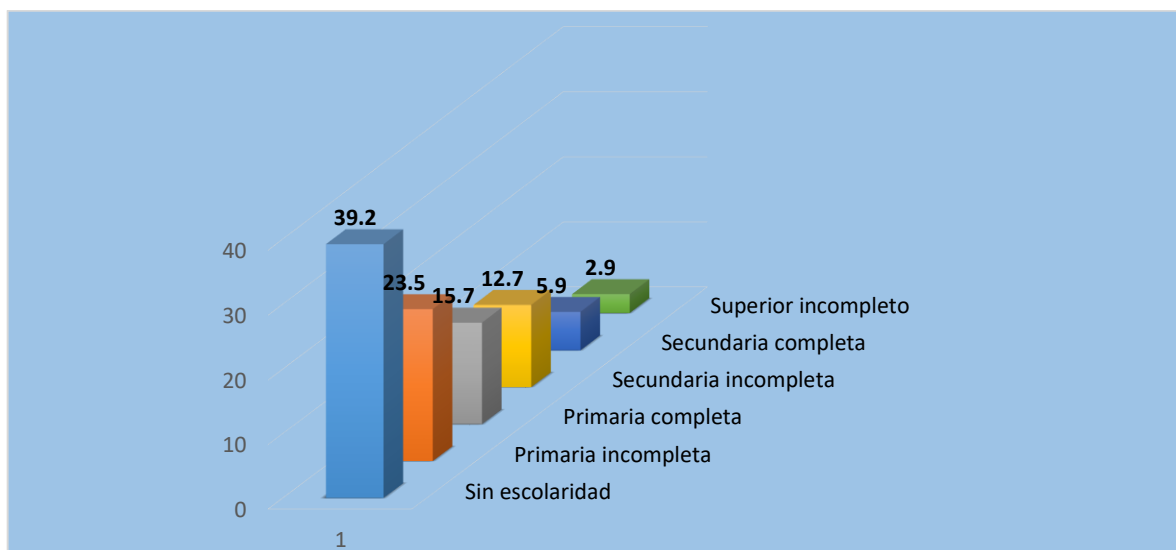


Las personas con discapacidad, en su mayoría, el 78,4% no tiene hijos; el 6,9% posee un hijo; pero hay un 4% de estas personas que tienen varios hijos, por encima del promedio nacional, tienen de 5 a 8 hijos.

Tabla 7: Nivel de escolaridad de las Personas con Discapacidad usuarios del Programa Contigo

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin escolaridad	40	39,2	39,2
Primaria incompleta	24	23,5	62,7
Primaria completa	16	15,7	78,4
Secundaria incompleta	13	12,7	91,2
Secundaria completa	6	5,9	97,1
Superior incompleto	3	2,9	100,0
Total	102	100,0	

Figura 5: Nivel de escolaridad de las Personas con Discapacidad usuarios del Programa Contigo

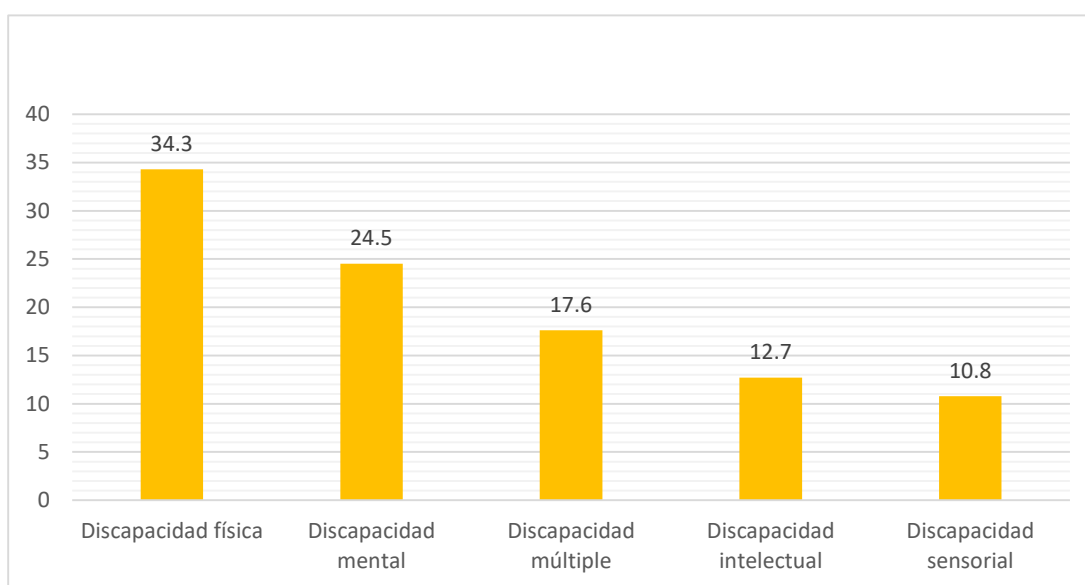


El problema de la discapacidad, ha hecho que las personas que la sufren, en su infancia, fueran excluidas del sistema educativo; el 39,2% nunca asistió a la Escuela; el 23,5% tiene algún grado de primaria; sólo el 5,9% ha logrado concluir los estudios secundarios. Un porcentaje reducido de 2,9% ha cursado algún nivel de educación superior, pero ninguno concluyó. Se observa que la discapacidad se convierte en un factor que impide que las personas accedan a los derechos y oportunidades que el Estado y la sociedad les confiere.

Tabla 8: Tipo de discapacidad de los usuarios del Programa Contigo

Tipo de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Discapacidad física	35	34,3	34,3
Discapacidad sensorial	11	10,8	45,1
Discapacidad mental	25	24,5	69,6
Discapacidad intelectual	13	12,7	82,4
Discapacidad múltiple	18	17,6	100,0
Total	102	100,0	

Figura 6: Tipo de discapacidad de los usuarios del Programa Contigo



La población beneficiaria del programa Contigo, en el distrito de Huánuco, tienen cinco tipos de discapacidad. El 34,3% tiene la discapacidad física o motora, el cual implica que estas personas presentan deficiencias de las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuro-musculotendinoso, lo que les dificulta desempeñarse como el resto de las personas con un sistema motor normal, o para desarrollar alguna actividad de una forma considerada normal dentro de un contexto sociocultural concreto (Lopez et al, 2005).

