



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

ASOCIACIÓN ENTRE DISCRIMINACIÓN  
PERCIBIDA Y BÚSQUEDA DE ATENCIÓN  
MÉDICA EN ADULTOS CON DISCAPACIDAD

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN  
CIENCIAS EN INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

MIGUEL GIANCARLO MOSCOSO PORRAS

LIMA - PERÚ

2017



**ASESOR: GERMÁN FELIPE ALVARADO CUTIPA-FLORES**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a las personas que viven con una discapacidad temporal o permanente.

En la espera de que algún día su situación, en el país, cambie para bien.

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo de tesis fue realizado como parte de las actividades de la Maestría en Investigación Epidemiológica ofrecida conjuntamente por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y el Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Marina de los EEUU (NAMRU-6). La maestría es parte del programa 2D43 TW007393 "Consortio Internacional de Entrenamiento en Investigación Epidemiológica", auspiciado por el Centro Internacional Fogarty de los Institutos Nacionales de Salud de los EEUU (NIH/FIC). Los autores agradecen el apoyo y guía recibidos de los docentes y alumnos/as del programa.

## INDICE

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
1.1.	Discriminación.....	2
1.1.1.	Definición y origen del término .....	2
1.1.2.	Efectos de la discriminación .....	4
1.1.3.	Discriminación y discapacidad .....	5
1.1.4.	Estrategias contra la discriminación por discapacidad.....	7
1.2.	Búsqueda de atención medica .....	10
1.2.1.	Definición y origen del término .....	10
1.2.2.	Teorías de la intención de búsqueda de atención médica.....	10
1.2.3.	Factores relacionados a la intención de búsqueda.....	12
1.2.4.	Estrategias para promover la búsqueda de atención médica .....	14
2.	OBJETIVOS .....	16
2.1.	Objetivo General:.....	16
2.2.	Objetivos específicos: .....	16
3.	MÉTODOS .....	17
3.1.	Diseño y lugar de estudio.....	17
3.2.	Selección de participantes.....	17
3.3.	Muestreo .....	18
3.4.	Variables .....	18
3.4.1.	Percepción de discriminación .....	18
3.4.2.	Búsqueda de atención médica.....	19
3.4.3.	Otras variables.....	20
3.5.	Análisis de datos .....	21
4.	RESULTADOS.....	23
5.	DISCUSIÓN .....	25
5.1.	Hallazgos principales .....	25
5.2.	Interpretación de los hallazgos.....	25
5.3.	Limitaciones y fortalezas .....	27
5.4.	Implicancias del estudio.....	29
6.	CONCLUSIONES .....	30

7. RECOMENDACIONES.....	31
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	32
9. CONFLICTOS DE INTERÉS .....	32
REFERENCIAS.....	33
TABLAS Y GRAFICOS .....	38
Tabla 1 Características generales de las personas con discapacidad. ....	38
Tabla 2 Asociaciones bivariadas entre búsqueda de atención médica y las variables de estudio .....	40
Tabla 3: Razones de prevalencia ajustadas de búsqueda de atención médica. ....	42
Figura 1. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) de búsqueda de atención médica según el tipo de discapacidad* .....	44
Tabla S1: Análisis de sensibilidad de percepción de discriminación en personas que señalaron no necesitar atención médica. ....	45
Tabla S2 Evaluación de modificación de efecto para la asociación entre búsqueda de atención médica y percepción de discriminación .....	46
Tabla S3 Evaluación de modificación de efecto de tipo de discapacidad para la asociación entre búsqueda de atención médica y percepción de discriminación.....	47

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la asociación entre la discriminación percibida y la búsqueda de atención médica en personas con discapacidad y explorar las diferencias de esta asociación según el tipo de discapacidad.

**Métodos:** Se analizaron los datos de la encuesta nacional ENEDIS, realizada a personas con discapacidad. La búsqueda de atención médica se midió en personas que reportaron tener una lesión o síntoma en los últimos seis meses. La percepción de discriminación se evaluó a partir del reporte de experiencias de trato negativas que percibieron las personas con discapacidad. El análisis se realizó considerando el muestreo complejo de la base de datos y modelos de regresión de *Poisson* múltiple.

**Resultados:** 22413 personas fueron incluidas en los análisis. 21.2% de los que reportaron percibir discriminación reportó no buscar atención médica, asimismo, 13.9% de los que no reportaron discriminación no buscó atención médica ( $p < 0,001$ ). Luego de ajustar por nivel educativo, posesión de seguro de salud, área geográfica y número de discapacidades, la probabilidad de no buscar atención médica fue 15% mayor en las personas que percibieron ser discriminadas (RP: 1.15, IC95%: 1.04 – 1.28). Al evaluar los tipos de discapacidad el efecto de la percepción de discriminación fue RP: 1.34, IC95%: 1.07 – 1.67.

**Conclusión:** Las personas con discapacidad que perciben ser discriminadas tienen más probabilidades de no buscar atención médica en comparación a las personas no discriminadas. Esta asociación fue mayor en personas con discapacidad comunicativa.

*Palabras Clave:* Percepción de discriminación, Búsqueda de atención médica, Personas con Discapacidad, Perú



## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the association between perceived discrimination and healthcare seeking behavior in people with a disability and explore differences of this association across disability types.

**Methods:** We analyzed data from ENEDIS, a national survey conducted among people with a disability from Peru. Healthcare seeking behavior was measured in people who reported having an injury in the last six months. Perceived discrimination was measured from people who reported experiences of negative treatment due to their disability. All analyses were performed with Multiple *Poisson* regression models taking into account survey complex sampling.

**Results:** 22413 individuals were included in this study. 21.2% of people reporting discrimination did not seek healthcare, while 13.9% of those not reporting discrimination did not seek healthcare also ( $p < 0,001$ ). After adjusting these differences by educational level, health insurance possession, geographical area and number of disabilities, people who perceived discrimination were 15% more likely to not seek healthcare (PR: 1.15, 95% CI: 1.04 – 1.28). This effect was higher in people who reported communication disabilities (RP: 1.34, IC95%: 1.07 – 1.67)

**Conclusion:** People with disabilities who perceived discrimination are more likely to not seek health care compared to people who do not perceived discrimination. The effect of discrimination was found to be higher in people with communication disabilities.

*Keywords:* Perceived discrimination, Healthcare seeking behavior, People with Disabilities, Peru

## **1. INTRODUCCIÓN**

La discriminación se define como el trato desigual hacia ciertos individuos por características que los diferencian o ideologías que profesan<sup>1,2</sup>. Algunos ejemplos de discriminación incluyen racismo, sexismo o discriminación por religión<sup>2</sup>. La discriminación puede manifestarse como abuso verbal o ataques físicos según el tipo y severidad de las acciones de un individuo hacia otro por las razones mencionadas anteriormente<sup>1</sup>. La investigación sobre discriminación ha mostrado que las experiencias de discriminación tienen un efecto negativo en muchos aspectos de la salud de las personas que la padecen<sup>3-5</sup>. Las personas que reportan ser discriminadas presentan comúnmente síntomas depresivos o problemas de consumo de alcohol<sup>5-7</sup>. Además, en estudios realizados en Suecia o Etiopia, se halló que la percepción de discriminación evita que las personas vayan a lugares donde ellos perciben que serán discriminados como en sus lugares de trabajo, reuniones grupales o zonas públicas como hospitales o centro de salud en general<sup>8,9</sup>.

La búsqueda de atención médica es considerada como un determinante de salud importante pues el estado de salud que reportan las personas suelen ser mayor en aquellos que buscan servicios de salud oportunamente comparados a aquellos que no lo hacen<sup>10,11</sup>. En este contexto, grupos discriminados como los grupos de personas afro americanas o algunos grupos religiosos suelen usar menos los servicios de salud o evitan visitarlos en comparación a otros grupos no discriminados y por lo tanto presentan peores indicadores de salud<sup>4,12</sup>.

La discriminación por discapacidad es también un problema latente pues las personas con discapacidad (PCD) suelen reportar experiencias de discriminación debido a su condición<sup>13,14</sup>. Se ha reportado que esta percepción de discriminación en las PCD está asociada a tener dificultades en la aceptación de la discapacidad que deriva en depresión y abuso de sustancias<sup>15,16</sup>.

Por otro lado, las PCD requieren realizar más visitas a los centros de salud en comparación a otros grupos<sup>17</sup> sin discapacidad pero no se sabe si la percepción de discriminación les afecta en la misma forma que a otros grupos discriminados. Aunque anteriores estudios han reportado que las PCD rechazaban el tratamiento médico debido a la discriminación<sup>8</sup>, estos se enfocaron en la experiencia de discriminación en el ambiente clínico y no consideraron experiencias discriminatorias externas. Además, estos estudios no diferenciaron el efecto de discriminación según el tipo de discapacidad padecida.

