



BENEMÉRIA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**“DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE SAN ANDRÉS CHOLULA.”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Presenta:

ALEJANDRO TORIJA MARTÍNEZ.

DIRECTOR:

DC. IRMA PÉREZ CONTRERAS.

CO-DIRECTOR:

MA. CARLOS OMAR MUÑOZ GUARNEROS.

REVISORES:

DC. ROSA MARÍA GONZALEZ LÓPEZ.

MC. MARGARITA MUÑOZ GUARNEROS.

SEPTIEMBRE 2016, PUEBLA, PUE.



Agradecimientos

A mi Mamá, Esther Martínez Bedolla.

A Mariana Canarios A.

A Dra. María Margarita Muñoz Guarneros.

A Dra. Irma Pérez Contreras.

A Dra. Lis Rosales Báez.

A Dr. Omar Muñoz Guarneros.

A Mtra. Martha Beltrán Marín.

A Dr. Juan Manuel Tetitla Munive.

A Dra. Mariana Paula Loyola Gutiérrez.

A Dr. Uriel Narciso Mendoza Flores.

A Dra. Rosa María González López.

A Dr. Aldo Humberto Verde Trujillo.

A Dr. Bernardo Briones Aguirre.

De igual forma a todas las personas que como un gran equipo participaron en este trabajo.

A cada una/o por compartir sus conocimientos
experiencia profesionales y de vida.
Mi sincero agradecimiento.

ÍNDICE

CONTENIDO	PAGINAS
a) Resumen	(4)
b) Introducción	(5)
c) Antecedentes generales.....	(6)
d) Antecedentes específicos.....	(8)
Mapa conceptual.....	(17)
e) Justificación.....	(17)
f) Planteamiento el problema.....	(19)
g) Objetivos.....	(19)
General.....	(19)
Específicos.....	(19)
h) Hipótesis.....	(20)
i) Material y métodos.....	(20)
Diseño del estudio.....	(20)
Población de estudio.....	(20)
Criterios de inclusión.....	(21)
Criterios de exclusión.....	(21)
Marco muestral.....	(21)
Definición de variables.....	(21)
Operación de variables.....	(21)
Ubicación espacio temporal.....	(23)
Estrategia.....	(26)
Recolección de la información	(26)
j) Métodos para el análisis de resultados.....	(26)
k) Aspectos éticos.....	(27)
l) Resultados.....	(27)
m) Discusión.....	(39)
n) Conclusiones.....	(42)
o) Propuestas.....	(44)
p) Referencias.....	(47)
q) Anexos.....	(51)

a) Resumen

Introducción: La atención hacia las personas con discapacidad es un derecho fundamentado en las leyes, normas mexicanas y tratados internacionales, por lo que se hace una necesidad dar respuesta a las mismas.

Objetivo: Evaluar la demanda potencial de servicios de fisioterapia del área de cobertura del Hospital General de San Andrés Cholula.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, unicéntrico, prolectivo. Se encuestó a una muestra de jefes de familia de ambos sexos (357). Se utilizó un cuestionario previamente validado en otros estudios. Las variables a estudiar fueron, el porcentaje de personas con discapacidad en su hogar, tipo de discapacidad, atención médica, causas de su discapacidad, gasto de bolsillo de la última atención médica, filiación a servicios, demanda de servicios, necesidad de un servicio de fisioterapia, características del servicio, se capturaron en página Excel y se analizaron las variables bajo estudio.

Resultados: El 37% contestó que al menos tenía una persona con discapacidad en su hogar, la prevalencia fue casi similar en mujeres y hombres un poco más elevada en las mujeres, la discapacidad más frecuente fue la motriz, seguida de la visual, en los de la tercera edad fueron más frecuentes, la causa que más predominó fue por enfermedad, la atención médica es proporcionada en un 53% por la seguridad social y en un 30% por médico particular. Desean un servicio de fisioterapia con dos turnos, con citas por teléfono, cercano a sus domicilios. El gasto mayor hecho en la última atención fue de hasta mil pesos en un porcentaje del 53% y de 10 000 pesos y más fue del 30%.

Conclusión: Los resultados obtenidos de la prevalencia, causas, tipo de discapacidad son muy similares a los obtenidos a nivel nacional, llama la atención que el 30% acuda al servicio particular y el gasto en un 30% sea mayor de \$10 000.00 en la última atención recibida.

Palabras clave: Demanda potencial en salud, discapacidad, fisioterapia,

b) Introducción:

La discapacidad es un aspecto que ha existido a la par con el desarrollo de la humanidad. Evidencias documentadas hacen mención de un homínido (*Homo Hedilbergensis*) de alrededor de 300 mil años de antigüedad hallado en la sierra Atapuerca en España el cual presentaba señales de múltiples alteraciones óseas. En Francia en la Chapelle-aux-Saints, se encontró un Homo Sapiens de 35 mil años atrás, con osteoartritis generalizada que afectaba columna vertebral, caderas y pies ^(1,2).

La sociedad griega de los siglos V al II a.c. se caracterizó por el culto a la salud y a la belleza física, llegando al extremo del infanticidio motivado por la eugenesia (buen origen, buen linaje). Según las narraciones de Plutarco, el progenitor no estaba autorizado para criar a su hijo recién nacido, sino que debía llevarlo a un lugar donde se reunían los más ancianos de la comunidad quienes examinaban al menor; si lo encontraban en condiciones óptimas, daban la instrucción de criarlo; pero si se trataba de niños débiles o con apariencia inusual, eran llevados a un sitio denominado Apóthetas (lugar de abandono) en el monte Taigeto, desde donde eran despeñados ⁽³⁾.

En la antigua China, algunos individuos con discapacidad tenían la posibilidad de incorporarse activamente a la sociedad, y existen descripciones de cinesiterapia (tratamiento de enfermedades y lesiones mediante la utilización del movimiento). Por su parte, los egipcios legaron las primeras manifestaciones de aparatos ortésicos y protésicos; además de encontrarse inscripciones en relieves de personas con discapacidad con cierta relevancia social ⁽⁵⁾.

En el sur del continente americano los indios Salvias daban muerte a los personas con alteraciones físicas, mientras que en otras tribus era norma general el abandono de quienes no eran capaces de valerse por sí mismos cuando las circunstancias los obligaban a una emigración masiva. Una excepción, la constituyó la tribu de indios Pies Negros de Norteamérica, que cuidaba de las personas con discapacidad aunque ello representase un sacrificio para los intereses comunes ⁽⁴⁾.

En las culturas mesoamericanas predominó la actitud activa hacia la discapacidad. Entre los mayas, las personas con discapacidad eran respetadas y queridas en sus comunidades, incluso algunos eran considerados semidivinos o seres intermedios entre dioses y hombres ⁽⁴⁾. En la cultura náhuatl, son vastos los testimonios de un

pensamiento de apoyo humanitario en torno a las personas con discapacidad. Los Aztecas tenían numerosas instalaciones para atenderlos, y a la personas con enfermedades crónicas se le cambiaba de clima como medida terapéutica.

En el mundo contemporáneo se asume la plena integración de las personas con discapacidad como una cuestión de derechos y no como un privilegio otorgado. Por ello, lograr que alcancen el máximo desarrollo y sean mirados en sus potencialidades es un reto en la actualidad. Los esfuerzos de los países en vías de desarrollo están enfocados a brindarles las mejores condiciones de salud y a la preparación para su inserción a actividades laborales aún a pesar de prevalecer condiciones de exclusión y trato diferencial hacia esta población ⁽⁴⁾.

c) Antecedentes Generales:

Epidemiología

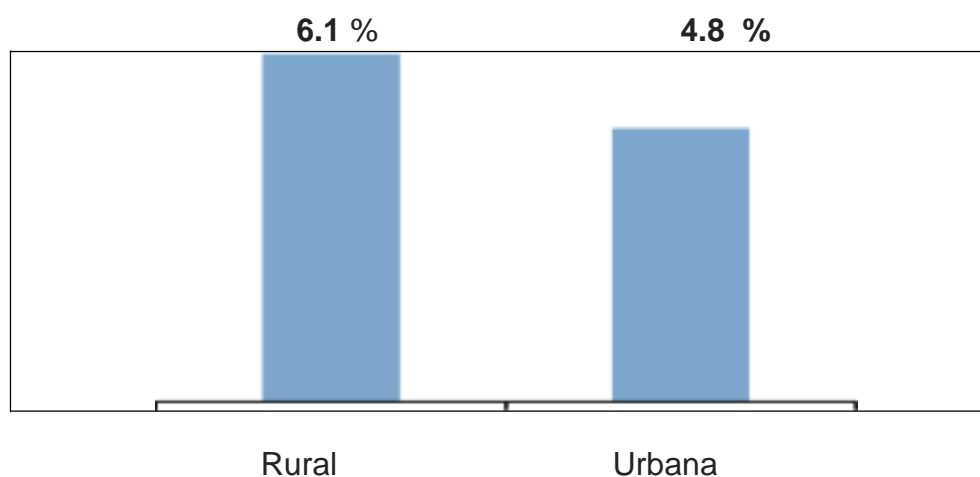
En México la población para el año 2010 fue calculada en 112, 336, 538 habitantes, de los cuales el 5.1% que equivale a 5,739,270 presentaba algún tipo de limitación en sus actividades diarias, declarando tener dificultad para realizar al menos una de las siete actividades evaluadas: caminar-moverse-subir o bajar escalones (caminar o moverse); ver, aun usando lentes, hablar, comunicarse o conversar (hablar o comunicarse); oír, aun usando aparato auditivo (escuchar); vestirse, bañarse o comer (atender el cuidado personal); poner atención o aprender cosas sencillas (poner atención o aprender). Con respecto al género los hombres presentaron un porcentaje ligeramente mayor que las mujeres hombres 47.5% frente a 52.5% respectivamente en mujeres). Los adultos mayores fueron los que mayor número de discapacidades tenían 26 de cada 100, seguida de los adultos 5 personas por cada 100; los jóvenes 2 de cada 100 y los niños 1.6 de cada 100^{1,5}.

Las entidades federativas con mayor cantidad de población con discapacidad fueron: Estado México 12.0%, Distrito Federal 8.4%, Veracruz 7.2%. En el extremo opuesto, las entidades donde reside el menor número de personas con discapacidad fueron: Campeche 0.8%, Colima 0.7% y Baja California Sur 0.5%; el estado de Puebla reportó 5.0% ⁽⁵⁾.

La población con discapacidad se distribuyó de una forma distinta según el tipo de localidad: urbana 4.8%, rural presentaron 6.1%, con una desventaja en las zonas rurales debido a la menor disponibilidad y acceso a servicios sanitarios, así como a la más alta exposición a barreras físicas y sociales del entorno (1,5).

La población con discapacidad sin servicios de salud en el año 2010 fue del 30.2% de acuerdo a datos del CENEVAL

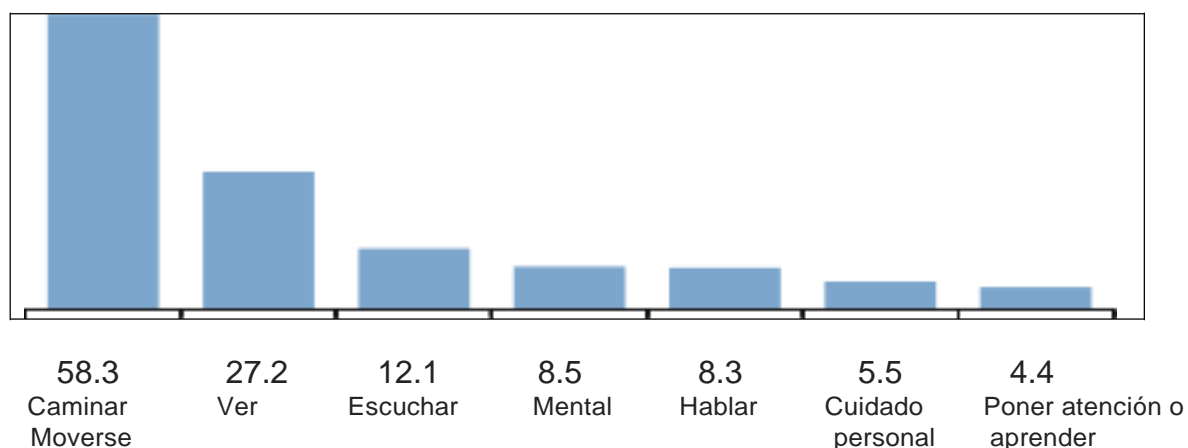
Gráfica 1.- Porcentaje de población con discapacidad por tipo de localidad en México (2010).



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010 México. Base de datos de la muestra.

Nota: El porcentaje se calculó con base en la población con discapacidad para cada tipo de localidad

Gráfica 2: Porcentajes por tipo de discapacidad en México (2010).



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. México Nota: Es importante señalar que hay casos en que una persona puede presentar más de una discapacidad.

Gráfica 3: Distribución porcentual de la población por tipo de discapacidad según grupo de edad.

Grupos edad	Caminar o Moverse	Ver	Escuchar	Mental	Hablar o Comunicarse	Atención al cuidado personal	Poner atención o aprender
Total	58.3	27.2	12.1	8.5	8.3	5.5	4.4
Niños	29.5	17.8	7.4	19.3	28.3	7.3	15.9
Jóvenes	33.7	23.5	8.6	23.8	18.0	5.2	9.3
Adultos	54.5	28.9	8.0	9.9	6.5	3.7	2.9
Adultos Mayores	71.4	28.6	16.5	2.5	3.8	6.4	2.3

Fuente INEGI, Censo de Población y Vivienda. México 2010.

En el Estado de Puebla con una población de 5, 779,829 habitantes hay alrededor de 246 mil personas con una o más discapacidades. En el municipio de Puebla se registrados cerca de 47 mil personas con alguna discapacidad, de las cuales 24 mil 327 tienen problemas visuales; 13 mil 623 intelectual y seis mil 985 con dificultades auditivas y de lenguaje. INEGI 2010.

Con respecto al área de salud de la población en el estado, se identifican como derechohabientes al Sistema de Protección social en Salud denominado "Seguro Popular" 1,309 008 asegurados para el estado (5).

Las dependencias y entidades del Sector Salud y los Gobiernos de las entidades federativas tienen dentro de sus objetivos participar organizadamente en programas de mejoramiento de la salud de esta población (artículo 177). Coordinarse en sus respectivos ámbitos de competencia, *promoviendo el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somáticos, psicológicos, sociales y ocupacionales para las personas que sufran cualquier tipo de invalidez.*

d) Antecedentes Específicos

El término "personas con discapacidad" hace referencia a un conjunto de población que tiene dificultad o limitación para realizar al menos una de las siete actividades consideradas básicas de acuerdo con el Censo INEGI 2010: 1. Caminar o moverse, 2.