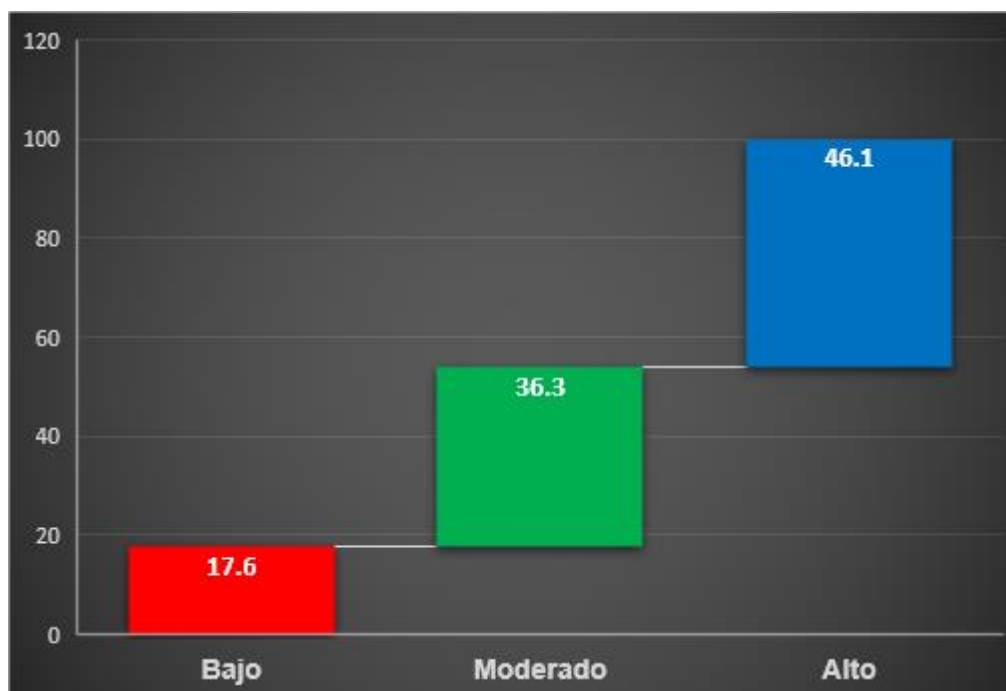
Otro porcentaje importante de esta población sufre de discapacidad mental, el 24,5% presenta deficiencias en su funcionamiento mental y su sistema nervioso; que tradicionalmente, son consideradas como “dementes” o “perturbadas”. Esto quiere decir, que este porcentaje de la población con discapacidad mental, no posee un pensamiento normal, sentimientos de afecto, buen humor y un comportamiento adecuado; situación que les conduce a no desarrollar actividades de manera normal e integrarse a la sociedad (García & Bustos, 2015).

El 17,6% presenta discapacidad múltiple, es decir, una persona puede sufrir discapacidad sensorial, mental, física y otras a la vez. También, se tiene al 12,7% de personas con discapacidad intelectual, quienes poseen problemas con el funcionamiento intelectual, de memoria, de retención mental de las cosas que aprenden, escuchan y observan. Finalmente, se tiene al 10,8% de beneficiarios del programa Contigo con problemas de discapacidad sensorial; esto comprende a las personas que padecen problemas visuales y auditivos. Como se puede observar, las personas con discapacidad, por la deficiencia en su funcionamiento físico, mental y sensorial, van a sufrir limitaciones en su integración a la sociedad y el acceso a sus derechos como seres humanos y ciudadanos de una nación. El Estado peruano ha visto por conveniente asistirlos a través del programa social Contigo.

Tabla 9: Promoción de la salud de las Personas con discapacidad

Nivel de promoción de salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	18	17,6	17,6
Moderado	37	36,3	53,9
Alto	47	46,1	100,0
Total	102	100,0	

Figura 7: Promoción de la salud de las Personas con discapacidad



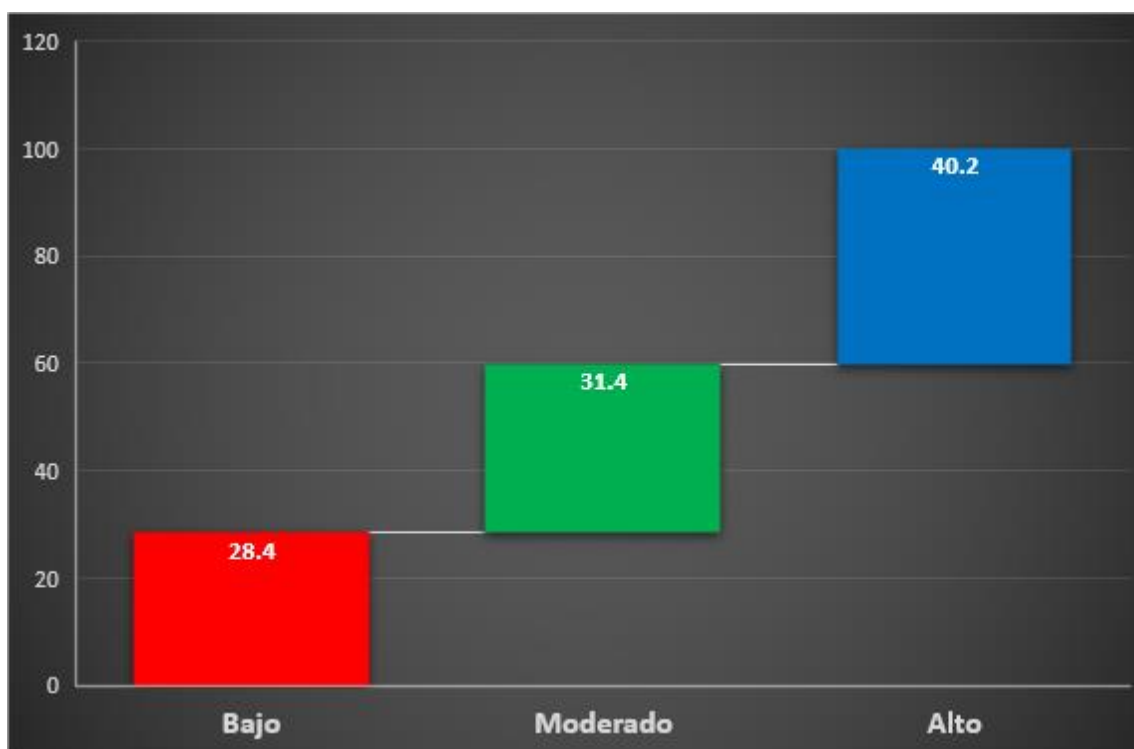
El 46,1% de beneficiarios del Programa Contigo, considera que la promoción de la salud, entendida esta como la creación de un entorno ambiental, social y sanitaria en óptimas condiciones para el desarrollo adecuado de las personas, es alta; para el 36,3% es moderada y para el 17,6% es baja. Es decir, no todos los beneficiarios del programa Contigo residen en zonas que cuentan con el servicio de agua potable, alcantarillado, energía eléctrica y ambientes sin contaminación atmosférica, auditiva, visual, etc. y también, no todos acceden a campañas de

salud para personas con discapacidad, o reciben orientaciones para cuidar su salud y evitar el surgimiento de nuevas discapacidades o enfermedades (Minsa, 2004).

Tabla 10: Prevención de Nueva discapacidad en beneficiarios del Programa Contigo

Niveles de prevención	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	29	28,4	28,4
Moderado	32	31,4	59,8
Alto	41	40,2	100,0
Total	102	100,0	

Figura 8: Prevención de Nueva discapacidad en Personas con Discapacidad del Programa Contigo



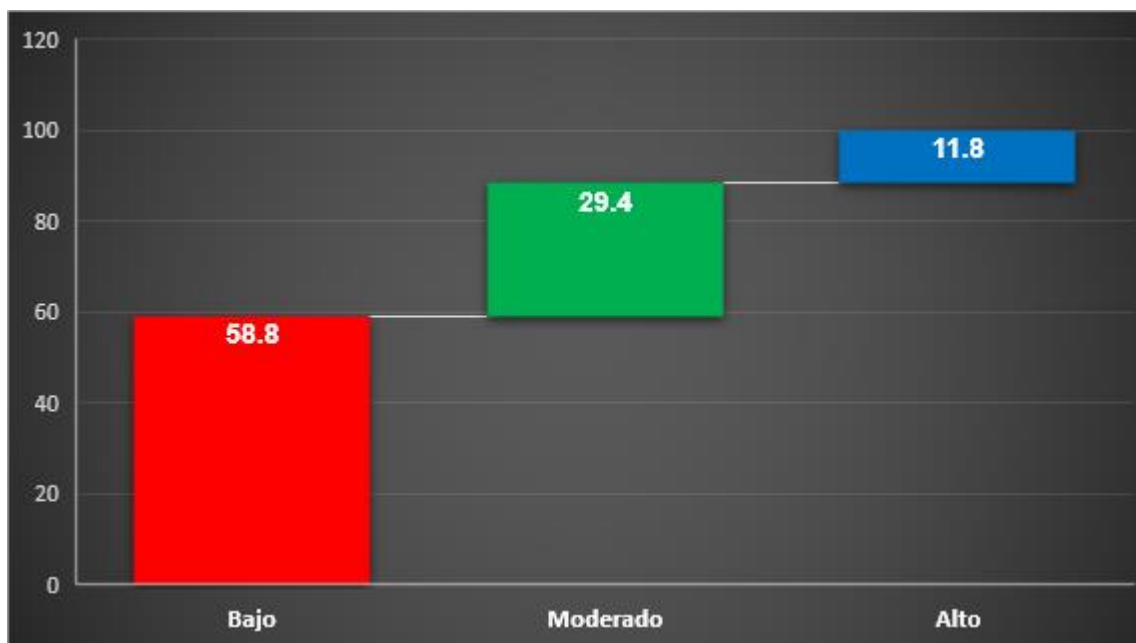
Los beneficiarios del Programa Contigo, son objeto de atención en cuanto se refiere a la prevención sanitaria, tienen atención médica para cuidar su salud y evitar nuevas discapacidades y enfermedades, como también la infraestructura de su vivienda se ha adecuado a sus requerimientos. Según la OMS (2020) la prevención es positiva por cuanto impide que se produzcan nuevas deficiencias