La identificación del lugar donde ocurre la discriminación y el tipo de discapacidad que se ve más afectado por ésta son importantes para el desarrollo de estrategias públicas que tienen el objetivo de luchar contra la discriminación. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar la asociación entre la percepción de discriminación y la búsqueda de atención médica y explorar diferencias de esta asociación según los diferentes tipos de discapacidad reportados.

## ***1.1. Discriminación***

### ***1.1.1. Definición y origen del término***

La definición de discriminación en general está relacionada con el comportamiento negativo hacia una persona o grupo de personas. Este comportamiento o actitud negativa suele estar en relación con las características del grupo discriminado y es manifestado a través de comportamientos como rechazo social, creación de estereotipos o “clasificación” de las personas<sup>1,2,18</sup>.

En un sentido más general, Goffman menciona la capacidad inherente que tiene la sociedad de categorizar a las personas por sus atributos en grupos diferenciados. En ese sentido, un sujeto es capaz de diferenciar a otro por sus características y puede identificarlo en un grupo diferente al suyo. Cuando los atributos de otra persona son identificados y los reconoce como indeseables o con atributos de desventaja, entonces se dice que el sujeto identificado tiene un estigma. Si la identificación del atributo se hace antes de tener contacto con la persona se habla de prejuicio y cuando la identificación del atributo genera rechazo y actitudes negativas hacia el sujeto entonces se habla de discriminación<sup>1</sup>.

Jones y Goffman fueron de los primeros que empezaron a definir las actitudes discriminativas o de prejuicio de las personas hacia ciertos grupos por sus características.<sup>1,19</sup>

Aunque hay muchas definiciones sobre el concepto de prejuicio, todas están enmarcadas en el ámbito de una actitud negativa hacia miembros de un grupo reconocible<sup>1,18,20</sup>. Además, en algunas definiciones se menciona que la práctica de hostilidad hacia las personas debido al prejuicio que éstas tenían es considerada como

discriminación. Es decir, para hablar de discriminación sería necesario tener una demostración empírica del prejuicio<sup>21</sup>.

### *1.1.2. Efectos de la discriminación*

Entre las principales consecuencias de la discriminación, abordaremos aquellas que afectan a la salud mental de la persona discriminada. En teoría, la discriminación afecta la salud emocional del individuo que se percibe a sí mismo como discriminado y puede generarle sentimientos de inferioridad, estrés y depresión al no ser capaz de interactuar adecuadamente con su entorno o comunidad<sup>3,4,7</sup>. Diversos estudios han señalado que el consumo de alcohol, de drogas o el descuido por la salud de uno mismo se han visto asociadas a la percepción de discriminación<sup>6</sup>.

También, otros autores han señalado que la percepción de discriminación puede causar rechazo a la interacción con otras personas. En el caso de las visitas a los hospitales, hay reportes que señalan que las personas evitan visitar centros de salud o de trabajo pues temen afrontar actitudes de discriminación hacia ellos de parte del personal de los centros de salud o sus empleadores<sup>8,12,14</sup>. Esto lleva a que las personas discriminadas utilicen menos servicios de salud y en consecuencia que su estado de salud y la percepción de éste mismo se vean reducidas<sup>22</sup>. Además, en centros de labor en Estado Unidos se ha reportado que la percepción de discriminación también genera que las personas discriminadas tengan una pobre satisfacción con su trabajo o evita que una persona pueda encontrar trabajo, eventos que podrían derivar en consumo de drogas o alcohol<sup>23-25</sup>.

Por otro lado, en el mismo país, se han reportado efectos en la salud a consecuencia de la discriminación. En un reporte, se evaluó la percepción de discriminación de un grupo de personas de raza negra en las cuales se encontró que aquellos que percibían ser discriminados tenían niveles de presión arterial más altos que aquellos que no percibían discriminación<sup>26</sup>. Como se mencionó antes, las personas discriminadas enfrentan mayor estrés y esto puede llevarlas a alterar su presión arterial. Sin embargo, no hay ningún reporte formal que demuestre que el estrés sea la causa de la hipertensión o cualquier otro problema cardiovascular.

En sentido contrario, un efecto indirecto y positivo de la discriminación es que genera mayor cohesión dentro de los grupos discriminados. Se señala que las comunidades comúnmente discriminadas como grupos de personas de raza negra o personas con VIH de África e India presentan una estructura interna más fuerte a causa de la discriminación<sup>27,28</sup>. Es común que esto ocurra pues, diversos problemas que afectan a la salud emocional o mental de las personas son tratadas a través del establecimiento de lazos emocionales que ayudan a la resiliencia de la persona.

### *1.1.3. Discriminación y discapacidad*

La discriminación por casos de discapacidad es aquella en la que la sociedad tiene cierto comportamiento ante un sujeto con limitaciones físicas o mentales<sup>13</sup>. Se considera como discriminación percibida a la percepción que tiene el mismo sujeto con discapacidad ante el trato que le ofrece la sociedad. Los tipos de discriminación que puede experimentar una persona con discapacidad incluyen el trato indiferente, las agresiones verbales o las agresiones físicas<sup>13</sup>

Debido a que existen diversos tipos de discapacidad, el impacto que tienen éstas en la vida de las personas puede ser muy variado y de ahí que la percepción de discriminación también varíe <sup>29</sup>. Los tipos de discapacidad relacionados a la pérdida intempestiva de funciones cotidianas como la capacidad de desplazarse independientemente debido a un accidente pueden afectar más a la persona a diferencias de los tipos de discapacidad cuya evolución es progresiva y a muy largo plazo como en las distrofias musculares.

Dentro de los diversos tipos de discapacidad también hay grados de afección y estos pueden variar la forma de discriminación que se percibe por el sujeto. Esto debido al nivel cognitivo que tiene una persona y le impide comprender aspectos como la discriminación. En otros casos, la discapacidad ocasionada por la pérdida progresiva de sentidos como la visión también ha significado una fuerte influencia psicológica en la persona y, en el mismo sentido, su percepción sobre la discriminación<sup>6,16</sup>.

En un sentido más general, las personas con discapacidad también son consideradas como una minoría. En ese sentido, experimentan discriminación como otras minorías (personas migrantes, de otras razas o religiones). Otros autores incluso han identificado que las mismas personas con discapacidad se identifican como una minoría en la misma forma que lo hacen las personas hispanas o de raza negra<sup>29</sup>.

En general, las experiencias de discriminación por discapacidad se experimentan comúnmente en los colegios o centro educativos o en los centros de trabajo. Esto incluye reportes de pérdida de empleo luego de adquirir una discapacidad y el consecuente abuso de drogas o alcohol <sup>25</sup>; y también el aumento de la discapacidad

en las escuelas por la falta de personal capacitado para atender las necesidades especiales de los estudiantes con discapacidad <sup>30,31</sup>. La discriminación por discapacidad en centros de salud ha sido poco evaluada. Respecto a la discriminación hacia personas con discapacidad ocurrida en centros de salud, poco se ha reportado. En personas con discapacidad cuya salud mental se ve alterada, es común la percepción de discriminación. Un estudio en Canadá encontró que el porcentaje de percepción de discriminación era mayor en personas con discapacidad que además reportaban tener algún problema emocional, psicológico o psiquiátrico <sup>32</sup>.

#### *1.1.4. Estrategias contra la discriminación por discapacidad*

Las acciones tomadas en contra de la discriminación durante el curso de la historia han sido principalmente legales. Originalmente estas estrategias fueron tomadas debido a que los casos de violencia por discriminación aumentaron o fueron más frecuentes en los últimos años. Desde los años 70, movimientos por los derechos de las personas con discapacidad pedían considerar a las personas con discapacidad como una minoría y, por tanto, que tuvieran los mismos derechos de protección. Una de las primeras leyes antidiscriminación fue planteada por Barker en 1948<sup>33</sup>. Sus postulados iniciales se basaban en abordar los problemas de discriminación que las personas con discapacidad experimentaban en la educación o el trabajo. Sin embargo, consideraba que respecto a las barreras arquitectónicas o de transporte, las personas con discapacidad debían aprender a tolerar la frustración de no poder adaptarse a un entorno que no estaba “diseñado” para ellos.