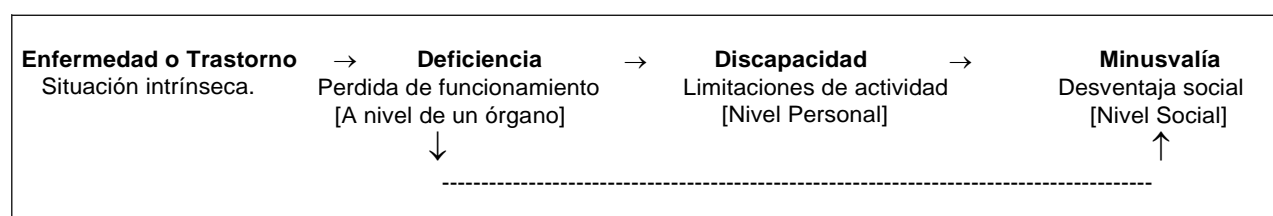
Ver, 3. Hablar o comunicarse, 4. Escuchar, 5. Atender el cuidado personal, 6. Poner atención o aprender y 7. Limitación mental,

Clasificación de discapacidades

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 y 2001 se propuso desarrollar una clasificación que fuera útil para todos los profesionales que trabajan en el campo de la discapacidad, ya sea en contextos de salud, de empleo o comunitarios, con un lenguaje común que facilitara la comunicación entre los distintos profesionales y disciplinas. En 1980 publicó la *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* siglas (CIDDDM), como parte de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIF-10), cuyo principal objetivo fue clasificar las consecuencias de las enfermedades, traumatismos y otros trastornos, y no tanto recopilar datos sobre sus causas⁽¹¹⁾. Se aplicó tanto en el análisis de la atención dispensada al individuo, en lo que respecta al diagnóstico y al tratamiento, como para evaluar el estado de los pacientes en los centros de rehabilitación, en las instituciones de convalecencia y en los establecimientos para adultos mayores.

La (CIDDDM), definió a la discapacidad como “Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” ⁽¹¹⁾.

Cuadro 1: Modelo adoptado en la clasificación internacional de discapacidades (CIDDDM) ⁽¹¹⁾.



La clasificación que hace la CIDDDM está organizada en dos niveles: grupo y subgrupo. El primer nivel está formado por cuatro grandes grupos de discapacidad y el grupo de las claves especiales, todos con claves numéricas de un dígito:

Grupo 1 Discapacidades sensoriales y de la comunicación.

Grupo 2 *Discapacidades motrices*.

Grupo 3 Discapacidades mentales.

Grupo 4 Discapacidades múltiples y otras.

Grupo 9 Claves especiales.

El segundo nivel de la clasificación corresponde a los subgrupos, cuya clave está compuesta de tres dígitos. Con el primero de izquierda a derecha se identifica el grupo al que pertenece ejemplo:

Grupo 1 *Discapacidades sensoriales y de la comunicación*

Subgrupo 110 Discapacidades para ver.

Subgrupo 120 Discapacidades para oír.

Subgrupo 130 Discapacidades para hablar (mudez).

Subgrupo 131 Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje.

En total la clasificación comprende 18 subgrupos.

Cada subgrupo está conformado por un listado, en orden alfabético, de descripciones relativas a deficiencias y discapacidades; en el se incluyen tanto nombres técnicos como algunos sinónimos con los cuales la población reconoce la discapacidad. Así, para una misma deficiencia o discapacidad pueden aparecer varias descripciones. En algunos casos se coloca entre paréntesis su sinónimo.

Grupo 1 Discapacidades sensoriales y de la comunicación.

Subgrupo 110 Discapacidades para ver.

Subgrupo 120 Discapacidades para oír.

Subgrupo 130 Discapacidades para hablar (mudez).

Subgrupo 131 Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje.

Subgrupo 199 Insuficientemente específicas del grupo discapacidades sensoriales y de la comunicación.

Grupo 2 Discapacidades motrices:

Comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana.

Este grupo lo conforman tres subgrupos:

210 Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza.

220 Discapacidades de las extremidades superiores.

299 Insuficientemente especificadas del grupo discapacidades motrices

y así sucesivamente (18).

Para esta investigación y de acuerdo al cuestionario ampliado INEGI 2010 se empleó la siguiente clasificación:

Caminar o moverse	Ver	Escuchar	Mental	Hablar o comunicarse	Atención al cuidado personal	Poner atención o aprender
-------------------	-----	----------	--------	----------------------	------------------------------	---------------------------

Causas de la discapacidad:

Se conceptualiza como causa de la discapacidad, por *Nacimiento*: aquellas relacionadas con el embarazo y el parto, así como a las deficiencias corporales congénitas o hereditarias de una persona. *Enfermedad*: aquellas relacionadas con enfermedades, crónico degenerativas y otras. *Edad avanzada*: aquellas relacionadas con una edad superior a los 59 años. *Accidentes*: aquellas relacionadas con eventos fortuitos, sea en el trabajo, la casa, la calle, etc., que producen alguna alteración en las funciones o estructuras corporales de la persona. *Otras causas*: como aquellas relacionadas con un sin número de características o sucesos que pueden provocar discapacidad pero que no están listados ⁽⁵⁾.

Servicios de fisioterapia:

El concepto de fisioterapia aparece por primera vez en 1909, en la *Biblioteca de Terapéutica de Gilbert y Carnot*. En ella la definen como los múltiples métodos de tratamiento en los que se utilizan los agentes físicos, y la reconoce como uno de los pilares básicos de la terapéutica, de los que dispone la medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes; estos pilares están constituidos por la farmacológica, la cirugía, la psicoterapia y la fisioterapia. En 1967 la Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT por sus siglas en inglés), organismo representativo de la fisioterapia a nivel mundial, con más de 300,000 fisioterapeutas afiliados de todo el mundo a través de sus 101 organizaciones miembros, acepta que la fisioterapia “es el arte y ciencia del tratamiento físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de medios

físicos, curan, previenen, recuperan y readaptan a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico.”

En 1968, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, agua, masaje y electricidad...” y menciona objetivos específicos del tratamiento con fisioterapia. En 1989, la *American Physical Therapy Association (APTA)* se refiere a la fisioterapia como aquellos servicios cuyo principal propósito es llevar al paciente a sus funciones óptimas mediante la aplicación de principios científicos para prevenir, identificar, evaluar, corregir o aliviar disfunciones del movimiento ^(12, 13,26).

Demanda y organización de servicios de salud

Uno de los criterios fundamentales para estructurar la organización en la administración de servicios, como es la “salud” y la planeación en la toma de decisiones; tiene como referente el diagnóstico de la “demanda”.

El concepto de la demanda de salud es la “percepción de una necesidad de atención” para ayudar a prevenir, tratar o *rehabilitar* alguna situación que haya afectado la salud. Esta necesidad responde a factores físicos, por ejemplo; demanda de salud por accidentes, enfermedades y/o factores ligados al ciclo de vida ^(15, 16, 17).

La demanda de una persona para atención médica, depende de la edad, sexo, estado de salud y nivel educacional del individuo, y también el precio, la calidad de la atención, tiempo de espera y la distancia de los proveedores. Elementos como la accesibilidad, y la disponibilidad de los servicios se encuentran muy relacionados con las características de la demanda. Con respecto a la *accesibilidad* entendida como "el grado de ajuste entre las características de los servicios y las características de la población", son consideradas como un factor intermedio entre la demanda de atención y las características de los servicios. La *disponibilidad* entendida como la capacidad para producir servicios, además de los recursos, también se considera otro factor intermedio. ^(19,20).

Demanda de un bien o servicio

La demanda de manera general puede ser entendida en términos generales como las cantidades de un bien o servicio que un consumidor puede y está dispuesto (de forma

explícita) a adquirir (para cada nivel de precios señalado para el mismo y para unas circunstancias de mercado dadas). El autor Armando Arredondo López ⁽¹⁹⁾, enfoca su definición de la *demanda de servicios de salud* como los aspectos relacionados con el acceso y uso de satisfactores relacionados con la salud y con los servicios de salud ⁽¹⁹⁾. Por otro lado a la *oferta* a la producción de servicios de salud y estos por programas, Instituciones, las funciones de producción e insumos requeridos con el objetivo de satisfacer la demanda en este caso de salud ⁽¹⁹⁾.

Existen diferentes tipos de demandas en salud las cuales han sido definidas por diferentes investigadores, entre ellas tenemos las siguientes:

Demanda potencial o latente: Es la demanda ante la cual un significativo número de clientes puede desear algo que no puede satisfacer por ninguna oferta existente. En el contexto de la salud es la demanda percibida (aunque no expresada) por un individuo y que algún experto diferente de él considera necesaria. Es la diferencia existente entre las necesidades justificadas (y percibidas por los propios pacientes) y las explícitamente manifestadas (aunque no lleguen a ser objeto de atención) ante los proveedores de atención sanitaria ⁽¹⁹⁾.

Demanda total: Demanda presentada cuando las instituciones se encuentran complacidas con la cantidad de trabajo que tienen en relación a su capacidad productiva, nivel de instalaciones y resultados económicos deseados y obtenidos. La demanda total puede variar por el cambio de preferencia de los clientes o por un aumento de la competencia. Para mantener la demanda total se debe medir el grado de satisfacción de los clientes y asegurarse que se está haciendo un buen trabajo ^(20,21).

Demanda expresada: Demanda que se ejercita de forma explícita por parte de una población. Puede ser superior al volumen de utilización a causa de la existencia de listas de espera por la limitación de los recursos disponibles o a causa de diferencias entre las percepciones de los pacientes y las necesidades definidas por los profesionales ^(19,22).

Demanda justificada: Demanda para la que tanto la sociedad como los expertos médicos (además del propio individuo) están de acuerdo con su existencia, dado que responde a razones apreciadas como objetivas por todos ellos. Se opone a la demanda sanitaria injustificada que es la expresada por los individuos en contra de la opinión de la

sociedad o los expertos (21,22). **Demanda negativa:** Cuando a la mayor parte del mercado le disgusta la oferta existente de determinado servicio y hasta puede pagar un precio por evitarla. **Demanda inexistente:** Cuando los clientes a quienes se dirigen la oferta de un producto o servicio pueden sentirse desinteresados o indiferentes a ella.

Demanda opcional: Se produce en el mercado de los servicios sanitarios cuando éste se comporta como si la demanda fuera superior a la realmente producida, al objeto de “reservar” parte de la oferta para que no existan problemas de utilización de los servicios ante la eventualidad de tener que hacer uso de las mismas en cualquier momento o lugar, dando de esta forma, respuesta al deseo individual de tener garantizado el acceso en caso de necesidad. **Demanda insatisfecha:** Personas que demandan atención, la cual no es atendida (15, 16, 17,19).

Oferta de servicios de salud

En general, la asistencia médico-sanitaria se integra de tres clases de bienes y servicios, los servicios médicos, odontológicos y los auxiliares de diagnóstico y tratamiento, que son prestados por profesionales de la salud, en los servicios hospitalarios, ofertados por, clínicas, sanatorios y hospitales públicos y privados.

El estudio de la oferta de atención médica, incluye el análisis económico de la respuesta social organizada para proveer de servicios de salud a una comunidad. También estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento (19, 20, 21,22).

El sistema de salud, siendo aquel conjunto de instituciones que cuida la salud de los ciudadanos, reviste una importancia creciente en los sistemas económicos, expresado en el creciente porcentaje del gasto público y privado en salud en relación al Producto Bruto Interno (PBI). Considerando, el ritmo de crecimiento del gasto en salud es superior al ritmo de crecimiento del PBI. Por un lado, el gasto en salud se puede considerar como una *inversión en capital humano*, en la medida que contribuye al crecimiento económico y a garantizar un nivel adecuado de calidad de vida, por otro punto aparecen dudas legítimas sobre la sostenibilidad de ese crecimiento a largo plazo. Todos los gobiernos, todos los países, están en un proceso de reformulación de los sistemas de salud que

responde a la necesidad de mejorar aspectos de cobertura, calidad, eficiencia, igualdad y equidad ^(15, 16,17)

Fundamento normativo para los servicios de personas con discapacidad

De acuerdo a la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad DOF 30-05-2011, Ley General de las Personas con Discapacidad. DOF 10/06/2005 ⁽²⁵⁾, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad, así también el Programa Nacional para el desarrollo y la Inclusión de las personas con discapacidad 2014-2018 ^(7,8,9,10) , esta población tiene derecho a recibir los beneficios que estas leyes y normas establecen.

En la Declaración Ministerial de julio de 2010 reconoce la discapacidad como una cuestión transversal, esencial para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, y destaca la necesidad de garantizar que las mujeres y las niñas con discapacidad no sean objeto de formas agravadas o múltiples de discriminación, ni queden excluidas de los beneficios a los cuales tiene derecho como es, la accesibilidad a los servicios de salud ⁽³¹⁾. Por otro lado la Asamblea General de las Naciones Unidas ha destacado la invisibilidad de las personas con discapacidad en las estadísticas oficiales ^(27,32).

Eficacia, eficiencia y equidad de los servicios:

La *eficacia* de una política o programa se contextualiza como el grado en que se alcanzan los objetivos propuestos. Un programa es *eficaz* si logra los objetivos para los que se diseñara. Una organización *eficaz* cumple cabalmente la misión que le da razón de ser ⁽²³⁾.

Cohen y Franco (1993) indican que la “eficacia” mide “el grado en que se alcanzan los objetivos y metas... en la población beneficiaria, en un período determinado...” Mientras que la “efectividad” constituye la relación entre los resultados previstos, los no previstos y los objetivos y la *eficiencia* como el grado en que se cumplen los objetivos de una iniciativa al menor costo posible. El no cumplir cabalmente los objetivos y/o el desperdicio de recursos o insumos hacen que la iniciativa resulta ineficiente o menos eficiente.

El concepto de equidad se fundamenta en tres valores sociales: igualdad, cumplimiento de derechos y justicia. El reconocimiento relativamente universal de la bondad de estos tres valores permite que el concepto de “equidad” tenga cierta aceptación universal ^(34,35). En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud ha llegado a constituir un importante motivo de preocupación para los ciudadanos, pero también para los profesionales y los responsables de las políticas sanitarias ^(36,37).

La falta de sistemas de información de calidad sobre esta población ha sido una limitante para la realización de estudios sobre patrones de uso de los servicios y la determinación de sus necesidades de salud ^(17, 24, 29).

Estudios relacionados sobre demanda de servicios de fisioterapia:

Alfaro y colaboradores realizaron un estudio sobre las características de la demanda atendida en la sub-área de terapia física del Centro Nacional de Rehabilitación durante el período 2002-2006 ⁽³³⁾. En este estudio definen la demanda atendida, a la cantidad de casos que efectivamente reciben el servicio demandado, mientras que la *demandada rechazada* es constituida por el número de casos que habiendo solicitado el servicio no pudieron recibirlo debido a que los recursos fueron insuficientes para hacerlo ⁽³³⁾.

García Fariñas en su estudio sobre el balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana ⁽¹⁹⁾. Comenta en el caso de los servicios de rehabilitación en áreas seleccionadas que 50% de los pacientes que acudieron a servicios de rehabilitación fueron por motivos de *discapacidad motora* ⁽¹⁹⁾.