físicas, mentales, sensoriales, etc. y que estas generen otras deficiencias. La tabla muestra que para el 40,2%, la prevención es alta; para el 31,4%, moderado; y para el 28,4%, baja.

Tabla 11: Tratamiento de discapacidad de los Usuarios del Programa Contigo

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	60	58,8	58,8
Moderado	30	29,4	88,2
Alto	12	11,8	100,0
Total	102	100,0	

Figura 9: Tratamiento de discapacidad de los Usuarios del Programa Contigo

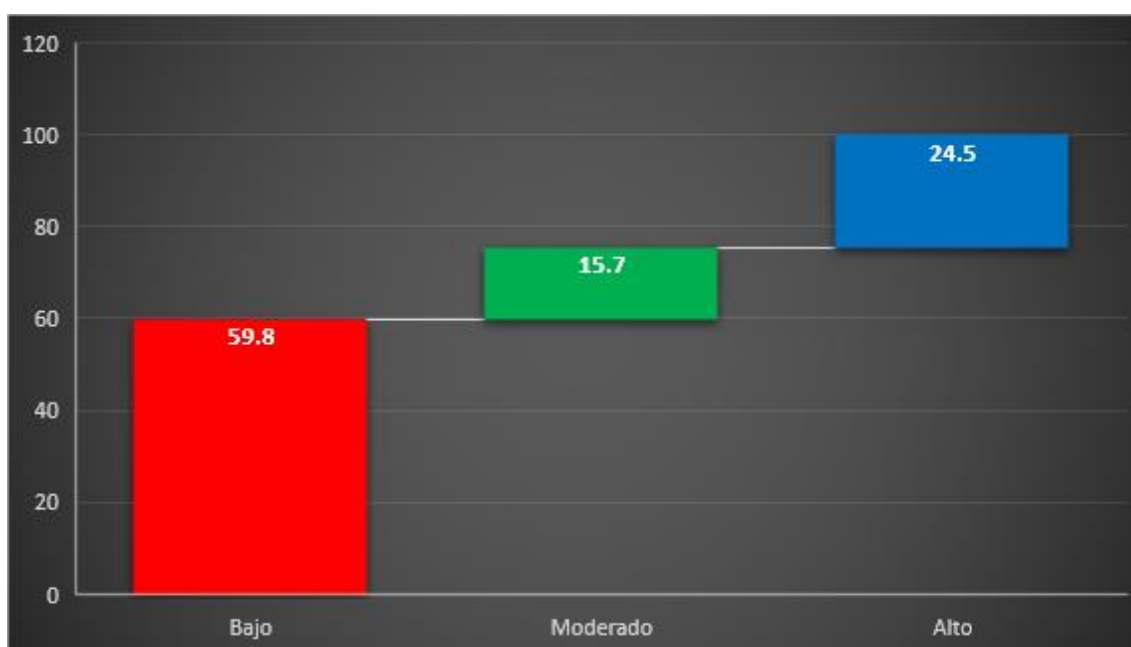


La promoción y la prevención de la salud, en la percepción de la mayoría de los usuarios del programa contigo son altas, pero esto no ocurre cuando se trata del tratamiento médico de sus discapacidades. El 58,8% de usuarios del programa afirma que el tratamiento de su discapacidad es bajo; para el 29,4%, moderada; solo para el 11,8% es alta la frecuencia del tratamiento. Estos datos, muestran que los usuarios del programa Contigo carecen de un tratamiento para recuperar su salud o su funcionalidad, esta situación no permite siquiera conservar la salud y mucho menos evitar su agravamiento (Tobar, 2016).

Tabla 12: Rehabilitación de Personas con discapacidad Usuarios del Programa Contigo

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	61	59,8	59,8
Moderado	16	15,7	75,5
Alto	25	24,5	100,0
Total	102	100,0	

Figura 10: Rehabilitación de Personas con discapacidad Usuarios del Programa Contigo



El proceso de rehabilitación es fundamental para las personas que han sufrido la pérdida de su funcionalidad o capacidades, por cuanto les permite recuperarla; pero, los usuarios del programa Contigo, en su mayoría, no se encuentran en proceso de rehabilitación, el 59,8% expresa que no están en rehabilitación; para el 15,7% la frecuencia de rehabilitación es moderada; solo para el 24,5% tienen un alto nivel de rehabilitación. Las personas que se

encuentran fuera del proceso de rehabilitación no se recuperarán ni en lo mínimo sus capacidades perdidas o disminuidas (OPS 2021).

4.1. Contrastación de hipótesis.

Hipótesis general.

Ha: El Programa Contigo tiene relación con la Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.

Ho: El Programa Contigo no tiene relación con la Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021

Significancia bilateral $P=0,05$

Tabla 13: Correlaciones entre el Programa Contigo e Inclusión sanitaria

			Programa Contigo	Inclusión sanitaria
Rho de Spearman	Programa Contigo	Coeficiente de correlación	1,000	,368**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	102	102
	Inclusión sanitaria	Coeficiente de correlación	,368**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	102	102

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La hipótesis general demuestra la correlación entre las dos variables principales del estudio: el Programa Contigo y la Inclusión Sanitaria. El análisis estadístico arroja una significancia bilateral $p=0,000$; el cual refleja la existencia de una relación significativa entre las dos variables. El coeficiente de correlación es de 0,368; lo que implica que la correlación es baja y positiva. En base a este coeficiente se puede afirmar que el programa Contigo tendría un bajo impacto en el proceso de inclusión sanitaria de las personas con discapacidad.

Hipótesis específicas 1.

Ha: El Programa Contigo tiene relación con la Promoción de la salud a favor de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.

Ho: El Programa Contigo no tiene relación con la Promoción de la salud a favor de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.

Significancia bilateral $P=0,05$

Tabla 14: Correlaciones entre el Programa Contigo y Promoción de la salud

			Programa Contigo	Promoción de la salud
Rho de Spearman	Programa Contigo	Coeficiente de correlación	1,000	-,188
		Sig. (bilateral)	.	,059
		N	102	102
	Promoción de la salud	Coeficiente de correlación	-,188	1,000
		Sig. (bilateral)	,059	.
		N	102	102

El valor de p (significancia bilateral) = 0,059 mayor a 0,05; por tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula; es decir, no existe relación significativa entre el Programa contigo y la Promoción de la salud.

Hipótesis específica 2.