Recién en 1990, se proclama el “Acta de Americanos con discapacidades” en Estados Unidos (*“American with Disabilities Act”*, ADA) cuya premisa principal es la



prohibición de la discriminación hacia las personas con discapacidad y la regulación de acceso a empleo justo sin importar el tipo de discapacidad<sup>34</sup>. Entre otros mandatos, la ADA también regula los requerimientos que deben existir en la comunidad para hacer que los espacios y ambientes sean accesibles para personas con discapacidad. En cierto sentido, esta última premisa intenta mejorar la integración de la persona en la sociedad, pero no es considerada una intervención directa en contra de la discriminación. Aun así, a nivel internacional la ADA es utilizada como un referente para mejorar la accesibilidad de las personas con discapacidad.

Otras estrategias más internacionales en contra de la discriminación han sido planteadas por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). La denominada “Estrategia para combatir el racismo, la discriminación, la xenofobia y la intolerancia” fue adoptada en octubre del año 2003 y busca combatir todo tipo de discriminación a través de estrategias activas como combatir la propaganda racista, educar a las poblaciones sobre tolerancia y fomentar el desarrollo de investigación en torno al fenómeno de discriminación<sup>35</sup>. Para el caso de personas con discapacidad, la UNESCO fomenta el acceso a educación y la inclusión de las personas con discapacidad y rechaza la discriminación en los centros educativos.

En Perú, existen entidades que se encargan de velar por los derechos de las personas con discapacidad. El Consejo Nacional para la integración de la persona con discapacidad (CONADIS), es el organismo nacional legislador y jurídico en temas de derechos y fomento de la inclusión de las personas con discapacidad. CONADIS fue

creado en 1992 y está regido por el Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables de Perú<sup>36</sup>.

Respecto al tema de discriminación, en 24 de diciembre del año 2012 se publicó la ley N° 29973, “Ley general de la persona con discapacidad” que establece en el artículo 8 “Derecho a la igualdad y no discriminación”<sup>37</sup> que:

*“La persona con discapacidad tiene derecho a la igualdad ante la ley y a no ser discriminada por motivos de discapacidad”*

*“Es nulo todo acto discriminatorio por motivos de discapacidad que afecte los derechos de las personas. Se considera como tal toda distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de uno o varios derechos, incluida la denegación de ajustes razonables. No se consideran discriminatorias las medidas positivas encaminadas a alcanzar la igualdad de hecho de la persona con discapacidad”*

En este sentido, se entiende que el gobierno peruano estimula a que no se practique ningún acto de discriminación hacia la persona con discapacidad y, por el contrario, se busque integrarla en la comunidad con los mismos derechos que cualquier otra persona.

## ***1.2. Búsqueda de atención médica***

### *1.2.1. Definición y origen del término*

La búsqueda de atención médica es el comportamiento o práctica de una persona de buscar atención en centros de salud u hospitales cuando es necesario<sup>38</sup>. Originalmente, el término de búsqueda de atención médica fue planteado como parte de los comportamientos y costumbres que tenían las personas acerca de su salud y las acciones que tomaban para mantenerla. Debido a que existían fenómenos comunes en los sistemas de salud, como la expectativa que se tenía del personal de salud, la no cooperación o la no adherencia a las recomendaciones médicas, se comenzaron a estudiar las razones que motivaban o evitaban que las personas busquen o utilicen los servicios de salud<sup>38</sup>.

### *1.2.2. Teorías de la intención de búsqueda de atención médica*

Muchas teorías se han planteado para describir o explicar la intención de la persona de búsqueda de servicios médicos. En principio, se planteaba la teoría general del comportamiento<sup>39</sup> que postulaba que el comportamiento de una persona está mediado por factores psicosociales y hábitos de vida que podrían ser desencadenados por cualquier condición facilitadora. Por ejemplo, la intención de una persona de cortarse el cabello puede responder a un factor psicosocial de estética y búsqueda de agrado del resto, pero también está mediada por la costumbre y puede haber sido desencadenada por un facilitador como el haber visto una oferta de corte de cabello.

Sin embargo, este tipo de teoría es muy inespecífica y aplicable para todo tipo de situación que module el comportamiento. Las principales teorías que se utilizaron para entender el comportamiento de las personas en relación a la búsqueda de

atención médica fueron el modelo de creencias en salud<sup>40</sup> y la teoría de la acción razonada<sup>41</sup>.

El modelo de creencias en salud se basa en cómo la persona es capaz de comprender que puede existir una amenaza de enfermedad y que, a la vez, esta persona comprenda que es vulnerable a dicha enfermedad. Luego, la probabilidad de que la persona realice una acción preventiva en contra de esta amenaza (Por ejemplo, buscar atención médica), dependerá del juicio interno que la persona tenga sobre los beneficios que percibirá por realizar la acción preventiva y los costos que ésta le significará<sup>40</sup>. Por ejemplo, si una persona va al dentista para revisar su dentadura, esta acción se habrá dado luego de que la persona haya considerado que existe alguna amenaza de salud por no cuidar sus dientes y además que haya considerado el gasto que le supone visitar al dentista.

Por otro lado, la teoría de la acción razonada, planteada en 1980 por Ajzen y Fishbein postula que el comportamiento o las acciones de una persona dependen de la creencia previa que se tiene hacia un objeto o tema<sup>41</sup>. En este caso, la creencia puede haber sido aprendida por cuenta propia o inferida luego de tener experiencias con otras personas. A partir de esa creencia se crea un juicio de valor y se realiza una acción al respecto que será más fuerte y difícil de modificar en tanto la creencia sea fuerte también. Por ejemplo, una persona puede visitar al médico anualmente pues sus familiares lo hacían siempre, de ahí parte el razonamiento de la persona de que visitar al médico es importante.

Sin embargo, en 1992 Lauver señala que estas teorías fallan al tratar de buscar explicaciones para el comportamiento de las personas pues considera que el comportamiento de una persona hacia la enfermedad puede muy heterogéneo cuando es preventivo (cuando la persona está sana) o de manejo (cuando la persona ya tiene la enfermedad). Lauver plantea además que el tipo o gravedad de enfermedad aumenta la heterogeneidad en el comportamiento de la persona, por lo tanto, es necesario recolectar evidencia empírica de estos casos para poder comprenderlos a detalle<sup>38</sup>. En ese sentido, en nuestra investigación y siguiendo la postulación de Lauver, se realiza una evaluación empírica de la intención de búsqueda de atención médica a través del análisis de un tipo específico de afección (la discapacidad) y características propias de la persona (nivel educativo, edad, área de residencia, etc.).

### *1.2.3. Factores relacionados a la intención de búsqueda*

Existen diversos estudios que buscan explicar las razones por las que las personas tienen la intención de buscar atención médica. Estas varían de acuerdo a la condición médica, patología o riesgo percibido de enfermedad que experimenta la persona. Por ejemplo, se realizó un estudio en mujeres sobre la posibilidad de buscar atención médica si detectaban un bulto en los senos y se halló que era más probable que las mujeres busquen atención médica si ya habían tenido un familiar con cáncer de mama<sup>42</sup>. En casos de enfermedades crónicas, las personas tenían más probabilidades de hacerse chequeos médicos si sus familiares habían tenido un infarto de miocardio<sup>43</sup>.

Otras patologías que generan discapacidad también se han visto asociadas a búsqueda de atención médica. En personas con disfunciones vesicales e incontinencia sólo el 50% visitó o consultó al médico sobre sus síntomas<sup>44</sup>.

En conclusión, puede decirse que cuando se tiene conciencia del riesgo que puede traer una enfermedad, es más probable buscar atención médica.

Por otro lado, otros autores han encontrado que la intención de buscar o utilizar servicios médicos puede verse afectada por otros factores como la distancia de los centros de salud, en especial en zonas rurales <sup>45,46</sup>, pero también por factores culturales o costumbres instauradas por la misma comunidad. En reportes cualitativos realizados a una comunidad de personas de raza negra se halló que los motivos para no buscar atención médica estaban relacionados a diversas creencias espirituales o al uso de medios tradicionales para el cuidado de la salud<sup>47</sup>.

Para personas con discapacidad, la búsqueda de atención médica se ha visto afectada por componentes como el trato del personal de salud, que muchas veces no está preparado para lidiar con las necesidades especiales de estas personas. En un estudio se halló que las personas con discapacidad para la comunicación tenían menos posibilidades de visitar los centros de salud pues reportaban que los proveedores de salud no eran capaces o no estaban capacitados para comunicarse con ellos <sup>48</sup>. Otro estudio mostró también que la visita o búsqueda de atención médica de personas con discapacidad puede estar asociada a la presencia de barreras físicas en los centros de salud<sup>49</sup>.