Mariños en su estudio publicado en el año 2012, Analizó la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. Hace referencia a conceptos relacionados con la demanda de servicios en salud: El acceso a los servicios de salud, se logra mediante la plena satisfacción de una necesidad de atención percibida. Sin embargo también se sabe que entre aquella necesidad de salud y la atención de la misma suelen presentarse múltiples barreras. Algunas de tipo económica, física o psicológica y otras de carácter administrativo producto de la organización del sistema de salud, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo ⁽²⁹⁾.

El estudio de la demanda y el acceso a los servicios de salud es un tema importante por su impacto en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Asimismo su conocimiento es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos del sector salud, permitiendo así la evaluación de la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos.

Mapa Conceptual



Fuente: García Fariñas A, Ramos Valle I, García Rodríguez FJ. Et al. El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública. Departamento de Economía de la Salud. 2009-2010.

e) Justificación

La unidad del Hospital General de San Andrés Cholula, Puebla de reciente apertura en Noviembre de 2013, es una unidad de segundo nivel de atención que pertenece a los Servicios de Salud del Estado de Puebla; sin embargo, no cuenta con un servicio de fisioterapia, para efectuar la detección, tratamiento y seguimiento, a las personas con discapacidad motriz, la cual puede llegar a generar un deterioro de la funcionalidad de

forma permanente (secuela), limitando la inserción laboral y social al no ser atendidas de forma oportuna. Además, la población con discapacidad motriz es creciente, a este respecto se mencionan algunas de las causas: edad senil, geriátricos, enfermedades crónicas, personas de las zonas rurales; pacientes pediátricos así como la alta incidencia de accidentes del trabajo y de tránsito (INEGI 2010).

De este trabajo se espera que al concluirse pueda impactar en la toma de decisiones de los directivos, para que el hospital cuente con servicios de fisioterapia formal con el recurso humano, los recursos materiales y de equipamiento necesario para cubrir la demanda en el rubro de la discapacidad motriz en todos los grupos de edades.

Los servicios de fisioterapia son coherente con la OMS y las asociaciones como la Confederación Mundial de Terapia Física con siglas en Inglés (WCPT), en el objetivo de proporcionar atención a las personas con discapacidad motriz preponderantemente y otorgada por un fisioterapeuta, la atención incluye los aspectos de la valoración, el diagnóstico *funcional*, la planeación de la intervención, así como la docencia y la investigación. La valoración incluye la examinación de los individuos con actuales o potenciales deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades u otras condiciones de salud mediante la elaboración de la historia clínica, el tamizaje y el uso de test y medidas específicas.

El diagnóstico funcional surge del examen y la evaluación, representa el resultado de procesos de razonamiento clínico. Puede ser expresado en términos de disfunción del movimiento o puede incluir categorías de deficiencias, limitaciones funcionales o discapacidades (11). La planeación del tratamiento se inicia con la determinación de la necesidad de la intervención y el desarrollo de un plan que incluye objetivos medibles negociados con el paciente, la familia o el cuidador. La intervención se implementa de acuerdo con el logro de los objetivos y puede incluir por ejemplo: movilizaciones articulares, terapias manuales, recuperación del movimiento, ejercicios terapéuticos, agentes físicos, electro-terapéuticos y mecánicos, entrenamiento funcional, coordinación, equilibrio. Y puede también estar dirigida a la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y lesiones incluyendo la promoción y el mantenimiento de la salud, la calidad de vida y el acondicionamiento en todas las edades y poblaciones. La evaluación requiere la reexaminación con el propósito de evaluar los resultados. Por lo

tanto en este trabajo de investigación, se propone detectar a una población determinada, el potencial de la demanda para un servicio de fisioterapia ^(16, 19, 22, 30).

f) Planteamiento del problema

En la actualidad la población con limitación en la movilidad, traducido en las dificultades para caminar o moverse es muy significativo, tal situación concuerda con lo que sucede en el resto del mundo, según datos de la OMS y del CENEVAL en el estado de Puebla existe aproximadamente una tasa de población con discapacidad de 286.1 por 10 mil habitantes, población donde es más frecuente la limitación para caminar o moverse, con edades que oscilan entre los 60 años y más, y representan el 71.4% de los adultos mayores con limitaciones de movilidad⁽⁵⁾. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la demanda potencial de servicios de fisioterapia en el Hospital General de San Andrés Cholula, de la Jurisdicción 5 de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, durante enero y febrero del 2016?

g) Objetivos

Objetivos General

Analizar la demanda potencial de servicios de fisioterapia en el área de cobertura del Hospital General de San Andrés Cholula de la Jurisdicción 5 de la Secretaría de Salud en el Estado de Puebla.

Objetivos Específicos

- 1.- Identificar la prevalencia de personas con discapacidad en la población objeto de estudio.
- 2.- Caracterizar a la población referida con discapacidad, por edad, género, tipo de discapacidad, servicios de salud, frecuencia con que el usuario demanda servicios,

costos de la última atención médica, necesidad de atención por un servicio de fisioterapia y características del servicio.

h) Hipótesis

La demanda potencial de servicios de fisioterapia en la población de San Andrés Cholula, Puebla es significativa.

i) Material y Métodos

Diseño del estudio

Observacional, transversal, analítico, prolectivo.

Población de estudio

La población base, estuvo constituida por el número de jefes-jefas de familia del área de cobertura del Hospital General de Cholula, San Andrés, Cholula. La población de estudio se determinó mediante el cálculo de un tamaño de muestra, dando como resultado 348 jefes /as de familias a encuestar ⁽²⁸⁾.

La formula empleada para el cálculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{N Z_2^2 p q}{(N-1) (e_2)^2 + Z_2^2 p (1-p)}$$

n= número de familias por encuestar (tamaño de la muestra)

N= 24,936 jefes de familia Población de San Andrés, Cholula, Puebla.

Z= 1.96, Z₂ = 3.8416 Valor obtenido mediante el nivel de confianza

e= 5% = (0.05) limite aceptable de error estándar.

p= 36%=(.36) usuarios de servicios de salud en centros de salud y hospitales de la secretaria de salud, (prevalencia de la demanda de atención medica a servicios de salud por su discapacidad motora al menos una vez en su vida)

q= (1-p).

Resultando: **348**

Criterios de inclusión

Jefes de familia hombres o mujeres que se encontraron en el momento de la encuesta mayores o igual a 18 años y que desearon participar bajo consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Jefes de familia que no desearon participar y menores de 18 años edad.

Criterio de eliminación

Encuestas con menos del 10% de respuestas.

Marco muestral

Jefes de familia, hombres o mujeres mayores de 18 años del municipio de San Andrés, Cholula, Puebla. En un número de 28,000. INEGI 2010 ⁽⁵⁾.

Definición y operacionalización de variables:

<i>Variables</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Tipo variables</i>	<i>Escala</i>	<i>Estadística</i>
Género	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes.	Femenino-Masculino	Cualitativa	Nominal	Porcentajes. Hombres mujeres
Edad	Tiempo transcurridos desde nacimiento.	Años cumplidos en base fecha nacimiento	Cuantitativa	Continua	Medidas de Tendencia central y de dispersión.
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Soltero, casado, viudo, unión libre, otras	Cualitativa	Ordinal	Porcentajes
Ocupación	Acción y efecto de ocupar u ocuparse.	Labores del hogar, oficios, profesiones, desempleo	Cualitativa	Nominal	porcentajes
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Primaria, secundaria, preparatoria, profesional y posgrado Básica, medio superior, superior, posgrado	Cuantitativa	Ordinal	Porcentajes
Nivel socioeconómico	Ingresos económicos percibidos por trabajo.	Bajo, Medio o Alto	Cuantitativa	Ordinal	Porcentajes

Prevalencia de personas con discapacidad	Persona con dificultad para caminar o moverse y otras.	Porcentajes por tipo de discapacidad	Cuantitativa	Continua	Frecuencias
Lengua Indígena	Lengua materna	Si o No, cual	Cualitativa	Nominal	Porcentajes
Servicios de salud en la población.	Servicios para prevención, tratamiento y rehabilitación.	SSA, IMSS, ISSSTE, Seguro Popular	Cualitativa	Nominal	Porcentajes
Afiliación régimen Seguridad social en Salud	Sector salud	Si o No cual SSA, IMSS, ISSSTE, Seguro Popular	Cualitativa	Nominal	Porcentajes
Personas con Discapacidad en el hogar	Familiares	Si o No	Cualitativa	Nominal	Porcentajes

Gastó Familiar	Persona con Discapacidad costo servicio	Moneda nacional	Cuantitativa	Continua	Medidas de tendencia central y dispersión
Atención para la discapacidad en un año	Frecuencia de Atención persona con discapacidad	Mes, bimestral, trimestral, semestral, Anual, solo cuando esta enfermo	Cualitativa	Ordinal	Porcentajes
Importancia de tener un servicio de fisioterapia	Percepción de la Utilidad de un servicio	menor a mayor	Cualitativa	Ordinal	Porcentajes
Características Del servicio fisioterapia	Elementos que Conforman un Servicio	Ubicación, horarios Transporte, teléfono	Cualitativas	Nominal	Porcentajes
Dificultades para realizar actividades de la vida diaria	Tipo discapacidad	Moverse-caminar, ver hablar, oír, vestirse, bañarse poner atención o aprender, alteraciones mentales.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes
Causas de discapacidad	Que provoca la discapacidad	Al nacimiento, enfermedad Accidente, edad avanzada Otra.	Cualitativa	Nominal	Porcentajes
Habitaciones	Espacio destinado para dormir	Número de habitaciones	Cuantitativa	Continua	Medidas de tendencia

					central y dispersión
Baños	servicios básico sanitario	Número de baños	Cuantitativa	Continua	Medidas de tendencia central
Focos	servicios municipales	Número de focos	Cuantitativa	Continua	Medidas de tendencia central
Pisos	Tipos de piso	Tierra, Cemento, madera, otro	Cualitativa	Nominal	Porcentajes

Ubicación espacio temporal:

Mapa geográfico de San Andrés Cholula (INEGI.GOB.MX). Área de cobertura del El Hospital General de San Andrés Cholula se encuentra a 5.6 Kilómetros en línea recta, 13,1 kilómetros de distancia de la unidad. En la imagen “A” se muestran las colindancias de la comunidad De San Andrés Cholula, en la imagen “B” se muestra el croquis de la zona centro del la población de estudio.



Imagen “A”

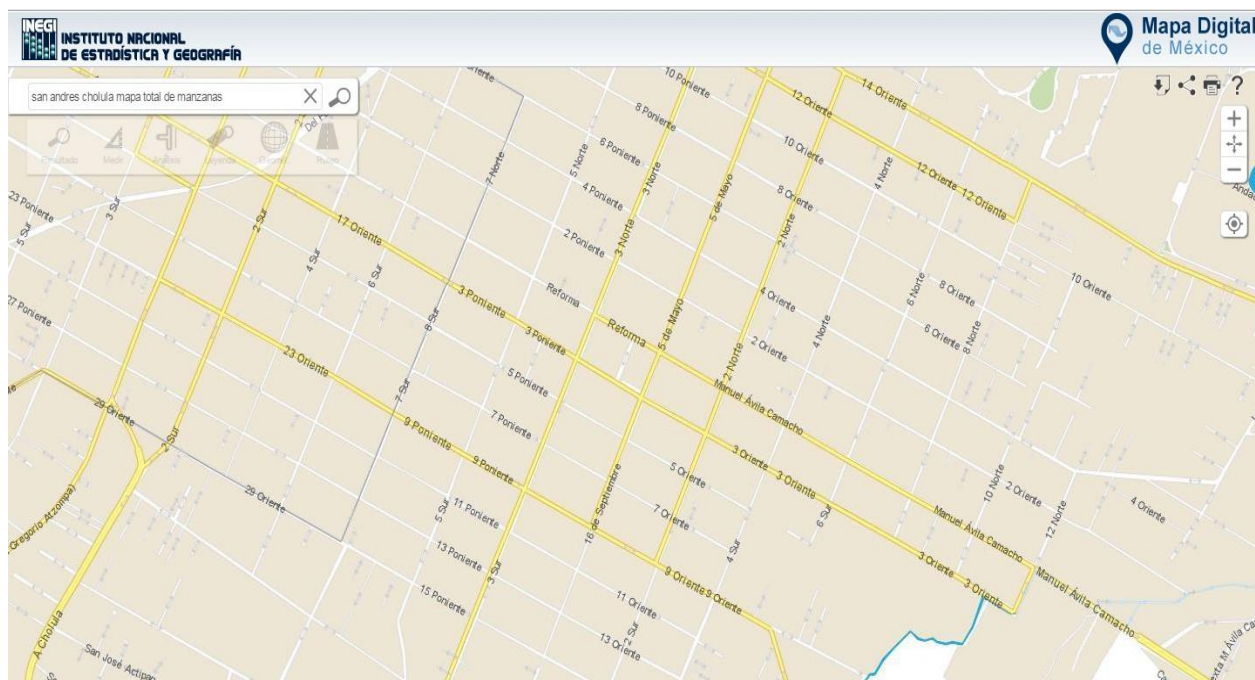


Imagen “B”

El Hospital General de San Andrés Cholula, pertenece a la demarcación geográfica jurisdicción 5 de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, fue inaugurado por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos Lic. Enrique Peña Nieto y el Gobernador Lic. Rafael Moreno Valle, el 13 Noviembre de 2013, ubicado en calle Osa Menor número 2, lateral del periférico ecológico, colonia Ciudad Judicial, Municipio de San Andrés Cholula, Puebla. Código Postal: 72810, teléfono 2 144 300, con una proyección de atención para 80 mil derecho-habitantes de 20 municipios, ver anexo 5, edificado con cuatro nivel de construcción, con 90 camas censables y con servicios de especialidades médicas, paramédicas y administrativas que **oferta**:

En Planta Baja: Urgencias (1 Triage obstétrico, 1 Modulo mater, 3 Consultorios y 3 áreas de choque) área de atención amigable en el trabajo de parto, área de labor-expulsión y tococirugía. Consulta externa con 24 consultorios: Ginecología, Pediatría, Geriatria, Medicina Preventiva-Vacunas, Jefatura, Displasias, Cardiología adultos, Cardiología pediátrica, Dermatología, Electroencefalografía, Paidopsiquiatria, Neurología, Otorrinolaringología, Urología adultos, Urología pediátrica, Oftalmología, Clínica de Heridas, Medicina Interna, Neumología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía General, Cirugía plástica, Anestesiología, Psicología, Epidemiología, Anatomía Patológica, Modulo de

afiliación al Seguro Popular, Farmacia, Nutrición y los servicios auxiliares como, archivo clínico, almacén, mantenimiento, informática, ropería, vigilancia, intendencia, mortuorio.

En 1º piso, quirófanos con 4 salas y área de recuperación inmediata, un área independiente de endoscopia, una unidad de cuidados intensivos adulto con 8 camas, laboratorio de análisis clínicos, servicio de imagenología.

En 2º piso, Hospitalización para los servicios de Cirugía General, Ginecología, Pediatría, tres áreas de cuidados intensivos neonatos, cirugía extramuros y área de estimulación temprana o del neurodesarrollo.

En 3º piso orientación oriente, Hospitalización para los servicios de Medicina Interna y resto de especialidades. En 3º piso orientación poniente, área de gobierno, dirección general, subdirección médica, subdirección administrativo, gestor de seguro popular y de calidad, fármaco vigilancia, jefatura de enseñanza, jefatura enfermería, trabajo social, recursos financieros, recursos materiales, inventarios, servicio jurídico.

Comités: Calidad, Infecciones Intrahospitalarias, Fármaco vigilancia, Equidad de género, Lactancia materna, Bioética, Inclusión laboral a personas con discapacidad, Trasplantes y otros, sin tener un servicio de Fisioterapia, que cuente con recursos humanos y materiales necesarios que permitan atender a las personas con discapacidad motriz, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, solo cuenta desde su inicio de su funcionamiento, con un fisioterapeuta de 8 horas en turno matutino para proporcionar a los pacientes encamados en los servicios de hospitalización el manejo primario (básico) de fisioterapia, para mayo de 2014 se incorpora una fisioterapeuta de 6 horas turno matutino y en mayo 2015 se adapta el área de estimulación temprana(oportuna), y se participa en el modulo de atención amigable a las mujeres en trabajo de parto dependiente de servicio de ginecología y en las unidades de cuidados intensivos de neonatos, con el apoyo del personal becario.



Con respecto al área de salud de la población en el estado, se identifican como derechohabientes al Sistema de Protección social en Salud denominado “Seguro Popular” 1,309 008 asegurados para el estado (5).

Estrategia de trabajo

- 1er. Paso: Identificación de la población a encuestar.
- 2º. Paso: Aplicación de cuestionario mediante entrevista.
- 3er. Paso: Captura de datos en hoja de cálculo (Excel)
- 4º. Paso: Análisis de datos.
- 5º. Paso: Presentación de resultados.

Recolección de la información

Para la evaluación de la demanda potencial se utilizó un instrumento que integra los ítems de dos cuestionarios previamente validados, el cuestionario denominado SIUSEX 2 (Satisfacción e Insatisfacción de Usuarios de los Servicios de Salud desde Expectativas y Experiencias) propuesto y validado por Fuentes García R y cols., y publicado en la Revista: Rev. Costarr Salud Pública 2013; 22: 179-190. No.2-Vol.22-Julio-Diciembre 2013 y el cuestionario ampliado de la encuesta de INEGI 2010, México, sobre el tema de las personas con discapacidad. El cuestionario final está dividido, en una parte para los datos generales del jefe de familia encuestados con 6 ítems y IV secciones: Sección I, relacionada al uso de servicios de salud con 7 ítems, sección II, relacionado a los miembros de la familia que viven en el hogar con 3 ítems, sección III, relacionado con la demanda de servicios de fisioterapia, necesidades y expectativas, con una escala de importancia 1 al 4 y la sección IV, relacionada con datos socio-económicos e infraestructura del hogar, con 6 ítems.

j) Análisis de los datos

Se analizaron los datos de las variables bajo estudio, para variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión, para las cualitativas, porcentajes, los resultados se presentarán en cuadros y gráficas,

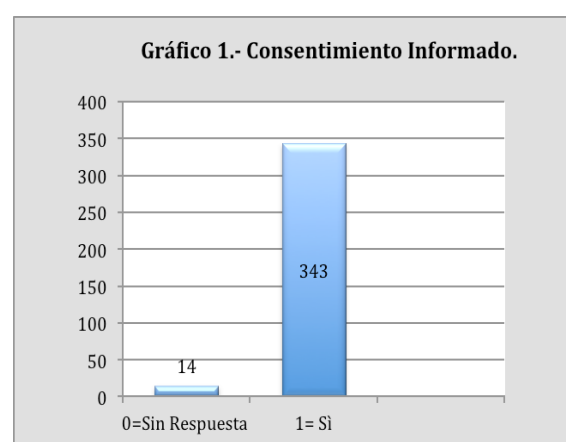
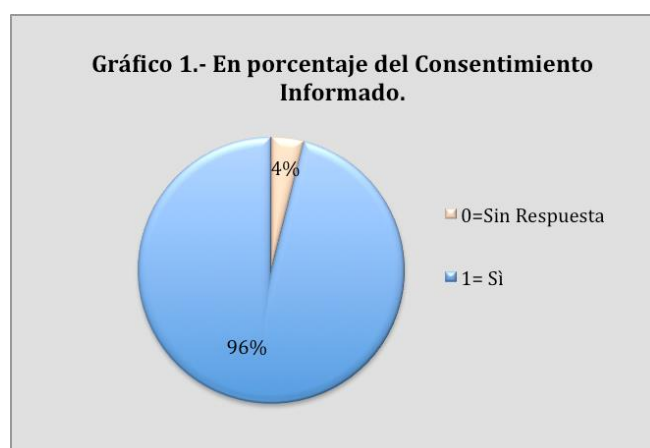
k) Aspectos éticos

Se tomaron en consideración las recomendaciones establecidas por la Secretaria de Salud para la investigación en seres Humanos, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud 22 al 27 y 34 y 36. El protocolo fue sometido a la evaluación de los comités de investigación y de ética de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla obteniendo dictamen favorable: Con número de registro 396 y del Ética en Investigación del Hospital General de Cholula con número de folio 006/2016. Ver anexo 1 y 2. Así también a cada participante se le pidió su consentimiento informado. Ver carta de consentimiento informado en el anexo 3.

l) Resultados

El total de encuestas aplicadas fueron 367 de los cuales por criterios de exclusión y de eliminación se descartaron 10, resultando 357 cuestionarios para fines estadísticos. De los 357 encuestados el 63% fueron masculinos y 36% femeninos. El rango de edad de 26 a 37 años fue el de mayor porcentaje 27%, el 43% tuvo de 5 a 10 años de estudio. El 73% firmaron la carta de consentimiento informado, el 23% no firmaron pero aceptaron contestar el cuestionario, el 4% no aceptó participar.

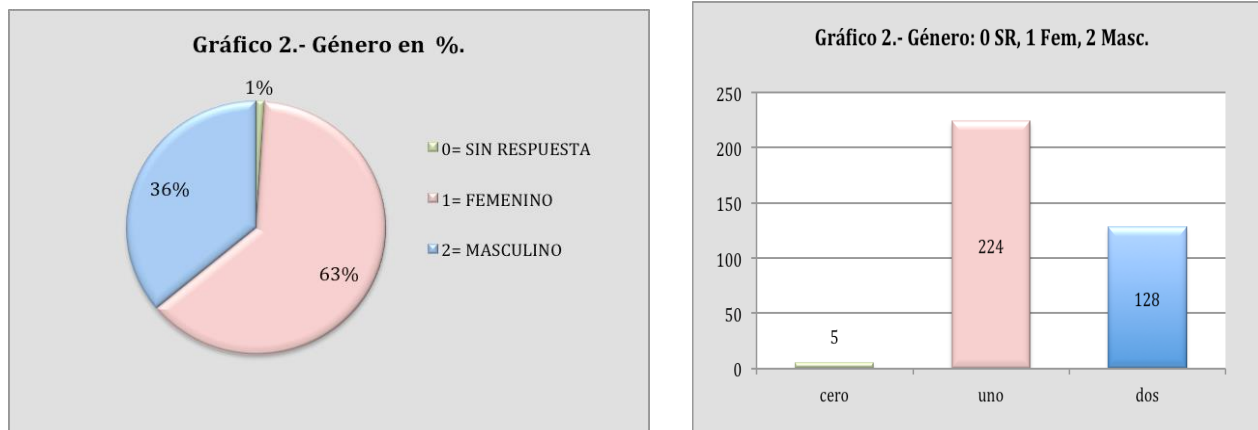
Gráfico 1.- Porcentajes de respuesta a la firma del consentimiento informado.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

De 357 encuestados, 343 aceptaron participar mediante el consentimiento lo que representa el 96% y 14 de ellos sin aceptar participar en el estudio, representando un 4% de la población de estudio.

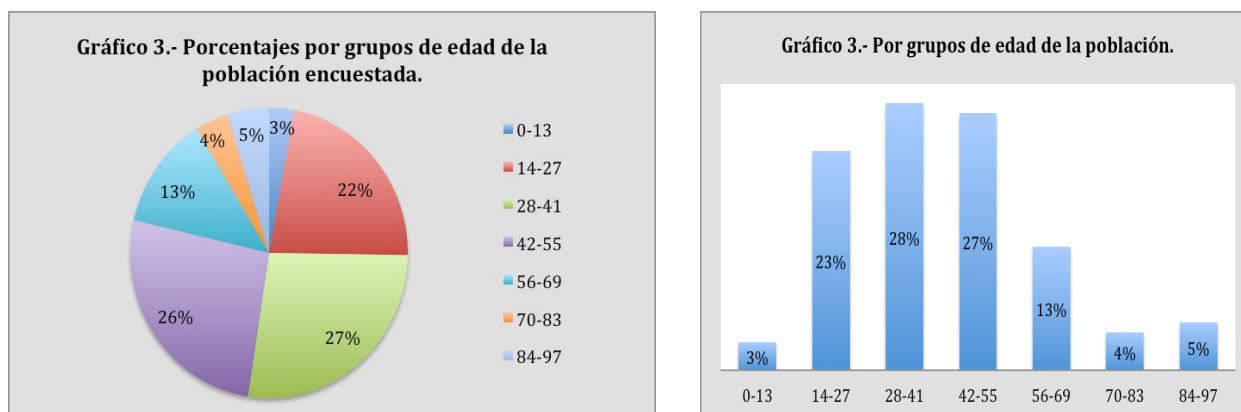
Gráfico 2.- Porcentajes por género de las personas encuestadas de la población de estudio.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El 63% de la población encuestada fueron mujeres y 36% hombres; El 1% de la muestra no aceptó participar.

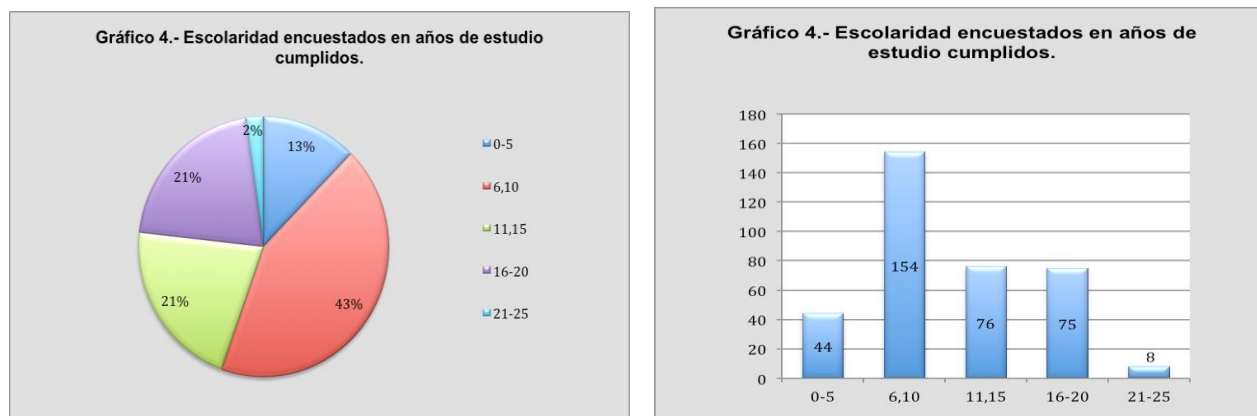
Gráfico 3.- Porcentajes por grupos de edad de la población encuestada.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El grupo de edad con mayor porcentaje de los encuestados fue el de 28 a 41 años con un 27%, en segundo lugar el de 42 a 55 años con un 27% y en tercer lugar el grupo de 14 a 27 años con un 22%.

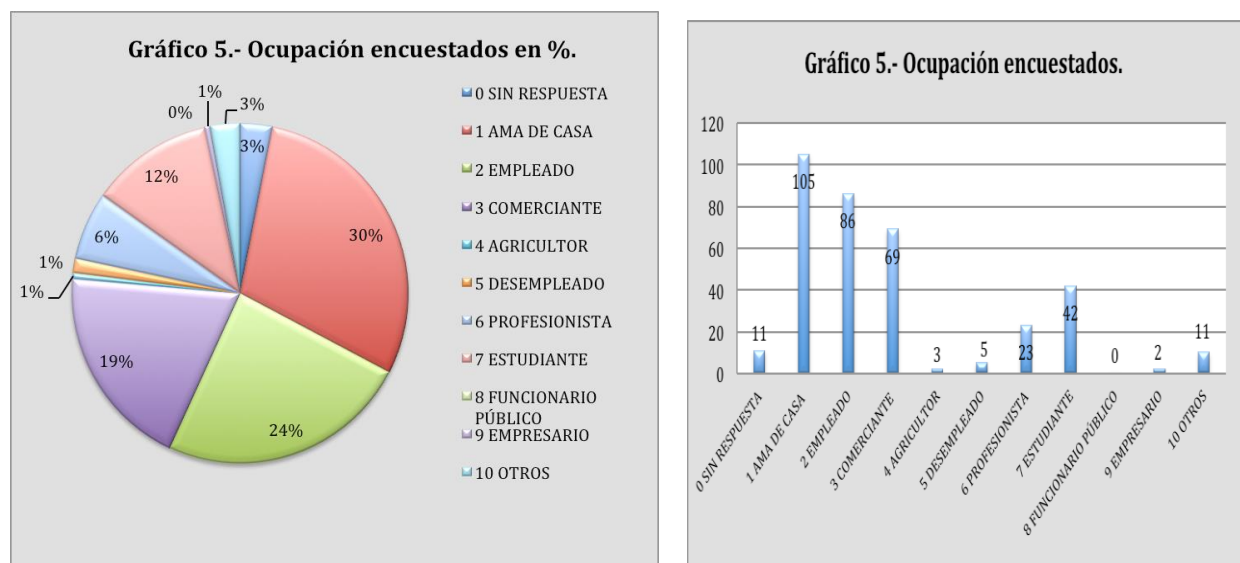
Gráfico 4.- Porcentajes por años de escolaridad de la población encuestada.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El grupo con mayor porcentaje de escolaridad fue el de 6 a 10 años (43%), seguido del de 11 a 15 años (21%) y último lugar de 21 a 25 años de escolaridad (13%).

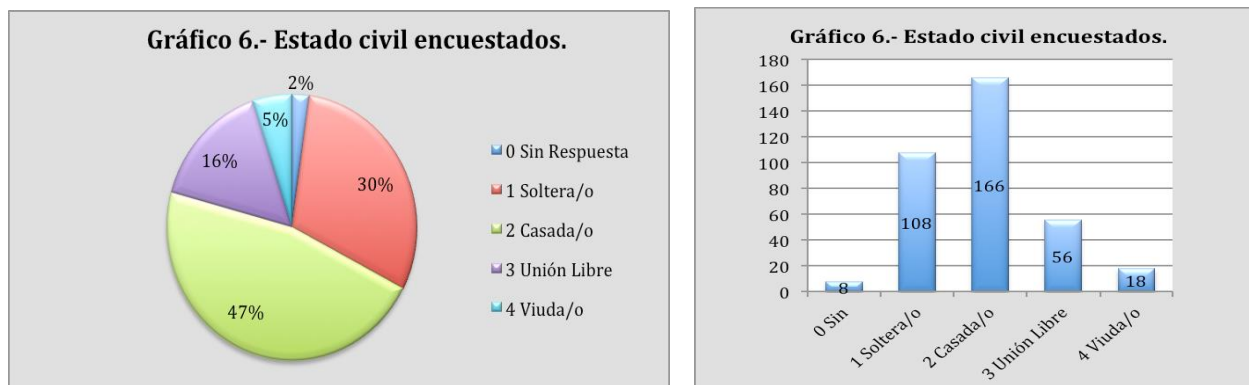
Gráfico 5.- Porcentajes por ocupación de las personas encuestadas.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

La ocupación más predominante en la población encuestada fué la de “ama de casa” 30%, seguida de empleados 24% y el menor fue “Empresario” con el 2%.

Gráfico 6.- Porcentajes por estado civil de la población encuestada.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El estado civil más frecuente fue el de casado/a con un 47%, seguido por soltero/a con un 30%, en tercer lugar unión libre (16%), en cuarto lugar, viudo/a con un 5% y 2% no contestaron la pregunta.

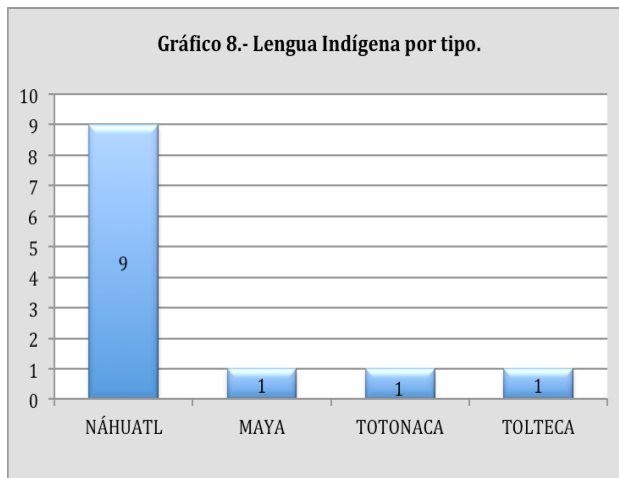
Gráfico 7.- Porcentajes por lengua indígena de las personas encuestadas.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El 95% refirió no hablar un lengua indígena, el 3% refirió hablar una lengua indígena y el 2% no contestó la pregunta.

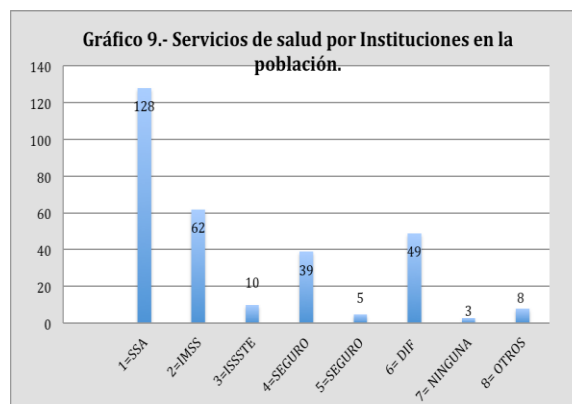
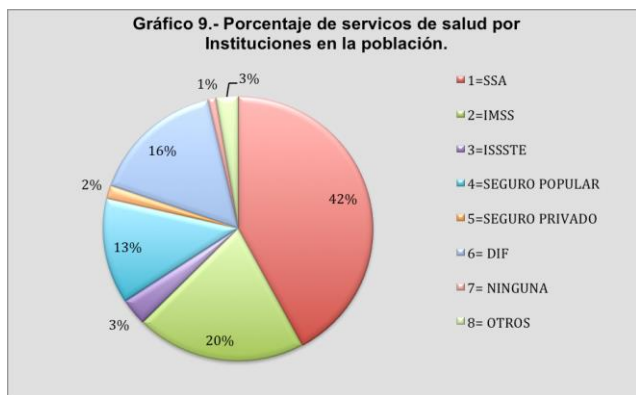
Gráfico 8.- Porcentajes de acuerdo a la lengua indígena referida de la población encuestada.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El 75% hablar náhuatl, 9% maya, 8% tolteca y 8% totonaca, respuesta expresada por los jefes de familia encuestados.

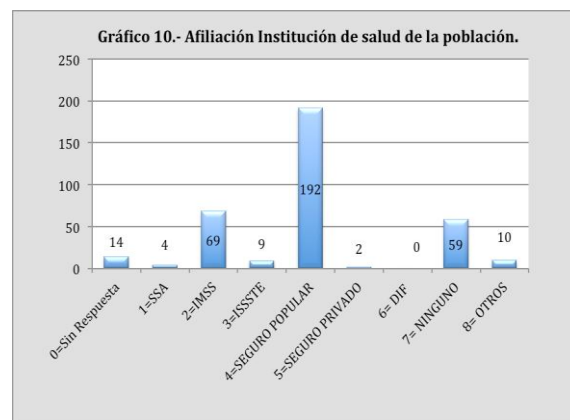
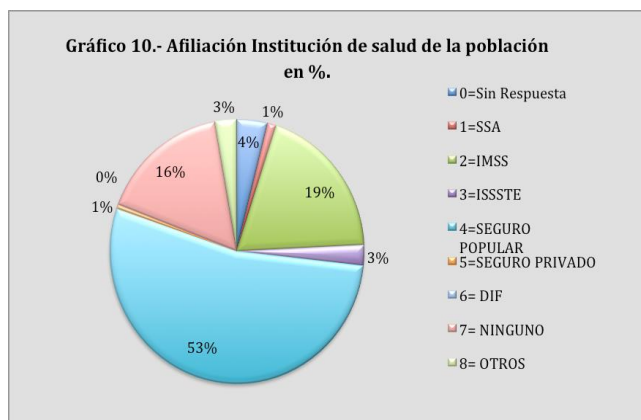
Gráfico 9.- Servicios de salud con que cuenta la población en instituciones.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

A la pregunta ¿Con cuales servicios de salud cuenta su población? el 42% refirió la Secretaria de Salud, el 20% el IMSS, 16% DIF, 13% Seguro Popular, y el de menor porcentaje con 1% respondió que “Ninguna institución de salud cuentan en su comunidad”.

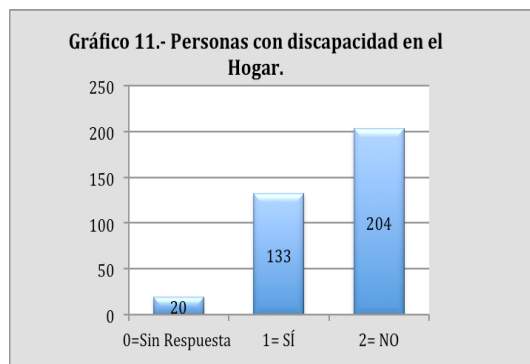
Gráfico 10.- Porcentajes por afiliación a servicios de salud referidos por la población encuestada.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El 53% refirió estar afiliación al Seguro Popular, el 19% al IMSS, 16% no está afiliado a ningun servicio, 4% no respondió la pregunta, 3% ISSSTE, 3% otros servicios, 1% SSA, 1% Seguro Privado.

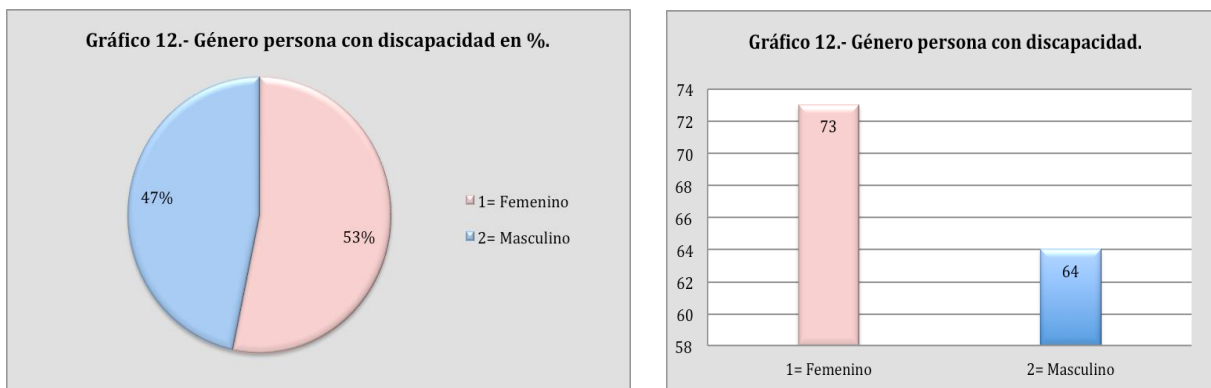
Gráfico 11.- Porcentajes de personas referidas por discapacidad en el Hogar .



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El 37% de la población encuestada refirió tener en su hogar a personas con alguna discapacidad, el 57% refirió no tener personas con discapacidad y el 6% no respondió la pregunta.

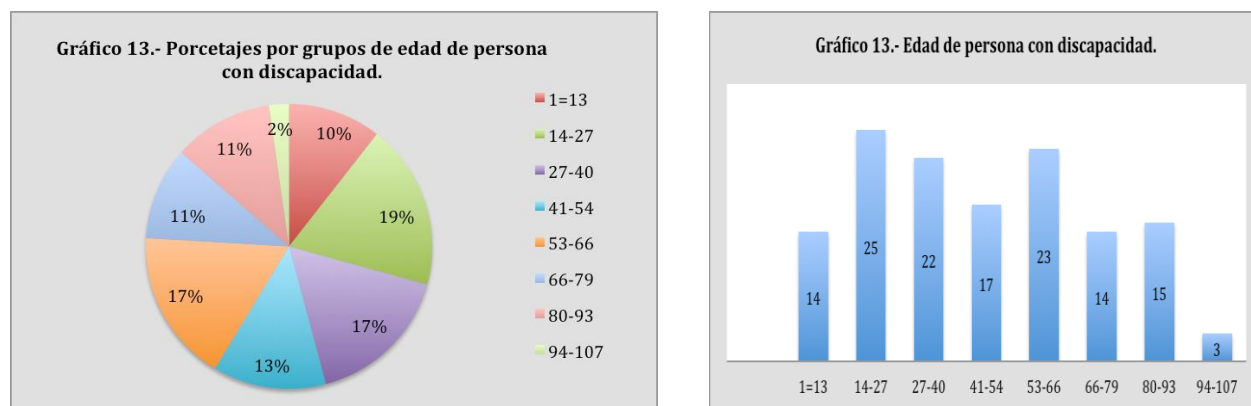
Gráfico 12.- Porcentajes de personas con discapacidad por género referidas por los encuestados.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El 53% de personas con discapacidad es del género femenino y el 47% masculino de la población con discapacidad, referidas por los jefes de familia encuestados.

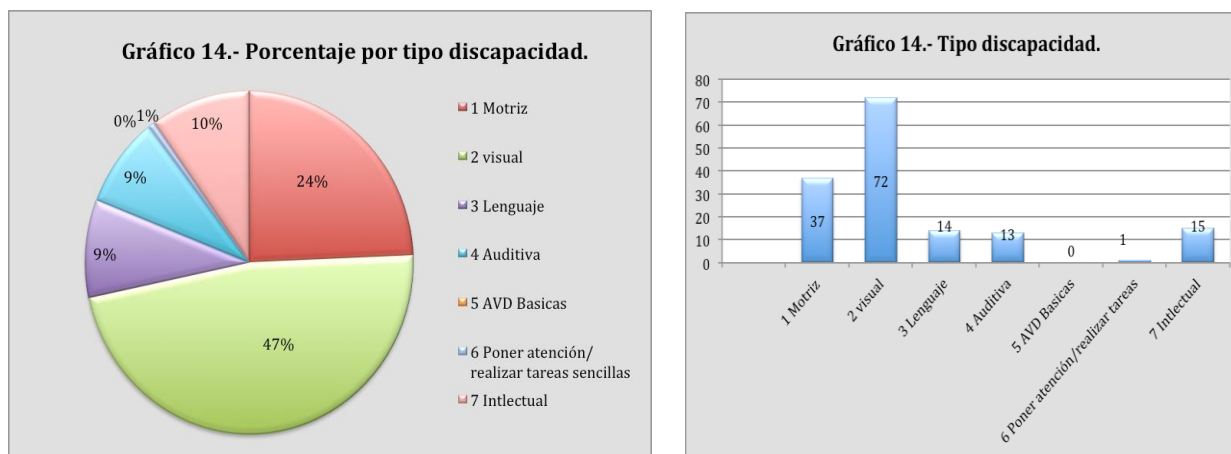
Gráfico 13.- Porcentajes de personas con discapacidad por grupos de edad referidas por los encuestados.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El porcentaje más alto de edad de las personas con discapacidad fue el grupo de 53 años y más con un 43% seguida del grupo de 27 a 54 años con el 30% y el menor porcentaje el grupo de 14 a 27 años con el 19%.

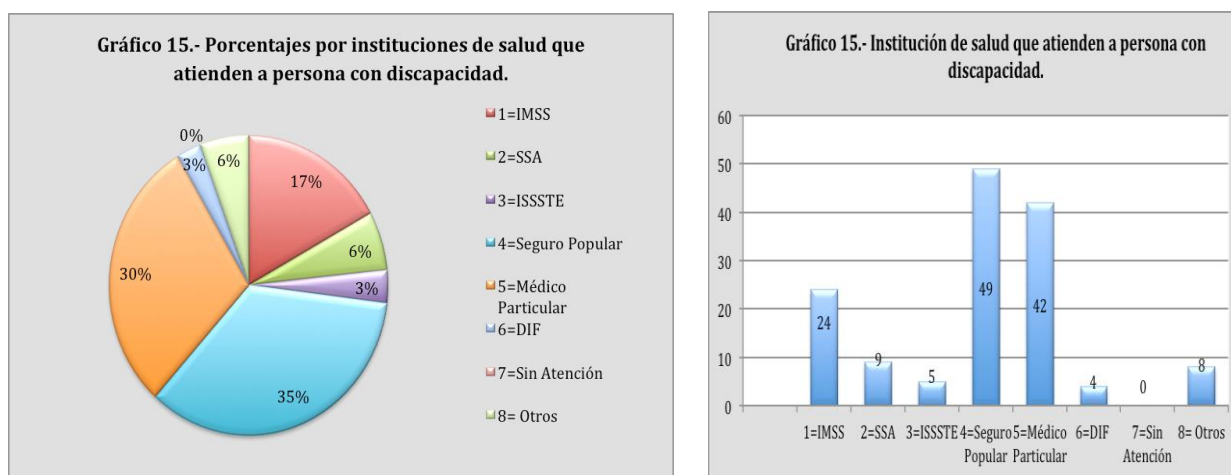
Gráfico 14.- Porcentajes de discapacidad con base a los términos conocidos por la comunidad.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El mayor porcentaje de discapacidad con base a los términos conocidos por la comunidad, fue la “Visual” con 47%, seguida por la discapacidad “Motriz” con 24% y la menor fue para “Poner atención/realizar tareas sencillas” con el 1%.

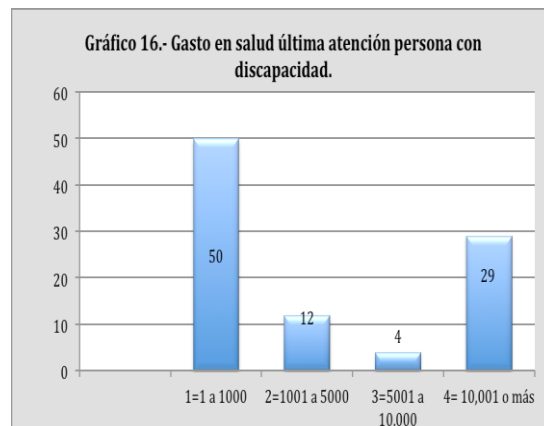
Gráfico 15.- Porcentajes por institución de salud que brinda atención a las personas con discapacidad.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El mayor porcentaje donde se brinda atención a las personas con discapacidad fue “Seguro Popular” con un 35%, seguida por la atención por “Médico Particular” con el 30% posteriormente el 23% con “Seguridad Social”, y el menor porcentaje la atención por el sistema “DIF” con un 3%.

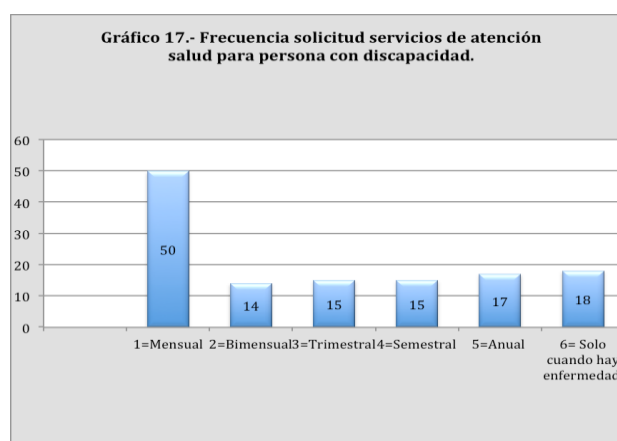
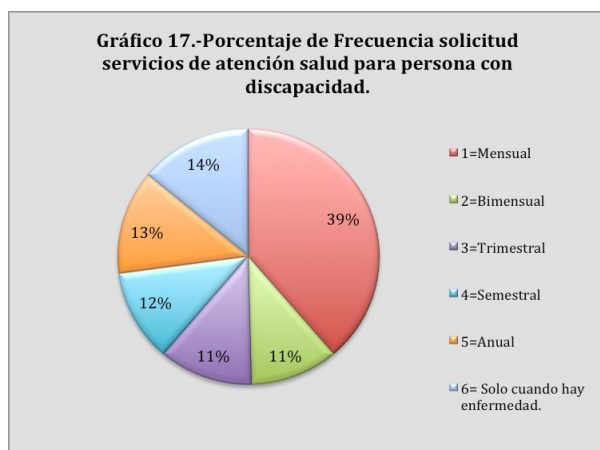
Gráficos 16.- Gasto en salud última atención del familiar de persona con discapacidad.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El rango con mayor porcentaje fue el de “\$1.00 a \$1,000.00 pesos mexicanos” con un 53%, seguido por el de \$10,001.00 o más con un 30% y el de menor porcentaje el de \$1001.00 a \$5000.00 con un 13%.

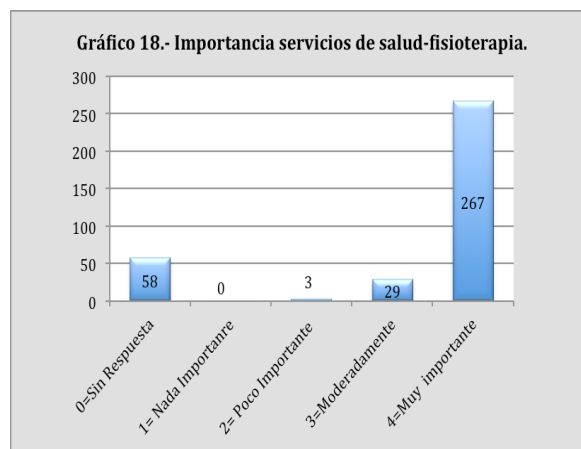
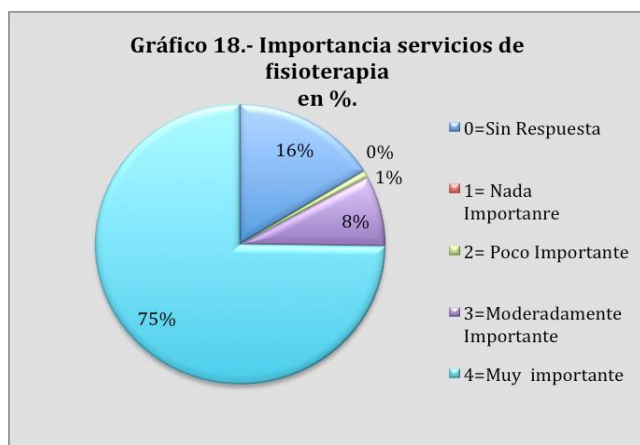
Gráfico 17.- Respuesta en Frecuencia con que acude a solicitar algún servicio de salud para la persona con discapacidad.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

La mayor frecuencia para solicitar atención médica para las personas con discapacidad fue la “Mensual” con un 39%, seguido del ítem “Solo cuando hay enfermedad” con un 18% y la de menor frecuencia fue “Bimensual” con un 11%.

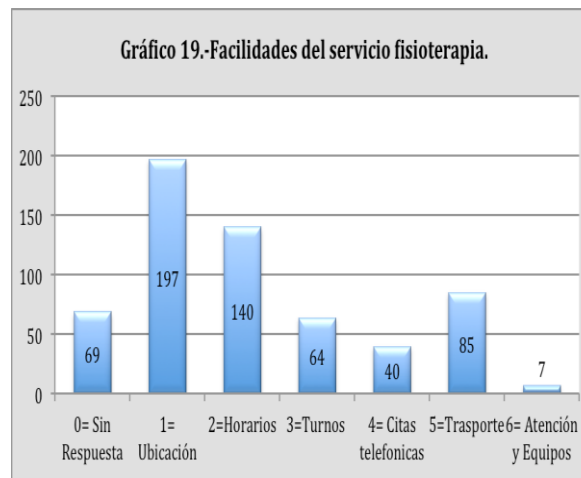
Gráfico 18.- Respuestas en porcentajes sobre la pregunta ¿que tan importante es para usted que exista un hospital público con servicios de fisioterapia en la comunidad?.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

En el grado de importancia para la existencia de un Hospital público con servicios de fisioterapia en la comunidad, el 75% contestó muy importante, el 16% no contestó la pregunta, 8% moderadamente importante, y 1% como poco importante.

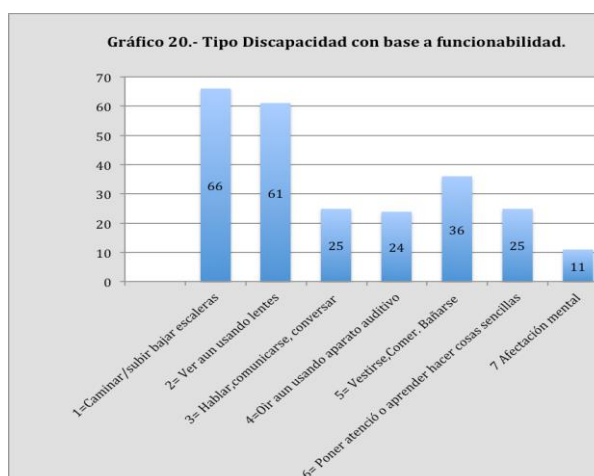
Gráfico 19.- Respuestas en porcentajes sobre facilidades que debería tener un servicio de fisioterapia con base a necesidades.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

Con respecto a que facilidades debería tener un servicio de fisioterapia las respuestas fueron: 33% “buena ubicación” cercanía a sus hogares, el 23% “horarios accesibles”, 14% “transporte”, 11% no contesto la pregunta, 11% “dos turnos”, 7% “citas telefónicas” y el menor porcentaje con 1% en relación “atención y equipos”.

Gráfico 20.- Porcentajes del tipo discapacidad con base a la dificultad (funcionabilidad) que tienen las personas con discapacidad.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El mayor porcentaje del tipo de discapacidad con base a la dificultad para realizarla fue el: “Caminar, subir y bajar escaleras” (Motriz) con un 27%, seguida dificultad “Ver aun usando lentes” (Visual) con un 25% y la de menor fue la “Afección Mental” con 4%.

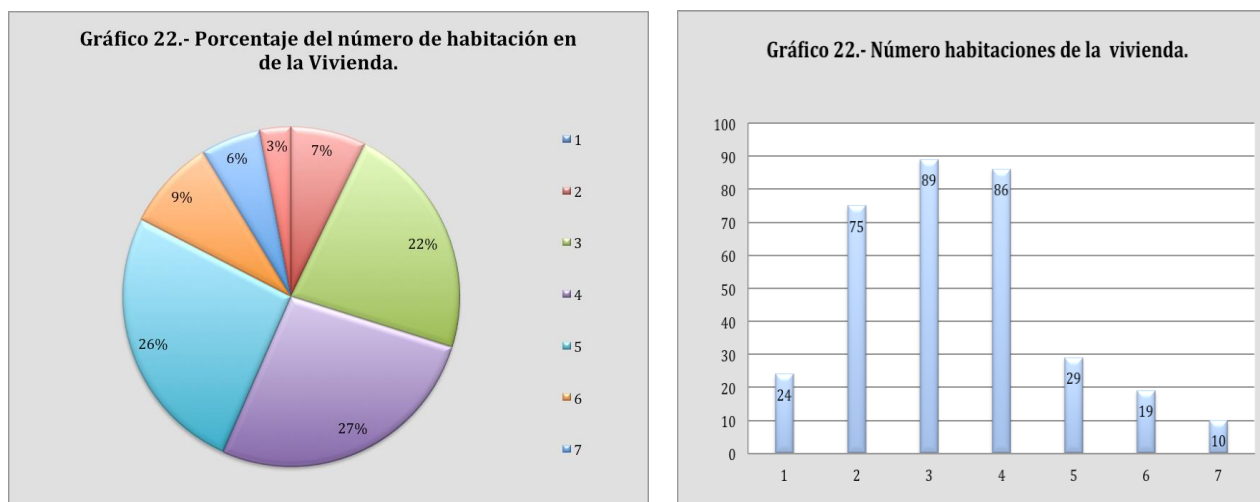
Gráfico 21.- Respuesta a la pregunta la causa de la Discapacidad.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

El mayor porcentaje a la pregunta causa de la discapacidad fue por “Enfermedad” con el 37%, seguida por “Edad avanzada” con un 23% y el menor fue “Otras” causas que incluyo combinación de dos o más causas con 2%.

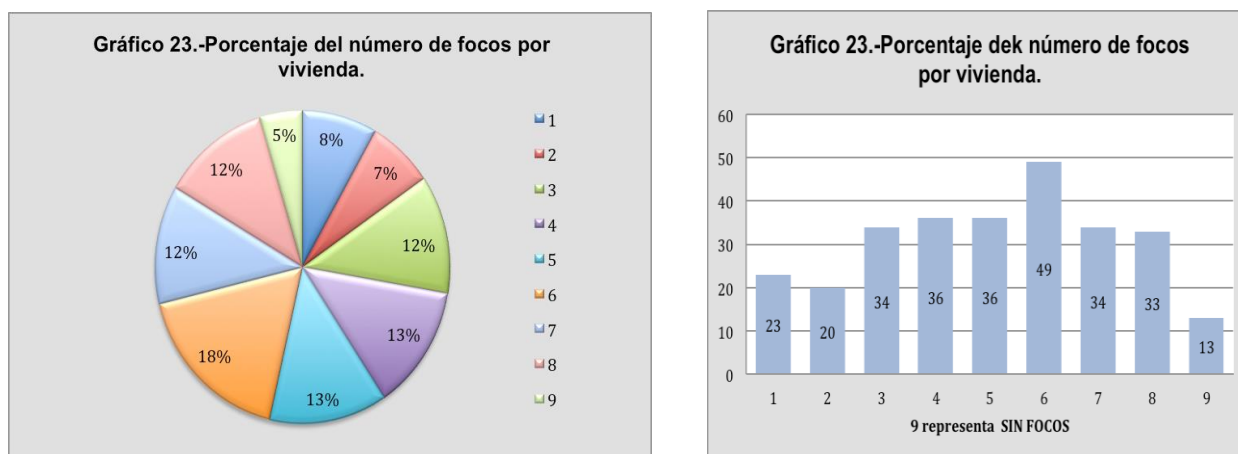
Gráfico 22.- Porcentajes por número habitaciones de la población bajo estudio.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

En relación al mayor número de habitaciones fue el “3” en 89 viviendas representando 37%, continuando con “4” habitaciones en 86 viviendas representando el 26% y el de menor fue “7” en 10 viviendas representando el 3%.

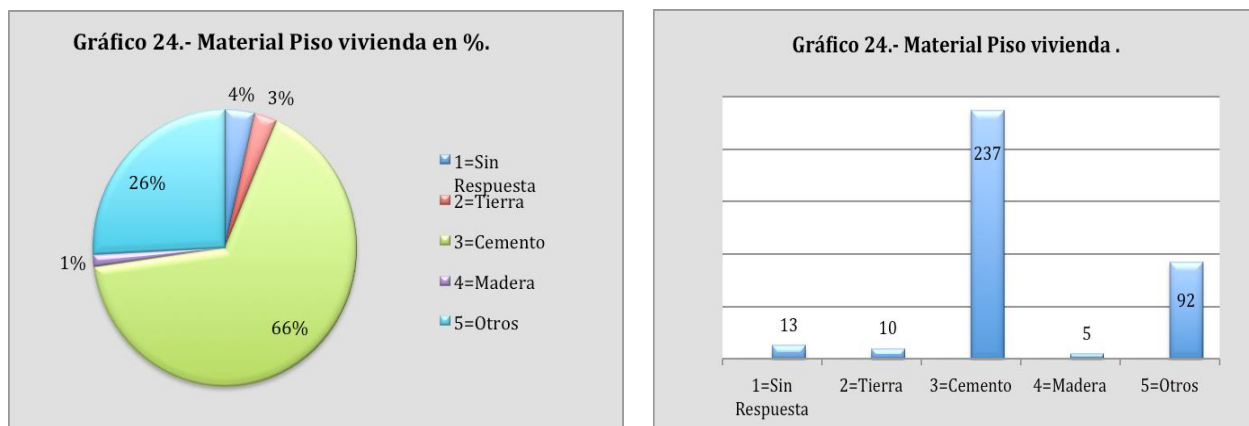
Gráficos 23.- Porcentaje del número de focos por vivienda.



Fuente: Encuestas de la población e estudio.

En términos de número de fotos por vivienda el mayor fue 18% con “6 focos”, segundo orden 12% con “3 y 4 focos” y el de menor con 5%, (la categoría 9 representa las viviendas “sin focos”) con el 5%.

Gráfico 24.- Porcentajes por material del piso de la vivienda de la población encuestada.



Fuente: Encuestas de la población de estudio.

Las viviendas por el tipo de material del piso, el 66% el piso es de “cemento”, 26 % otros materiales, 4% no respondieron la pregunta, 3% piso de “tierra”, 1% de “madera”.

m) Discusión

De acuerdo a últimos datos del Banco Mundial, estima que aproximadamente entre el 10% y el 12% de la población mundial tiene discapacidad y que en el 25% de los hogares hay un integrante con alguna de ellas. Se estima además que el número de personas con discapacidad está aumentando debido al crecimiento mismo de la población, al incremento de la esperanza de vida y al proceso de envejecimiento que hoy en día enfrenta la población de muchos países. En nuestro estudio en la entrevista a jefes de familia el 37% reportó tener al menos un familiar con discapacidad.

En México se han realizado diversos esfuerzos para medir la prevalencia de la discapacidad desde hace varias décadas. Sin embargo, actualmente se desconoce la verdadera dimensión y comportamiento histórico de este indicador, ya que se han utilizado diferentes conceptos, clasificaciones y fuentes de información. Además, no se ha evaluado el impacto de los programas y de las estrategias que se han implementado en el país, lo que dificulta el diseño y la orientación adecuada de políticas públicas de atención a personas con discapacidad.

Según el diagnóstico del Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018, en México de cada 100 adultos mayores 31 reportan discapacidad, seis de cada 100 adultos también, al igual que dos de cada 100 jóvenes y niños.

De acuerdo a datos del INEGI del año 2012 el porcentaje de discapacidad por género, las mujeres presentaron un porcentaje ligeramente más elevado que los hombres (52.3% frente a 47.7%); aunque varía según el grupo de edad, y en los niños y jóvenes la presencia de discapacidad es más alta en varones. En nuestro estudio el resultado fue muy similar siendo el 53% de personas con discapacidad del género femenino y el 47% masculino de la población de acuerdo a lo referido por los jefes de familia encuestados. En base a los datos de la ENADID 2014 (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014), los tipos de discapacidad más frecuentes a nivel nacional son: no poder caminar, subir o bajar usando sus piernas (64.1%) y no ver aunque use lentes (58.4 %) y en el extremo opuesto se ubica la dificultad para hablar o comunicarse (18 %). En nuestro estudio “Caminar, subir y bajar escaleras”, fue la discapacidad referida con mayor porcentaje con un 27%, seguido por “Ver aun usando lentes” con un 25% y la de menor fue la “Afección Mental” con 4%.

De acuerdo con la ENIGH-2012 (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares 2012), la mayoría de los discapacitados son personas adultas mayores con 60 años y más con un 51.4%, adultos entre 30 y 59 años con 33.7%, jóvenes de 15 a 29 años con 7.6%.

En nuestro estudio de acuerdo a lo que refirieron los encuestados, el porcentaje más alto de edad de las personas con discapacidad fue el grupo de 53 años y más con un 43% seguida del grupo de 27 a 54 años con el 30% y el menor porcentaje el grupo de 14 a 27 años con el 19%.

De acuerdo a los datos del INEGI (2014), por cada 100 personas con discapacidad, 41 la adquieren por enfermedad, 33 por edad avanzada, 11 por nacimiento, 9 por accidente, cinco por otra causa. Los principales detonantes de discapacidad en el país son las enfermedades (41.3%) y la edad avanzada (33.1 por ciento).

En nuestro estudio sobre las causas de la discapacidad los encuestados respondieron que fue por “Enfermedad” el 37%, seguida por “Edad avanzada” con un 23% y el menor

fue “Otras” causas que incluyó combinación de dos o más causas con 2%. Similar a lo reportado por INEGI para México.

El Censo de Población y Vivienda 2010 (Censo 2010) reporta que el 68.8% de población con discapacidad es derechohabiente a algún servicio de salud. 46.7% están afiliados al Seguro Social (IMSS), 37.2% al Seguro Popular, 10.9% al ISSSTE, 2.7% a una institución privada, 2.4% a otra institución no definida y 1.5% a Pemex, Defensa o Marina. Por otro lado la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT-2012), reporta que 5.1 millones de personas adultas mayores presentan alguna forma de discapacidad, de los cuales, 82.3% reportaron ser derechohabientes de alguna institución pública: 40.6% del IMSS, 29.9% del Seguro Popular, 10.2% del ISSSTE y 1.6% reportaron afiliación a otras instituciones públicas. Sin embargo, 16.6% reportó no pertenecer a ningún esquema de derechohabiencia, y dentro de este grupo, 17.2% presenta alguna forma de discapacidad.

En nuestro estudio de acuerdo a lo que refirieron los encuestados, el 58% reportaron ser derechohabientes de alguna institución pública. El mayor porcentaje donde se brinda atención a las personas con discapacidad fue Sistema de Protección Social en Salud “*Seguro Popular*” con un 35% (porcentaje muy similar a lo señalado en las encuestas antes mencionadas), seguida por la atención por “Médico Particular” con el 30%, posteriormente el 23% con “Seguridad Social”, y el menor porcentaje la atención por el sistema “DIF” con un 3%.

De acuerdo a los datos presentados en el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con Discapacidad 2014-2018, la mayoría utiliza los servicios de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Y en nuestro estudio este hecho se verifica, el 58% acude al IMSS y al seguro popular.

En base al gasto de la última atención médica recibida, el rango con mayor porcentaje fue el de “\$1.00 a \$1,000.00 pesos mexicanos” con un 53%, seguido por el de \$10,001.00 o más con un 30% y el de menor porcentaje el de \$1001.00 a \$5000.00 con un 13%. Este gasto de \$10,001.00 o más, puede estar relacionado con el 30% que recibe atención particular.

De acuerdo a la ENIGH 2012 (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares 2012), CONEVAL 2010 (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) y UAE 2009 (Unidad de Análisis Económico 2009), el gasto de bolsillo, el 60% es para medicamentos, el 27% para hospitalización, 8% otros, 3% maternidad y la atención ambulatoria 2%.

En nuestro estudio el 39 % refiere solicitar una consulta mensual para su familiar con discapacidad y el 18% solo cuando está enfermo.

Los datos obtenidos en nuestra encuesta presentan varias similitudes con los datos reportados a nivel nacional con base a las encuestas desarrolladas, con el objetivo de determinar de forma científica el verdadero problema que presenta la población con discapacidad en México.

n) Conclusiones

El 63% de la población encuestada fueron mujeres y 36% hombres; 1% de la muestra sin aceptar participar.

El grupo de edad con mayor porcentaje de los encuestados fue el de 28 a 41 años con un 27%, en segundo lugar el de 42 a 55 años con un 27% y en tercer lugar el grupo de 14 a 27 años con un 22%.

El grupo con mayor porcentaje de escolaridad fue el de 6 a 10 años (43%), seguido del de 11 a 15 años (21%) y último lugar de 21 a 25 años de escolaridad (13%).

La ocupación más predominante en la población encuestada fué la de “ama de casa” 30%, seguida de empleados 24% y el menor fue “Empresario” con el 2%.

El estado civil más frecuente fue el de casado/a con un 47%, seguido por soltero/a con un 30%, en tercer lugar unión libre (16%), en cuarto lugar, viudo/a con un 5% y 2% no contestaron la pregunta.

El 95% refirió no hablar un lengua indígena, el 3% refirió hablar una lengua indígena y el 2% no contestó la pregunta.

Del 3% que habla lengua indígena, el 75% habla náhuatl, 9% maya, 8% tolteca y 8% totonaca, respuesta expresada por los jefes de familia encuestados.

A la pregunta ¿Con cuales servicios de salud cuenta su población? el 42% refirió la Secretaria de Salud (seguro popular), el 20% el IMSS, 16% DIF y el de menor porcentaje con 1% respondió que “Ninguna institución de salud cuentan en su comunidad”.

El 53% refirió estar afiliación al Seguro Popular, el 19% al IMSS, 16% no está afiliado a ningun servicio, 4% no respondió la pregunta, 3% ISSSTE, 3% otros servicios, 1% Seguro Médico Privado.

El 37% de la población encuestada refirió tener en su hogar a personas con alguna discapacidad, el 57% refirió no tener personas con discapacidad y el 6% no respondió la pregunta.

El 53% de personas con discapacidad es del género femenino y el 47% masculino de la población con discapacidad, referidas por los jefes de familia encuestados.

El porcentaje más alto de edad de las personas con discapacidad fue el grupo de 53 años y más con un 43% seguida del grupo de 27 a 54 años con el 30% y el menor porcentaje el grupo de 14 a 27 años con el 19%.

El mayor porcentaje del tipo de tipo de discapacidad con base a la funcionabilidad fue “Caminar, subir y bajar escaleras” (Motriz) con un 27%, seguido por “Ver aun usando lentes” (Visual) con un 25% y la de menor fue la “Afección Mental” con 4%.

El mayor porcentaje donde se brinda atención a las personas con discapacidad fue “Seguro Popular” con un 35%, seguida por la atención por “Médico Particular” con el 30% posteriormente el 23% con “IMSS” y el menor porcentaje la atención por el sistema “DIF” con un 3%.

El rango con mayor porcentaje fue el de “\$1.00 a \$1,000.00 pesos mexicanos” con un 53%, seguido por el de \$10,001.00 o más con un 30% y el de menor porcentaje el de \$1001.00 a \$5000.00 con un 13%.

La mayor frecuencia para solicitar atención médica para las personas con discapacidad fue la “Mensual” con un 39%, seguido del ítem “Solo cuando hay enfermedad” con un 18% y la de menor frecuencia fue “Bimensual” con un 11%.

En términos del grado de importancia para la existencia de un Hospital público con servicios de fisioterapia en la comunidad, el 75% contestó muy importante, el 16% no contestó la pregunta, 8% moderadamente importante, y 1% como poco importante.

Con respecto a que facilidades debería tener un servicio de fisioterapia las respuestas fueron: 33% “buena ubicación” cercanía a sus hogares, el 23% “horarios accesibles”, 14% “transporte”, 11% no contesto la pregunta, 11% “dos turnos”, 7% “citas telefónicas” y el menor porcentaje con 1% en relación “atención y equipos”.

El mayor porcentaje a la pregunta causa de la discapacidad fue por “Enfermedad” con el 37%, seguida por “Edad avanzada” con un 23% y el menor fue “Otras” causas que incluyo combinación de dos o más causas con 2%.

En relación al mayor número de habitaciones fue el “3” en 89 viviendas representando 37%, continuando con “4” habitaciones en 86 viviendas representando el 26% y el de menor fue “7” en 10 viviendas representando el 3%.

En términos de número de focos por vivienda el mayor fue 18% con “6 focos”, segundo orden 12% con “3 y 4 focos” y el de menor con 5%, (la categoría 9 representa las viviendas “sin focos”) con el 5%.

Las viviendas por el tipo de material del piso, el 66% el piso es de “cemento”, 26 % otros materiales, 4% no respondieron la pregunta, 3% piso de “tierra”, 1% de “madera”.

o) Propuestas

Sustentabilidad:

1. Programa Sectorial de Salud para los años 2013-2018 para los Estados Unidos Mexicanos.

Estrategia 4.5. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad.

Líneas de acción:

4.5.1. Promover la reducción de la incidencia de la discapacidad mediante acciones de prevención.

4.5.2. Fomentar la detección, diagnóstico temprano y atención oportuna y eficaz para disminuir la discapacidad por enfermedades y lesiones.

4.5.3. Establecer una red nacional de servicios de rehabilitación para mejorar el acceso a las personas con discapacidad.

4.5.4. Propiciar la coordinación interinstitucional para articular la rehabilitación con acciones de educación, deporte, recreación, capacitación, empleo y asistencia social.

4.5.5. Propiciar la coordinación interinstitucional para la homologación de criterios en materia de evaluación de la discapacidad y clasificaciones funcionales.

2. Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con Discapacidad 2014-2018

Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF: 30/04/2014).

Objetivo 2: “Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud así como a la atención de salud especializada”

Estrategia 2.1: “Disminuir la discapacidad por enfermedades y lesiones, mediante detección, diagnóstico temprano, intervención oportuna y rehabilitación, en servicios de salud”.

Líneas de acción 2.1.6. 2.1.7 y 2.1.8: “Mejorar la calidad de los servicios de rehabilitación asegurando que cumplan cabalmente con sus funciones. Actualizar y optimizar la infraestructura de los servicios de rehabilitación médica. Dotar de personal médico y paramédico idóneo de acuerdo con la capacidad instalada.”

3. Programa Sectorial de Salud Puebla 2011-2017. Actualizado:

Objetivo 5: Mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerable, que vive en pobreza y marginación.

Estrategia 5.1 Fortalecimiento de la oferta de servicios y redes de apoyo a grupos vulnerables o en condiciones de pobreza extrema o marginación.

Línea de acción 5.1.4. Impulsar la cobertura de servicios médicos y de asistencia especializada para las personas con **capacidades diferentes** y la población indígena dentro del modelo de atención integral para la salud.

4. Resultados del estudio realizado ya presentados:

5. Análisis FODA:

Fortalezas: Hospital Acreditado, clínicas y programas de alta especialidad, financiamiento para la atención a personas con discapacidad por parte del Sistema de

Protección Social en Salud “Seguro Popular” en el CAUSES (Catalogo Universal de Servicios de Salud).

Oportunidades: Interés del cuerpo de Gobierno de la unidad en cumplir con la normatividad vigente. En este caso la relacionada con las personas con discapacidad. Contar con especialidades médicas como geriatría en turno matutino y vespertino que requieren de los servicios de fisioterapia para mejorar la calidad de vida del paciente geriátrico así como en Medicina Interna, Neurología entre otras, contar con algunas áreas (infraestructura) en posibilidad de ser empleadas para los servicios de fisioterapia.

Debilidades: No contar con los servicios formales de fisioterapia, recurso humano fisioterapeutas y del equipamiento.

Amenazas: Cambio del cuerpo de gobierno, empleo de todas área del hospital que están con posibilidad de ser utilizadas para los servicios de fisioterapia.

Propuestas:

1. Profundizar en el estudio de la comunidad con discapacidad de la población muestra.
2. Presentar a los tomadores de decisiones los resultados obtenidos del estudio.
3. Diseñar el servicio de fisioterapia de acuerdo a lo establecido en la normatividad de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla.

NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios que regulan la forma en que se proporcionan los servicios de atención médica integral a las personas con discapacidad, en su calidad de pacientes.

Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003

Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000

Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

p) Referencias

- 1.- Amate, E. Alicia. Vásquez J. Armando. LO QUE TODOS DEBEMOS SABER SOBRE DISCAPACIDAD. Editorial. Organización Panamericana De La Salud 2006. Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud. ISBN 92 75 316163.
- 2.- Mandujano MA, Arroyo P, et al. Estudios de antropología biológica. XIII: 939-955. México, 2007. ISSN 1405-5066.
- 3.- Rocha A. Nadie es ombligo en la tierra. Ayac xictli in tlaltícpac. Discapacidad en el México antiguo, Cultura Náhuatl. TELETON, Editorial Miguel Ángel Porrúa. México 2001.
- 4.- Hernández R. Antropológica de la discapacidad y la dependencia. Un enfoque humanista de la discapacidad. Madrid 2001.
- 5.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Las personas con discapacidad en México: Una visión al 2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. —México. INEGI. Censo de Población y vivienda 2010. Cuestionario ampliado.
- 6.- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República. DOF. 30/05/2011.
- 7.- Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección CERMIES Número 16. Madrid 2008.
- 8.- Programa Nacional para el Desarrollo y la inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. DOF: 30-04-2014.
- 9.- Ley General de Salud. Título Primero. Capítulo Único. Artículo 2º XIX La Prevención de la Invalidez y la rehabilitación de los inválidos. DOF. 19/09/2006.
- 10.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. DOF. 14/09/2012.

11- Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) 2001.

12.- UNAM 2003. Proyecto de creación del plan de estudios de la Licenciatura en Fisioterapia. Toma I, Escuela Nacional de Estudios Superiores. Unidad León. www.dgae.unam.mx.

13.- World Confederation for Physical Therapy (2007). Description the physical therapy practice. First approved at the 14th General Meeting of WCPT, May 1999. Revised and re-approved at the 16th General Meeting of WCPT, June 2007. London, UK: WCPT

14.- Loyola G. M. Ramírez G. Bioética en la Práctica Profesional y Derechos Humanos. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Dirección de Fomento Editorial. 2011.

15.- González MA. Alarcón J. Retos del Sistema de Salud Mexicano y opciones de reforma. Price Water House Coopers S.C. 2013.

16- Universidad Rómulo Gallegos. Área de postgrado maestría en gerencia en salud Pública. Demanda y Oferta de los servicios de salud. Precio y financiamiento. Aray A, Barcelo L, Gómez Nerda, et al. Venezuela 2012.

17.- Sánchez W. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Unidad de postgrado. Demanda potencial de servicio de salud materno infantil bajo tarifario diferenciado en el Hospital San Bartolomé. Lima Perú 2009.

18.- Clasificación de Tipo de discapacidad. INEGI. 10-03-2010.

19.- Arredondo L.A, Recaman M.L.A. Oferta versus Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en Salud. Hitos de Ciencias Económico Administrativas. UNAM. 2002: 20(8): 42-47.

20.- Flores C. La economía. Virtudes e inconvenientes: Manual básico para no economistas. RIL editores. Primera edición. Santiago de Chile; Octubre 2006.

21.- Sanabria M.C. La demanda por servicio de salud. Una aproximación teórica. Revista de la Facultad de ciencias económicas de la UNMSM. 2002; 21:151-70.

22.- García A, Ramos I, García FJ. Et al. El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública. Departamento de Economía de la Salud. 2009-2010.

- 23.- Mokate K. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) "Diseño y gerencia de políticas y programas sociales", junio 2000 © INDES 2002.
- 24.- Aguilar F, Álvarez CH, Lezana MA, Salvatierra B, Blanco B, Miranda R, Carbajal JR. Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991. Salud Pública de México 1993; 35(6)
- 25.- Ley General de las Personas con Discapacidad. Presidencia de la República. Diario Oficial de Federación. 10-06-2005.
26. - Bury TJ. E.K. Stokes. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. World Confederation for Physical Therapy, UK. Department of Physiotherapy, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland. 2013.
27. - Quinn G, Degener T. et al. The current use and potential of United Nations human rights instruments in the context of disability. New York and Geneva, United Nations, 2002 b 20 Degener 20 study 20 for 200 HCHR. 21 Sept 2010.
- 28.- Schwaun. Calculo del tamaño de la muestra. Texto de estadística básica. edit. Mc Graw Hill. Edición. 2002, pagina. 164-165.
- 29.- Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. José Carlos Mariños Anticona. Perú 2012.
- 30.- Naranjo M.M. Fisioterapia y las necesidades en salud en un mundo global, una respuesta desde los procesos de formación en Colombia. ASCOFAFI. Colegio Colombiano de Fisioterapeutas 2015.
- 31.- Realizing the MDGs for persons with disabilities. New York, United Nations, General Assembly, 2010 (A/RES/64/131).
- 32.- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Asamblea General, 76ª sesión plenaria, Resolución A/Res/61/106). Nueva York: ONU. 2006.
- 33.- Alfaro C. Características de la demanda atendida en la sub-área de Terapia Física del Centro Nacional de Rehabilitación durante el período 2002-2006. Gestión. Vol. 14 N° 2. Costa Rica. Segundo semestre 2006.
- 34.- UNICEF. Unite Nations International Children's Emergency Fund. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. "Inclusion Social, Discapacidad y Políticas Públicas" Chile 2005.

35.- Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to gender equality and empowerment of women. New York, United Nations, Economic and Social Council, 2010 (E/2010/L.8, OP 9).

36.- Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007- 2012. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2009.

37.-Chan M, Zoellick R.B. OMS, Banco Mundial. Informe Mundial sobre La Discapacidad. Ginebra, Suiza 2011.

38.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º Párrafo adicionado DOF 08-02-2012.

39.- Millán R. Discriminación hacia las Personas con Discapacidad por parte de las Empresas Aseguradoras en México. Grupo en Situación de Discriminación: Personas con discapacidad. Edición 2007. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Director General, Gilberto Rincón Gallardo y Meltis, Director general CONAPRED. México.

40.- Flores J. Buenas Prácticas, Revista Síndrome de Down. España. 2005:22,8-14.

41.- Millas V. Guía Práctica para Empresas. Integración Laboral de Personas con Discapacidad. Acción RSE. Chile 2005.

q) Anexos

Anexo 1



BUAP

"60 Aniversario de la Autonomía Universitaria"

Oficio No. SIEP / C.I. / 014/2016

Asunto: Constancia de Registro

D.C. IRMA PÉREZ CONTRERAS
ALEJANDRO TORIJA MARTÍNEZ

PRESENTE

El Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la B.U.A.P., a través de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado hace **CONSTAR** que el Proyecto de Investigación presentado en autoría Colectiva por

- ALEJANDRO TORIJA MARTÍNEZ
- D.C. IRMA PÉREZ CONTRERAS
- DR. CARLOS OMAR MUÑOZ GUARNEROS

Titulado:

"DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL GENERAL DE SAN ANDRÉS CHOLULA"

Ha sido registrado en esta Secretaría con los siguientes datos:

Fecha de registro: 13 de Enero del 2016.

Número de Libro: 2

Número de Hoja: 18

Número de Registro: 396

ATENTAMENTE

"PENSAR BIEN, PARA VIVIR MEJOR"

H. Puebla de Z., a 13 de Enero del 2016.


DR. JAIMÉ MENESES GUERRA
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN


M.C. MARGARITA MUÑOZ GUARNEROS
SECRETARIA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

c.c.p. archivo
c.c.p. minutarío
M' MCG*seaf



Facultad
de Medicina

13 Sur 2702, Col. Volcanes,
Puebla, Pue. C.P. 72410
01 (222) 229 55 00
Ext. 6047 y 6048

Anexo 2



**SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**



**REGISTRO Y DICTAMEN
DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

No. DE FOLIO 006/2016

**NOMBRE: ALEJANDRO TORIJA MARTÍNEZ
ESPECIALIDAD: LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA**

Por medio del presente me permito hacer entrega, del folio 006/2016 de su protocolo de investigación titulado “**DEMANDA POTENCIAL DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL GENERAL DE SAN ANDRÉS CHOLULA**”. Y se tiene a bien emitir el siguiente:


DICTAMEN

Se aprueba el protocolo presentado y se autoriza su elaboración a partir del 15 de Abril de 2016 hasta el 30 de Junio de 2016, quedando su seguimiento bajo la responsabilidad del Titular del trabajo y en conjunto con el Director de Tesis D.C. Irma Pérez Contreras y del Codirector Dr. Carlos Omar Muñoz Guarneros.

Debiendo entregar un reporte intermedio y otro preliminar de las actividades desarrolladas al Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Cholula.

Sin otro en particular, por su atención y amabilidad, gracias.

ATENTAMENTE
Puebla, Pue., a 14 de Abril del 2016.


S.S.A.
Jefatura de Enseñanza e Investigación
Hospital General de Cholula
DEPTO. DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN

c.c.p. Expediente personal.
c.c.p. Comité de Investigación del Hospital General de Cholula.

Anexo 3**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estamos realizando un proyecto de investigación acerca de la personas con discapacidad y sus necesidades, en el área de San Andrés Cholula, a continuación se realizará un cuestionario que tiene unicamente fines estadísticos y la información proporcionada no será empleado para ningun otro fin.

Fecha y lugar: _____

Nombre del participante: _____

Autoriza que se realice el cuestionario: Sí _____ NO _____

Firma y telefono: _____

Nombre de Entrevistador _____

Nombre del responsable investigación : _____

Anexo 4

Cuestionario: Instrumento de medición de demanda de servicio de fisioterapia.

Fecha: _____ Encuestador: _____

Buenos días (tardes), mi nombre es _____ y estamos realizando un estudio de opinión sobre servicios de salud, ¿Me permite hacerle algunas preguntas? La información que usted me proporcione es confidencial y sólo será utilizada con fines estadísticos.

1.- Género

Femenino

Masculino

2.- Edad en años cumplidos: _____.

3.- ¿Cuál es su principal ocupación?

Ama de casa

Profesionista

Empleado

Estudiante

Comerciante

Funcionario público

Profesor

Empresario

Desempleado

Otra

4.- ¿Cuántos años estudió? _____ años.

5.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltero

Casado

Unión libre

Viudo

6.- ¿Habla alguna lengua o dialecto indígena?

Sí

No

En caso de responde afirmativamente, especificar cual _____

USO DE SERVICIOS DE SALUD SECCIÓN I

1.- ¿Con cuales servicios de salud cuenta su población? (San Andrés, Cholula)

SSA	<input type="checkbox"/>	SEGURO POPULAR	<input type="checkbox"/>
IMSS	<input type="checkbox"/>	SEGURO PRIVADO	<input type="checkbox"/>
ISSSTE	<input type="checkbox"/>	DIF	<input type="checkbox"/>
NINGUNO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>

2.- ¿A cual esta usted afiliado?

SSA	<input type="checkbox"/>	SEGURO POPULAR	<input type="checkbox"/>
IMSS	<input type="checkbox"/>	NINGUNO	<input type="checkbox"/>
ISSSTE	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>

3.- En su hogar ¿Hay alguna persona con discapacidad?

4.- ¿Su género es?

Femenino

Masculino

5.- ¿Su edad cumplida en años es? _____

6.- ¿Qué tipo de discapacidad tiene?

Motora	<input type="checkbox"/>	Atención al cuidado Personal	<input type="checkbox"/>
Visual	<input type="checkbox"/>	Poner atención / Aprender	<input type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>	Intelectual	<input type="checkbox"/>
Lenguaje	<input type="checkbox"/>		

7.- Cuando usted ha solicitado atención para la discapacidad de su familiar.
¿A que instituciones acude?

IMSS	<input type="checkbox"/>	SEGURO POPULAR	<input type="checkbox"/>
SSA	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>
ISSSTE	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN II. DEMANDA DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS.

1.- ¿Con qué frecuencia acude a solicitar algún servicio para su familiar con discapacidad?

Mensual	<input type="checkbox"/>	Bimensual	<input type="checkbox"/>	Trimestral	<input type="checkbox"/>
Semestral	<input type="checkbox"/>	Anual	<input type="checkbox"/>	Sólo cuando hay enfermedad	<input type="checkbox"/>

2.- Pensando en la salud, en una escala del 1 al 4 donde 1 es nada importante y 4 es muy importante
¿Qué tan importante es para usted? Encuestador: leer cada opción

¿Qué haya un hospital público en su municipio con servicios de Fisioterapia?	<input type="checkbox"/>
¿Qué los profesionales de la salud estén más capacitados?	<input type="checkbox"/>
¿Recibir orientación sobre la utilidad de la atención en fisioterapia	<input type="checkbox"/>
¿Qué haya profesionales en fisioterapia?	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>

3.- ¿Qué características o facilidades, según sus necesidades debería tener el servicio de fisioterapia:

a) Ubicación-Domicilio	d) Citas telefónicas
b) Horario	e) Transporte
c) Turno	

4.- En su vida diaria ¿Tiene dificultad al realizar las siguientes actividades?
Lea todas las opciones y tache las respuestas afirmativas

Caminar, moverse, subir o bajar	<input type="checkbox"/>
Ver, aun usando lentes	<input type="checkbox"/>
Hablar, comunicarse o conversar	<input type="checkbox"/>
Oír, aun usando aparato auditivo	<input type="checkbox"/>
Vestirse, bañarse o comer	<input type="checkbox"/>
Poner atención o aprender cosas sencillas	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna afectación mental?	<input type="checkbox"/>

5.- ¿Por que motivo fue la dificultad? :

Para cada opción tachada en la pregunta anterior.
Lea las opciones y anote sólo el código de causa

- ¿Porqué nació así?..... 1
- ¿Por una enfermedad?..... 2
- ¿Por un accidente?..... 3
- ¿Por edad avanzada?..... 4
- ¿Por otra causa?..... 5

III SOCIOECONÓMICOS HOGAR

HABITACIONES

1.- Habitaciones ¿Con cuántas habitaciones, cuenta la vivienda que Usted habita? _____

2.- Baños. ¿Con cuántos baños con regadera cuenta la vivienda que Usted habita? _____

3.- Focos. Aproximadamente ¿Con cuántos focos cuenta la vivienda que Usted habita? _____

4.- Pisos ¿De qué material es la mayor parte de los pisos de su vivienda?

Tierra <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>
Cemento <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario ampliado (25).

Anexo 5