Ha: El Programa Contigo tiene relación con la Prevención de la salud de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.

Ho: El Programa Contigo no tiene relación con la Prevención de la salud de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.

Significancia bilateral $P=0,05$

Tabla 15: Correlaciones entre el programa Contigo y Prevención de la salud

		Programa Contigo	Prevención de la salud
Rho de Spearman	Programa Contigo	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	102
	Prevención de la salud	Coeficiente de correlación	,148
		Sig. (bilateral)	,137
		N	102

El valor de p (significancia bilateral) es = 0,137 mayor a 0,05; por tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula: La relación entre el Programa Contigo y Prevención de la salud no es significativa.

Hipótesis específica 3.

Ha: El Programa Contigo tiene relación con la atención sanitaria de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.

Ho: El Programa Contigo no tiene relación con la atención sanitaria de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.

Significancia bilateral $P=0,05$

Tabla 16: Correlaciones entre el Programa Contigo y Atención sanitaria

			Programa Contigo	Atención sanitaria
Rho de Spearman	Programa Contigo	Coeficiente de correlación	1,000	,545**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	102	102
	Atención sanitaria	Coeficiente de correlación	,545**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	102	102

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El valor de p (significancia bilateral) es igual a 0,000 menor a 0,05; es decir, existe correlación significativa entre el Programa contigo y la Atención sanitaria, con un coeficiente de 0,545; lo que equivale a una correlación moderada positiva. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta a hipótesis de investigación.

CAPITULO V. DISCUSION.

La contrastación de la hipótesis general demuestra que la correlación del programa Contigo con la Inclusión Sanitaria arroja un coeficiente de 0,368, el cual es baja y positiva; esto implica que el Programa Contigo no tendría impacto de importancia en la inclusión sanitaria de las personas con discapacidad. Estos resultados, tienen coincidencia con el estudio de Carlos et al (2015), quien afirma que el 63% carece de tratamiento especializado, solo un pequeño grupo de 10% recibe rehabilitación física y tratamiento psicológico. También existe similitud con Hurtado y Arrivillaga (2018) que tienen como hallazgo que, en Cuba, los menores de edad con discapacidad son excluidos de los servicios de salud, de la misma forma en Colombia, las barreras estructurales, administrativas, étnicas, geográficas, infraestructurales, son los obstáculos fundamentales para la inclusión sanitaria de las personas con discapacidad. De otra parte, Ortiz (2020) en su tesis desarrollada en la Región San Martín, 2019 halló una correlación positiva de 0.570 entre las variables eficacia del programa CONTIGO y satisfacción de la población con discapacidad severa. Este resultado es superior a la de la tesis presente. Finalmente, los estudios de Eraso y Andreu (2017) realizado en España, arrojan hallazgos de la existencia de relaciones interdependientes entre los estados de salud, la discapacidad y los riesgos de pobreza y exclusión social; las personas con discapacidad acumulan mayores determinantes causantes de exclusión social: las PD acumulan 13,72 de determinantes frente a los 3,08 de las PSD.

La primera hipótesis alternativa específica queda rechazada por que la significancia bilateral $p = 0,059$ es mayor a $0,05$; el cual indica que no existe correlación entre el Programa Contigo y la Promoción de la Salud. Este resultado no puede ser comparada con otros estudios por cuanto no se encuentra estudios con similares resultados. Sin embargo, los datos de campo de la dimensión promoción de la salud arroja hallazgos favorables, donde el $46,1\%$ de los beneficiarios del Programa Contigo sostienen que viven en un contexto muy propicio para el desarrollo de una óptima salud personal; pero, estas condiciones no se deben al Programa Contigo, sino a otras entidades como el gobierno nacional, regional, local, etc. porque estos organismos son los encargados de la construcción del alcantarillado, agua potable, los servicios de energía eléctrica, como la conservación de un ambiente libre de contaminación atmosférica, auditiva, visual, etc.

La contrastación de la hipótesis específica 2, arroja el valor de $p=0,137$ mayor a $0,05$, lo que implica que no existe ninguna relación entre el Programa Contigo y la Prevención de la Salud, estos resultados son diferentes a los hallados por Gómez et al (2018) en su estudio “Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarza”, donde el $66,1\%$ de las personas con discapacidad acudió al médico como medida preventiva.

La hipótesis específica 3, que relaciona la variable Programa Contigo y Atención Sanitaria, tiene como valor de $p=0,000$ menor a $0,05$; esto quiere decir que entre estas dos variables existe correlación o asociación muy significativa; y su coeficiente de correlación es de $0,545$, es decir es moderada y positiva. Estos

resultados tienen relación con Ortiz (2020) que en su tesis titulada “Eficacia del programa CONTIGO y su relación con la satisfacción en la población con discapacidad severa, Región San Martín, 2019”, pudo hallar el coeficiente de correlación de 0,570; también tiene similitud con los hallazgos de Gómez et al (2018) que en su estudio “Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarza”, encontró que en relación a servicios curativos o de rehabilitación, acudieron el 62.5% al centro médico; el 82.7% acudió a la consulta médica general; el 67.4% fueron remitidos al médico especialista.

CONCLUSIONES.

1. Las personas con discapacidad se encuentran en situaciones de exclusión social y pobreza, principalmente, no tuvieron acceso a la educación, 39,2% no tiene ningún grado de escolaridad; el 23% tiene primaria incompleta.
2. La relación entre el programa contigo y la inclusión sanitaria es muy débil, el coeficiente de correlación de Rho de Spearman es de 0,368. Esto muestra la deficiencia del Programa Contigo referente al acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad, que no pudo eliminar las barreras que excluyen a las personas con discapacidad de los derechos a la salud.
3. El Programa Contigo y la Promoción de la Salud no tiene ninguna asociación o relación con la Promoción de la Salud de las personas con discapacidad, es decir, estas personas no tienen ningún apoyo o intervención del programa en la creación o cuidado de su entorno social y ambiental que les permite un óptimo desarrollo con plena salud, se cree que la salud se brinda en un hospital o cualquier otro centro sanitario menos en el medio donde reside la persona con discapacidad.
4. El Programa Contigo y la Prevención de la Salud, tampoco tienen alguna asociación, esto significa que el Programa Contigo no realiza acciones de prevención, no adopta medidas que eviten que las personas con discapacidad adquieran nuevas discapacidad o nuevas enfermedades

como consecuencia de su situación y condiciones de vida en la que se encuentran.

5. El Programa Contigo y la Atención Sanitaria tienen una correlación positiva moderada con un coeficiente de Rho de Spearman de 0,545; esto demuestra que el programa Contigo permite a las personas con discapacidad atenderse en un centro médico, tienen acceso al tratamiento de sus enfermedades, así como a su rehabilitación.

RECOMENDACIONES.

1. El Programa Contigo debe adoptar como un componente fundamental los servicios de salud especializado y de calidad para las personas con discapacidad, y asimismo garantizar su accesibilidad a los servicios médicos, rompiendo las barreras familiares, culturales, económicas y geográficas.
2. La Promoción de la Salud a favor de las personas con discapacidad, también debe ser fortalecida por el Programa Contigo, pero, a esta tarea deben sumarse la institución universitaria con sus escuelas profesionales de Enfermería, Medicina, Obstetricia, Ciencias Agrarias, Ingeniería ambiental, Ingeniería civil, Sociología, etc.; y los gobiernos local y regional deben responsabilizarse por construir la infraestructura urbana con accesibilidad para personas con discapacidad, también deben implementar políticas ambientales y dotar de los servicios básicos como el agua potable, el alcantarillado y energía eléctrica.
3. El Programa Contigo junto con el Ministerio de Salud deben desarrollar acciones de prevención para evitar el surgimiento de nuevas discapacidades y enfermedades, de lo contrario estas personas verán empeorar su integridad física, psicológica y sensorial. La salud de las personas con discapacidad debe ser cuidada, también en su domicilio y no solo en un centro de salud.