Las agrupaciones o comunidades que son comúnmente discriminadas también tienen menos intención de búsqueda de servicios de salud. En el caso de pacientes con VIH o personas de diferentes opciones sexuales, la visita a un centro de salud muchas veces supone enfrentarse a trato discriminatorio. El estigma generado por su condición llevaría a que estas personas opten por no visitar los centros de salud o sólo hacerlo en casos muy graves.

#### *1.2.4. Estrategias para promover la búsqueda de atención médica*

Cómo en otras circunstancias, cuando se quieren promover prácticas o costumbres, es necesario primero entender las actitudes hacia aquello que se quiere promover. Shaikh en 2008, propuso un marco argumentativo de cómo entender los determinantes sociales de la intención de búsqueda de atención médica para posteriormente desarrollar políticas públicas que mejoren la entrega de servicios de salud a las personas.

Diversas estrategias se han llevado a cabo para fomentar la búsqueda de atención médica. Muchas de ellas están dirigidas a poblaciones discriminadas, estigmatizadas o vulnerables. Una de ellas, por ejemplo, fue realizada en Tailandia por la UNESCO cuyo objetivo fue el de entender las razones detrás de la intención de búsqueda de atención médica en personas trans género. La mayoría de los participantes señaló que sus intenciones de realizarse una prueba de VIH o solicitar consultas en salud se veían influenciadas por el estigma y la posibilidad de ser discriminado en el centro de salud <sup>50</sup>. En un contexto más local (En Perú), el año 2010 se realizó una intervención para incrementar la realización de pruebas de VIH en hombres que

tienen sexo con hombres a través de videos motivacionales disponibles en internet. Esta intervención aumentó la intención de realizarse una prueba de VIH en personas identificadas como no gay<sup>51</sup>.

En Perú, las propuestas para promover la búsqueda de atención médica en las personas se han orientado a incrementar el acceso a salud o extender la cobertura de seguros de salud. Entre dichas estrategias, la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS) en el año 2001 por ley N° 27657, ha podido permitido la cobertura de servicios de salud en zonas rurales o zonas urbano-marginales<sup>52</sup>. Dentro de la cobertura de SIS, las personas con discapacidad pueden acceder a terapias de rehabilitación en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Por otro lado, CONADIS promueve la certificación de las personas con discapacidad. De esta forma, las personas pueden acceder a ciertos beneficios; uno de los cuales es la atención en salud. Este convenio se realizó con el Sistema Metropolitano de Solidaridad de la ciudad capital de Perú, Lima.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. *Objetivo General:***

Determinar la asociación entre la percepción de discriminación y la búsqueda de atención médica en personas con discapacidad de Perú.

### **2.2. *Objetivos específicos:***

Explorar las diferencias de esta asociación de acuerdo a los diferentes tipos de discapacidad reportados (discapacidad física, visual, auditiva, de la comunicación y cognitiva).

### **3. MÉTODOS**

#### **3.1. *Diseño y lugar de estudio***

Se realizó un estudio de tipo transversal analítico a través de un análisis secundario usando los datos de la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS)<sup>53</sup>. Esta encuesta se realizó en las 24 regiones de Perú y la provincia del Callao entre los años 2012 y 2013 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) con el objetivo de identificar la prevalencia y los tipos de discapacidad existentes a nivel nacional y para conocer las necesidades de salud de las PCD.

#### **3.2. *Selección de participantes***

El método de recolección de información de ENEDIS fue a través de encuestas cara a cara con el participante o con algún familiar si el participante no era capaz de responder por su cuenta. La encuesta ENEDIS clasificó a 37524 personas como PCD (5% de la población Peruana) usando los criterios de definición de la “*Washington Group on Disability Statistics*” (WDGS)<sup>54</sup>. Estos criterios se usan como estándar para la clasificación de discapacidad en encuestas nacionales<sup>55</sup>. Para nuestro estudio, se seleccionó a los individuos mayores de 18 que reportaron tener una lesión o síntoma en los últimos 6 meses (n=22452). Aquellos que reportaron no necesitar atención médica para tratar sus síntomas o lesiones (n=1808) y aquellos que tenían datos incompletos o inconsistentes (n=31) fueron excluidos. Después de la exclusión, 22413 individuos fueron seleccionados para los análisis.

### **3.3. Muestreo**

La muestra para ENEDIS fue obtenida siguiendo un muestreo probabilístico de dos etapas. En la primera etapa, las 24 regiones del Perú y la provincia de Callao fueron designados como estratos y se seleccionaron aleatoriamente conglomerados de áreas habitadas en cada estrato (Unidades primarias de muestreo). Después de la selección de los conglomerados, se realizó un censo de todas las viviendas dentro de cada conglomerado (Unidades secundarias de muestreo) para ubicar a las PCD y recolectar información acerca de sus características demográficas. Finalmente, las personas que reportaban tener alguna discapacidad debían completar una encuesta sobre las características de su discapacidad, sobre acceso a servicios de salud y sobre relaciones sociales. Si una PCD no era capaz de responder a la encuesta, un familiar podía completar las respuestas de la encuesta por él.

### **3.4. Variables**

#### **3.4.1. Percepción de discriminación**

La percepción de discriminación fue medida a través de dos preguntas usadas en el cuestionario de ENEDIS. Primero, a los participantes se les hacía la pregunta: “¿Alguna vez se ha sentido tratado de forma diferente debido a sus limitaciones?” (Si/No). A aquellos que respondieron “Sí”, se les preguntó: “¿Cómo se da cuenta UD que lo tratan de manera diferente?”. Las posibles respuestas a esta segunda pregunta fueron: “Me respetan o ayudan”, “Me protegen o cuidan”, “Me descuidan o ignoran”, “Se sienten nerviosos a mí alrededor” o “Me atacan física o verbalmente”

Se consideró que los participantes percibían discriminación si respondieron “Sí” a la primera pregunta y escogieron alguna de las últimas tres opciones de la segunda pregunta. Aunque las primeras dos opciones también podrían considerarse como formas de discriminación, en este estudio estamos restringiendo la definición de discriminación como negativa según previas definiciones<sup>1,2,18</sup>. Se consideró que aquellos que respondieron “No” a la primera pregunta o eligieron las primeras dos opciones de la segunda pregunta no percibían discriminación. Esta pregunta fue originalmente colocada en la encuesta para identificar el trato inadecuado hacia las personas con discapacidad. Además, las preguntas de auto-reporte para medir la percepción de discriminación se han usado en previos estudios<sup>8,32</sup>.

#### 3.4.2. *Búsqueda de atención médica*

La búsqueda de atención médica también se evaluó a través de las preguntas del cuestionario de ENEDIS. En este caso, se seleccionaron sólo a aquellos que tuvieron una lesión o síntoma en los últimos 6 meses. Estos participantes respondieron a la pregunta: “¿A dónde fue para tratar el síntoma o lesión que sufrió?”. Las posibles respuestas a esta pregunta incluían visitas a hospitales públicos o privados, centros de atención primaria, proveedores de salud independientes y medios no formales como farmacias, visita a curanderos, visita a centros naturistas o ningún lugar.

Debido a que el motivo de estudio está relacionado a la intención de búsqueda de atención médica, se categorizaron las respuestas en: “Sí”, si el participante mencionó haber visitado al menos un lugar para tratar sus síntomas y “No” si los participantes

señalaban no haber ido a ningún lado para buscar atención médica. En los análisis, consideramos la categoría “No” como el desenlace de interés.

### 3.4.3. *Otras variables*

Se incluyeron características demográficas como edad, sexo (Masculino/Femenino), estado civil (Con pareja estable/Sin pareja), nivel educativo (Sin educación/Primaria/Secundaria/Superior) y nivel socioeconómico en terciles medido a través del índice de deprivación<sup>56</sup>. También se incluyeron el auto-reporte de dependencia de otra persona para actividades de la vida diaria (Si/No), tener una enfermedad crónica (Si/No) y área de residencia (Urbana/Rural) pues se consideraron como potenciales confusores en previos estudios <sup>8</sup>.

Por último, también se usaron variables relacionadas a la discapacidad de la persona, incluyendo el tipo de discapacidad según criterios de la WGDS. Estos criterios consideran seis tipos de discapacidad: Física (Limitación permanente para desplazarse aun usando dispositivos de apoyo), Visual (Limitación permanente para ver aun usando anteojos), Auditiva (Limitación permanente para escuchar aun usando dispositivos de ayuda), De comunicación (Limitación permanente para hablar o comunicarse aun usando lenguaje de señas u otros), Cognitiva (Limitación permanente para entender o aprender) y de Autocuidado (Limitación permanente para la realización de actividades de la vida diaria). En la encuesta ENEDIS, no se consideró el tipo discapacidad para el autocuidado.