4. Las personas con discapacidad deben tener atención sanitaria especializada en los centros de salud, se les debe entregar los medicamentos apropiados para su mal e incidir en el proceso de rehabilitación.

Bibliografía

- Abramo, L., Cecchine, S., & Morales, B. (2019). *Programas Sociales, superación de la pobreza e inclusión laboral. Aprendizaje desde América latina y el caribe*. Santiago: Libros de la CEPAL No 155.
- Arroyo, J. (setiembre de 2004). El derecho a la salud de las personas con discapacidad: Estado de la cuestión. Lima, Perú. Obtenido de file:///C:/Users/hp/Downloads/Estudio-Salud.pdf
- Banco Mundial. (2021). *La Protección Social*. Obtenido de Banco Mundial: <https://www.bancomundial.org/es/topic/socialprotection/overview>
- Bonilla, L. (2016). Deliberación entorno a la Educación Virtual. *Interconectando saberes*(1), 77-89. Obtenido de <http://is.uv.mx/index.php/IS/article/view/1112>
- Bustamante Quiroz, R. (2004). Lineamientos y abordaje de promoción de la salud. *1der Encuentro Nacional de Promoción de la Salud*. Lima.
- Cajahuaringa Bernardo, T., Chávez Cecilio, M., & Sudario Ramos, L. (2020). Influencia del nivel educativo y el costo económico de las personas con discapacidad en las familias del distrito de ambo, 2018. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad Hermilio Valdizan, Huánuco.
- Calle Vera, J. (2020). Situación educativa de personas con discapacidad múltiple. estudio de caso: Discapacidad Motriz, intelectual y visual. (*Tesis de Maestría*). Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/19807/1/UPS-CT008962.pdf>
- Carlos Cotrina, G., Chavez Mateo, R., & Palacios Daza, T. (2015). Amarilis: Una aproximación a la medición de la calidad de vida de la población con discapacidad - 2015. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Hermilio Valdizan, Huánuco.
- Carrasco Díaz, S. (2006). *Metodología de investigación científica. Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima: San Marcos.
- Congreso de la República . (13 de diciembre de 2012). Ley Nro 29973 Ley General de la Persona con Discapacidad. Lima.
- Contigo. (2020). *Nuestra labor y compromiso*. Obtenido de Contigo: <https://contigo.gob.pe/>
- Cruz Velandia, I. (2005). La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXIII(1), 93-101.
- Cruz Velandia, I. (2005). La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/iei/iee/v23n1/v23n1a08>
- Diccionario de la Lengua Española. (s.f.). Obtenido de <https://dle.rae.es/rehabilitaci%C3%B3n?m=form>

- Eraso, A., & Andreu, X. (2017). La exclusión social y sus determinantes relacionados con la salud y la discapacidad. *Áreas: Revista internacional de ciencias sociales*(36), 183-196.
- Fabián Arias, E., Vilcas Badeón, L., & Alberto Bueno, Y. (2019). Situación laboral y calidad de vida de las personas con discapacidad física Huancayo. *Horizonte de a Ciecia*, 52-62.
- Feo, O. (2003). *Repensando la salud*. Venezuela: Universidad de Carabobo. Dirección de Medios y Publicaciones.
- George, D., & Mallery, P. (1995). *SSPS/PC Step by Step: A simple guide and reference*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Goméz Perea, C., Pasos Revelo, L., González Rojas, T., & Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal Valle del Cauca. Colombia. *Revista Salud Uninorte*, 34(2), 276-283.
- González, M., & Sosa, G. (2010). Aspectos epistemológicos de la salud pública. Aproximaciones para el debate. *Salus*, 14(1), 44-49.
- García, R., & Bustos, G. (2015). Discapacidad y problemática familiar. *Paakat: revista de tecnología y sociedad*(8). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499051499005>
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: McGrawHill Education.
- Huerta Moreno, M. (2005). El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario. *Política y cultura*.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad*. Lima.
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *características de la población con discapacidad*. Lima.
- Ke X, L. (2017). Discapacidad intelectual. En J. Rey, *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Lindón, L. (2013). Discapacidad y observaciones generales de los comités de derechos humanos de la ONU: Una relación asimétrica entre la invisibilidad, el modelo médico y el modelo de los derechos humanos. *Revista española de discapacidad*, 1(1), 47-72.
- Lopez, M., Fernández, C., & Polo, M. (2005). Relación entre el nivel de estudios y el autoconcepto en adultos con discapacidad motora. *Psicología Educativa*, 11(2), 99-111.
- Luque Parra, D. (2013). Necesidades Específicas de Apoyo Educativo del alumnado con discapacidades sensorial y motora. *Summa Psicológica UST*, 57-72.
- MedlinePlus. (2021). *Discapacidad intelectual*. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001523.htm>

- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2020). Directiva Nro 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE. AFILIACION, EABORACION DE PADRON GENERAL DE USUARIOS Y AUTORIZACION PARA EL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA.
- Ministerio de Salud. (2 al de noviembre de 2004). 1er Enuentro Nacional de Promoción de la Salud. *Libro Memoria*, (pág. 200). Lima.
- Ministerio de Salud. (21 de diciembre de 2021). Resolución Ministerial N° 981- 2016/MINSA. NTS N° 127 – MINSAs/2016/DGIESP. Lima, Perú.
- Muñiz, J. (2003). *teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Ordoñez, F., & Mendoza, I. (2019). Modelo social como alternativa para el desarrollo de la persona con discapacidad, Callao. Perú. *Telos*, 681-709.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Prevención de discapacidades y rehabilitación*. EE. UU.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1 de Diciembre de 2020). *Discapacidad y Salud*. Obtenido de Organización undial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La discapacidad*. Obtenido de Organización Panamericana de La Salud: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. *Serie No. 1 Extensión de la Protección Social en Salud*.
- Organización Panamericana de las Salud. (2021). *Promoción de la salud*. Obtenido de Organización Panamericana de las Salud: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- Ortiz, P. (2020). Eficacia del programa CONTIGO y su relación con la satisfacción en la población con deiscapacidad severa, Región San Martín, 2019. (*Tesis de Maestría*). César Vallejo, Tarapoto.
- Peñas, F. (2013). Referentes conceptuales para la comprensió de la discapacidad. *Revista de la facultad de Medicina*, 61(2), 205-212.
- Peredo Videá, R. (2016). Comprendiendo la discpacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Psicología*, 101-122. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322016000100007
- Pérez, J., & Garaigordobi, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autotestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357.
- Pinillos Patiño, Y., & Naranjo Aristizabal, M. (2017). Caracteriación de la discapacidad en el distrito de Barranquilla. Una mirada conceptual y experiencial. 53-75. Obtenido de https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2300/Cap_2ModelosConceptuales.pdf?sequence=7&isAllowed=y

- Pizarro, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina.
- Plena inclusión. (2021). *El derecho a la salud de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en la crisis sanitaria del COVID-19*. Obtenido de Plena inclusión: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/el_derecho_a_la_salud_de_las_personas_con_discapacidad_intelectual_o_del_desarrollo_en_la_crisis_sanitaria_del_covid19.pdf
- Programa Contigo. (2021). *Finalidad*. Obtenido de Contigo: <https://contigo.gob.pe/finalidad/>
- Rocío Hurtado, L., & Arrivillaga, M. (2018). Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana de Salud Pública*(44), 100-109.
- Salazar, R., Sánchez, A., Sibaja, O., & Vicente, M. (2015). Discapacidad Sensorial y Motora.
- Santos Vicente, T. L. (2016). Niveles de bienestar psicológico y optimismo en personas con discapacidad física – Huánuco 2015. *(Tesis para optar el título de licenciado en Psicología)*. Universidad Hermilio Valdizan, Huánuco.
- Shakeerspeare, T., & Watson, N. (2002). The social model disability: an outdated ideology? (El modelo social de discapacidad: una ideología obsoleta?). *Research in social science and Disability*(2), 9-28.
- Tejada Pardo, D. (2004). 1er Encuentro Nacional de la Promoción de la Salud. *Políticas públicas y derechos en salud: una visión desde la promoción de la salud*. Lima.
- Tobar, F. (11 de 03 de 2016). *Atención sanitaria*. Obtenido de CDELS: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
- Toboso, M., & Arnau, R. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamiento de Amartya Sen. *Aruacarí. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*(20), 64-94.
- Venturiello, M., & Ferrante, C. (2017). Discapacidad y salud desde dos investigaciones cualitativas: los itinerarios de la rehabilitación en Argentina y Chile. *Apuntes* 83, 91-121. doi:doi: <https://doi.org/10.21678/apuntes.83.918>
- Werner, D. (1990). El niño campesino deshabilitado. *Palo Alto (EE UU)*.
- Whitehead. (22 de mayo de 2017). *Mejor trato: Inclusión en Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud de la República de Colombia: <https://www.minsal.cl/mas-salud-mejor-trato-inclusion-en-salud/>
- Wright, B. (1983). *Physical Disability, a Psychosocial Approach (Discapacidad física, un enfoque psicosocial)*. NY: Harper & Row Publishers.

ANEXO

Consentimiento informado

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

El Programa Contigo e Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco, 2021 Equipo de Investigadores:

- 1.- Bach. Pitvan Gallo Huanca
- 2.- Bach. Yanella Judith Plejo Castañon
- 3.- Bach. Naeyssi Yohsy Herмосilla Chuquiyauri

Introducción / Propósito

El estudio tiene como objetivo conocer la influencia del Programa Contigo en la Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco en el año 2021.

Procedimientos

Se le aplicará un cuestionario de forma anónima, no irá el nombre del usuario del programa Contigo ni del responsable de su cuidado. En la hoja de respuestas, las preguntas son abiertas. Se responderá de manera libre y autónoma sin coacción de ninguna persona.

Riesgos / incomodidades

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para el usuario del Programa Contigo, tampoco para el responsable de su cuidado ni para el Programa mismo. Las respuestas a las preguntas se guardarán en estricta confidencialidad.

Beneficios

El encuestado no obtendrá ningún beneficio por responder a las preguntas del cuestionario.

Alternativas

La participación en el estudio es voluntaria, el encuestado puede escoger el no participar o abandonar el cuestionario en cualquier momento el cual no implica ninguna sanción ni perjuicio.

Compensación

El encuestado no recibirá pago alguno por participar en la aplicación del cuestionario.

Confidencialidad de la información

La información recabada no será publicada en ningún medio salvo en la tesis. Además, los cuestionarios son anónimos, no contendrá el nombre de los usuarios del Programa Contigo.

Problemas o preguntas

Ud. podrá comunicarse con las responsables del proyecto de investigación.

Consentimiento / Participación voluntaria

Acepto la participación en el estudio: he leído la información proporcionada, o me ha sido leída. Las dudas han sido resueltas satisfactoriamente y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la intervención sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre y firma del encuestado: - -----

Huánuco, setiembre de 2021

Instrumento de recolección de datos.

Cuestionario.

Sr. /Sra. buenos días/tardes por favor le pedimos que responda a las preguntas de este cuestionario que solo tiene fines de estudio, sus respuestas serán confidenciales, su colaboración es de mucha importancia para el desarrollo de esta tesis.

DATOS GENERALES

1. Género:
2. Edad:
3. Estado civil:
4. Nro de hijos:
5. Nivel de escolaridad:
6. Tipo de discapacidad:

Cuestionario Likert

VALORES: 1 = nunca; 2 = casi nunca; 3 = a veces si a veces no; 4 = casi siempre; 5 = siempre

	PROGRAMA CONTIGO					
	PENSIÓN DE S/300.00 SOLES BIMENSUALES	1	2	3	4	5
7.	Recibo los s/.300 nuevos soles bimestrales					
	INSCRIPCION AL SIS	1	2	3	4	5
8.	Uso del SIS					
	PROMOCION DE LA SALUD	1	2	3	4	5
9.	En la zona que vivo existe ruidos fuertes					
10.	En la zona que vivo contaminan la atmosfera					
11.	En la zona que vivo existe desechos sólidos en la calle					
12.	En la zona que vivo existen aguas servidas					
13.	Mi domicilio tiene servicios de agua					
14.	Mi domicilio tiene servicio de alcantarillado					
15.	Mi domicilio tiene servicio de energía eléctrica					
16.	El Centro de Salud realizan campañas de salud a favor de PD					
17.	El Centro de Salud y otros realizan campañas de sensibilización social a favor de PD					
18.	El Centro de Salud y otros capacita a mi familia sobre apoyo a personas con discapacidad.					
19.	El personal de salud me orienta para cuidar mi salud					
20.	Siento que me discriminan en el centro de salud					
	PREVENCION DE NUEVA DISCAPACIDAD	1	2	3	4	5
21.	Cumplo con las sugerencias del médico para evitar otra discapacidad					
22.	Me capacitan para evitar nuevas enfermedades					
23.	El médico me receta medicinas para evitar nuevas enfermedades					

24.	Mi familia evita la contaminación ambiental de mi habitación					
25.	Se ha acondicionado la infraestructura de mi vivienda para evitar accidentes.					
	ATENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD					
	TRATAMIENTO	1	2	3	4	5
26.	Me dan tratamiento para m discapacidad					
27.	Los médicos me recetan medicinas para mi discapacidad					
28.	Con la pensión de Contigo compro medicinas					
29.	Con la Pensión de Contigo me voy a un médico particular					
30.	Tengo atención domiciliaria del personal de salud					
31.	Voy a mis citas en el Centro de Salud					
32.	El Centro de Salud me entrega medicinas para mi discapacidad					
33.	Tengo tratamiento médico especializado					
34.	Estoy satisfecho con el tratamiento médico					
35.	Siento que mejora mi salud con el tratamiento					
	REHABILITACIÓN	1	2	3	4	5
36.	Me encuentro en proceso de rehabilitación					
37.	Necesito realizar terapias					
38.	Realizo mis terapias					
39.	Hay un personal de salud que guía mis terapias					
40.	Realizo solo mis terapias					
41.	Tengo terapias especializadas					
42.	Estoy de acuerdo con la terapia					
43.	Me tratan bien en la terapia					
44.	Siento que mejoro con la terapia					
45.	Deseo continuar con la terapia					

Validación de instrumentos.


**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

TÍTULO: "PROGRAMA CONTIGO E INCLUSIÓN SANITARIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO DE HUÁNUCO, 2021"

EXPERTO(A): DRA. ENMA SHELIA REEVES HUAPAYA.....


CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 Puntos	INCORRECTO 0 Puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica.	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima.	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del Proyecto de Investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del Proyecto de Investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....