También se evaluó el reporte de severidad de la discapacidad (Leve/Moderada/Severa) y origen de la discapacidad (congénita/adquirida) para ajustar por su posible efecto confusor.

### **3.5. Análisis de datos**

Todos los análisis fueron realizados utilizando el software de paquete estadístico *Stata* 13 para *Windows* (*StataCorp, College Station, TX, USA*). Las variables categóricas fueron presentadas en frecuencias y porcentajes y las variables continuas fueron resumidas con medias y desviaciones estándar. Se usó la prueba de hipótesis de Chi cuadrado para analizar las asociaciones primarias entre las variables de interés. Para el análisis de múltiples variables se utilizaron modelos de regresión de *Poisson* para controlar el efecto de las variables consideradas como confusores y para calcular razones de prevalencia (RP) con intervalos de 95% de confianza. Se generaron tres modelos en los análisis de regresión. El primer modelo muestra la asociación entre la percepción de discriminación y la búsqueda de atención médica ajustada sólo por características demográficas (Edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico). El segundo modelo muestra la misma asociación ajustada sólo por las variables consideradas confusores. Finalmente, el tercer modelo muestra el ajuste por todas las variables. Este modelo final también fue calculado para cada tipo de discapacidad, ajustando además por características relacionadas a la discapacidad (origen y severidad). Por último, se realizó un análisis en las variables de dependencia, nivel socioeconómico, posesión de seguro de salud y área de residencia para evaluar si eran modificadores de efecto en la relación entre percepción de discriminación y búsqueda de asistencia médica. Antes de realizar los análisis, se tomaron en consideración los factores de

expansión, la unidad primaria de muestreo (conglomerados) y los estratos definidos (regiones) de la base de datos resultado del muestreo complejo. Por lo tanto, los resultados mostrados de los análisis y las estimaciones de la varianza consideran las ponderaciones de cada conglomerado y las agrupaciones por estrato.

#### 4. RESULTADOS

De los 22413 participantes seleccionados para los análisis, la discapacidad más reportada fue la discapacidad física (67.1%). La prevalencia de percepción de discriminación fue de 18.8% y 15.3% de la muestra estudiada no buscó atención médica. Entre otros hallazgos, las personas mayores 65 años fueron quienes reportaron mayor discapacidad (57.7%). Además, una gran cantidad de las personas reportaron tener enfermedades crónicas (50.8%). Aunque, en general, la mayoría de las PCD reportaron ser independientes (58.6%). Otra característica importante de notar fue la gran proporción de sujetos con nivel de educación primario o menor (64.9%). Otros resultados pueden verse en la **tabla 1**.

Los resultados de las asociaciones bivariadas entre la percepción de discriminación y la búsqueda de atención médica, así como con otras variables se muestran en la **tabla 2** donde se muestran también las razones de prevalencia. En la misma, se aprecia que las PCD que perciben discriminación tienen un 52% más de probabilidades de no buscar atención médica en comparación con quienes no se sienten discriminados. Otras características como la edad, la dependencia de otras personas para actividades de la vida diaria, tener una enfermedad crónica o tener un seguro de salud estuvieron asociadas a una mayor búsqueda de atención médica ( $p < 0.05$ ).

Los resultados de los análisis de regresión para la asociación entre la percepción de discriminación y la búsqueda de atención médica se muestran en la **tabla 3**. Luego de hacer el ajuste por las características demográficas, se nota que el efecto de la percepción de discriminación disminuye, pero se mantiene significativo (PR = 1.13,



IC95%: 1.01 – 1.26). Para el segundo modelo, sólo ajustamos por variables consideradas confusores en previos análisis obteniendo una RP=1.47 (IC95%: 1.31–1.64). Finalmente, cuando ajustamos el modelo por todas las variables, se encuentra que las PCD que perciben discriminación tienen 15% más probabilidades de no buscar atención médica en comparación a las personas que no perciben discriminación ( $p=0.01$ )

En la **figura 1** se muestran las razones de prevalencia de búsqueda de atención médica según el tipo de discapacidad reportado. Los resultados muestran que la percepción de discriminación tiene asociación significativa en la búsqueda de atención médica de las personas con discapacidad comunicativa (RP=1.34, IC95%: 1.07 – 1.67) y en las personas con discapacidad física (RP=1.17, IC95%: 1.03 – 1.34). Estos resultados fueron ajustados por todas las variables del modelo final de la **tabla 3**.

Por otro lado, se realizó un análisis de sensibilidad considerando a las personas que opinaban que la lesión que habían sufrido no requería de tratamiento. Las razones de prevalencia y los valores de significancia se mantuvieron similares (Tabla S1).

En el análisis de modificación de efecto. No se encontró un valor significativo para ninguna de las variables evaluadas (incluyendo tipo de discapacidad).

## **5. DISCUSIÓN**

### **5.1. Hallazgos principales**

En este estudio se ha encontrado que las PCD tienen más probabilidades de no buscar atención médica si perciben ser discriminadas debido a su discapacidad. Además, en el análisis por tipo de discapacidad el efecto de la percepción de discriminación fue significativo para personas con discapacidad física y comunicativa. Estos resultados son consistentes con los de otros estudios realizados en grupos comúnmente discriminados incluyendo grupos raciales o religiosos, en los cuales los autores muestran que la percepción de discriminación estaba relacionada a una baja utilización de servicios de salud y menor asistencia a centros de salud<sup>8,9,12</sup>.

### **5.2. Interpretación de los hallazgos**

La percepción de discriminación actúa como un factor de estrés psicológico que afecta la salud del individuo. En investigaciones previas se han relacionado las experiencias de discriminación con pobres resultados de salud mental como síntomas depresivos u otros trastornos psicológicos<sup>5,7</sup>. Debido a las limitaciones relacionadas a una discapacidad, la discriminación puede generar un sentimiento de inferioridad en las PCD. Estos síntomas pueden afectar las conductas de las personas y llevarlas a malas prácticas de cuidado y pérdida de interés en su salud<sup>6</sup>.

También encontramos que las personas que reportaron tener discapacidades físicas y comunicativas tenían mayor probabilidad de no buscar atención médica debido a su percepción de discriminación. Comparadas con otros tipos de discapacidad, las discapacidades comunicativas pueden generar frustración cuando se trata de interactuar

con otras personas, y esta frustración puede venir tanto de la PCD como de la persona con la que se comunica. Un estudio mostró que, en el ambiente clínico, los médicos preferían hablar con los cuidadores debido a las dificultades que tenían para comprender a las personas que presentaban discapacidades comunicativas<sup>48</sup>. Otro estudio reportó además que la prevalencia de insatisfacción con el sistema de salud era más alto en personas con discapacidades comunicativas<sup>57</sup>. Estos reportes pueden explicar por qué en nuestro estudio las personas con este tipo de discapacidad tienen menos disposición a buscar atención médica. Por otro lado, las personas con discapacidades físicas tienen más problemas relacionados al transporte y accesibilidad y por lo tanto la búsqueda de atención médica se ve dificultada<sup>49</sup>. En nuestro estudio 20% de las PCD provenían de áreas rurales donde la accesibilidad ha sido identificada en otros estudios como un factor que afecta la utilización de servicios de salud<sup>58</sup>.

Los efectos de la percepción de discriminación debido a la discapacidad encontrados en nuestro estudio son más pequeños en comparación a los de otros estudios<sup>8</sup>. Esto puede explicarse por una variedad de razones. Otros estudios han postulado que las personas que están expuestas a la discriminación por un largo periodo suelen desarrollar estrategias de afrontamiento ante la misma, así que es posible que, en nuestro estudio, donde la mayoría de los sujetos tiene limitaciones permanentes y edades avanzadas (57.7% son mayores de 65 años), las PCD se hayan vuelto resilientes a las experiencias de discriminación. Por otro lado, otros estudios señalan que vivir con una pareja o familiar es importante para confrontar situaciones difíciles<sup>10</sup>. En ese contexto, variables como el estado civil o la dependencia de un cuidador podrían jugar un rol importante en el proceso de aceptación de la discapacidad de las personas y ayudarles a superar las

experiencias de discriminación. En nuestro estudio, la dependencia de un cuidador está fuertemente asociada con la búsqueda de atención médica. Finalmente, otros estudios mostraron que las PCD tienden a tener una fuerte red de soporte social<sup>59</sup>, una característica que también se ha definido como una importante estrategia de afrontamiento en grupos estigmatizados de personas con VIH y en grupos afectados por discriminación racial<sup>27,28</sup>. Por esas razones las PCD podrían estar protegidas de la discriminación y esta puede tener un menor efecto en su intención de búsqueda de atención médica.

### **5.3. Limitaciones y fortalezas**

Es necesario señalar algunas limitaciones en este estudio. Los datos analizados provienen de una encuesta transversal y por lo tanto no podemos asegurar que nuestros resultados reflejen una asociación causal. Sin embargo, los resultados se muestran consistentes entre cada tipo de discapacidad. Por lo tanto, la información obtenida de este estudio puede servir de base para proponer estudios diseñados específicamente para la evaluación de la percepción de discriminación.

Respecto a la medición de las variables, otra limitación es que en nuestro estudio usamos preguntas de auto reporte para medir la percepción de discriminación. Aunque usar un bajo número de preguntas para evaluar un constructo psicológico podría no ser óptimo, esta es una forma de evaluación que se ha aplicado en diferentes países[4, 8, 30]. Además, las escalas de múltiples preguntas suelen ser complejas e ineficientes cuando se usan dentro de cuestionarios de muchas más preguntas. Por otro lado, en la encuesta sólo se evaluó la percepción de discriminación en el entorno de la persona.

Esto podría subestimar el efecto de la discriminación, pues la ocurrencia de discriminación en los centros de salud podría ser un factor más importante que la percepción general de discriminación. Sin embargo, en este estudio la percepción en general también es importante, pues según los modelos de búsqueda de atención médica, la percepción está asociada al comportamiento<sup>40,41</sup>.

Por otro lado, aunque el efecto de la discriminación parece ser mayor en las personas con discapacidades para la comunicación, este resultado puede estar afectado por un sesgo de mala clasificación diferencial. Esto se debe a que las personas con este tipo de discapacidad no eran quienes respondían la encuesta. Debido a su inhabilidad para comunicarse, los familiares o cuidadores de estas personas eran quienes respondían las preguntas del cuestionario en lugar de ellos.

Dentro de las fortalezas de este estudio, podemos mencionar que la evaluación de la búsqueda de atención médica es mejor en comparación a otros estudios. Por ejemplo, en nuestro estudio únicamente seleccionamos a las PCD que sufrieron un síntoma o lesión en los últimos 6 meses y que además señalen haber necesitado tratamiento para dicho síntoma, mientras que en el único estudio que evaluó la búsqueda de atención médica en las PCD se evaluó dicha variable preguntando a los participantes si alguna vez se habían encontrado en una situación que haya requerido asistencia médica<sup>8</sup>. Creemos que nuestra medición aborda directamente el acto de búsqueda de atención médica y no sólo la intención.

#### ***5.4. Implicancias del estudio***

Nuestros hallazgos sugieren que las estrategias nacionales o los programas sociales que tienen el objetivo de extender el acceso de servicios de salud deben centrar más esfuerzos en la educación de las personas sobre la importancia de la búsqueda de atención médica, incrementando la cobertura de seguros y extendiendo su alcance a las zonas rurales o las más pobres. Además, la dependencia de una persona para las actividades de la vida diaria, que se puede entender cómo “tener a un cuidador” podría aumentar la probabilidad de búsqueda de atención médica en las PCD en nuestros resultados. En ese sentido, los cuidadores podrían tener un rol en las estrategias que buscan mejorar el acceso a servicios de salud y es necesario explorar su función en la búsqueda de atención médica de las personas a quienes prestan cuidado.

## **6. CONCLUSIONES**

La percepción de discriminación se asocia con el incremento en la probabilidad de no buscar atención médica en las personas adultas que reportan tener una discapacidad. Además, esta asociación fue significativa para el grupo de personas con discapacidad física y comunicativa. Dado que la asistencia y uso de servicios de salud son aspectos críticos para la salud de las PCD, estos resultados representan una contribución útil para estrategias nacionales que buscan disminuir la ocurrencia de actos de discriminación y para intervenciones educativas sobre la importancia de la búsqueda de atención médica.

## 7. RECOMENDACIONES

En base a nuestros hallazgos, planteamos algunas recomendaciones.

- Primero, la medición de la percepción de discriminación debe ser evaluada en las personas con discapacidad que sean capaces de comprender las preguntas realizadas y capaces de responder por su propia cuenta.
- Segundo, la búsqueda de atención médica podría ser mejor evaluada a través de los registros de atención médica en los centros de salud. Aunque esto puede requerir la recolección de datos de diversas fuentes.
- Tercero, La evaluación de la percepción de discriminación debería estar contextualizada al entorno del centro de salud. Esto debido a que es el lugar donde la percepción de discriminación puede afectar directamente la visita a los mismos.
- Cuarto, en nuestro estudio evaluamos la asistencia a centros de salud debido a lesiones ocurridas en los últimos seis meses, otros estudios podrían evaluar situaciones más recientes o considerar la gravedad de la lesión sufrida para la evaluación de la búsqueda de atención médica.



## **8. ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en investigación en seres humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Los datos utilizados en este estudio provienen de una base de datos pública y que puede encontrarse en el siguiente enlace:

<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>

Al respecto de la base de datos, la información de cada participante se encuentra de-identificada. Es decir, cada participante es señalado con un código y no hay forma de detectar o reconocer a un participante particular de la encuesta.

## **9. CONFLICTOS DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS

1. Goffman, E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. *A Spectrum book* 147 (1963). doi:10.2307/2091442
2. Stuber, J., Meyer, I. & Link, B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science and Medicine* **67**, 351–357 (2008).
3. Williams, D. R. *et al.* Perceived discrimination, race and health in South Africa. *Soc. Sci. Med.* **67**, 441–452 (2008).
4. Chen, D. & Yang, T. C. The pathways from perceived discrimination to self-rated health: An investigation of the roles of distrust, social capital, and health behaviors. *Soc. Sci. Med.* **104**, 64–73 (2014).
5. Kessler, R. C., Mickelson, K. D. & Williams, D. R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *J. Health Soc. Behav.* **40**, 208–230 (1999).
6. Chia-Chen Chen, A., Szalacha, L. A. & Menon, U. Perceived Discrimination and Its Associations With Mental Health and Substance Use Among Asian American and Pacific Islander Undergraduate and Graduate Students. *J. Am. Coll. Heal.* **62**, 390–398 (2014).
7. Schulz, A. J. *et al.* Discrimination, symptoms of depression, and self-rated health among African American women in Detroit: Results from a longitudinal analysis. *Am. J. Public Health* **96**, 1265–1270 (2006).
8. Wamala, S., Merlo, J., Boström, G. & Hogstedt, C. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J. Epidemiol. Community Health* **61**, 409–415 (2007).
9. Alemu, T., Biadgilign, S., Deribe, K. & Escudero, H. R. Experience of stigma and discrimination and the implications for healthcare seeking behavior among people living with HIV/AIDS in resource-limited setting. *SAHARA J J. Soc. Asp. HIV/AIDS Res. Alliance / SAHARA , Hum. Sci. Res. Counc.* **10**, 1–7 (2013).
10. Mohseni, M. & Lindstrom, M. Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Soc. Sci. Med.* **64**, 1373–83 (2007).
11. Ahmed, S. M., Adams, A. M., Chowdhury, M. & Bhuiya, A. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh. *Soc. Sci. Med.* **51**, 361–371 (2000).
12. Burgess, D. J., Ding, Y., Hargreaves, M., van Ryn, M. & Phelan, S. The association between perceived discrimination and underutilization of needed

- medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. *J. Health Care Poor Underserved* **19**, 894–911 (2008).
13. Hahn, H. D. The politics of physical differences: Disability and discrimination. *J. Soc. Issues* **44**, 39–47 (1988).
  14. Snyder, L. A., Carmichael, J. S., Blackwell, L. V., Cleveland, J. N. & Thornton, G. C. Perceptions of discrimination and justice among employees with disabilities. *Empl. Responsib. Rights J.* **22**, 5–19 (2010).
  15. Li, L. & Moore, D. Acceptance of disability and its correlates. *J. Soc. Psychol.* **138**, 13–25 (1998).
  16. Turner, R. J., Lloyd, D. A. & Taylor, J. Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabil. Psychol.* **51**, 214 (2006).
  17. Bernabe-Ortiz, A., Diez-Canseco, F., Vásquez, A. & Miranda, J. J. Disability, caregiver’s dependency and patterns of access to rehabilitation care: results from a national representative study in Peru. *Disabil. Rehabil.* 1–7 (2015). doi:10.3109/09638288.2015.1051246
  18. Parker, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad. Saude Publica* **28**, 164–9 (2012).
  19. Jones, E. E., Scott, R. A. & Markus, H. *Social Stigma: The psychology of marked relationships. Contemporary Sociology* **14**, (1985).
  20. Greenwald, A. G. & Pettigrew, T. F. With malice toward none and charity for some: ingroup favoritism enables discrimination. *Am. Psychol.* **69**, 669–84 (2014).
  21. Allport, G. W. *The Nature of Prejudice. Canadian Psychology* **35**, (1954).
  22. Alvarez-Galvez, J. & Salvador-Carulla, L. Perceived Discrimination and Self-Rated Health in Europe: Evidence from the European Social Survey (2010). *PLoS One* **8**, (2013).
  23. Ensher, E., Grant-Vallone, E. & Donaldson, S. Effects of perceived discrimination on job satisfaction, organizational commitment, organizational citizenship behavior, and grievances. *Hum. Resour. Dev. Q.* **12**, 53–72 (2001).
  24. Gouvier, W. D., Sytsma-Jordan, S. & Mayville, S. Patterns of discrimination in hiring job applicants with disabilities: The role of disability type, job complexity, and public contact. *Rehabil. Psychol.* **48**, 175–181 (2003).
  25. Baldwin, M. L., Marcus, S. C. & De Simone, J. Job loss discrimination and former substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* **110**, 1–7 (2010).
  26. Smart Richman, L., Pek, J., Pascoe, E. & Bauer, D. J. The effects of perceived

- discrimination on ambulatory blood pressure and affective responses to interpersonal stress modeled over 24 hours. *Health Psychol.* **29**, 403–411 (2010).
27. Kumar, S., Mohanraj, R., Rao, D., Murray, K. R. & Manhart, L. E. Positive Coping Strategies and HIV-Related Stigma in South India. *AIDS Patient Care STDs* **29**, 157–163 7p (2015).
  28. Utsey, S. O., Ponterotto, J. G., Reynolds, A. L. & Cancelli, A. A. Racial Discrimination, Coping, Life Satisfaction, and Self-Esteem Among African Americans. *J. Acad. Mark. Sci.* **78**, 72–80 (2000).
  29. Fine, M. & Asch, A. Disability beyond stigma: Social interaction, discrimination, and activism. *J. Soc. Issues* **44**, 3–21 (1988).
  30. Wu, Q., Morgan, P. L. & Farkas, G. Does Minority Status Increase the Effect of Disability Status on Elementary Schoolchildren’s Academic Achievement? *Remedial Spec. Educ.* **35**, 366–377 (2014).
  31. Anastasiou, D. & Kauffman, J. M. Disability as Cultural Difference: Implications for Special Education. *Remedial Spec. Educ.* **33**, 139–149 (2012).
  32. Kassam, A., Williams, J. & Patten, S. Perceived discrimination among people with self-reported emotional, psychological, or psychiatric conditions in a population-based sample of Canadians reporting a disability. *Can. J. Psychiatry* **57**, 102–110 (2012).
  33. Barker, R. G. The Social Psychology of Physical Disability. *J. Soc. Issues* **4**, 28–38 (2010).
  34. United States Access Board. *Americans with Disabilities Act and Architectural Barriers Act Accessibility Guidelines*. Washington, DC (2004).
  35. United Nations Educational, S. and C. O. Integrated Strategy to Combat Racism, Discrimination, Xenophobia and Intolerance. *Web* (2003). Available at: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/fight-against-discrimination/strategy/>. (Accessed: 15th August 2016)
  36. Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad. CONADIS. *Web* Available at: <http://www.conadisperu.gob.pe/>.
  37. República del Perú. *Ley N°29973 Ley General de la Persona con Discapacidad y su Reglamento*. (2012).
  38. Lauver, D. A theory of care-seeking behavior. *Image J Nurs.Sch.* **24**, 281–287 (1992).
  39. Facione, N. The Triandis model for the study of health and illness behavior: A social behavior theory with sensitivity to diversity. *Adv. Nurs. Sci.* 49–58 (1993).
  40. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. Social Learning Theory and

- the Health Belief Model. *Heal. Educ. Behav.* **15**, 175–183 (1988).
41. Ajzen, I. & Fishbein, M. Theory Of Reasoned Action / Theory Of Planned Behavior. *Soc. Psychol. (Gott)*. **2007**, 67–98 (1980).
  42. Smith-McLallen, A., Fishbein, M. & Hornik, R. C. Psychosocial determinants of cancer-related information seeking among cancer patients. *J. Health Commun.* **16**, 212–225 (2011).
  43. Alonzo, A. A. The impact of the family and lay others on care-seeking during life-threatening episodes of suspected coronary artery disease. *Soc. Sci. Med.* **22**, 1297–1311 (1986).
  44. Benner, J. S. *et al.* Bother related to bladder control and health care seeking behavior in adults in the United States. *J. Urol.* **181**, 2591–2598 (2009).
  45. Gesler, W. M. & Meade, M. S. Locational and population factors in health care-seeking behavior in Savannah, Georgia. *Health Serv. Res.* **23**, 443–62 (1988).
  46. Al-Mandhari, A., Al-Adawi, S., Al-Zakwani, I., Al-Shafae, M. & Eloul, L. Impact of geographical proximity on health care seeking behaviour in northern oman. *Sultan Qaboos Univ. Med. J.* **8**, 310–318 (2008).
  47. Bailey, E. J. Sociocultural factors and health care-seeking behavior among black Americans. *J. Natl. Med. Assoc.* **79**, 389–92 (1987).
  48. Murphy, J. Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Heal. Expect.* **9**, 49–59 (2006).
  49. Eide, A. H. *et al.* Perceived barriers for accessing health services among individuals with disability in four African countries. *PLoS One* **10**, (2015).
  50. Unesco. Asia and Pacific Regional Bureau for Education. *Promoting health-seeking behaviours and quality of care among men who have sex with men and transgender women : evidence from 5 provinces in Thailand.*
  51. Blas, M. M. *et al.* Effect of an online video-based intervention to increase HIV testing in men who have sex with men in Peru. *PLoS One* **5**, (2010).
  52. Ministerio de Salud del Perú. *Resolución jefatural N° 0172-2007/SIS.* (2007).
  53. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad - 2012.* (2012).
  54. Madans, J. H., Loeb, M. E. & Altman, B. M. Measuring disability and monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the work of the Washington Group on Disability Statistics. *BMC Public Health* **11 Suppl 4**, S4 (2011).
  55. Center for Disease Control and Prevention. Washington Group - Short Set of Questions on Disability. (2010).

56. Gordon, D. Census based deprivation indices: their weighting and validation. *J. Epidemiol. Community Health* **49 Suppl 2**, S39–S44 (1995).
57. Hoffman, J. M. *et al.* Effect of communication disability on satisfaction with health care: A survey of medicare beneficiaries. *Am. J. Speech-Language Pathol.* **14**, 221–228 (2005).
58. Omotoso, O. Accessibility to medical facilities in the rural areas of Ekiti state, Nigeria. *African Res. Rev.* (2009).
59. Gannon, B. & Nolan, B. The impact of disability transitions on social inclusion. *Soc. Sci. Med.* **64**, 1425–1437 (2007).

## TABLAS Y GRAFICOS

**Tabla 1 Características generales de las personas con discapacidad.**

Variable	n=22413	%*
<b>Edad (años)</b>		
18-24	812	3.4
25-39	2006	8.5
40-64	6955	30.4
65 o más	12640	57.7
<b>Sexo</b>		
Masculino	9969	44.8
Femenino	12444	55.2
<b>Estado civil</b>		
No casado	11215	49.7
Casado	11150	50.3
<b>Nivel educativo</b>		
Sin nivel	5604	22.5
Primaria	9652	42.4
Secundaria	4640	22.5
Superior	2471	12.6
<b>Tipo de discapacidad<sup>†</sup></b>		
Física	15055	67.1
Visual	13008	56.9
Auditiva	8121	36.6
Comunicativa	2551	11.6
Cognitiva	6479	30.7
<b>Dependencia de un cuidador</b>		
No	13251	58.6
Si	9157	41.4
<b>Enfermedades crónicas</b>		
No	11377	49.2
Si	11036	50.8
<b>Número de discapacidades</b>		
1	7993	35.1
2	6891	30.5
3 o más	7529	34.4
<b>Seguro de salud</b>		
No	7973	35.8
Si	14425	64.2
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Bajo	8162	31.3

	Medio	6962	31.6
	Alto	7289	37.1
<b>Área</b>			
	Urbano	17179	78.0
	Rural	5234	22.0
<b>Percepción de discriminación</b>			
	No	17944	81.2
	Yes	4452	18.8
<b>Búsqueda de atención médica</b>			
	No	3784	15.3
	Sí	18621	84.7

\* Porcentajes ponderados.

† Los resultados no suman 22413 porque una persona puede tener más de una discapacidad.



**Tabla 2** Asociaciones bivariadas entre búsqueda de atención médica y las variables de estudio

Variables	Buscó atención médica		RP*	p
	No n (%)	Si n (%)		
<b>Percepción de discriminación</b>				
No	2818 (13.9)	15120 (86.1)	Referencia	
Yes	963 (21.2)	3488 (78.8)	1.52	<0.001
<b>Edad (años)</b>				
18-24	627 (22.4)	184 (77.6)	Referencia	
25-39	1568 (21.4)	438 (78.6)	0.95	0.661
40-64	5673 (17.1)	1279 (82.9)	0.76	0.007
65 o más	10753 (13.0)	1883 (87.0)	0.58	<0.001
<b>Sexo</b>				
Femenino	2002 (14.6)	10435 (85.4)	Referencia	
Masculino	1782 (16.1)	8186 (83.9)	1.1	0.019
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Alto	752 (8.6)	6532 (91.4)	Referencia	
Medio	1084 (14.3)	5877 (85.7)	1.66	<0.001
Bajo	1948 (24.2)	6212 (75.8)	2.81	<0.001
<b>Área</b>				
Urbana	2269 (11.2)	14903 (88.8)	Referencia	
Rural	1515 (29.6)	3718 (70.4)	2.64	<0.001
<b>Dependencia<sup>†</sup></b>				
No	2396 (16.3)	10850 (83.7)	Referencia	
Sí	1388 (13.9)	7767 (86.1)	0.85	0.001

<b>Enfermedades crónicas</b>				
No	2479 (20.3)	8895 (79.6)	Referencia	
Sí	1305 (10.3)	9726 (89.7)	0.51	<0.001
<b>Número de discapacidades</b>				
1	1351 (15.2)	6640 (84.8)	Referencia	
2	1181 (16.0)	5708 (84.0)	1.05	0.337
3 o más	1252 (14.7)	6273 (85.3)	0.97	0.589
<b>Seguro de salud</b>				
No	2148 (24.8)	5821 (75.2)	Referencia	
Sí	1633 (10.0)	12789 (90.0)	0.41	<0.001

\* RP: Razón de prevalencias. Los cálculos se realizaron con la categoría “No” como desenlace. Las prevalencias calculadas están ajustadas por el tipo de muestreo.

† Dependencia de otra persona para las actividades de vida diaria

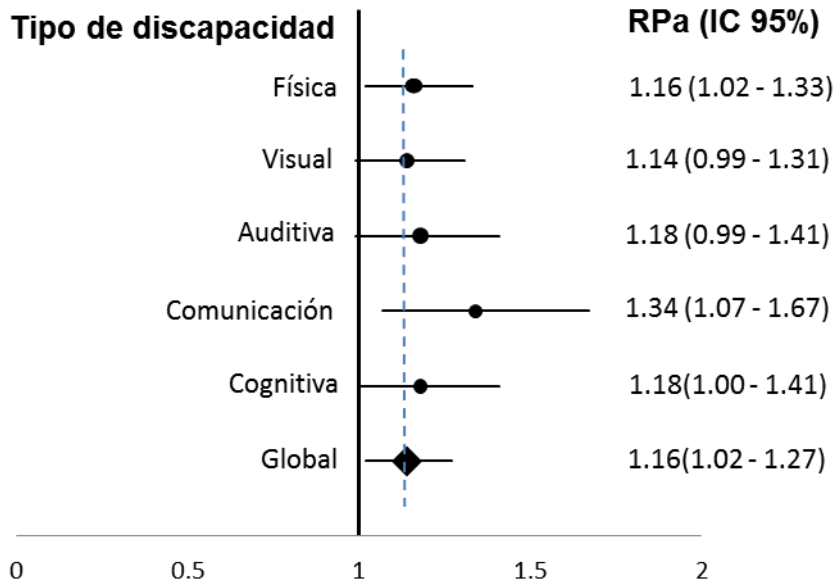
**Tabla 3: Razones de prevalencia ajustadas de búsqueda de atención médica.**

Variables	Modelo 1*			Modelo 2*			Modelo 3*		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
<b>Percepción de discriminación</b>									
No	Referencia			Referencia			Referencia		
Si	1.13	(1.01 - 1.26)	0.031	1.47	(1.31 - 1.64)	<0.001	1.15	(1.04 - 1.28)	0.010
<b>Nivel educativo</b>									
Sin nivel	Referencia			Referencia			Referencia		
Primaria	0.82	(0.74 - 0.90)	<0.001	-	-	-	0.83	(0.75 - 0.91)	<0.001
Secundaria	0.72	(0.62 - 0.82)	<0.001	-	-	-	0.72	(0.62 - 0.83)	<0.001
Superior	0.67	(0.54 - 0.83)	<0.001	-	-	-	0.67	(0.54 - 0.84)	<0.001
<b>Seguro de salud</b>									
No	Referencia			Referencia			Referencia		
Si	0.44	(0.40 - 0.49)	<0.001	-	-	-	0.45	(0.41 - 0.49)	<0.001
<b>Nivel socioeconómico</b>									
Alto	Referencia			Referencia			Referencia		
Medio	1.47	(1.28 - 1.68)	<0.001	-	-	-	1.43	(1.25 - 1.63)	<0.001
Bajo	2.03	(1.76 - 2.34)	<0.001	-	-	-	1.93	(1.68 - 2.23)	<0.001
<b>Área</b>									
Urbana	Referencia			Referencia			Referencia		
Rural	2.13	(1.87 - 2.44)	<0.001	-	-	-	1.97	(1.71 - 2.26)	<0.001

<b>Dependencia</b>									
No				Referencia			Referencia		
Si	-	-	-	0.81	(0.74 - 0.90)	<0.001	0.82	(0.75 - 0.89)	<0.001
<b>Enfermedades crónicas</b>									
No				Referencia			Referencia		
Si	-	-	-	0.52	(0.47 - 0.58)	<0.001	0.72	(0.65 - 0.81)	<0.001
<b>Número de discapacidades</b>									
1				Referencia			Referencia		
2	-	-	-	1.10	(0.99 - 1.22)	0.087	1.08	(0.98 - 1.20)	0.129
3 o más	-	-	-	1.09	(0.96 - 1.25)	0.174	1.07	(0.94 - 1.21)	0.340

\* Cada uno de los modelos está ajustado por las variables mostradas en sus respectivas columnas. Además, los modelos 1 y 3 están ajustados por edad y sexo. Para todos los modelos, el desenlace es “No buscar atención médica”

**Figura 1. Razones de prevalencia ajustadas (RPa) de búsqueda de atención médica según el tipo de discapacidad\***



\* Las variables están ajustadas por edad, sexo y las variables mostradas en la Tabla 3.

**Tabla S1: Análisis de sensibilidad de percepción de discriminación en personas que señalaron no necesitar atención médica.**

<b>Percepción de discriminación</b>	Modelo crudo	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
RP	1.45	1.09	1.40	1.13
IC 95%	1.31 -1.60	1.00 - 1.20	1.27 - 1.55	1.03 - 1.24
p	<0.001	0.062	<0.001	0.013

**Tabla S2 Evaluación de modificación de efecto para la asociación entre búsqueda de atención médica y percepción de discriminación**

Interacciones	Coeficiente	p
<b>Posesión de seguro</b>		
Discriminación*Seguro	0.0679	0.546
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Discriminación*Tercil 2	-0.2262	0.232
Discriminación * Tercil 3	-0.2759	0.145
<b>Área</b>		
Discriminación *Rural	-0.1050	0.352
<b>Dependencia</b>		
Discriminación *Dependencia	0.0343	0.724

\* Cada variable ha sido evaluada en un modelo separado usando el modelo 3 de la tabla 3

**Tabla S3 Evaluación de modificación de efecto de tipo de discapacidad para la asociación entre búsqueda de atención médica y percepción de discriminación**

	Coeficiente	p
<b>Percepción de discriminación</b>		
Si	0.231	0.043
<b>Tipo de discapacidad</b>		
Visual	0.215	0.008
Auditiva	0.131	0.298
Comunicación	0.351	0.078
Cognitiva	0.419	0.013
<b>Interacción</b>		
Si*Visual	-0.083	0.662
Si*Auditiva	-0.128	0.593
Si*Comunicación	-0.301	0.389
Si*Mental	-0.01	0.974