 DRA. ENMA SHELIA REEVES HUAPAYA
 D.N.I.: 22409395
 TELÉFONO: 734944760



**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**TÍTULO: "PROGRAMA CONTIGO E INCLUSIÓN SANITARIA DE PERSONAS
CON DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO DE HUÁNUCO, 2021"**

EXPERTO(A): *Dr. Mario Segundo Acuña Poma*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 Puntos	INCORRECTO 0 Puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(x)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica.	(x)	()
3. La secuencia de presentación es óptima.	(x)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(x)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(x)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del Proyecto de Investigación.	(x)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del Proyecto de Investigación.	(x)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(x)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(x)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(x)	()
TOTAL	<i>20</i>	

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

Dr. Mario Segundo Acuña Poma
D.N.I.: *79379947*
TELÉFONO: *018283643*



**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

TÍTULO: "PROGRAMA CONTIGO E INCLUSIÓN SANITARIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO DE HUÁNUCO, 2021"

EXPERTO(A): Procedimiento de SIA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 Puntos	INCORRECTO 0 Puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(2)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica.	(2)	()
3. La secuencia de presentación es óptima.	(2)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(2)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(2)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del Proyecto de Investigación.	(2)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del Proyecto de Investigación.	(2)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(2)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(2)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(2)	()
TOTAL	<u>20</u>	

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

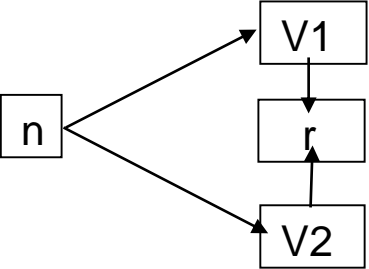
Procedimiento de SIA
D.N.I.: 28403443
TELÉFONO: 993.628979

Matriz de consistencia.

El Programa Contigo e Inclusión Sanitaria en Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco, 2021.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES
<p>Problema general. –</p> <p>¿Cuál es la relación del Programa Contigo y la Inclusión Sanitaria en Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021?</p> <p>Problema específico.-</p> <p>1. ¿Cuál es la relación del Programa Contigo y la Promoción de la Salud de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación del Programa Contigo y la Prevención de la Salud de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación del Programa Contigo y la Atención Sanitaria de las personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021?</p>	<p>Objetivo general. –</p> <p>Conocer la relación del Programa Contigo y la Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.</p> <p>Objetivos específicos.-</p> <p>1. Determinar la relación del Programa Contigo y la Promoción de la salud de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.</p> <p>2. Determinar la relación del Programa Contigo y la Prevención de la salud en personas con discapacidad del Distrito de Huánuco en el 2021.</p> <p>3. Determinar la relación del Programa Contigo y la Atención Sanitaria de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.</p>	<p>Hipótesis general. -</p> <p>El Programa Contigo tiene relación con la Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.</p> <p>Hipótesis específicas.-</p> <p>1. El Programa Contigo tiene relación con la Promoción de la salud de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.</p> <p>2. El Programa Contigo tiene relación con la Prevención de la salud de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.</p> <p>3. El Programa Contigo tiene relación con la Atención Sanitaria de personas con discapacidad en el Distrito de Huánuco en el 2021.</p>	<p>PROGRAMA CONTIGO /DIMENSION</p> <p>Pensión de 300 soles bimestrales.</p> <p>Uso del SIS</p> <p>VARIABLES: INCLUSION SANITARIA/ DIMENSIONES</p> <p>Promoción de la salud</p> <p>Prevención de la salud</p> <p>Atención sanitaria</p>	<p>Recepción de los 300 soles bimestrales</p> <p>Atención en el SIS</p> <p>Acciones de salud comunitaria.</p> <p>Acciones de salud para los usuarios del “Programa Contigo”.</p> <p>Acciones de prevención de la salud</p> <p>Tipo de Tratamiento que reciben</p> <p>Tipo de Rehabilitación</p>

El Programa Contigo e Inclusión Sanitaria en Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco, 2021.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION	METODOS Y TECNICAS	POBLACION Y MUESTRA
<p>Esquema del diseño de investigación.</p>  <pre> graph LR n[n] --> V1[V1] n --> V2[V2] V1 --> r[r] r --> V2 </pre>	<p>Tipo de investigación: Aplicada Nivel de investigación: Descriptivo-correlacional.</p> <p>TECNICAS</p> <p>Encuesta</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <p>El cuestionario Likert</p>	<p>POBLACION: Población está conformado por 138 usuarios del programa Contigo del distrito de Huánuco en el año 2021.</p> <p>Muestra. Estuvo conformada por 102 usuarios del programa Contigo del distrito de Huánuco en el año 2021.</p> <p>La fórmula para hallar la muestra fue la siguiente:</p> $n = \frac{N * z^2 * p * q}{e^2(N - 1) + z^2 * p * q}$



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" HUÁNUCO
 LICENCIADA CON RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, Distrito de Pillco Marca del jueves 07 de julio de 2022, a horas 10.00 am, en cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron , los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis colectiva denominada **"EL PROGRAMA CONTIGO E INCLUSION SANITARIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO DE HUÁNUCO,2021"**, presentado por los bachilleres en Sociología Pitvan GALLO HUANCA, Naeysi Yohsy HERMOSILLA CHUQUIYAURI y Yanella Judith PLEJO CASTAÑON aprobado con Resolución N° 077-2022-UNHEVAL-FCS-D, procediendo a dar inicio el acto de sustentación para obtener el **TÍTULO DE LICENCIADOS en SOCIOLOGÍA**, siendo los Miembros del Jurado Calificador los siguientes docentes:

Dr. Luis Ernesto MURGUIA SANCHEZ
Mg. Heriberto Hilarion ESTRADA MUÑOZ
Dr. Fermin VASQUEZ CIPRIANO
Mg. Jhon Paul TRUJILLO VALER

PRESIDENTE
SECRETARIO
VOCAL
ACCESITARIO

Asesor de Tesis: Mg. Carmen Elvira Zavalaga Bustos (Resolución N° 068-2021-UNHEVAL-FCS-D de fecha 18 de octubre de 2021)

El acto de sustentación se dio inicio a las 10.00 am del día 07 de julio del dos mil veintidós. Este proceso se da en base al Reglamento de Grados y Títulos, vigente para la Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Se Concluyó dicho proceso y en base al Reglamento de Grados y Títulos, de (el) la (los) Bachiller en Sociología Pitvan GALLO HUANCA, Naeysi Yohsy HERMOSILLA CHUQUIYAURI y Yanella Judith PLEJO CASTAÑON obteniendo el siguiente calificativo:

APROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

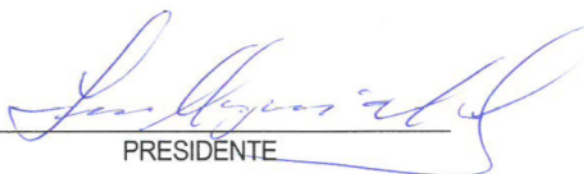
Quince

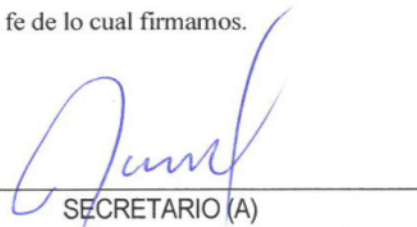
DESAPROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

El (las, os) Bachiller (es) en Sociología **Pitvan GALLO HUANCA, Naeysi Yohsy HERMOSILLA CHUQUIYAURI y Yanella Judith PLEJO CASTAÑON**, obteniendo el resultado cualitativo siguiente:

BUENO

Se dio por concluido el acto de sustentación a horas: 11:30 am. en fe de lo cual firmamos.


 PRESIDENTE


 SECRETARIO (A)


 VOCAL



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" HUÁNUCO
LICENCIADA CON RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO Nº 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, Distrito de Pillco Marca del jueves 07 de julio de 2022, a horas 10.00 am, en cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron , los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis colectiva denominada "**EL PROGRAMA CONTIGO E INCLUSION SANITARIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO DE HUÁNUCO,2021**", presentado por los bachilleres en Sociología Pitvan GALLO HUANCA, Naeysi Yohsy HERMOSILLA CHUQUIYAURI y Yanella Judith PLEJO CASTAÑON aprobado con Resolución Nº 077-2022-UNHEVAL-FCS-D, procediendo a dar inicio el acto de sustentación para obtener el **TÍTULO DE LICENCIADOS en SOCIOLOGÍA**, siendo los Miembros del Jurado Calificador los siguientes docentes:

Dr. Luis Ernesto MURGUIA SANCHEZ
Mg. Heriberto Hilarion ESTRADA MUÑOZ
Dr. Fermin VASQUEZ CIPRIANO
Mg. Jhon Paul TRUJILLO VALER

PRESIDENTE
SECRETARIO
VOCAL
ACCESITARIO

Asesor de Tesis: Mg. Carmen Elvira Zavalaga Bustos (Resolución Nº 068-2021-UNHEVAL-FCS-D de fecha 18 de octubre de 2021)

El acto de sustentación se dio inicio a las 10.00 am del día 07 de julio del dos mil veintidós. Este proceso se da en base al Reglamento de Grados y Títulos, vigente para la Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Se Concluyó dicho proceso y en base al Reglamento de Grados y Títulos, de (el) la (los) Bachiller en Sociología Pitvan GALLO HUANCA, Naeysi Yohsy HERMOSILLA CHUQUIYAURI y Yanella Judith PLEJO CASTAÑON obteniendo el siguiente calificativo:

APROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

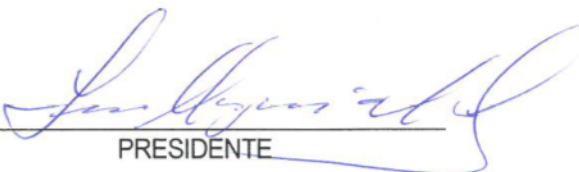
Quince

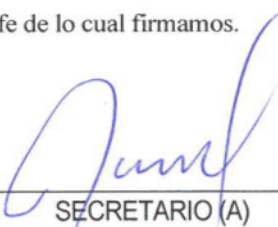
DESAPROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

El (las, os) Bachiller (es) en Sociología **Pitvan GALLO HUANCA, Naeysi Yohsy HERMOSILLA CHUQUIYAURI y Yanella Judith PLEJO CASTAÑON**, obteniendo el resultado cualitativo siguiente:

BUENO

Se dio por concluido el acto de sustentación a horas: 11:30 am. en fe de lo cual firmamos.


 PRESIDENTE


 SECRETARIO (A)


 VOCAL



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" HUÁNUCO
 LICENCIADA CON RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, Distrito de Pillco Marca del jueves 07 de julio de 2022, a horas 10.00 am, en cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron , los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis colectiva denominada "**EL PROGRAMA CONTIGO E INCLUSION SANITARIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO DE HUÁNUCO,2021**", presentado por los bachilleres en Sociología Pitvan GALLO HUANCA, Naeysi Yohsy HERMOSILLA CHUQUIYAURI y Yanella Judith PLEJO CASTAÑON aprobado con Resolución N° 077-2022-UNHEVAL-FCS-D, procediendo a dar inicio el acto de sustentación para obtener el **TÍTULO DE LICENCIADOS en SOCIOLOGÍA**, siendo los Miembros del Jurado Calificador los siguientes docentes:

Dr. Luis Ernesto MURGUIA SANCHEZ
Mg.Heriberto Hilarion ESTRADA MUÑOZ
Dr. Fermin VASQUEZ CIPRIANO
Mg.Jhon Paul TRUJILLO VALER

PRESIDENTE
SECRETARIO
VOCAL
ACCESITARIO

Asesor de Tesis: Mg. Carmen Elvira Zavalaga Bustos (Resolución N° 068-2021-UNHEVAL-FCS-D de fecha 18 de octubre de 2021)

El acto de sustentación se dio inicio a las 10.00 am del día 07 de julio del dos mil veintidós. Este proceso se da en base al Reglamento de Grados y Títulos, vigente para la Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Se Concluyó dicho proceso y en base al Reglamento de Grados y Títulos, de (el) la (los) Bachiller en Sociología Pitvan GALLO HUANCA, Naeysi Yohsy HERMOSILLA CHUQUIYAURI y Yanella Judith PLEJO CASTAÑON obteniendo el siguiente calificativo:

APROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

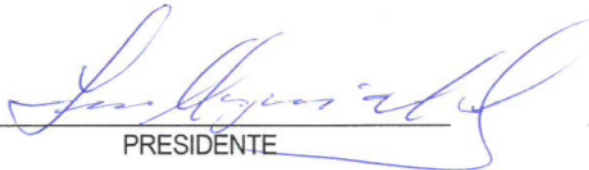
Quince

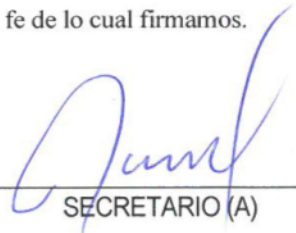
DESAPROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

El (las, os) Bachiller (es) en Sociología **Pitvan GALLO HUANCA, Naeysi Yohsy HERMOSILLA CHUQUIYAURI y Yanella Judith PLEJO CASTAÑON**, obteniendo el resultado cualitativo siguiente:

BUENO

Se dio por concluido el acto de sustentación a horas: 11:30 am. en fe de lo cual firmamos.


 PRESIDENTE


 SECRETARIO (A)


 VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" - HUÁNUCO
UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



CONSTANCIA N° 080-2022-UNHEVAL-FCS-UI

CONSTANCIA DE CONTROL ANTIPLAGIO

LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Hace constar que la tesis denominada: **"El Programa Contigo e Inclusión Sanitaria de Personas con Discapacidad en el Distrito de Huánuco, 2021"**, ha pasado el control Turnitin con un resultado de 22% de similitud, que es inferior al límite de similitud aprobado por la UNHEVAL; por lo que se declara **APTA**.

Cayhuayna, 20 de junio del 2022

Mg. Isabel Dávila Cárdenas
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias Sociales



Identificación de reporte de similitud: oid:27980:155035466

NOMBRE DEL TRABAJO

Programa contigo.docx

AUTOR

Pitvan Gallo

RECUENTO DE PALABRAS

18643 Words

RECUENTO DE CARACTERES

103489 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

97 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.6MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 20, 2022 11:09 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 20, 2022 11:19 PM GMT-5

● **22% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 15% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	1 de 3

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: Gallo Huanca Pitvan

DNI: 75931675 Correo electrónico: pitvan.gallo@gmail.com

Teléfonos: Casa 062628740 Celular 962532694 Oficina _____

Apellidos y Nombres: Plejo Costañon Yanella Judith

DNI: 75152350 Correo electrónico: yanella0306@gmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 944474977 Oficina _____

Apellidos y Nombres: Hermosilla Chuguiyauri Naetsy Yohsy

DNI: 71545048 Correo electrónico: yohsy.soc14h@gmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 987839063 Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>Ciencias Sociales</u>
E. P. :	<u>Sociología</u>

Título Profesional obtenido:

Licenciado (a) en Sociología.

Título de la tesis:

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	2 de 3

EL PROGRAMA CONTIGO E INCLUSIÓN SANITARIA EN PERSONAS
CON DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO DE HUÁNUCO, 2021

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
 () 2 años
 () 3 años
 () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma:

11 de Julio del 2022.

Firma del autor y/o autores:

