

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**La percepción de las personas con discapacidad visual  
sobre la atención a la salud durante la pandemia de COVID-19**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD**

P R E S E N T A :

**DIANA WENDOLIN CLEMENTE GONZÁLEZ**

DIRECTORA

**MTRA. CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ**

Ciudad de México, octubre de 2024.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

#### DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

## Dedicatoria

En este momento significativo con profundo amor y gratitud dedico este trabajo a:

Lucy y José, mis padres, por su apoyo incondicional, sacrificio y dedicación a mi educación, que han sido pilares fundamentales en mi crecimiento y desarrollo.

Mi abuelita Josefina, cuya presencia en mi vida ha sido un regalo invaluable, guía y apoyo desde mi niñez.

Mi esposo, por su paciencia, motivación y amor constante, que me han impulsado a superar obstáculos y alcanzar mis objetivos.

Y a Dios por su presencia en mi vida y por la inspiración que me ha brindado durante esta investigación.

A todos ellos, gracias por creer en mí y apoyarme en cada paso del camino.

## Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por la oportunidad de realizar mis estudios y proporcionar una sólida formación académica, así como los recursos y herramientas necesarios para mi desarrollo profesional.

Expreso mi más profundo agradecimiento a la Dra. Alejandra Gabriela Rivera Quintero, a la Dra. Roselía Arminda Rosales Flores y al Dr. Miguel Ángel Godínez Gutiérrez por su generosa colaboración como lectores de mi tesis. Su revisión cuidadosa y comentarios constructivos han enriquecido significativamente mi investigación. Agradezco su tiempo, esfuerzo y compromiso con la excelencia académica.

Con gran afecto agradezco a la Mtra. Claudia Alicia López Ortiz, por su dirección y mentoría en mi tesis. Su capacidad para hacerme crecer como investigadora y profesional ha sido invaluable, proporcionándome herramientas y conocimientos que han enriquecido significativamente mi trabajo. Agradezco su tiempo, esfuerzo y dedicación, así como su apoyo, motivación y confianza, que han sido fundamentales para la realización de este proyecto.

Además, quiero expresar mi gratitud al programa de Letras Habladas por su apoyo y colaboración en esta investigación. Su contribución ha sido crucial para el desarrollo de mi trabajo.

También agradezco al Mtro. Juventino Jiménez Martínez por su valioso apoyo en la difusión y orientación de esta investigación. Su experiencia y conocimiento han sido de gran beneficio para mí.

Este trabajo es el resultado de esfuerzo, dedicación y pasión. Agradezco a todos aquellos que me han acompañado en este camino y espero que esta investigación sea un aporte significativo para el avance del conocimiento.

## Índice

Introducción .....	5
Planteamiento del problema.....	7
Objetivos .....	11
Justificación .....	12
I Marco teórico-referencial.....	13
<i>La discapacidad</i> .....	13
La discapacidad visual.....	17
<i>El sistema de salud mexicano</i> .....	22
<i>La pandemia por COVID-19</i> .....	33
II Marco metodológico .....	37
C III Resultados .....	44
IV Análisis y discusión.....	80
V Conclusiones y reflexiones finales.....	82
Referencias documentales .....	88
ANEXOS .....	93
Anexo I.....	94
Anexo II.....	100

## Introducción

A finales del 2019 la pandemia por SARS-CoV-2 generó una crisis mundial, la cual dejó impactos sanitarios, sociales y económicos que afectaron a millones de personas. En México, a mediados del mes de marzo de 2020, la Secretaría de Salud anunció la fase 2 de la contingencia sanitaria, la cual venía acompañada de una serie de medidas de distanciamiento, confinamiento y restricción laboral de actividades no esenciales con la idea de mitigar el contagio, pues cada día se incrementaba la demanda de los servicios de atención a la salud. Derivado de esta problemática, la presente tesis se centra en conocer cuál es la percepción de las personas con discapacidad visual respecto al acceso en los servicios de atención, prevención y promoción de salud durante la pandemia de COVID-19. Desde el marco de los derechos, se realiza esta investigación que surge de la idea de reconocer las condiciones que enfrentaron las personas con discapacidad visual para la atención de su salud en los servicios sanitarios, cuando estos fueron rebasados por la pandemia, para ello se aplicó una encuesta a 15 participantes y dos entrevistas a profundidad para la recolección de percepciones, las cuales muestran las necesidades no atendidas en las que puede coadyuvar el campo de Promoción de la salud.

Esta investigación reconoce que las condiciones del entorno social no son accesibles para las personas con discapacidad visual existiendo barreras estructurales, que van desde infraestructura en los espacios públicos hasta culturales, lo que impide que las personas con discapacidad visual puedan ejercer su autonomía; ello se expresa en particular en la falta del acceso a los servicios de atención a la salud, educación, empleo, así como el uso de espacios públicos y plataformas digitales.

Si bien, la pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido un impacto significativo en la atención en los servicios de prevención y promoción de la salud para todos los grupos sociales, para las personas con discapacidad este impacto ha sido aún más desfavorable que para el resto de la población.

Siendo que el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos hace mención sobre los derechos de todas las personas y la obligación del Estados para garantizar la igualdad en términos de protección y no discriminación, sin distinción de condiciones.

Por lo tanto, se debe asegurar la comunicación en salud, así como el acceso a los servicios de salud sean accesibles a todas las personas y que los servicios de atención incluyan a las personas con discapacidad, bajo la idea de misma atención a misma problemática. A través de un enfoque de derechos que reduzca la vulnerabilidad y promueva la inclusión para garantizar la igualdad de condiciones.

A pesar de que ya existen investigaciones sobre este tema de interés, el presente se centra en exponerlo desde la propia vivencia de los participantes, lo que hace evidente que se ha hecho muy poco para satisfacer las necesidades en salud, y aún más en temas de gran impacto como la pandemia por SARS-CoV-2 y el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad visual.

## Planteamiento del problema

Esta investigación tiene como objetivo analizar la percepción de las personas con discapacidad visual en lo referente al acceso a los servicios de atención, prevención y promoción de la salud durante la pandemia de COVID-19.

Desde marzo de 2020, en América Latina y el Caribe se viene enfrentando una crisis sanitaria, social y económica debida a la enfermedad de COVID-19. “Esta crisis ha profundizado las desigualdades ya existentes en los países, ha revelado hasta qué punto están excluidos los grupos más vulnerables de la población y ha visibilizado la urgencia de incluir a las personas con discapacidad en las medidas de política pública que se tomen a corto, mediano y largo plazo” (Cecchini, 2020).

En este sentido, la pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido un impacto significativo en la atención de los servicios, la prevención y promoción de salud y para las personas con discapacidad. Por lo tanto, es importante asegurar la comunicación en salud, así como el acceso a los servicios de salud sean accesibles a todas las personas y que los servicios de atención por contagio de COVID-19 incluyan a las personas con discapacidad, bajo la idea de misma atención a misma problemática.

Mediante un comunicado emitido por la Organización de las Naciones Unidas ONU, se menciona que las personas con discapacidad se ven impactadas de manera desproporcionada debido a las barreras actitudinales, el entorno e institucionales que se reproducen en la respuesta de COVID-19. Además, muchas personas con discapacidad tienen problemas de enfermedad que las hacen más susceptibles de contraer el virus y de experimentar síntomas más graves al infectarse, conduciendo a tasas elevadas de mortalidad en este grupo. De igual manera, menciona que durante la crisis de COVID-19, las personas con discapacidad que dependen de apoyos cotidianos pueden encontrarse aisladas e imposibilitadas de sobrevivir durante las medidas de encierro (ONU, 2020).

En el caso de México, se implementó una estrategia de mitigación que consistía en tratar de evitar que se rebasara la capacidad sanitaria ante un

incremento en la demanda de servicios hospitalarios. Dicha estrategia parte de la idea de que una pandemia no puede contenerse y, por tanto, busca reducir sus impactos negativos. (Instituto Belisario Domínguez, 2020). De igual manera, la llegada de la enfermedad a México trajo consigo que se tomaran algunas medidas para evitar la propagación, como la Jornada Nacional de Sana Distancia, se llamaba a la población a iniciar una cuarentena, evitando contacto social, asimismo, se suspendieron actividades no esenciales como las actividades económicas, las clases escolares en todos los niveles, y se acuñó la frase “quédate en casa” (Cruz y Valencia, 2020).

En palabras del Dr. Hugo López Gatell, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud:

En un modelo de mitigación no existe aspiración alguna de que se va a poder contener el traspaso o la propagación del agente infeccioso y, entonces, a lo que se aspira es a canalizar los aspectos para mitigar el daño, reducir la velocidad de transmisión, proteger a las poblaciones más vulnerables, garantizar la pronta y eficaz atención médica de los casos y hacer los estudios de contacto que permitan interrumpir cadenas de transmisión a partir de los casos (Instituto Belisario Domínguez, 2020, pp. 2-3).

Por otro lado, en el año 2006, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que en América Latina vivían aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad, de las cuales solo 2% encontraban respuestas a sus necesidades (Amate y Vázquez, 2006). De igual manera, Según información emitida por la (OMS) se expresa que:

Las personas con discapacidad afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios y presentan peores resultados sanitarios y académicos, un menor grado de participación en la economía y tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad. Además, hay más del doble de probabilidades de que declaren que las instalaciones de los centros de salud donde son atendidas y las competencias de sus proveedores de salud son insuficientes para responder a sus necesidades, casi el triple de probabilidades de que refieran episodios de denegación de asistencia

sanitaria y el cuádruple de probabilidades de que afirmen que alguna vez se las ha tratado mal (2014, pp. 1-2).

En este sentido, podemos decir que antes de que se desencadenara la pandemia de COVID-19 las personas con discapacidad ya se encontraban en desventaja con relación al acceso a los servicios de salud. De acuerdo con Meresman:

La falta de autonomía incrementa y genera situaciones en el contexto de la pandemia como: cumplir con las medidas básicas de higiene limitada por la falta de accesibilidad física, el uso de mascarilla limita a la comunicación de personas sordas, así como a las personas ciegas al tener contacto físico con su entorno como parte de su movilización (2020, pp. 7-8).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, para el 2020 en México habían 6,179,890 personas con algún tipo de discapacidad, lo que representa el 4.9 % de la población total del país, de los cuales el 44% corresponde a personas con discapacidad visual. De ellas 53 % son mujeres y 47 % son hombres.

Por lo tanto, al mirar en retrospectiva las medidas sanitarias implementadas por la Secretaría de Salud, se puede considerar que dentro de su planeación no se pensó en la población de las personas con discapacidad, puesto que se asumió que todas las personas tienen las mismas condiciones físicas para seguir las medidas higiénicas y sanitarias. Asimismo, no parece que se hayan considerado las condiciones materiales de vida de las personas con discapacidad cuando se les indicaba “mantener la sana distancia”.

De acuerdo con la CEPAL, en los hogares que tienen personas con discapacidad, el hacinamiento es una barrera a la hora de aplicar las medidas de prevención que se deben tomar para evitar contagiarse por SARS-CoV-2. Para las personas con discapacidad no es fácil mantener el distanciamiento físico, puesto que presentan distintos grados de

dependencia y, por tanto, necesitan de personas que les brinden apoyo. (2021, pp. 2-3).

En términos de las dificultades encontradas en la atención de una pandemia en el área de la salud, según Meresman:

Las personas con discapacidad consideran que están viviendo una situación peor que antes de la crisis por SARS-CoV-2. Al valorar el acceso a servicios de consulta y atención a la salud, el 40.9% de las personas con discapacidad visual consideran que el acceso y atención a la salud es mala (2020, pp. 7-8).

Lo que implica que las personas con discapacidad experimentaron condiciones desfavorables no inclusivas durante la pandemia de COVID-19.

De igual manera, en el 2021, Ching-Wong mencionaba que:

Alrededor de 70 millones de personas con discapacidad experimentan discriminaciones múltiples y estas han empeorado a raíz de la crisis sanitaria de COVID-19, pues las personas con discapacidad visual son las más afectadas de manera económica y social, ya que sus labores económicamente productivas se ven limitadas debido al confinamiento (p. 2).

Considerando lo antes mencionado, en este trabajo la pregunta de investigación se centra en reconocer ¿cuál es la percepción de las personas con discapacidad visual respecto al acceso en los servicios de atención, prevención y promoción de salud durante la pandemia de COVID-19?

Continuando en la misma dirección, el objetivo general de esta investigación es analizar la percepción de las personas con discapacidad visual sobre la calidad del acceso a los servicios de atención a la salud durante la pandemia por SARS-CoV-2.

## **Objetivos**

Para alcanzar el objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Explorar la percepción que tienen las personas con discapacidad visual sobre la atención en los servicios de salud antes y después de la pandemia de COVID-19,
- Diferenciar la percepción sobre los servicios de atención a la salud entre las personas ciegas y las personas con baja visión en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.
- Identificar la percepción de la calidad de los servicios de atención a la salud de las personas con discapacidad visual durante la pandemia de COVID-19.

## Justificación

La discapacidad visual en la actualidad sigue siendo considerada fuera de la normalidad y por ello sigue siendo motivo de discriminación, bajo la idea de que las PCDV no se pueden desarrollar de manera “normal” y con ello se impide el desarrollo pleno de sus derechos.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a través del Censo de Población y Vivienda 2020, indica que, de los 126 millones de habitantes en la Ciudad de México, cerca de 800,000 personas padecen alguna discapacidad, de entre los cuales el 26.4 % presentan discapacidad visual.

Es por ello que el tema de interés de esta investigación es este grupo que, si bien, se ha volteado a ver en otras investigaciones se ha hecho muy poco para cubrir sus necesidades, aún más en temas de gran impacto en la atención en el sistema de salud, lo cual se hizo más evidente con la pandemia de COVID-19.

De acuerdo con lo antes mencionado, se debe garantizar el acceso a los servicios de salud a cualquier ciudadano, ya que este es un derecho mencionado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En cuanto a las PCD la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad menciona que “Los Estados Parte reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna”.

Por ello, esta investigación pretende dar cuenta de la experiencia de personas con discapacidad, específicamente de tipo visual (ceguera y baja visión), siendo este un grupo vulnerable desde antes de la pandemia; en este sentido, frente a un fenómeno de salud de que tuvo consecuencias a nivel mundial, se puede inferir que se dejaron (y se siguen dejando) de lado sus necesidades e incluso, en esta situación, se infiere que sus problemáticas se agravaron aún más.

## I Marco teórico-referencial

### ***La discapacidad***

Según la Organización Mundial de la Salud la discapacidad es definida como "cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad, en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano" (2012, p 2). En este sentido, Cáceres (2004), entiende como deficiencia toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, y según esta clasificación pueden ser: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, auditivos, visuales, físicas y motoras.

Para este estudio es importante abordar los modelos sobre la concepción de la discapacidad para comprender la transición histórica del mismo, en palabras de Cáceres (2004) el modelo médico-rehabilitador considera la discapacidad como un problema causante de una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados encaminados a una mejora, en el que se señala al cuerpo normalizado frente a uno estigmatizado, debido a prejuicios y estereotipos de lo que se considera "diferente".

Asimismo, menciona que, desde el modelo social de la discapacidad, se considera como un problema de origen social, centrado en la integración de las personas en la sociedad.

En este sentido, el modelo social defiende que "la concepción de la discapacidad es una construcción social impuesta, una visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico" (Verdugo, 2001, p 1). Es decir, desde esta perspectiva se considera que la discapacidad está dada por las barreras que existen en la sociedad para el desarrollo de los sujetos y no por la condición misma de la persona.

Desde el modelo constructivista de la discapacidad, Verdugo lo define como "el significado y consecuencias de la misma, de acuerdo con las actitudes,

prácticas y estructuras institucionales más que por las deficiencias en sí [...] reduciendo al máximo las barreras físicas y sociales que limitan a los individuos con deficiencias” (2001, pp. 1-2). En este entendido, el modelo social se hace cargo de las barreras actitudinales a las que se enfrentan las personas con discapacidad, intentando y hace evidente la experiencia estigmatizante y discriminatoria que el modelo médico había instalado anteriormente.

Finalmente, desde el año 2001, la discapacidad como concepto se concibe como un asunto intersectorial y, por tanto, se deja de lado el modelo teórico unidireccional de la Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías de 1981, y se asume el modelo dinámico multidimensional de la Clasificación internacional del funcionamiento, de la salud y discapacidad (Jiménez, 2001). En este sentido, la discapacidad adquiere un rol más positivo, dejando de ser sinónimo de enfermedad.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la discapacidad:

Es un problema mundial de salud pública porque las personas con discapacidad en cualquier momento de la vida afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios de salud y otros servicios conexos, como los de rehabilitación, y presentan peores resultados sanitarios que las personas sin discapacidad[...] La discapacidad es igualmente una cuestión de derechos humanos porque adultos, adolescentes y niños con discapacidad son objeto de estigmatización, discriminación y desigualdad, sufren múltiples violaciones de sus derechos, en especial de su dignidad, por ejemplo, en forma de violencia, abusos, prejuicios o falta de respeto en razón de su discapacidad, y además se les niega la autonomía (2014, pp. 4-5).

Se entiende que en este momento histórico nos encontramos en una lucha por la igualdad de derechos, la integración y la inclusión de las personas con discapacidad. Cáceres (2004) menciona que “las restricciones impuestas a las personas con discapacidad no son una consecuencia directa de su

deficiencia sino producto del ambiente social que no los tiene en cuenta” (2004, p. 2).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, existen barreras específicas para que las personas con discapacidad tengan la posibilidad de expresar sus opiniones y buscar, recibir y difundir información e ideas en pie de igualdad con las demás personas y por los canales de comunicación que elijan. (2014, p 3).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en su Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014):

En México, hay cerca de 120 millones de personas, donde el 6% de la población total tiene algún tipo de discapacidad. De esta población, el 58.3% tiene discapacidad motriz; el 27.2% visual; el 12.1% auditiva; 8.3% de lenguaje; y el resto en mental y cognitiva. Las principales causas de la discapacidad en el país son las enfermedades (41.3%) y la edad avanzada (33.1%). Las personas con discapacidad visual son las que más asisten a la escuela (42.4%) entre la población de 3 a 29 años. El 39.1% de la población con discapacidad de 15 años y más participa en actividades económicas frente a 64.7% de su contraparte sin discapacidad. La principal fuente de ingresos de las personas con discapacidad que laboran son: sus trabajos (40.2%), los programas sociales de gobierno (39%), por jubilación o pensión (21.6%) y por ayuda de terceras personas (12.9%) (ver Tabla 1). Siendo la discapacidad visual, la segunda más común en México con el 32.7% (INEGI en Pérez, 2017. p 48).

Tabla 1. Porcentaje de población con discapacidad, por actividad con dificultad, 2014 y 2018.

	Actividad con dificultad	2014 (%)	2018 (%)	
	Caminar, subir o bajar usando sus piernas	50.2	52.7	
	Ver (aunque use lentes)	39.2	39.0	
	Mover o usar brazos o manos	17.0	17.8	
	Aprender, recordar o concentrarse	19.0	19.1	
	Escuchar (aunque use aparato auditivo)	19.0	18.4	
	Bañarse, vestirse o comer	14.0	13.8	
	Hablar o comunicarse	11.4	10.5	
	Problemas emocionales o mentales	11.7	11.9	

Fuente: INEGI, en Pérez, 2017.

Dada la diversidad de tipos de discapacidad, cada una de ellas presenta retos distintos para resolver las barreras, en este estudio se abordará lo referente a la discapacidad visual.

## **La discapacidad visual**

Como se mencionó en el párrafo anterior, para fines de esta investigación nos centraremos en abordar la discapacidad visual: ceguera y baja visión.

De acuerdo con el informe mundial de la visión de la OMS:

Se estima que en el mundo hay alrededor de 2,200 millones de personas con deterioro de la visión cercana o distante. Al menos en el 50% de ellos, el deterioro visual podría haberse evitado. Entre esos casos se encuentran aquellos debido a errores de refracción no corregidos (88,4 millones), cataratas (94 millones), glaucoma (7,7 millones), opacidades corneales (4,2 millones), retinopatía diabética (3,9 millones) y tracoma (2 millones), así como deterioro de la visión cercana causado por presbicia no corregida (826 millones) (Ching-Wong, 2021, p 2).

De igual manera, de acuerdo con los Datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2014, muestran que “los hogares en los que residen integrantes con discapacidad suelen gastar más en promedio, en el rubro de salud que hogares donde no residen personas con discapacidad” (ENIGH (2014) en: SEDESOL, 2016, p. 37). De acuerdo con la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2020 “las mujeres conforman el 86% de las personas empleadas en el sector del cuidado –declarado esencial por el gobierno en el contexto de pandemia”, pensado particularmente en esta crisis mundial, además de la desigualdad económica, la mujer presenta mayor grado de exposición a contraer el virus, ya que recae en ella gran parte de la responsabilidad, lo que las coloca en desventaja sobre el cuidado de su salud, en comparación con los hombres, estos sin considerar a las mujeres con discapacidad visual al cuidado de otro familiar.

Es importante reconocer las distinciones entre las dos vertientes que engloba la discapacidad visual, ceguera y baja visión. Por décadas el concepto ceguera ha sufrido adaptaciones y modificaciones, desde el campo legal, político y laboral "la ceguera corresponde a las categorías 3, 4 y 5 de

severidad de la discapacidad visual. De manera que ceguera corresponde a una Agudeza Visual (AV) menor a 20/400 hasta No Percepción Luminosa (NPL)" (Suárez, 2011) (ver Tabla 2).

Tabla 2. Categorías de discapacidad visual OMS.

Categoría	Agudeza visual (AV) lejana	
	AV menor a:	AV igual o mayor a:
0: discapacidad visual leve o sin discapacidad	No aplica	6/18
		3/10 (0.3) 20/60
1: discapacidad visual moderada	6/18 (metros)	6/60 (metros)
	3/10(0.3)	1/10 (0.1)
	20/60 (pies)	20/200 (pies)
2: discapacidad visual severa	6/60 (metros)	3/60 (metros)
	1/10 (0.1)	1/20
	20/200 (pies)	20/400 (pies)
3: ceguera	3/60	1/60 (cuenta dedos a 1 metro)
	1/20 (0.05)	1/50 (0.02)
	20/400	5/300 (20/1200)
4: ceguera	1/60 (cuenta dedos a 1 metro)	Percepción de luz
	1/50 (0.02)	
	5/300 (20/1200)	
5: ceguera	No percepción de luz	
9	Indeterminado o no especificado	

Fuente: Suárez, J. "Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de tema", 2011.

De igual manera, el concepto de baja visión ha sufrido cambios, para la Sociedad Panamericana de Baja Visión "una persona con esta condición es aquella que no puede corregir su visión a pesar del uso de lentes comunes, lentes de contacto, medicamentos o después de una intervención quirúrgica en los ojos, dificultando la vida de la persona y de sus actividades cotidianas" (2014, p 27). De igual manera, según Suárez (2011) el término baja visión

se toma como equivalente de baja visión funcional, concepto utilizado en encuestas poblacionales y como término en el contexto de los servicios en baja visión.

El abordaje teórico para esta investigación se apega a la perspectiva crítica del campo de la promoción de la salud, en este sentido, se iniciará por la percepción la cual hace referencia a concepción del cuerpo “normalizado” frente a uno “estigmatizado” como el de las personas con discapacidad visual. Curioso define que “la percepción forma parte del aprendizaje del “ser y estar” del individuo en relación al mundo físico y social que lo rodea” (2014, p. 6). En este sentido, si nos referimos a las personas con discapacidad visual, podemos decir que su concepto de percepción está basado en lo que es tangible para ellos, por lo tanto, el sentido del tacto, olfato, oído y gusto; conjugan su realidad “su ser y su estar”.

De igual manera, Paterson (2006) plantea que debido a la existencia en el imaginario social de una noción jerárquica de los sentidos en la que la visión ocupa el lugar central, el acceso a la realidad, tal cual es, solo es posible a través de la vista. En este sentido, al percibir nuestro entorno este determina nuestra forma de pensar y de reconocer el mismo, por lo tanto, en el caso de las personas con discapacidad visual podemos decir que el contacto primordial con el entorno físico se realiza a través del sentido del tacto, seguido del sentido auditivo

Para las personas con discapacidad visual se considera al sistema háptico como el de mayor importancia, pues a través de este, los individuos con esta condición interaccionan con el medio. Desde esta lógica, se termina con la jerarquía la cual coloca en primer lugar al sentido de la vista en comparación con el sentido del tacto.

De acuerdo con Ballesteros:

A través del sentido del tacto activo se puede extraer con rapidez precisión gran cantidad de información sobre los objetos [...] Mientras que la visión está especializada en la aprehensión de sus propiedades estructurales (forma, tamaño) el tacto lo está en la aprehensión de propiedades de la sustancia (dureza, textura). Se destaca la importancia de la mano como sistema experto y sobre todo el movimiento positivo de los dedos cuando realizan ciertos procedimientos exploratorios para captar diferentes propiedades de los objetos (1993, p 311).

Asimismo, de acuerdo con Hernández:

Algunas de las barreras con las que se encuentran las personas con baja visión es la atención constante de un médico para mantener estable la salud en general, oftalmología, psicología, educación y rehabilitación en baja visión, así como tomar en cuenta aspectos psicosociales: actitudes, intolerancia a la diferencia, asociación de la ceguera, lástima, ocultamiento vergonzante y negación fallida; barreras sociales como: desconocimiento de los derechos de las personas y negación del servicio (1999, p. 15).

Asimismo, según Marín (2009) existen herramientas ópticas que sirven de apoyo a las personas con baja visión: el uso de lupas para aumentar el tamaño de las letras u objetos, lentes esféricos, microscopios o telescopios, así como el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), las cuales facilitan la adaptación en la vida cotidiana, sin embargo, el uso de estas herramientas se ven limitadas debido al alto costo y la falta de portabilidad para su uso.

De acuerdo con Díaz:

A nivel social, las barreras en el acceso a los espacios públicos, a los servicios y a los recursos generan situaciones de exclusión, perpetuando relaciones de dependencia y limitaciones en el acceso a la salud, educación, recreación y al ámbito laboral, entre otros espacios vitales (2019, p. 9).

De igual manera, Oviedo menciona que existen distintas barreras para las personas con discapacidad visual como:

La falta de conocimiento y entrenamiento en la temática de los profesionales de la salud, los cuales son vitales para iniciar con el proceso de inclusión social [...] Las barreras reportadas por las personas con baja visión relacionadas con el temor a los estereotipos o los estigmas asociados a la discapacidad, pues de alguna u otra manera ponen en evidencia que aún subsiste la postura de la discapacidad como sinónimo de invalidez, imposibilidad, entre otros, lo cual juega un papel fundamental en el refuerzo de la minusvaloración y por lo tanto, en el mantenimiento de la discriminación. Los desafíos que enfrentan las personas con discapacidad visual son multifacéticos y complejos, los cuales a su vez reflejan normas socioculturales profundamente arraigadas que son difíciles de eliminar, como el estigma que conlleva la discapacidad. En algunos estudios se relaciona con personas que mostraron una renuencia a etiquetarse como “ciegos” o “personas con discapacidad visual”; las personas con baja visión ven la ceguera como la ausencia total de la vista y, por eso, no sienten que deban aceptar la identidad de ser ciegos debido a su visión restante (2019, p. 52).

Asimismo, de acuerdo con la Secretaría Del Desarrollo Social (SEDESOL, 2016) las personas con discapacidad no tienen garantía en su participación en el mercado laboral, en el acceso a la educación, en la atención en los servicios de salud, en la accesibilidad a servicios, medios de transporte y vialidades. Además, debido a la percepción errónea que se tienen sobre las Personas Con Discapacidad (PCD), se considera que sus labores socialmente productivas son casi inexistentes, por lo cual se inhibe la demanda en el mercado laboral.

Es decir, la falta de un entorno accesible, así como de políticas encaminadas a mejorarlo, genera desigualdad en el acceso a la infraestructura en el ámbito laboral, social, educativo y en la atención en los servicios de salud, lo que deja a las personas con discapacidad fuera de la participación igualitaria y llevando consigo un problema claro de exclusión.

Entendiendo la accesibilidad, según Miranda como:

La condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes y servicios, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en

condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible, la cual implica adecuar la tecnología, los objetos y los entornos para su beneficio, basado en un “diseño para todos” o también llamado “diseño universal”, lo que permite reflexionar sobre la accesibilidad y políticas de inclusión para las personas con discapacidad visual (Miranda (2007). Curioso, 2014, p. 17).

Por lo anterior, es importante reconocer que las condiciones del entorno no satisfacen las necesidades de las PCDV, ya que no son accesibles, lo que impide que puedan ejercer su autonomía. Ello se expresa en particular en el acceso a los servicios de atención a la salud, educación, empleo, así como el uso de espacios públicos y plataformas digitales.

### ***El sistema de salud mexicano***

Para contextualizar la prestación de servicios de salud, es importante profundizar en el sistema mexicano de salud, el cual está conformado por dos sectores, el sector público y el sector privado.

Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros; y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Gómez y Col, 2011).

A finales del 2019 dentro del sector público, en el que se atiende a la población abierta, se llevó a cabo la suspensión, en algunas de las entidades federativas, del Seguro Popular y la puesta en marcha del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como parte de la reforma ante la nueva política

para la universalización de los servicios de salud a través de la modificación de la Ley General de Salud:

Que estableció que a partir del 1 de enero de 2020, la desaparición del Seguro Popular y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Con ello, termina formalmente la aplicación de una política de paquetes segmentados de atención y garantizar el acceso universal a la salud. Esta acción dio pauta a plantear la federalización de los Servicios de Salud Estatales en un plazo de dos años y la unificación de sistemas de Seguridad Social con el sector público, que en un principio se concibió como una integración, pero muy pronto tuvo que convertirse en una articulación colaborativa, incluyendo al sistema IMSS-Bienestar (Tetelboin, 2020, p. 4).

En lo que respecta a la cobertura del Seguro Popular según Tamez y Eibenschutz (2008), se pueden encontrar numerosas irregularidades e incongruencias. Las conclusiones a las que llegaron dichos autores fue que los estados más pobres tienen menor cobertura efectiva y los que destinan más gasto público a salud tienen mayor cobertura efectiva.

Lo que supone que el sistema de salud mexicano no estaba preparado para atender a la población tras la pandemia de COVID-19, pues se estaba iniciando la reforma cuyo brazo operativo es INSABI y se esperaba su completa instauración en 2 años, al mismo tiempo tuvo inicio la pandemia, por lo que el gobierno de México no esperaba atender una emergencia sanitaria y a la par llevar una transformación política en los estados de mayor pobreza, en los que hay mayor exposición al riesgo, tanto por la falta de empleos formales, falta al acceso a la seguridad social, los niveles de desnutrición, la falta de calidad en los espacios de vivienda, la falta de servicios básicos (agua, luz y drenaje), aunado a como ya se explicó anteriormente, escasez de servicios de salud efectivos.

Asimismo, el sistema de salud de México se divide en tres niveles de atención: nivel primario, nivel secundario y nivel terciario, “entendiendo como

niveles de atención a una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (García, 2006, pp. 12).

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, es decir, el de primer contacto. Este permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, clínicas, centros de salud, etc.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen (Vignolo, 2011, p. 11).

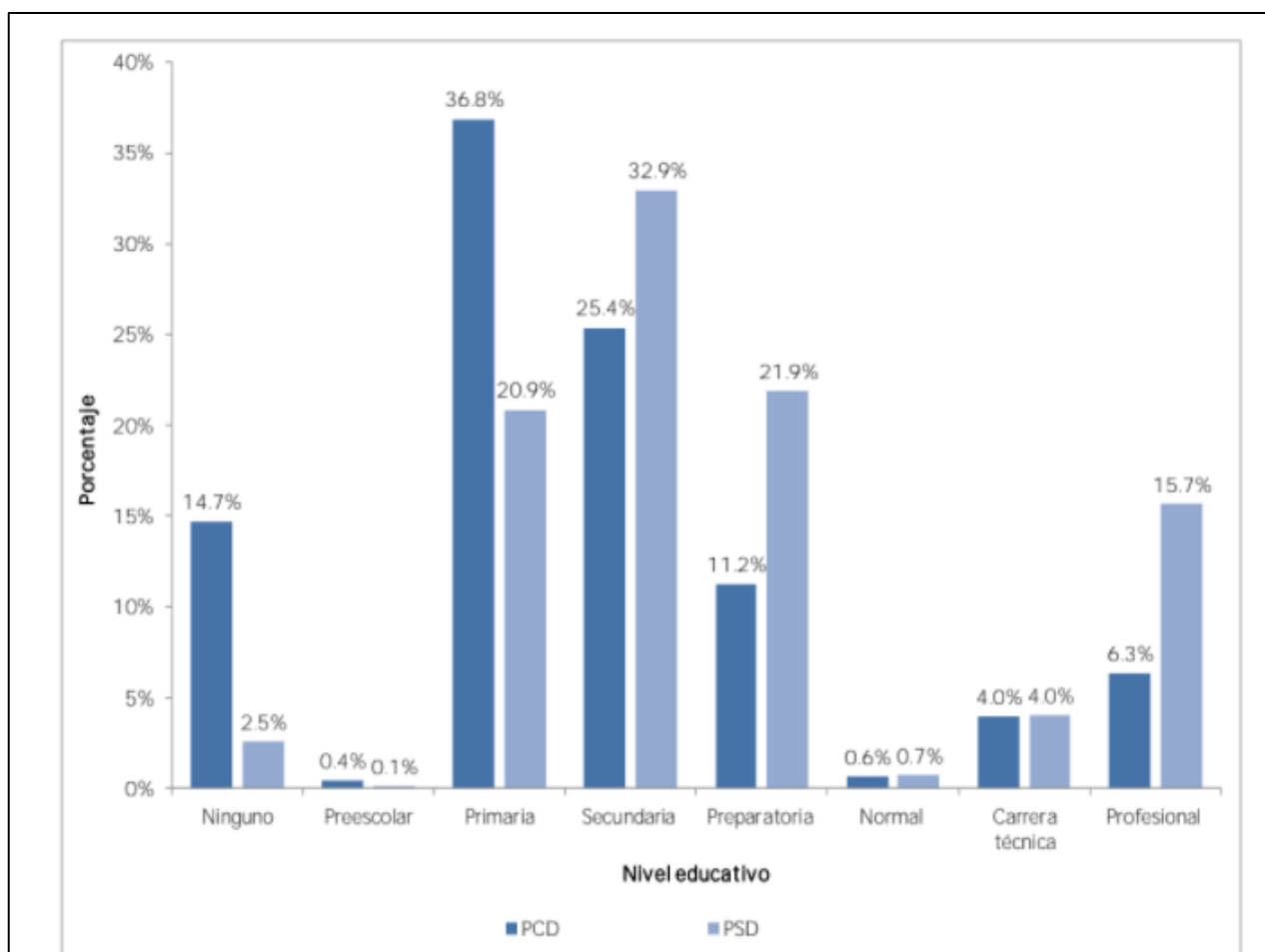
Por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud no está en condiciones de responder totalmente a las demandas y necesidades de servicios de salud de la población, ni de alcanzar la universalidad de los servicios de salud con la efectividad que se requiere. El enfoque preventivo no ha sido suficiente para responder a los retos que resultan de la transición epidemiológica que afecta actualmente a la población mexicana (Hernández, 2013, pp. 13).

Más aún, en palabras de Gómez “en México hay más de 30 millones de personas sin protección social en salud. Esta población recurre, para atender sus necesidades de salud, a los servicios de la Secretaría de Salud (SSa). Alrededor de 24 millones se consideran responsabilidad de la SSa y alrededor de siete millones se atienden en las unidades del programa IMSS - O” (2011, p. 5).

Sin embargo, para las personas con discapacidad es casi imposible acceder a estos servicios de seguridad social, pues estos son prestaciones para personas que cuentan con un empleo formal. De acuerdo con SEDESOL:

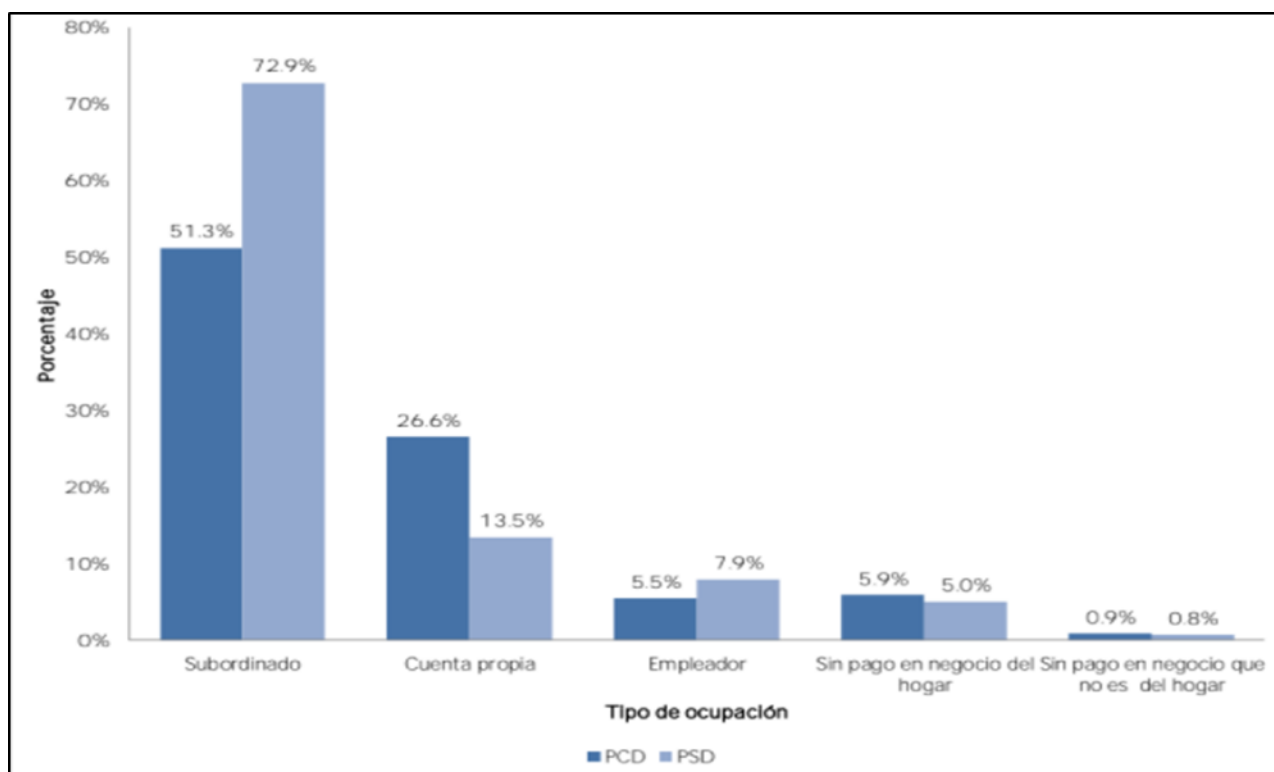
Las personas con discapacidad (PCD) tienen una menor probabilidad que el resto de la población de insertarse en el mercado de trabajo, y si lo hacen usualmente reciben un menor salario que las personas sin discapacidad (PSD) en ocupaciones similares. La participación dentro del mercado de trabajo, así como el tipo de ocupación y nivel salarial, se encuentran parcialmente determinados por los niveles educativos que se obtienen previamente. Sin embargo, en este tema se enfrentan limitaciones en términos de accesos físicos a escuelas, falta de planes educativos específicos (que fomenten las capacidades individuales) y personal adecuadamente capacitado para la enseñanza a PCD (2016, p 28). (Ver Tablas 3 y 4).

Tabla 3. Población de 14 a 59 años por condición de discapacidad y nivel educativo.



Fuente: DGAP con datos del MCS-ENIGH 2014.

Tabla 4. Comparativo por tipo de ocupación de personas con discapacidad.



Fuente: DGAP con datos del MCS-ENIGH 2014.

Dado lo anterior, se demuestra que este grupo poblacional se sitúa en desventaja para su inserción en el mercado laboral, lo que repercute de manera directa en la accesibilidad de los servicios de salud.

Adicionalmente, Loprest y Maag identificaron que:

En el momento del ciclo de vida las personas adquirieron la condición de discapacidad puede ser determinante, ya que aquellas personas que nacieron con una discapacidad, o adquirieron esa condición en edad temprana, podrían acumular menor capital humano y obtener empleos de menor calidad en comparación con las personas que adquirieron la discapacidad en edades más avanzadas. Este hecho, podría desincentivar su inversión en capital humano si no se cuenta con las condiciones necesarias para el correcto desarrollo educativo de las PCD, lo que a su vez reduce las posibilidades de mejores ingresos, durante la vida laboral (2016, p. 26).

En contraposición a lo que se viene señalando, de acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), se establece que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general [...] La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (1917, Art 4°).

En el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se señala que “los Estados Parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud” (ONU, 2006. Pp. 25-26).

Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate:

En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias; finalmente, la población con capacidad de pago (Gómez et al, 2011, p. 5).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud estima que:

En el mundo hay más de 1,000 millones de personas con discapacidad, alrededor de un 15% de la población mundial. La prevalencia de las discapacidades va en

aumento debido al envejecimiento de las poblaciones y al incremento mundial de las enfermedades crónicas, y es más elevada en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos. La discapacidad afecta de forma desproporcionada a las mujeres, las personas de edad y los pobres (OMS, 2014).

Mencionado lo anterior, se espera que la prevalencia de personas con algún tipo de discapacidad visual siga en aumento debido al deterioro de la visión y la falta de acceso y atención a la salud para esta minoría de la población.

Respecto al acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, “estas personas son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan algunos servicios, como la atención de salud primaria, la rehabilitación, y la asistencia y el apoyo. No todas las personas con discapacidad logran recibir la rehabilitación médica, dispositivos auxiliares necesarios, acceso a los servicios de bienestar social. Tanto el costo del acceso a los servicios de salud, como la ausencia de estos cerca de las áreas donde las personas con discapacidad residen, llevan a que estas personas no accedan a los centros de salud” (OMS, 2011).

De igual manera la Organización Mundial de la Salud indica que:

Las personas con discapacidad afrontan obstáculos generalizados para acceder a servicios como los de asistencia sanitaria (que engloban la atención médica, los tratamientos y las tecnologías auxiliares), educación, empleo y servicios sociales (lo que incluye vivienda y transporte). Estos obstáculos tienen orígenes diversos, por ejemplo: legislación, políticas y estrategias inadecuadas; insuficiente oferta de servicios; problemas en la prestación de servicios; desconocimiento e incompreensión de la discapacidad; actitudes negativas y discriminación; escasa accesibilidad; financiación insuficiente; y poca participación de las personas con discapacidad en decisiones que afectan directamente a su vida (2014, pp. 3-4).

En el año 2006, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), informó que en América Latina vivían aproximadamente 85 millones de personas con

discapacidad, de las cuales solo 2% encontraban respuestas a sus necesidades (Amate y Vázquez, 2006).

Del documento importado, en palabras de la Organización Mundial de la Salud menciona que:

Las personas con discapacidad afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios y presentan peores resultados sanitarios y académicos, un menor grado de participación en la economía y tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad. Además, hay más del doble de probabilidades de que declaren que las instalaciones de los centros de salud donde son atendidas y las competencias de sus proveedores de salud son insuficientes para responder a sus necesidades, casi el triple de probabilidades de que refieran episodios de denegación de asistencia sanitaria y el cuádruple de probabilidades de que afirmen que alguna vez se las ha tratado mal (2014, p. 1-2).

En este sentido, podemos decir que antes de que se desencadenara la pandemia por COVID-19, las personas con discapacidad ya se encontraban en desventaja social, laboral y en salud, frente al resto de la población. “Alrededor de 70 millones de personas con discapacidad experimentan discriminaciones múltiples y que estas han empeorado a raíz de la crisis sanitaria por COVID-19. Las personas con discapacidad visual son las más afectadas de manera económica y social, lo que repercute en sus labores económicamente productivas se ven limitadas debido al confinamiento” (Ching-Wong, 2021, p. 2). Es importante asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de atención a la salud, educación, el entorno laboral, familiar, comunitario y personal.

Meresman menciona:

Las personas con discapacidad consideran que están viviendo una situación peor que antes de la crisis por COVID-19. Al valorar el acceso a servicios de consulta y atención a la salud, el 40.9% de los encuestados valoró el acceso y atención como mala, respecto al área de educación, el 67.5% de los encuestados consideran que no se tomó en cuenta sus necesidades educativas (2020, p. 18).

En este sentido, la pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido un impacto significativo para las personas con discapacidad en la atención de los servicios, la prevención y promoción de salud. Por lo tanto, se debe asegurar que los mensajes de salud pública, así como el acceso a los servicios de salud sean accesibles a todas las personas. De acuerdo con Ruffinelli y Brito:

El aislamiento trajo consigo dificultades que se sumaron al peligro de ser contagiado. Desde la falta de cuidadores y las dificultades económicas formando un cóctel perfecto para comprometer aún más la salud emocional y la continuidad de los tratamientos de estas personas. [...] Mantener la distancia y quedarse en casa implica una des-socialización extrema que aumenta el riesgo de desorden en el ámbito psíquico y afectivo en las personas con discapacidad y de sus cuidadores ante la angustia de no poder continuar con sus procesos de rehabilitación y contención de los profesionales que los asisten y acompañan (2020. pp. 37-38).

Además, Meresman (2020), menciona que durante el contexto de la pandemia las personas con discapacidad no han podido llevar a cabo las medidas higiénicas, pues la falta accesibilidad física y estructural impide su autonomía, además dichas medidas colocan una nueva barrera. En el caso de las personas sordas el uso de mascarillas impide la comunicación o para las personas ciegas limitar el contacto con objetos y personas, lo que impide la realización de varias actividades ya que requieren del sentido del tacto para relacionarse con el entorno y es su principal medio para moverse.

Asimismo, en los hogares en los que habitan personas con discapacidad, el hacinamiento es una barrera a la hora de aplicar las medidas de prevención que se deben tomar para evitar contagiarse de COVID-19, según la CEPAL:

Para las personas con discapacidad no es fácil mantener el distanciamiento físico, puesto que presentan distintos grados de dependencia y, por tanto, necesitan de personas que les brinden apoyo [...] De igual manera, para cumplir estas medidas de prevención, la población debe tener acceso a agua potable en su vivienda, pues el lavado de manos debe

ser frecuente y se deben lavar y desinfectar los alimentos y otras cosas que ingresan al hogar. En lo que respecta a las personas con discapacidad, estas deben contar con dicho acceso siempre dentro de la vivienda, y el baño o el lavamanos no debe presentar barreras físicas de accesibilidad, además las personas ciegas o con baja visión que tienen la necesidad de tocar objetos para obtener información del entorno o que deben apoyarse físicamente en espacios de uso frecuente corren más riesgo de contraer el virus (2021, pp. 10-16).

En ese sentido, Según Figueroa (2021) a nivel Latinoamérica y el Caribe desde el año 2020 existe una red de gestión para las personas con discapacidad, la cual plantea que se debe atender de manera inmediata a esta población y brindar la atención sanitaria. Cabe mencionar que, para mantener informada a las personas con discapacidad auditiva se implementó en medios visuales la traducción en lengua de señas mexicanas, por medio de un intérprete, para que las personas sordas estuvieran informadas de la situación, sin embargo, en el caso de las personas ciegas esta inclusión no estuvo presente, pues la página oficial de la Secretaría de Salud SSa eran inaccesibles a la información, las medidas sanitarias no contemplaron sus necesidades: a través de la colocación de gel antibacterial con un letrero sin señalamientos en braille. Así como durante la fase de las vacunas, para combatir al COVID-19, en la que página oficial de la SSa no contempló sus necesidades, pues era completamente inaccesible para ellos.

### ***La pandemia por COVID-19***

A finales del 2019, “la pandemia por el virus SARS-CoV-2 se transformó en una crisis de escala mundial con profundos impactos sanitarios, sociales y económicos que afectan a millones de personas” (Meresman y Ullmann. p. 11). En este sentido, Barrietos y colaboradores, mencionan que “la salud pública representa un riesgo enorme debido a las carencias históricas del sistema social y de salud mexicano. Esta crisis, además, ha llevado a cuestionar la definición de prioridades sanitarias y de investigación” (2020. p.599).

De acuerdo con Escudero (2020), en México el primer caso detectado de SARS-CoV-2 ocurrió el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México, por lo que el 24 de marzo se anunció la fase 2 de la contingencia sanitaria, la cual venía acompañada de una serie de medidas de distanciamiento, confinamiento y restricción laboral de actividades no esenciales.

A partir del primer caso detectado en el país, a través de la Secretaría de Salud se implementó la Jornada Nacional de Sana Distancia, la cual incluyó estrategias preventivas para evitar un mayor número de contagios, de acuerdo con Orellana (2020), las medidas invitaban a la población al lavado constante de manos o el uso de gel antibacterial, el uso correcto de mascarillas, estornudo de etiqueta, mantener el distanciamiento social y quedarse en casa de ser necesario.

De igual manera, la Secretaría de Salud (2020), informó que el Estado implementaría el semáforo de riesgo epidemiológico, el cual consistió en un sistema de monitoreo para la regulación del uso del espacio público de acuerdo con el riesgo de contagio de COVID-19, dicho instrumento orientaba a la población sobre el riesgo de contraer el virus y la operación de actividades mediante indicadores de colores: rojo, anaranjado, amarillo y verde. El primero; indicaba a la población que, de ser posible, se quedara en casa operando solo en los espacios públicos quienes realizaban actividades económicas esenciales, el uso del de mascarilla o careta era obligatorio en todos los espacios públicos, en tanto que el sistema educativo en todos sus

niveles funcionaba bajo la nueva modalidad en línea. El color naranja; indicaba la reducción de movilidad comunitaria, permitiendo ya la operación de actividades económicas y sociales con aforo del 50% con el uso obligatorio de cubrebocas, las clases escolares seguían siendo virtuales. El amarillo aumentó la operación de actividades económicas y sociales con un aforo del 75% y se implementó el modelo educativo híbrido. El uso del cubrebocas era obligatorio en todos los espacios públicos cerrados, así como en el transporte público. El verde; ya sin restricciones de movilidad, la operación de actividades económicas y sociales se llevaban a cabo de manera habitual, el sistema educativo regresó a actividades presenciales aún con el uso de cubrebocas en las aulas, en espacios públicos cerrados y en el transporte público.

Ante estas medidas de prevención, mediante el uso del semáforo epidemiológico se invitaba a la población a mantener las medidas sanitarias, ya que el cambiar a color verde no significaba que no existiera riesgo de contagio elevado.

Al mismo tiempo, el Gobierno de la Ciudad de México colocó macro quioscos en distintos puntos de la ciudad, en los cuales se realizaban pruebas gratuitas para la detección temprana de SARS-CoV-2, para aquellas personas que cumplían con al menos 2 síntomas de la enfermedad y aquellas que hayan estado en contacto con una persona contagiada durante los últimos 15 días.

Tras poco más de un año de pandemia en México, se llevó a cabo la estrategia para la aplicación de la vacuna contra SARS-CoV-2:

Se analizaron los patrones de mortalidad, la complejidad logística y territorial y los niveles de aceptabilidad de la vacuna, se implementó la estrategia denominada “Edad-Mortalidad Municipal” que consistió en generar mayores beneficios en el menor tiempo posible. Los beneficios se midieron como número de muertes potencialmente evitadas. Esta estrategia ordenaba a los municipios por mortalidad acumulada por COVID-19 y permitió definir tres etapas

de priorización de la vacunación: inicial (50 municipios, que concentran el 52% de las muertes por COVID-19), intermedia (222 municipios, 33% de las muertes) y finalmente, (2,185 municipios, 15% de las muertes) [...] Todas las estrategias suponían que el personal de salud de primera línea de atención a COVID-19 sería vacunado primero y que el resto del personal de salud sería vacunado al mismo tiempo que las personas de 80 años y más (Bautista (2021). pp. 3-5).

Para la aplicación de la vacuna se tomó en cuenta como criterio de inclusión la mortalidad con respecto a la edad, sin tomar en cuenta la comorbilidad y mucho menos cualquier tipo de condición de discapacidad de la población.

En resumen, las estrategias implementadas durante la pandemia en México en el año 2020 a partir del primer caso detectado fueron el lavado constante de manos, uso de gel antibacterial, uso correcto de mascarilla, estornudo de etiqueta y uso de careta. Posteriormente, se recomendó mantener el distanciamiento social de 1.5 metros al interactuar con otras personas, el cual buscaba disminuir el número de contagios, al mismo tiempo, se suspendieron las actividades no esenciales, (cierres de escuelas, empleos, comercios de restaurantes, plazas comerciales, etc.). Más tarde se replanteó la clasificación de las actividades bajo las nuevas condiciones a más de un año de iniciada la pandemia, por lo tanto, la educación a partir del 30 de agosto de 2021 se sumó a las actividades esenciales, por lo que se realizaron modalidades híbridas ya que se planteó el regreso voluntario a las actividades presenciales. El cambio de color del semáforo epidemiológico permitió la reactivación de la economía, por lo que la actividad restaurantera podía ofrecer sus servicios, siempre y cuando cumpliera con un aforo limitado que se atendiera la medida de sana distancia de 1.5 m.

A partir del desarrollo de este apartado, se cuentan con elementos necesarios para suponer que las personas con discapacidad visual tuvieron desventajas en la implementación de las medidas sanitarias y en el acceso a servicios de salud durante la pandemia. Es evidente que no hay datos oficiales ni investigaciones académicas que demuestren cómo es que las personas con discapacidad visual experimentaron la pandemia y por ello, el valor de esta investigación consiste en brindar elementos para comprender

mejor cómo este grupo de la población valora los servicios de salud antes y durante la pandemia.

## II Marco metodológico

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, el desarrollo de esta investigación se basa en analizar las percepciones de un grupo de personas con discapacidad visual, cuyas opiniones aportan al conocimiento desde su experiencia y vivencia. De acuerdo con Balcázar (et al), “la investigación cualitativa, epistemológicamente, se ocupa de la construcción del conocimiento sobre la realidad social y cultural desde el punto de vista de quienes la producen y la viven” (2006, p. 7). Del mismo modo, Guerrero plantea que:

La investigación cualitativa se centra en comprender y profundizar los fenómenos, analizándolos desde el punto de vista de los participantes en su ambiente y en relación con los aspectos que los rodean. Normalmente es escogido cuando se busca comprender la perspectiva de individuos o grupos de personas a los que se investigará, acerca de los sucesos que los rodean, ahondar en sus experiencias, opiniones, conociendo de esta forma cómo subjetivamente perciben su realidad (2016, p. 3).

En ese sentido, este estudio busca exponer la percepción de un grupo de personas ciegas y con baja visión al respecto de su experiencia de atención y calidad en los servicios de salud antes y durante la pandemia.

Para fines de esta investigación, se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico, basada en la sección de un juicio subjetivo, es decir, que se considera como verídica la información recopilada. Alcanzándose el punto de saturación al llegar a las entrevistas.

De acuerdo con Rocco y Oliari (2007) existen alcances y limitaciones al aplicar este tipo de herramientas, en el primero, se encuentran: la fácil obtención de respuestas, la practicidad de encaminar las respuestas, así como la programación lógica de las preguntas lo que facilita el proceso de respuesta. Mientras que, en el segundo, se menciona que se encuentran la falta de acceso al internet lo que impide que la muestra sea heterogénea; el tipo de respuesta puede llegar a ser más corta en comparación con una entrevista de manera personal, así como una menor tasa de respuesta.

Por lo anterior, la elaboración de la encuesta online como alternativa metodológica, se planteó debido a que en el momento de elaboración de esta investigación, en noviembre de 2021, la pandemia por SARS-CoV-2, aún continúa activa, por lo que se consideró una herramienta útil con un mejor alcance y accesibilidad para las personas con discapacidad visual, además se buscaba abarcar distintas alcaldías de la Ciudad de México, distintos grupos etarios, así como personas ciegas y con baja visión. Sin embargo se logró abarcar 7 de las 16 alcaldías: Iztapalapa, Benito Juárez, Tláhuac, Iztacalco, Azcapotzalco, Álvaro Obregón, Venustiano Carranza y Tlalpan.

De igual manera, se contó con el apoyo del programa letras habladas de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, quienes colaboraron con el asesoramiento y piloteo del formulario, así como en la difusión del mismo. Ello permitió aproximarse a las percepciones de las personas con discapacidad sobre la atención de la salud dentro del sistema de salud, cuando las medidas sanitarias para combatir la pandemia eran más estrictas, por lo que se puede considerar una ventaja al realizar la investigación.

Por otro lado, las limitaciones de esta investigación son: la autoselección que parte de la confianza de que quienes responden cumplan a cabalidad los criterios de inclusión, otra limitación es que, al ser una aplicación online, se asume que las condiciones de vida no están tan precarizadas, ya que se debe contar con los aparatos y tecnología necesaria para los parlantes, por lo que se deja afuera a las PCD visual que tienen mayor vulnerabilidad económica. Cabe mencionar, que durante la aplicación del formulario fue necesario dar apoyo por llamada telefónica a dos personas con baja visión, ya que se les complicaba responder de manera autónoma el formulario online.

Los criterios de selección tomados en cuenta para las y los participantes son los siguientes: los sujetos de estudio deben ser personas con discapacidad visual, residentes de la Ciudad de México y con un rango de edad de los 18 años en adelante. No se aplicaron criterios de exclusión y eliminación.

Dado lo anterior, el muestreo se realizó en dos fases. Originalmente, se consideró aplicar una encuesta en línea a personas con discapacidad visual

(ciegas y con baja visión), pero una vez recopilada la información fue pertinente aplicar un par de entrevistas, debido a la aparición de nuevas ideas no contempladas en la encuesta.

Para la recolección de información del formulario online (ver anexo I) se difundido durante 45 días a través de redes sociales (facebook y correo electrónico y WhatsApp), fue aplicado por autoselección y autoaplicación, es decir, solo refleja el carácter de los cierta población que cuente con un aparato tecnológico, si bien, no representa a toda la población, brinda un panorama de la misma. No obstante, se contempló la posibilidad de que si alguna persona quería participar y le representaba una barrera acceder al cuestionario en línea, se le apoyaría a responder por llamada telefónica o de forma presencial. El instrumento constó de 40 preguntas divididas de 3 apartados con sus categorías, el primero, se enfoca en conocer los datos sociodemográficos de los encuestados; el segundo, hace referencia a las condiciones materiales de vida y, finalmente, el tercero, considera las acciones preventivas durante la pandemia por SARS-CoV-2, las condiciones de salud y atención a la salud. De los 40 reactivos, 30 corresponden a preguntas cerradas y 10 a preguntas abiertas. Dentro del mismo instrumento se solicitó la autorización y consentimiento informado de la persona encuestada para utilizar las respuestas con fines académicos y conservando el anonimato.

El número total de participaciones fue de 15 personas de las cuales 10 son ciegas y 5 con baja visión. De estas 7 mujeres y 8 hombres.

Como categorías de análisis, para la elaboración de las preguntas, se tomaron los conceptos de percepción, calidad y acceso. La primera, de acuerdo con Moscovici (1961), hace referencia a una serie de procesos de categorización, mediante el cual se clasifican las cosas y las personas, a través de lo que se conoce, se construye en el espacio social y este a su vez se transforma en realidades físicas, conceptos e imágenes. De igual manera, Gestalt plantea que:

La percepción es un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el

desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante (2004, p 89-90).

De igual manera, Cisneros (2010) menciona que el concepto de discapacidad subjetiva hace referencia a la incapacidad de una persona de tomar decisiones, debido a que se presupone que no posee inteligencia o esta tiene un defecto físico.

En cuanto a la segunda categoría, de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española RAE (2023), se define como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”.

Por último, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en términos de calidad se menciona que:

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados...La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser: Eficaz, seguro, centrado en las personas, oportuno, equitativo, integrado y eficiente (2024).

En cuanto a las personas con discapacidad Hernández (2004) menciona que estas constituyen un grupo minoritario en comparación con el resto de la población, lo que afecta su bienestar y calidad de vida. Entendiendo como bienestar a un valor mediante el cual todas las personas tienen a su alcance los medios para satisfacer sus necesidades. Por otro lado, el autor menciona que la calidad de vida es entendida como la satisfacción de las personas con condiciones de salud física y mental, la educación, la economía, la política y de los servicios en general. Para Martí y Sánchez “el hecho de ser ciudadano conlleva el derecho de la participación de actividades que integran el universo existencial humano, prerrequisito fundamental para la calidad de vida y promoción de la salud” (2016, p 2366). Por lo tanto, se debe considerar las necesidades de las personas dependiendo del contexto social en donde se encuentran, en especial, el de las personas con discapacidad, para garantizar su bienestar y su calidad de vida.

Dado que las encuestas en línea representan un desafío para las personas, en especial con alguna discapacidad visual, particularmente para que se expresen en las respuestas abiertas y que se reconoce el sesgo sobre la imposibilidad de verificar que los participantes tengan esta condición ya que es de auto aplicación, aprovechando que la medida de resguardo ante la pandemia por COVID ha cesado, se decidió implementar dos entrevistas a profundidad (ver anexo II) para indagar temas no abordados y profundizar en algunos rubros explorados en la encuesta.

De acuerdo con Sampieri:

El enfoque cualitativo mediante entrevistas se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos). También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades (2014. pp. 9-10).

De acuerdo con el autor al realizar preguntas abiertas, se recaban datos expresados a través del lenguaje escrito y verbal, por lo tanto, la investigación se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas.

Una vez aplicado el formulario online, se sistematizó la información para realizar el:

- Preguntas cerradas
- Preguntas abiertas

Para analizar las preguntas cerradas, se graficaron los resultados obtenidos de acuerdo a las siguientes categorías: 1. Datos *sociodemográficos* y 2. *Condiciones materiales de vida*.

En el caso de las preguntas abiertas, se sistematizó la información en las siguientes categorías y subcategorías: 1. *Obstáculos para el desarrollo personal*: obstáculos físicos; 2. *Obstáculos para el seguimiento de medidas*: obstáculos económicos, obstáculos culturales, obstáculos para la atención de la salud, obstáculos emocionales; 3. *Salud y atención en salud*:

emocionales, positivas, físicas, comunicación médico paciente, capacitación del personal de salud, relación médico paciente; 4. *Experiencia en los servicios de salud*: positivas, negativas, cultural, física, emocional, discriminación, cultural, atención y calidad de la atención; 5. *Discapacidad visual y servicios de salud*: atención, cultural, capacitación del personal, estructural, recomendaciones para el personal de salud, sensibilización, percepción de salud y mejoras en los servicios de salud.

Entre diciembre de 2022 y febrero de 2023 se aplicaron dos entrevistas a través de preguntas semiestructuradas. Se aplicaron a dos personas ciegas, un hombre y una mujer respectivamente, no se realizó la entrevista a más participantes debido a que no se encontraron más participantes. La discapacidad visual de uno de ellos fue de nacimiento y la del otro fue adquirida a corta edad. La finalidad de este instrumento fue el conocer las diferencias culturales aplicadas en su vida cotidiana, pues de acuerdo con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH):

La perspectiva de género nos ayuda a detectar cosas que pasan inadvertidas y que refuerzan la idea de que existen tareas que, supuestamente, “deben” desempeñar las personas dependiendo de si nacieron mujeres u hombres (roles de género). Asimismo, contribuye a ubicar y cuestionar las etiquetas que la sociedad coloca en cada persona (estereotipos de género) y que, junto con los roles de género, afectan el acceso a oportunidades y el disfrute de derechos de las personas de nuestros entornos familiar, laboral, comunitario y social (2019, p. 5).

Forma de sistematización para el análisis de las entrevistas:

- Preguntas semiestructuradas

Para el caso de entrevistas, se inició con la transcripción de las mismas y se procedió a sistematizar la información en el programa de Excel por categorías y subcategorías algunas ya preestablecidas y otras que

aparecieron a partir de la lectura de las transcripciones. Dicha sistematización es testimonial. Las categorías y subcategorías son las siguientes: 1. Cómo la adquirió; 2. Impacto de la discapacidad: desarrollo positivo, desarrollo negativo, educación positiva, educación negativa, relaciones sociales positivas, relaciones sociales negativas, relaciones de pareja y relaciones familiares; 3. Usos de los servicios de salud: cuáles servicios, antes de la pandemia, durante la pandemia, familiar, personal y amigos; 3. Dificultades: personal y acompañamiento; Atención COVID: cómo vivió la enfermedad y cómo fue atendido; 4. Padecimientos no COVID.

### III Resultados

Una vez sistematizada la información del formulario se clasificaron los resultados en los siguientes apartados: datos sociodemográficos y condiciones materiales de vida, obstáculos que dificultan el desarrollo y, finalmente, atención en salud. Para un mejor panorama de la información obtenida, se realizaron las siguientes fichas informativas:

Sujeto 1	
Edad:	De 36 a 45 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Preparatoria
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Venustiano Carranza

Sujeto 2	
Edad:	De 25 a 35 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Preparatoria
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Iztapalapa

Sujeto 3	
Edad:	De 25 a 35 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Posgrado
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Benito Juárez

Sujeto 4	
Edad:	De 36 a 45 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Maestría
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Iztapalapa

Sujeto 5	
Edad:	De 25 a 35 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Preparatoria
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Álvaro Obregón

Sujeto 6	
Edad:	De 36 a 45 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Preparatoria
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Iztapalapa

Sujeto 7	
Edad:	De 36 a 45 años
Estado Civil:	Casado
Escolaridad:	Licenciatura
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Tláhuac

Sujeto 8	
Edad:	De 36 a 45 años
Estado Civil:	Casado
Escolaridad:	Licenciatura
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Iztapalapa

Sujeto 9	
Edad:	De 18 a 24 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Preparatoria
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Iztacalco

Sujeto 10	
Edad:	De 25 a 35 años
Estado Civil:	Casado
Escolaridad:	Preparatoria
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Azcapotzalco

Sujeto 11	
Edad:	De 18 a 24 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Preparatoria
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Iztapalapa

Sujeto 12	
Edad:	De 25 a 35 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Licenciatura
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Benito Juárez

Sujeto 13	
Edad:	De 36 a 45 años
Estado Civil:	Casado
Escolaridad:	Licenciatura
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Iztapalapa

Sujeto 14	
Edad:	De 36 a 45 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Preparatoria
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Tlalpan

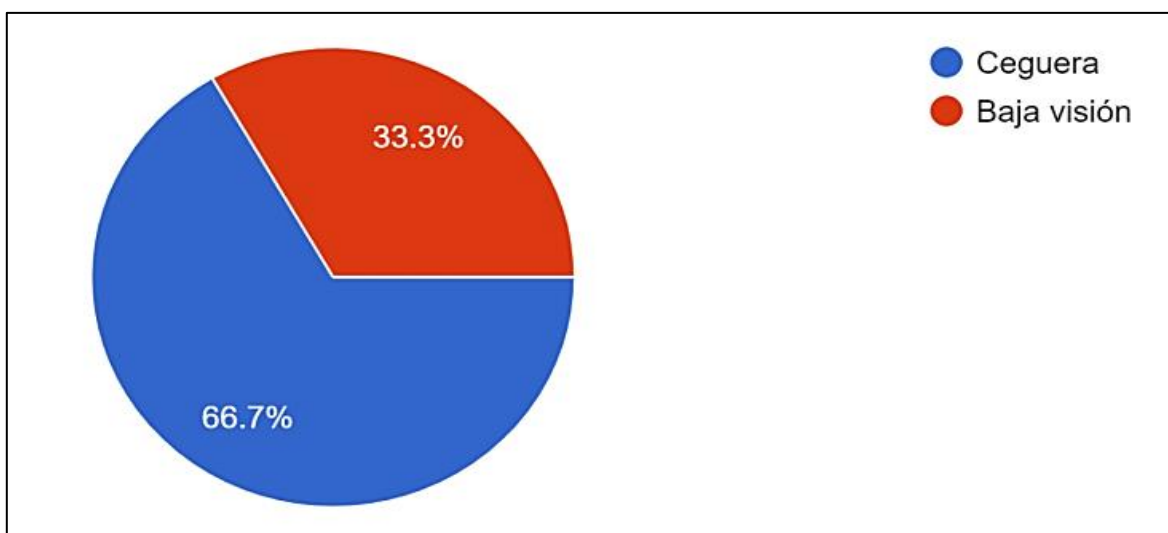
Sujeto 15	
Edad:	De 25 a 35 años
Estado Civil:	Soltero
Escolaridad:	Preparatoria
Lugar de residencia:	CDMX
Alcaldía:	Iztapalapa

### **Datos sociodemográficos y condiciones materiales de vida.**

Se encontró que de las 15 personas que participaron en la encuesta el 56.3 % corresponde a hombres y el 46.7 % a mujeres.

De estos participantes el 66.7% corresponde al grupo de personas ciegas y el 33.3% forma parte del grupo de personas con baja visión. (Ver gráfica 1). De este porcentaje de Personas Con Discapacidad (PCD) el 73.3% respondió que nació con su discapacidad, 13.3% adquirió su discapacidad por deterioro, finalmente, el 13.3%, lo adquirió debido a un accidente.

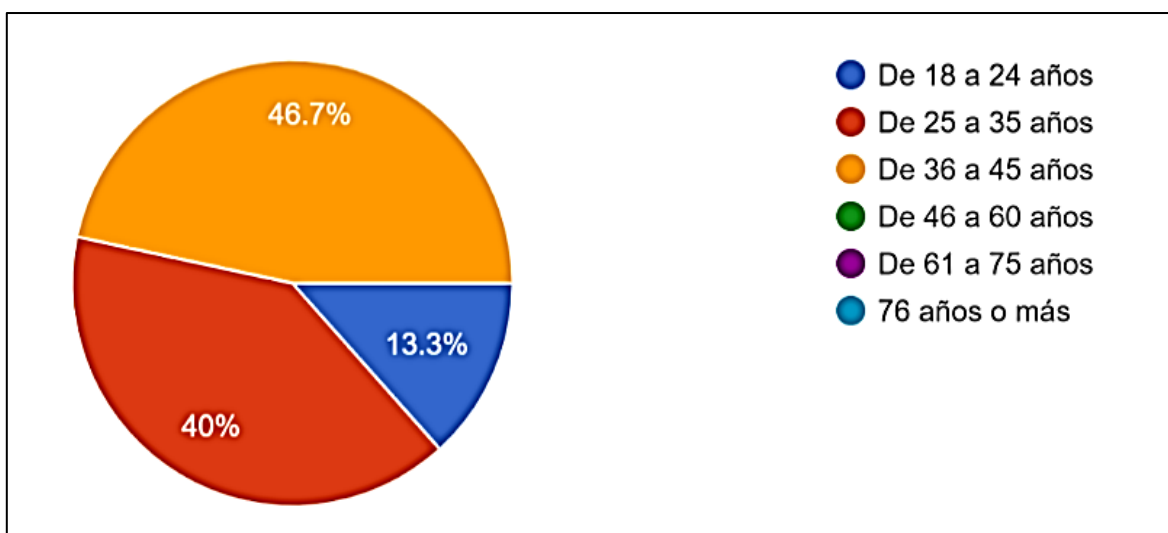
Gráfica 1. Porcentaje de personas ciegas y con baja visión



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 “prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México”.

En cuanto a la edad encuestados el 46.7% corresponde al rango entre los 36 y 45 años de edad, el 40% corresponde al grupo entre 25 y 35 años, finalmente, el 13.3% de los encuestados tienen entre 18 y los 24 años de edad (Ver gráfica 2). Respecto a su estado civil el 73.3% responde ser soltero y el 26.7% indica estar casado.

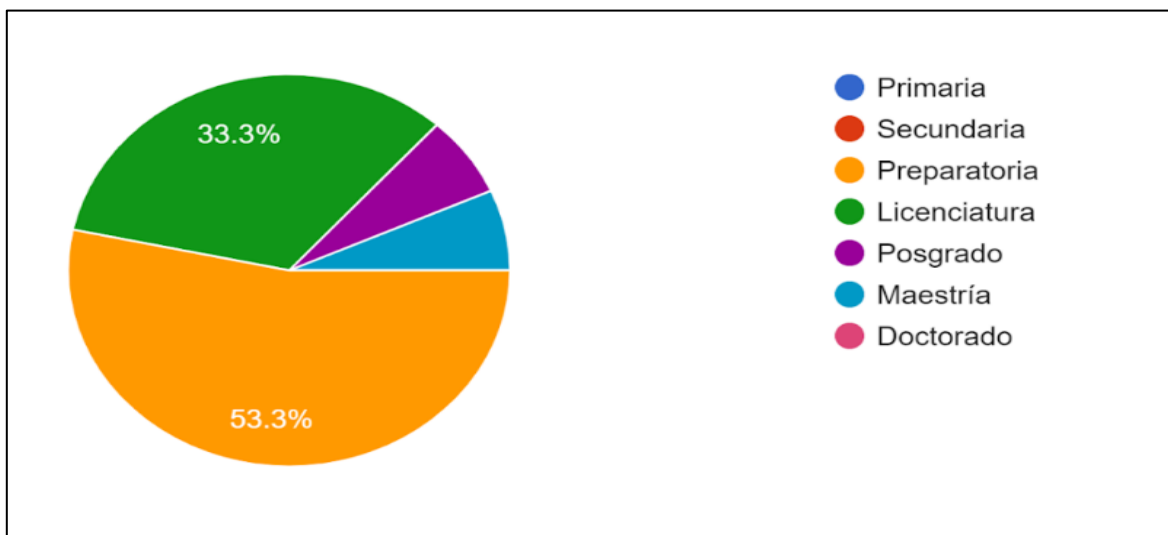
Gráfica 2. Edad.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 “prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México”.

Sobre el nivel educativo el 53.3% de los encuestados respondieron tener estudios a nivel preparatoria, el 33.3% dijo tener estudios a nivel licenciatura, 6.7% refirieron tener estudios de posgrado y 6.7% de maestría (Ver gráfica 3)

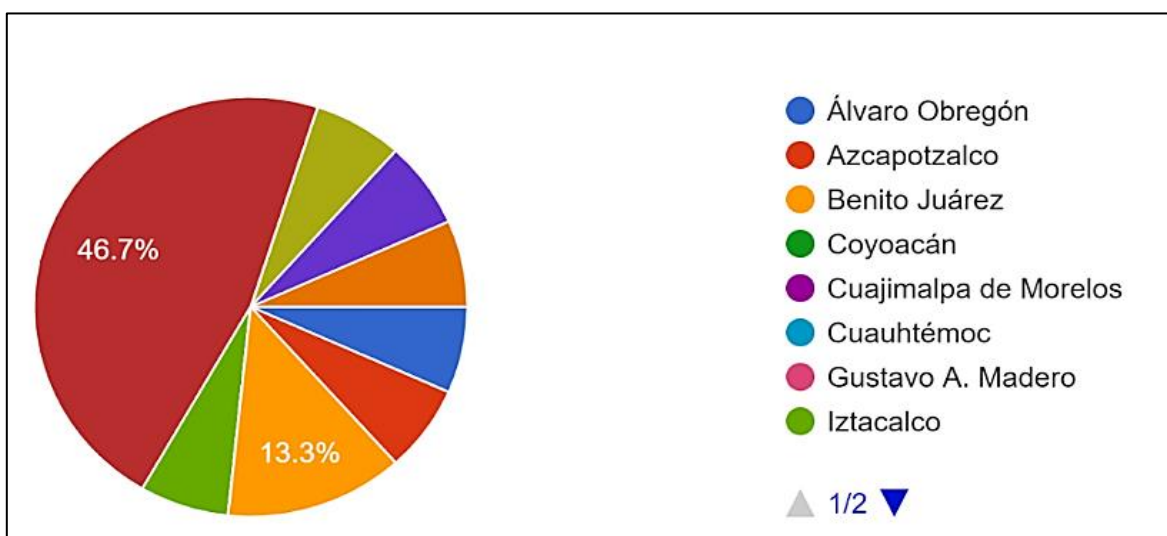
Gráfica 3. Nivel educativo.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 "prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México".

De acuerdo con los datos registrados, el 46.6% de los encuestados dijo residir en la alcaldía Iztapalapa, el 13.3% corresponde a la alcaldía Benito Juárez, finalmente, el 6.7% tener su residencia en la alcaldía Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Iztacalco, Tláhuac, Tlalpan y Venustiano Carranza, respectivamente (Ver gráfica 4)

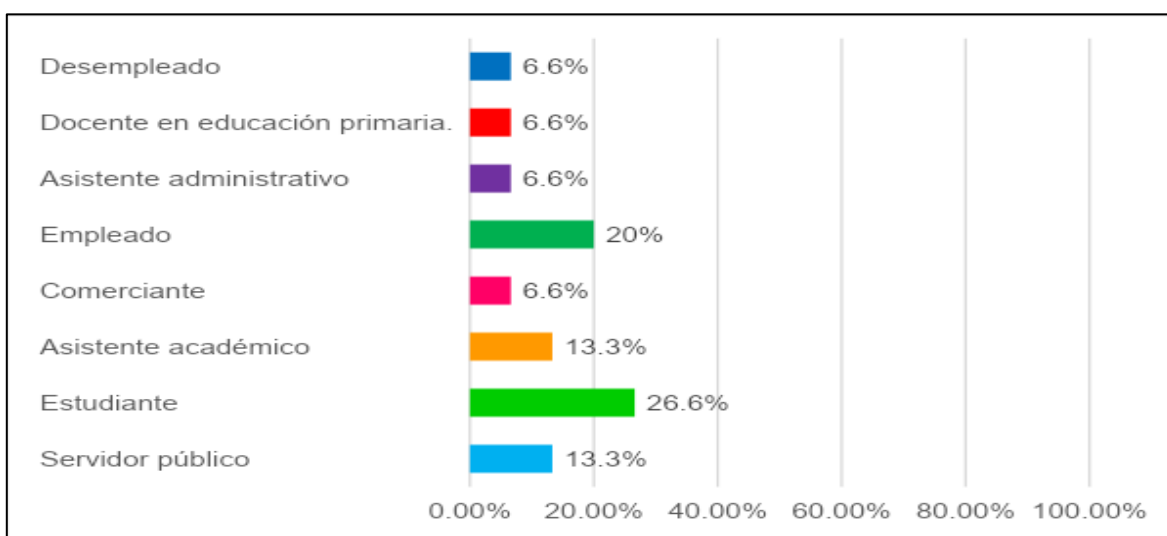
Gráfica 4. Residencia por alcaldía.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 "prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México".

Dentro de la ocupación actual de los participantes se encontró que el 26.6% de los encuestados son estudiantes, el 20% responden ser empleados sin especificar en qué, el 13.3% corresponde a la ocupación de asistente académico, 13.3% son servidores públicos, 6.6% dijeron ser docentes en educación primaria, asistente administrativo y comerciante, respectivamente. Mientras que 6.6% respondieron estar desempleados (Ver gráfica 5).

Gráfica 5. Ocupación.

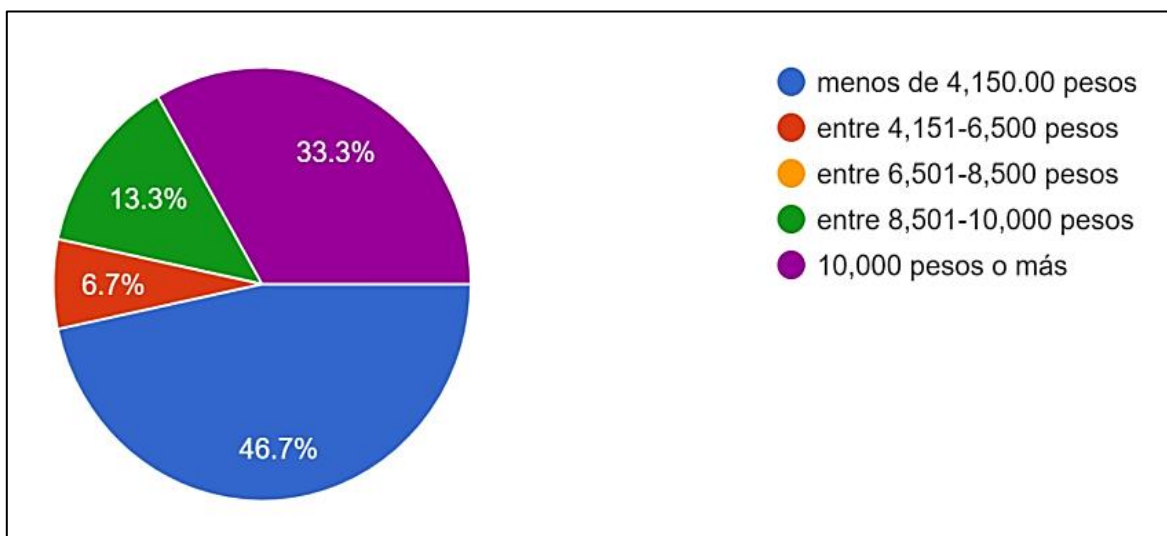


Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 "prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México".

### Condiciones materiales de vida.

En cuanto a los ingresos mensuales de los participantes se encontró que el 66.7 % percibe menos de \$4,150.00 pesos mensuales, el 33.3 % tiene un ingreso de \$10.000 pesos o más, el 13.3 % tiene un ingreso de 8,501-10,000 pesos, por último, el 6.7 % percibe entre \$4,151-\$6,500 pesos. (Ver gráfica 6).

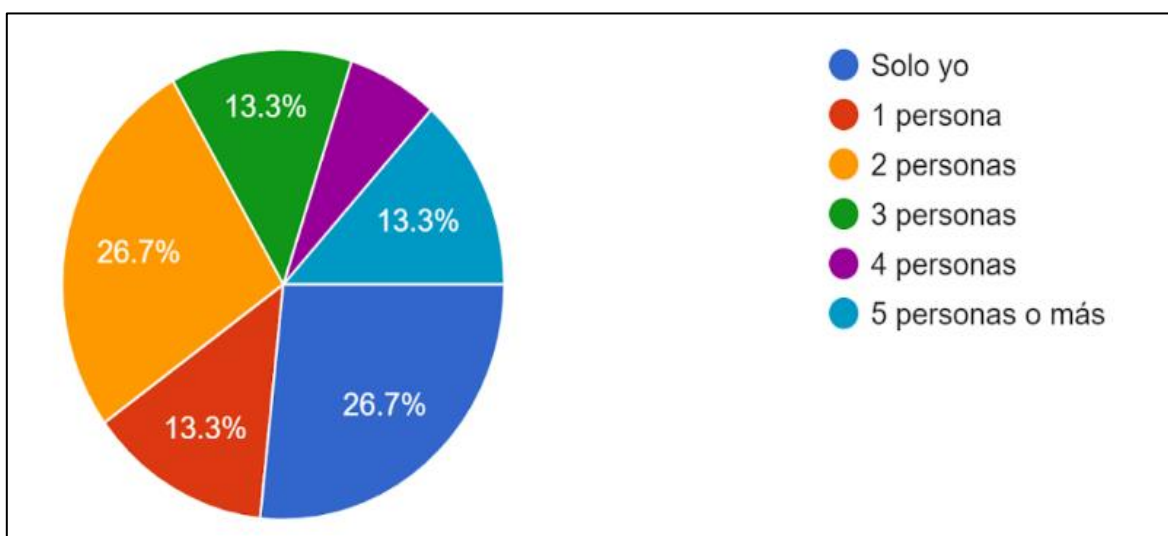
Gráfica 6. Ingresos mensuales



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 "prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México".

En cuanto al número de personas que habitan en un mismo hogar, se obtuvieron los siguientes resultados. El 26.7% dijo vivir solo, 26.7% responde que comparte vivienda con 2 personas, 13.3% solo comparte vivienda con 1 persona, 13.3% respondió que en su hogar habitan 3 personas, 13.3% contestó que en su vivienda habitan personas o más, 6.7% corresponde a los encuestados que viven con 4 personas (Ver gráfica 7).

Gráfica 7. Número de personas por hogar.

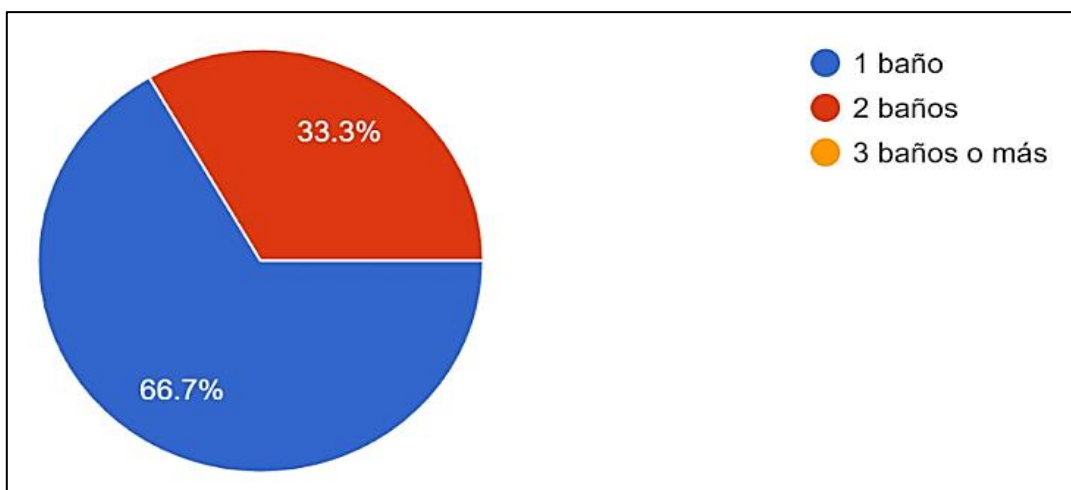


Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 “prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México”.

Cuando se les preguntó a los encuestados acerca del número de habitaciones en sus hogares, se encontró lo siguiente: el 60% de los encuestados respondió contar con dos habitaciones en su hogar, 13.3% dijo tener 1 habitación, 13.3% respondió contar con 3 habitaciones y 13.3% dijo contar con 4 habitaciones.

Del mismo modo, se obtuvieron los siguientes resultados al preguntar con cuántos baños cuentan en su hogar, el 66.7% respondió contar solo con un baño y el 33.3% dijo tener 2 baños en su hogar. En cuanto al número de baños con adaptaciones para personas con discapacidad, se encontró la siguiente relación: el 80% respondió que no cuenta con baños con adaptaciones, mientras que el 20% dijo tener 1 baño con adaptaciones para personas con discapacidad, es decir, del total de los encuestados, únicamente 3 personas cuentan con un baño con adaptaciones para personas con discapacidad (Ver gráfica 8).

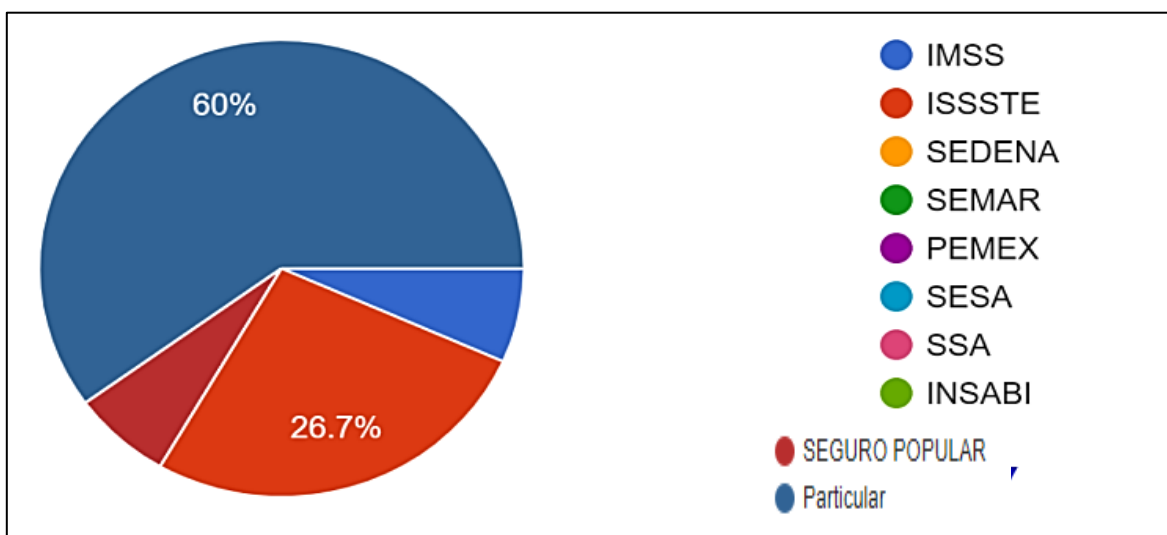
Gráfica 8. Número de baños y baños con adaptaciones por hogar.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 “prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México”.

Al preguntar sobre el servicio de salud al que asisten en caso de enfermedad, se encontraron los siguientes resultados: más de la mitad (el 60%) responde que asiste con un médico particular, 26.7% menciona que se atiende en el ISSSTE, 16% dice atenderse en el IMSS, por último, 1.6% menciona acudir al Seguro Popular. (Ver gráfica 9).

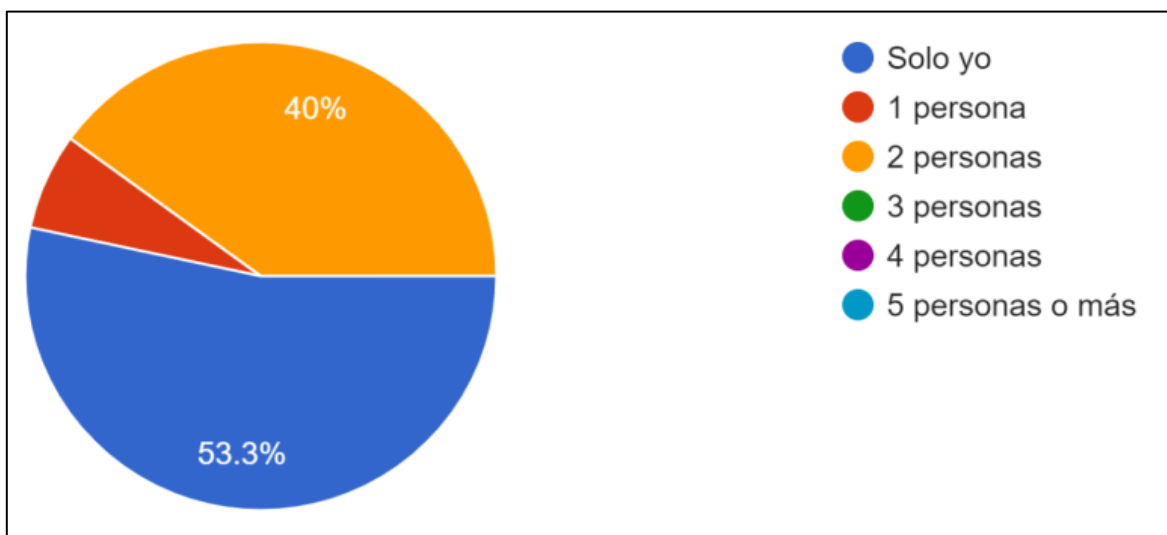
Gráfica 9. Uso de los servicios de salud en caso de enfermedad.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 “prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México”.

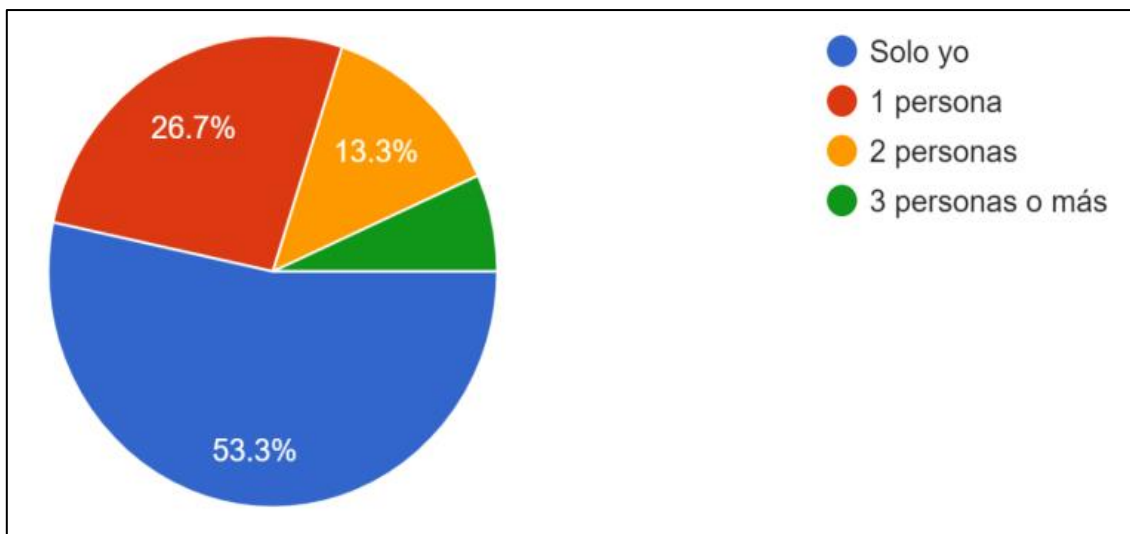
En cuanto al número de personas que dependen económicamente de las personas con discapacidad se encontraron los siguientes resultados: el 53% contestó que nadie, el 40% de los encuestados respondió que 2 personas dependen económicamente de manera directa, 6.7% dice que solo 1 persona depende económicamente de ellos. (Ver gráfica 10). Asimismo, sobre el número de personas con discapacidad visual que habitan en un mismo hogar se encontraron los siguientes resultados: poco más de la mitad (el 53.3%) mencionó que es la única PCD en su hogar, el 26.7% respondió comparte su vivienda con 1 PCD visual, el 13.3% comparte su hogar con 3 PCD visual, por último, 6.47% comparte su hogar con 3 o más personas con discapacidad. (Ver gráfica 11).

Gráfica 10. Número de personas que dependen económicamente de PCD.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 "prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México".

Gráfica 11. Porcentaje de personas con discapacidad visual que comparten un mismo hogar.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 “prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México”.

### Obstáculos para el desarrollo personal

Para sistematizar la información de las preguntas abiertas se agruparon las respuestas en las siguientes categorías y subcategorías: 1. *Obstáculos para el desarrollo personal*: obstáculos físicos; 2. *Obstáculos para el seguimiento de medidas*: obstáculos económicos, obstáculos culturales, obstáculos para la atención de la salud, obstáculos emocionales; 3. *Salud y atención en salud*: emocionales, positivas, físicas, comunicación médico paciente, capacitación del personal de salud, relación médico paciente; 4. *Experiencia en los servicios de salud*: positivas, negativas, cultural, física, emocional, discriminación, atención; 5. *Discapacidad visual y servicios de salud*: atención, cultural, capacitación del personal, estructural, capacitaciones del personal del sector salud y sensibilización, percepción de salud y mejoras en los servicios de salud..

## **1. Obstáculos para el desarrollo personal.**

### **Obstáculos físicos.**

Dentro de esta categoría se encontraron los siguientes resultados: al preguntarles cuál era el principal obstáculo al que se enfrentaron durante la pandemia. 2 personas hacen énfasis en el acceso a tecnología "acceso informático plataformas inaccesibles a la hora del registro de la vacunación" y "falta de accesibilidad en las páginas de las instituciones para realizar cita para prueba COVID"; dos personas mencionaron que su obstáculo está relacionado con "la incapacidad para comprar en tiendas de autoservicio o súper", una persona más respondió que el obstáculo estaba relacionado con la "incapacidad para acceder a cajeros automáticos de bancos", otra persona respondió que tuvo dificultades para recibir apoyo "cierre de lugares de apoyo a personas ciegas y baja visión", dos más respondieron que su obstáculo tenía que ver con el distanciamiento "no llegar a los lugares correctos por evitar contacto" y "apoyo nulo para el cruce de avenidas peligrosas", una más dijo que tener que buscar las cosas sin ayuda, una más respondió que el uso de caretas fue un obstáculo "tener que escuchar a una persona detrás de una mica frente a un mostrador", finalmente, una persona más dijo que un obstáculo era no poder "salir a comprar mis necesidades básicas". En este sentido, se puede percibir que existen diversidad de obstáculos a los que las personas con discapacidad se enfrentan, algunos de ellos relacionados con el distanciamiento social evitando el contacto físico con otras personas, pero también están otros que tienen que ver con la falta de accesibilidad en el uso de la tecnología, al considerar un mundo normo visual, se deja de lado a este grupo de personas que utilizan el sistema háptico como su primer modo de contacto con el mundo exterior, sin las alternativas pertinentes. Cabe mencionar, que algunas de esas limitaciones podrían estar presentes desde antes de la pandemia y estas se potencializaron durante ella, aunque no se cuenta con información que profundice al respecto, pero se puede deducir que, por ejemplo, el uso de plataformas tecnológicas para compras en línea, el acceso a la información y el acceso a cajeros automáticos, ya representaba problemas de accesibilidad para las PCDV. En el caso de las caretas no se usaban, pero

sí existían lugares en donde se atiende detrás de un acrílico o mica y esto también representaba un reto.

## **2. Obstáculos para el seguimiento de medidas.**

Asimismo, al indagar sobre las problemáticas para el seguimiento de medidas sanitarias; una persona respondió que "no encontró kioscos para realizarse una prueba COVID, otra dijo que su obstáculo estaba relacionado con la "falta de transporte seguro en materia de sanidad", dos persona más expresaron que tuvieron problemas para "mantener la sana distancia", "algunas personas se han negado a ayudarme debido a la sana distancia", finalmente, en esta categoría una persona más respondió que su obstáculo estaba relacionado con "la falta de apoyo de los familiares por confinamiento".

### **Obstáculos económicos**

Para esta categoría una persona expresó que su obstáculo se relaciona con no poder rentar un tanque o un concentrador "tanque y concentrador caro", una persona más menciona que su obstáculo fue que los servicios médicos eran caros, una más dijo haber tenido problemas para realizarse una prueba "costos altos de laboratorio", tres personas más únicamente mencionaron la categoría "económica" y, finalmente, una persona expresó que su obstáculo estuvo relacionado con la falta de empleo.

### **Obstáculos culturales**

En cuanto a esta categoría, una persona mencionó que su obstáculo estaba relacionado con la obtención de información fidedigna, dos dijeron que tenía que ver con la información "mayor conocimiento del tema" y "falta de mayor detalle en la información", finalmente, dos personas mencionaron la falta de información accesible.

## **Obstáculos para la atención de la salud**

Por otro lado, en la categoría de atención en salud, una persona mencionó que su principal obstáculo es la falta de capacitación del personal de salud, una más mencionó la atención médica, por último, una persona más mencionó que "acudir a la clínica familiar" era su principal obstáculo.

## **Obstáculos emocionales**

Finalmente, la última categoría de este apartado son las emociones, en la cual una persona mencionó que su principal obstáculo fue el miedo, otra persona menciona que no se sentía útil "no sentirme útil en el trabajo porque no puedo tener contacto", otra persona respondió que sintió mucho aburrimiento, por último, una persona más mencionó indiferencia.

En conclusión, se puede observar que los obstáculos a los que se enfrentaron abarcan desde temas físicos relacionados con el espacio, el contacto con otras personas, asimismo, dentro de estos obstáculos físicos están los que tienen que ver con los lazos y relaciones que formamos con otras personas, pues las barreras emocionales están relacionadas con la falta de contacto para recibir ayuda y el miedo a contagiarse y ser contagiado.

### ***3. Salud y atención en salud.***

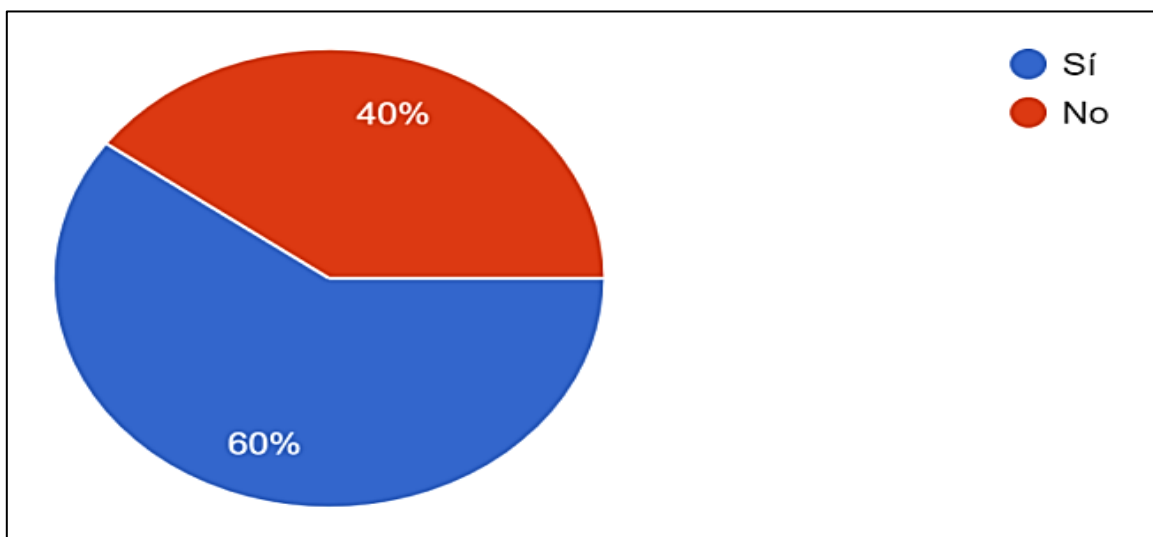
En cuanto a categoría salud, se les preguntó cómo perciben su salud y se encontró que una persona respondió que su salud empeoró durante la pandemia, una más mencionó la falta de medicamentos, por último, una persona solo mencionó la palabra "salud".

Por otro lado, cuando se les preguntó a los encuestados sobre cómo ha llegado a ellos la información para aplicar las medidas preventivas contra el COVID-19, 9 personas respondieron que a través de los medios de comunicación, 7 dijeron que fue a través de redes sociales, 2 contestaron que a través de mensajes y una persona dijo que por medio de familiares, por lo que se puede inferir la importancia de que los mensajes orales, independientemente, de que sean acompañados por visuales, contengan toda información pertinente y fidedigna para las PCD visual.

En cuanto a las medidas higiénicas ante el COVID-19, se les preguntó a los encuestados si habían podido llevar a cabo dichas medidas, 13.3% dijo no haberlas podido llevar a cabo. De ese 13.3% al preguntar cuáles eran las medidas que no habían podido realizar se encontró que dos personas respondieron a medidas que tienen que ver con acciones físicas y una persona respondió que se le dificulta el seguimiento de medidas en general.

Por otro lado, al preguntar a los encuestados si habían padecido COVID, el 60% respondió de manera afirmativa. (Ver gráfica 12). Al preguntar cómo había sido para ellos haber padecido esta enfermedad los resultados se separaron en categorías clasificadas como: respuestas positivas, emocionales, físicas y atención, encontrando lo siguiente.

Gráfica 12. Porcentaje de PCD que han padecido COVID-19 durante la pandemia.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 “prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México”.

### **Emocionales**

Por otro lado, en la categoría emocional, una persona respondió que fue agotador haber tenido COVID, 4 personas mencionaron que sintieron mucho miedo, una persona contestó que fue frustrante, 2 personas dijeron haber

tenido incertidumbre, finalmente, una persona lo expresó como "lo más terrible que he vivido".

### **Positivas**

En cuanto a las respuestas positivas una persona dijo que haber tenido COVID fue una "oportunidad de estar en casa", una más dijo que tuvo la oportunidad de atención médica "me atendí en médico particular", tres personas dijeron que no tuvieron grandes síntomas, una persona respondió que contó con información de mayor calidad, otra respondió que no se le complicó y, por último, una persona dijo ya contar con la vacuna.

### **Físicas**

En cuanto a la categoría espacio físico, una persona mencionó lo siguiente: "no sabía cómo medir la distancia apropiada para no estar cerca de mi familia y evitar contagiarlos", una persona dijo que se quedó aislada en su cuarto y una persona más comentó que tuvieron que salir a pesar de estar enfermos.

### **Comunicación médico paciente.**

En relación con esta subcategoría, ocho participantes expresaron elementos de la comunicación médico paciente, mencionaron lo siguiente: 2 personas dijeron que necesitan que las indicaciones sean claras y precisas, 4 personas mencionaron que necesitan que la comunicación sea directa y sin rodeos "con la información exacta", "que sean objetivos y específicos", por último, 2 personas dijeron que necesitan que las indicaciones sean de manera oral y no escrita.

### **Capacitación del personal de salud.**

En cuanto a la capacitación del personal de salud cuatro (4) personas respondieron a esta subcategoría, dentro de la cual se encontraron los siguientes resultados: 2 personas mencionan "que cuenten con personal capacitado para apoyar correctamente a las personas con discapacidad", "el personal administrativo como el personal médico tuviera constante preparación en la atención de personas con discapacidad", 1 persona menciona que nadie la sabe orientar y que siempre debe tratar de solucionar

el problema sin ayuda, por último, 1 persona explica que "se necesitan implementar procesos administrativos para garantizar que las PCD puedan ser autónomos".

### **Relación médico-paciente.**

Con respecto la relación que se establece entre el médico y el paciente con discapacidad, 9 personas respondieron a esta subcategoría, se encontró que 1 persona menciona que le gustaría que la traten "como a cualquier paciente", 1 persona dijo que "uno tiene que interpelar para solicitar que se dirijan a mí", otra persona menciona que "nos tratan como personas sin capacidad de comprensión ni capacidad de decisión", se encontró 1 respuesta hacia el personal médico "te reprochan y te comentan que es mejor que alguien más se haga cargo de trámites de entrega o firma de documentos", 2 personas expresaron que les gusta que les llamen por su nombre, 1 persona responde que no le gusta ser juzgada por nadie, 1 persona más menciona que "no preguntar cosas relacionadas con la vista, finalmente, 1 persona pide que se le trate con respeto.

### **4. Experiencias en los servicios de salud**

En cuanto a las experiencias significativas que representan como ha sido el trato hacia las PCD en los servicios de salud, ya sea por atención personal o de algún familiar, se dividieron las respuestas en positivas y negativas, dentro de las negativas existen 4 subcategorías: culturales, atención, físicas y emocionales.

#### **Positivas**

En las respuestas positivas 5 personas contestaron lo siguiente: 2 respondieron que recibieron buena atención por parte de los servicios de salud privado "una doctora al darme la receta me mandó los horarios del medicamento por mensaje para que no los olvidara, esto en sector privado", "no tengo queja me atienden en servicios particulares", 2 personas expresan que han recibido un buen trato "considero que me han tratado bien", "en general bien", finalmente, 1 persona mencionó que recibió buena atención en vacunación.

## **Negativas**

Por otro lado, en las respuestas negativas se encontró lo siguiente: en la categoría cultural 3 personas coincidieron en que falta capacitación por parte del personal de salud "es necesario capacitarlos en el trato correcto de cualquier persona con discapacidad", "se nota la falta de capacitación para brindar un trato adecuado a las personas con diferentes discapacidades", "si alguna persona con falta de experiencia y que su discapacidad le cause cierta inseguridad se enfrentará a una falta de atención inadecuada", 1 persona menciona que falta sensibilización hacia el trato de las PCD, 1 persona menciona que "que las personas se dirigen a ti como a un igual", 1 persona expresa que el trato es peor después de la pandemia, 1 persona comenta que siempre en los servicios de salud le dan información incorrecta, 1 persona responde que "los protocolos de las clínicas familiares prolongan las citas con los especialistas", finalmente, 1 persona comenta que recibe un mal trato del personal.

## **Cultural**

En cuanto esta categoría se encontró lo siguiente: 3 personas mencionan que el trato que reciben está relacionado con generar miedo debido a su discapacidad "me cuestionan más por mi discapacidad", "cuando he ido sola al médico algunos muestran mucho miedo", "los médicos muchas veces se asustan al verme llegar a la consulta y no saben cómo tratarme"; 1 persona respondió que cuando acude al médico siempre le preguntan si va acompañada para poder darle los informes, 1 persona comenta: "cuando mi esposa estuvo embarazada, a todo el personal le pesaba darme informes", otro participante menciona: "he sufrido discriminación en el área de ginecología, ya que no puedo entrar sola y tengo que entrar con mi mamá forzosamente", por último, una persona expresa: "los médicos no entienden la baja visión aunque llevemos bastón".

## **Física**

Por otro lado, en la categoría física se arrojaron los siguientes resultados: 2 personas mencionan que en los servicios de salud no saben cómo guiarlos "al llegar a una clínica el personal no sabe cómo guiarte y orientarte",

"cuando se trata de llenar formatos o en la atención meramente no saben cómo guiarte en sus instalaciones"; 1 persona expresa que "no encuentro los lugares a donde me mandan", esto se debe por una parte a la falta de señalización accesible para PCD visual, así como la falta de capacitación del personal para guiarlas.

## **Emocional**

Finalmente, en esta categoría 1 persona menciona que su experiencia en los servicios de salud es "fatal" y otra persona expresa que en varias ocasiones le han tratado con indiferencia.

Ahora bien, se podría pensar que las PCD visual que reciben atención en los servicios de salud públicos tienen peores experiencias, en comparación con las que reciben atención en los servicios de salud privado, sin embargo, como se mencionó anteriormente, más de la mitad (el 60%) responde que se atiende con un médico particular, lo que demuestra que las experiencias de las PCD visual son similares en ambos servicios de salud.

Por otra parte, se les preguntó si habían requerido de los servicios de salud durante la pandemia, 12 personas respondieron que sí existieron diferencias en el trato en los servicios de salud antes y durante la pandemia, encontrándose lo siguiente: las respuestas se dividieron en 3 subcategorías: seguimiento de medidas, atención y salud.

En cuanto al seguimiento de medidas 3 personas responden que una de las diferencias es el contacto físico "hay mayor distanciamiento con el paciente", "evitar tocarte para guiarte hacia consultorio", "nadie se acerca a ayudar a guiar, aunque eso casi existía desde antes".

En cuanto a la atención 3 personas respondieron lo siguiente: "me han dado prioridad", "me atienden con preferencia", "se procuran menos explicaciones".

Por último, en la subcategoría salud, una persona expresa que la diferencia en los servicios de salud tiene que ver con mejores equipamientos "a los médicos los veo con más equipamiento".

## **Discriminación**

Al preguntar a los encuestados si han sido víctimas de algún tipo de discriminación durante la prestación de servicios de salud, 5 personas respondieron de manera afirmativa. Por lo que se continuó preguntando qué tipo de discriminación han vivido. En esta pregunta se categorizaron las respuestas en 2 grupos: atención y cultural.

### **Cultural**

En el caso de la categoría cultural dos personas mencionan que han juzgado su discapacidad "me juzgan por ir sola", "menospreciando mi capacidad para darme información"; 3 personas expresan que cuando acuden acompañados a los servicios de salud se dirigen a su acompañante "cuando voy acompañada se dirigen a mi acompañante y no a mí", "los médicos se dirigen a quien me acompaña y me dejan de lado", "prefiriendo a un familiar que sí viera". Una persona comenta: "he sufrido discriminación en el área de ginecología, ya que no puedo entrar sola y tengo que entrar con mi mamá forzosamente", por último, 1 persona expresa que "los médicos no entienden la baja visión aunque llevemos bastón".

### **Atención**

En cuanto a la atención 3 personas lo expresan de la siguiente manera: "una vez tuve un problema con una directora de mi clínica, puse una queja por el trato y nunca procedió", "falta de atención " y "despotismo".

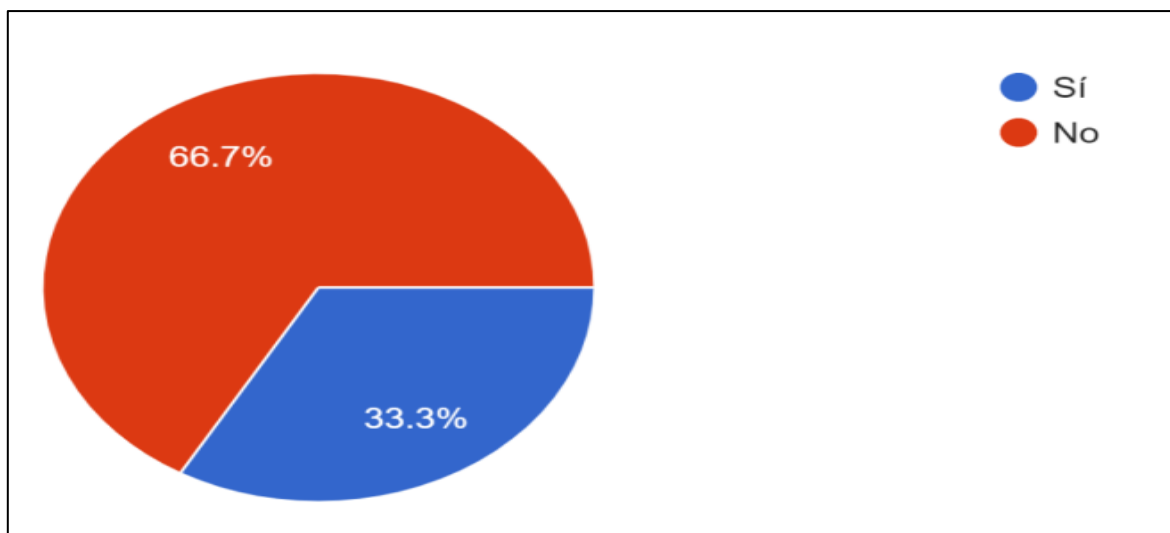
### **Calidad de la atención**

Finalmente, en esta categoría, una persona expresó que "nadie me quería tocar", otra persona respondió que tuvo que ser cuidador primario de su madre, 2 personas contestaron que toda su familia enfermó y, por último, una persona expresó que no tenía ayuda de nadie.

En relación con la pregunta anterior, se indagó si las personas encuestadas habían padecido alguna otra enfermedad durante la pandemia, el 66.7% respondió de manera negativa y el 33.3% afirmó haber tenido otra enfermedad. (Ver gráfica 13). De estos el 66.7% respondió no contar con un

cuidador primario y el 33.3% mencionó contar con uno.

Gráfica 13. Porcentaje PCDV que padecieron alguna otra enfermedad



durante la pandemia.

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta 2022 “prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México”.

Con relación a cómo les gusta que se dirijan a ellos dentro de los servicios de salud, para la sistematización, las respuestas se filtraron en tres subcategorías: 1. Comunicación médico-paciente, 2. Capacitación del personal de salud y 3. Trato.

### **5. Discapacidad visual y servicios de salud**

Igualmente, cuando se les preguntó a los encuestados de qué manera creen que su condición como PCD visual influye en el trato que les ofrecen los servicios de salud, se agruparon las respuestas en cuatro categorías: atención, cultural, capacitación del personal de salud y estructural.

#### **Atención**

En cuanto a la categoría atención se encontró que 5 personas mencionan que su condición como PDC influye en la mejora que hay en cuanto al trato

que se les brinda "a veces me dan prioridad", "un servicio más rápido sin necesidad de que lo pida", "existen las ganas de atenderme bien", "siempre explicando las cosas", "me apoyan más"; 4 personas expresan que su condición no influye en el trato que reciben "relativo a veces de una manera buena y a veces con mucha falta de tacto", "las personas con discapacidad estamos sujetos a las buenas voluntades de los prestadores de servicios de salud", "a veces sólo a veces la premura y rapidez que debería de haber con todos en general", "son agresivos al decirme indicaciones"; por último, 1 persona menciona que su condición de PCD influye en el trato que recibe, pues siempre la mandan a otro lado porque no cuentan con instalaciones para atenderla.

### **Cultural**

De la misma manera, en la categoría cultural se encontraron los siguientes resultados: 3 personas expresan que su condición como PCD visual influye en el trato que reciben, pues en los servicios de salud no comprenden que su condición no les impide ser independientes "los doctores en general prefieren que vayas acompañado; y le preguntan a la otra persona por tus síntomas", "considero que influyen en tanto que las personas consideran como un niño eterno a toda persona con discapacidad y piensan que todas las discapacidades representan la pérdida de voluntad propia de una persona", "nos consideran como personas sin capacidad de entendimiento ni decisión"; 1 persona menciona que en los servicios de salud se sigue viendo a la discapacidad como enfermedad "existen muchos prejuicios hacia la discapacidad, sobre todo porque creen que el no ver es una enfermedad".

### **Capacitación del personal**

Por su parte, en cuanto a la capacitación del personal de salud se encontró que 1 persona menciona que durante la pandemia no había nadie quien pudiera auxiliar a las PDC, asimismo, 1 persona expresa que aún con toda la información que existe no se cuenta con el personal adecuado para atender a las PCD visual en los servicios de salud.

## Estructural

Por último, en esta subcategoría 1 persona responde que “hasta el momento ninguna institución de salud cuenta con una política en la que se contemple la capacitación para la atención de personas con diferentes discapacidades”, agregando a lo anterior que, desde el año 2006 se aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que tiene como propósito fundamental asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos para todas las personas con discapacidad, sin embargo, y a pesar haber pasado poco más de una década desde su aprobación, aún no existen estrategias en las que se consideren a las PCD.

Por otro lado, cuando se les preguntó a los encuestados acerca de las medidas sanitarias que se les dificultaban, se encontró lo siguiente: 8 personas respondieron que lo más difícil fue llevar a cabo el distanciamiento social; 5 respondieron que la medida que más se le dificultó tenía que ver con el uso del gel antibacterial, que manifestaron con expresiones como "encontrar el lugar o persona que ofrece gel", "desinfectar constantemente mi bastón"; 4 personas mencionaron el uso del cubrebocas fue la medida sanitaria que más se les dificultó; 3 personas expresaron que lo más difícil fue el aislamiento social; 3 personas expresaron que ha sido no poder mantener el contacto físico; 2 personas comentaron que el uso de careta se les dificulta; 2 respondieron que se les dificulta la toma de temperatura, 1 persona mencionó que el comprar artículos de limpieza profunda fue lo más difícil, finalmente, 2 personas dijeron que no tienen ninguna dificultad para seguir las medidas sanitarias.

En cuanto a cómo afecta la pandemia a los encuestados se encontró lo siguiente: 4 personas expresan que les afecta directamente en sus ingresos "fue difícil conseguir recursos"; 3 personas mencionan que se han afectado sus labores productivas; 1 persona dijo que impactó su salud "mi condición física se deterioró", otra dijo que sus labores productivas se afectaron debido al uso del transporte público; 1 persona expresó que el uso de la tecnología desde casa afectó sus labores productivas, 1 persona mencionó que su producción se estancó, finalmente, 4 personas mencionaron que la pandemia no afectó sus labores productivas. Llama la atención que 2

personas respondieron que su educación se vio afectada durante la pandemia al "no tomar clases", de lo cual se puede pensar que consideran como labor productiva su actividad escolar.

### **Recomendaciones para el personal del sector salud**

En cuanto a esta subcategoría 7 personas hicieron las siguientes recomendaciones "mayor capacitación en torno a la discapacidad", "que se capacite a todo el personal sobre el trato correcto de PCD", "capacitar al personal tanto administrativo como médico y de enfermería", "capacitación del personal", "más capacitación para sensibilizar a los trabajadores", "más apertura en relación en cómo se concibe a las PCD", "diseñar estrategias para brindar un mejor servicio a las PCD", 2 personas expresaron las siguientes recomendaciones: "darle importancia al trabajo del sector salud, para que posteriormente eso influya en atención al usuario" "que haya una vasta dotación de medicamentos en todas las clínicas".

### **Sensibilización**

En esta subcategoría, 9 personas expresaron lo siguiente: "falta de mucha sensibilización", "que los doctores no te traten como si no pudieras decir tú mismo tu situación", "que se implementen medidas de sensibilización", "que el trato sea sin barreras de entendimiento", "que haya guías o algún tipo de apoyo para poder llegar al lugar preciso".

10 personas hicieron hincapié en que se debe mejorar el trato en los servicios de salud "tener buena actitud", "ser más inclusivo en su información", "dar instrucciones claras en qué debemos hacer", "dirigiendo su mirada hacia nosotros y no al acompañante", "dirigirse de manera correcta", "saber tratar a un paciente con discapacidad", "tener empatía", "que no se desquiten conmigo", "disminuir el tiempo de espera" y "que consideren las emergencias".

Lo cual evidencia la percepción, por un lado, que no se reconoce la autonomía de las PCD y por otro, la falta de acceso de acuerdo a las necesidades de las personas con discapacidad visual dentro de los centros de salud.

Los hallazgos de la investigación están en relación con las percepciones de los participantes, si bien, los resultados no reflejan la percepción de toda la población con las diversas discapacidades, sí se devela una aproximación en cuanto a la atención brindada por parte de los servicios de salud a las PCD visual.

### **Percepción de salud**

Al preguntarles a los encuestados sobre cómo perciben su salud, se encontró que 10 personas expresaron que la perciben como buena "sana", 3 personas dijeron percibir su salud como regular y, finalmente, 2 dijeron que percibían su salud como mala.

### **Mejoras en los servicios de salud**

Finalmente, se solicitó a los encuestados que expresaran alguna recomendación para mejorar los servicios de salud, se clasificaron las respuestas en 3 categorías: trato en los servicios de salud, capacitación del personal del sector salud y sensibilización.

### ***Resultados de las entrevistas***

Para la entrega de los resultados de las entrevistas se eligieron los testimonios más representativos de cada una de las categorías y subcategorías.

Respecto al origen de su discapacidad visual se encontró:

"Toda mi vida pensé que vivía con Amaurosis Congénita Bilateral de Leber, esto es una enfermedad que causa la ceguera porque daña los conos y bastones de la retina, ¡oh sorpresa!, por suerte me involucré, en el año 2002, en un protocolo de investigación genética molecular en el hospital Conde de Valenciana y ahí descubrieron que lo que yo tengo es un síndrome que se llama Síndrome de Jalili. (Informante H1).

"Es adquirida, fue a raíz de una alergia a un medicamento y este fue una negligencia médica, mi diagnóstico es "secuelas de discapacidad visual por síndrome de Steven Johnson y esto fue cuando yo era muy pequeña, yo tenía dos años y medio más o menos" (Informante M1).

Se puede inferir que ambas personas viven la discapacidad de manera similar, pues a pesar de que uno de ellos nació con discapacidad y el otro la adquirió durante la infancia, esta última la adquirió a muy corta edad, por lo que la mayor parte de su vida ha vivido con discapacidad visual.

Respecto al impacto de su discapacidad, aparecieron las subcategoría de positivo y negativo:

“Si no hubiera tenido la discapacidad sería un migrante más porque la condición de discapacidad me hizo migrar, sí, pero a la ciudad de México en búsqueda de educación”. (Informante H1).

“La discapacidad ha pasado por diferentes términos, sobre todo palabras que suponen inferioridad, por ejemplo, minusválido, no válido, no vidente, retrasado, este todas estas palabras que además suponen una pérdida de valor para las personas ¿no? [...] Un niño que va a ingresar de una escuela especial tiene que regresar listo para ser normalizado y estar como los demás niños en una escuela normal, un niño normal en una escuela normal”. (Informante M1).

Resaltando que un participante indica una valoración positiva y el otro se refieren a un impacto negativo en su desarrollo social, en el que se evidencia la normalización, estigmatización y segregación a la que se tuvo que enfrentar al momento de querer ejercer su derecho a la educación.

En cuanto al impacto en su educación, de la misma manera se clasificó en positivo y negativo:

"a mí todavía no me impacta [...] la reforma educativa del año 94 que decía que desaparecen todos los centros de estudio especiales y se aplica lo que hoy se conoce como la famosa “inclusión” [...] Yo agradezco que a mí no me haya permeado ese cambio porque yo, en educación básica que fue escuela primaria y secundaria para niños ciegos, aprendí muchas herramientas que

hoy me hacen tener, creo yo, una condición educativa diferente". (Informante H1).

"Toda la educación primaria fue así, con todo ese acompañamiento de CRECIDEBI (Centro de Rehabilitación y Educación para Ciegos y Deficientes Visuales del Bajío). Tú no sabes lo que fue para mí (por primera vez) tener un libro de redacción en mis manos en braille y decir: "ahora sí voy a poder tomar la clase, y voy a tener compañeros que tampoco pueden ver y voy a tener material y lo voy a poder hacer solita, ya no necesito que nadie me lea, que nadie me dicte, ya voy a tener esa independencia

"soy una persona que se arrancó del seno familiar por la necesidad de estudiar" (informante M1).

Ha sido un proceso difícil porque [...] las escuelas te dicen no, no la podemos aceptar o no tenemos los [...] maestros capacitados, no tenemos el material, no tenemos las instalaciones, es que no tenemos lo apropiado, Y puros "es que". Entonces, si no tienes acceso a una educación, pues no vas a tener acceso a una formación profesional, y si no tienes acceso a una formación profesional, pues después va a ser muy difícil que tengas una formación laboral" (informante M1).

Como se observa, ambas personas respondieron que su discapacidad ha impactado de forma positiva por el hecho de que su formación básica se realizó en las llamadas escuelas de educación especial y esto permitió vivir una autonomía. Por otro lado, el impacto negativo de su discapacidad es debido a la falta de accesibilidad educativa por discriminación que radica en la desigualdad de oportunidades educativas.

Con referencia al impacto negativo de su discapacidad en sus relaciones sociales:

"Yo a veces pienso que las personas con discapacidad, cuando tenemos cierto desarrollo de muchas habilidades sociales, por todo lo que haces, no eres ni de aquí ni de allá, porque necesitas encontrarte con un grupo de personas con discapacidad que estén en tu misma sintonía, en las mismas inquietudes, porque también es cierto que, a

veces, las personas con discapacidad nos anquilosamos, nos agotamos de luchar y de pronto te acomodas en cierto ritmo de vida en cierto confinamiento". (Informante M1).

En el caso del impacto positivo no se encontraron respuestas en ambos participantes, no obstante, el participante H1 menciona que su discapacidad ha impactado en sus relaciones sociales ya que no logra sentirse perteneciente a un grupo social.

Agregando a lo anterior, al preguntar sobre el impacto en sus relaciones de pareja sólo 1 participante mencionó al respecto:

"En mis relaciones emocionales, en mis relaciones de pareja, he sido una persona difícil, dicen que no todo se puede tener en la vida, y yo he tenido mucho éxito en la vida, pero en los amores no he sido muy afortunado, por lo mismo, soy consciente y lo asumo, o sea, estoy tan comprometido en cosas que me llenan el día a día, que la verdad es que las relaciones afectivas ando un poco helado". (Informante H1).

Como se observa, el impacto de su discapacidad en sus relaciones de pareja interfiere con sus proyectos personales, por lo que le da más prioridad a uno que a otro.

En cuanto al *impacto en sus relaciones familiares* ambos participantes respondieron lo siguiente:

"Brevemente anuncié, que yo tenía una hermana que también es ciega y ya tiene 54 años, ¡no!, cumplió 57 años ahora en el 21 de octubre, ¿qué te puedo contar? mi hermana por ser la... Bueno, lo digo con toda la intención antropológica, por ser mujer, por ser la mayor, pues a ella no le educan, ella todo el tiempo fue entrenada para las labores domésticas por mi madre, a mí me educaron porque el único hombre y fui el más chico y pues me da un poco de dificultad decir esto, pero bueno, lo digo con un enfoque pues muy constructivo". (Informante H1).

"Si yo tenía que escribir algo, me tenía que apoyar mi mamá o mi hermana". (Informante M1).

En el caso del informante H1 se observa que su discapacidad respecto a la relación familiar le impactó debido a las creencias e ideas de su círculo familiar.

Por otro lado, en el caso de la M1, su discapacidad le permitió contar con el apoyo por parte de su familia.

Ahora bien, se les preguntó a los participantes acerca del *acceso a los servicios de salud*, en cuál se atendían y se encontró que uno de los participantes mencionó que acude al centro de salud (primer nivel) y en algún momento ambos mencionaron acudir a un Instituto de especialidad (tercer nivel).

En esta misma dirección se les preguntó sobre la diferencia en el *acceso a los servicios de salud antes y durante la pandemia*, ya sea de manera personal o acompañando a algún familiar o amigo. Se encontró lo siguiente:

"Creo que es deficiente, creo que en los hospitales le hace falta un protocolo de atención a personas con discapacidad, debe de haber una persona indicada que acompaña a las personas con discapacidad, a los traslados, a los trámites ahí adentro, podrían decir: es la obligación de la familia, sí, pero, no siempre tienes una familia y es obligación del Estado, eso sí, ofrecerte el derecho a la salud de manera digna y entre los ajustes razonables o acciones afirmativas [...]". (Informante H1).

"A mí, lo que no me gusta de los sistemas de salud es que si tú vas acompañada de alguien, la persona no se dirige a ti, a mí me pasa mucho que si voy con mi mamá le hablan, se dirigen a ella, aunque yo sea la que voy a hacer el trámite, la que tiene el problema se dirigen a la otra persona [...] También lo que me encuentro mucho es que en las paredes de los consultorios o clínicas, hay mucha información en

la pared, pegada, por ejemplo: “hazte la mastografía”, “cinco tips para el sobre peso”, toda esa información es inaccesible porque yo no me entero que están ahí puestas”. (Informante M1).

“Justo en la pandemia fui porque necesita un certificado de discapacidad, que ahora se llama constancia, fui al centro de salud de mi pueblo y estaba cerrado por reparaciones y me mandaron a otro de un pueblo más cercano y llegué y te juro que como a cuatro personas les tuve que explicar lo mismo [...] hay mucha desinformación, unos te dicen una cosa, otros te dicen otra”. Ahora que todo fue en pandemia y fue todo virtual, las páginas de los sitios de salud no son accesibles, no las puedes leer y necesitas de otra persona”. (Informante M1).

En este sentido, los participantes mencionan que no hubo diferencia en el acceso en los servicios de salud antes y durante la pandemia, pues es evidente la falta de información accesible y la capacitación del personal de salud, así como la discriminación invisible que sigue propiciando la infantilización de las PCVD. Además, la percepción del cuerpo normalizado frente a uno estigmatizado se hace evidente cuando los participantes reportan que el personal de salud no se dirige a ellos, sino a su acompañante.

Siguiendo en esta misma línea, se les preguntó a los participantes sobre las *dificultades personales* a las que se han tenido que enfrentar.

"El sistema de salud es muy agresivo, es incómodo para las personas con discapacidad, “fórmate”, “paga en caja”, “ve a laboratorio”, para una persona ciega seguir la fila es bien incomodo como vas, o sea, o te quedas parado o te adelantas de más y la le diste un llegue al de enfrente, son procesos muy complicados". "Lo que sí te puedo decir, es qué el personal médico es muy insensible a la discapacidad, generalmente, no te saben guiar, tienen ese modelo médico rehabilitador de que para ellos simplemente eres un paciente, eres un

número, eres una matrícula, la matrícula universitaria así eres una matrícula en los servicios médicos, o sea, ya no hay una vinculación humana entre los pacientes". (Informante H1).

"Esa es la discapacidad, porque yo, o sea, aunque yo dijera puedo hacer esto y aquello, aunque yo pueda hacer todo lo que yo quiera cuando te encuentras con una barrera que te lo impide es ahí donde se manifiesta la discapacidad". (Informante M1).

Como se puede observar, las dificultades a las que se enfrentan las personas con discapacidad tienen que ver con los procesos hospitalarios, la percepción que los médicos siguen teniendo sobre ellos y las barreras estructurales que las personas con discapacidad requieren para lograr su independencia.

En cuanto a la atención a padecimientos COVID, opinaron lo siguiente:

"Me vuelve a dar COVID en el julio, el doctor me dijo: "no, pues si saliste positivo, pero estás muy bien, no tienes febrícula, no tienes infección en la garganta, sólo porque la prueba dice que eres positivo, pero sino ni te creería que tienes COVID, o sea, no tienes ningún síntoma", no me dolía la cabeza no perdí el olfato nada, bueno pues ¿qué pasó? que al otro día de qué fui al hospital amanecí con una diarrea así espantosísima, estuve así unos días y me recuperé". (Informante H1).

"A mí me dio COVID hasta enero de este año (2022) [...] mi hermana empieza con síntomas: da positivo. Cuando ella regresa de su prueba yo ya me sentía mal. Me dio un miedo tremendo porque yo no tenía vacuna [...] me vacuné en marzo de 2022". (Informante M1).

Cómo se puede observar ambas personas se contagiaron de COVID durante la pandemia, sin embargo, ninguno fue hospitalizado por síntomas graves por la enfermedad.

En cambio, al preguntar a cerca de la prestación de servicios para padecimientos no COVID, compartieron lo siguiente:

"El servicio de salud, creo que es deficiente, creo que en los hospitales les hace falta un protocolo de atención a personas con discapacidad, debe de haber una persona indicada que acompaña a las personas con discapacidad a los traslados, a los trámites ahí adentro [...] ofrecerte el derecho a la salud de manera digna y entre los ajustes razonables". (Informante H1).

"No hay sensibilización, el cómo acercarse a la persona, cómo ayudarle [...] somos personas y somos sujetos de derechos y uno de ellos es el acceso a la salud y a la información". (Informante M1).

"De pronto se enfocaron sólo a COVID Y todo lo que no era COVID se suspendió" (Informante M1).

En este sentido, ambos participantes manifiestan que la atención que les brindan en los servicios de salud no es óptima, ya que no existen las adecuaciones necesarias para recibir un buen servicio y coinciden en señalar que no se cumple el derecho a la salud.

Respecto a las medidas sanitarias durante la pandemia, se encontró lo siguiente:

"[...] el hecho de estarte poniendo gel antibacterial, el hecho de traer cubrebocas [...] limpiar el mango de mi bastón, para las personas con discapacidad, las órtesis de apoyo que utilizamos, pues son un conducto de contagio, entonces, todo el tiempo tengo que andar con estas toallitas desinfectantes, primero empiezo por las manos, termino por el celular y por el teclado de la computadora. El bastón es fundamental, o sea, para mí todo eso es una incomodidad". (Informante H1).

Cómo se observa hay una coincidencia al respecto de que al momento de diseñar las medidas sanitarias no se pensó en las necesidades de las personas con discapacidad visual, pues además de lo que el informante H1 menciona, de acuerdo con la información obtenida mediante el formulario, indicó que se le dificulta: encontrar los despachadores de gel antibacterial, conservar la sana distancia, encontrar kioscos para realizarse la prueba de COVID-19, recibir ayuda por miedo a ser contagiados y la falta de apoyo de los familiares por el confinamiento, falta de empleo y servicios médicos caros, lo cual enfatiza, no solo en los obstáculos físicos, sino también, es los obstáculos culturales y estructurales que enfrentan las personas con discapacidad visual durante la pandemia.

Acerca del programa de vacunación, comentaron lo siguiente:

"Te puedo decir, así, por primera vez en mi vida, en los servicios de vacunación nunca tuve una barrera actitudinal, toda la gente que te atendía, es más me veían [...] y te decían: ¿es persona con discapacidad? y así en chinga la seña "el chillido", se acercan corriendo con una silla de ruedas". (Informante H1).

"Se supone que las personas con discapacidad tenían prioridad en los registros de vacunación, pero a la mera hora te pasan como todos y te esperas como todos. Yo andaba buscando una asesoría para poder vacunarme (por mi sistema inmunológico) y jamás recibí la dicha asesoría". (Informante M1).

Como se muestra anteriormente, ambos participantes tienen percepciones contrarias sobre la atención que recibieron en los centros de vacunación contra COVID-19, cabe mencionar que el informante M1 dijo haber acudido al centro de vacunación en el hospital de zona "El vergel" en la alcaldía Iztapalapa, mientras que el informante F1 asistió al "Centro de Estudios Navales en Ciencias de la Salud (SENCIS) ubicado en la alcaldía Coyoacán, en este caso, se observa un panorama distinto entre la atención de una alcaldía y otra y esto podría inferirse debido a la cantidad de población que

conforma cada una de las alcaldías y el número de asistentes en cada uno de los centros.

En esta misma línea, al hablar de accesibilidad en vacunación, se compartió lo siguiente:

"La barrera de acceso a la información: las plataformas, el diseño web no está adecuado para nosotros, entonces, ahí sí, alguien forzosamente tenía que ayudarnos a hacer el registro, ahí sí no había de otra, además el gobierno ha desatendido la accesibilidad web". (Informante H1).

"El registro no lo hice yo [...] ahora que fue la pandemia y todo fue virtual, las páginas de los sitios de salud no fueron accesibles, no las puedes leer y necesitas de otra persona". (Informante M1).

De acuerdo con el Art.2 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad se deben incluir otros modos, medios y formatos alternativos de comunicación para el fácil acceso de las personas con discapacidad, sin embargo, se siguen encontrando barreras al momento de querer ejercer su derecho a la información y al acceder a los servicios de salud, además, en la misma línea, con base en los resultados de las encuestas realizadas, los participantes además de las plataformas inaccesibles recalcaron la falta de información fidedigna, y accesible respecto a la aplicación de las vacunas.

Con respecto a la salud mental de los participantes, se encontraron cinco categorías: pérdidas por muerte, empleo, salud, miedo social y habilidades, mencionando lo siguiente:

"Yo a veces no quería entrar al correo institucional de la UACM porque era esquila tras esquila, "lamentamos el sensible fallecimiento del estudiante, del profesor, del compañero técnico

administrativo“, o sea, y de pronto decía: “hijole, ese si yo lo conocí”, eso sí me pegaba mucho”. (Informante H1).

“Hubo una parte de la salud mental [...] se supone que el acompañamiento terapéutico lo da el hospital y no lo hubo, porque todo estaba cerrado, todo estaba suspendido [...] pocas han sido las personas que me han preguntado y ¿tú cómo estás? y respondiendo a esto, pues lo llevé como pude, con mis propios recursos”. (Informante M1).

“Yo lo único que quería era despedirme de mi amiga en el hospital, pero no me dejaron entrar, después de 10 años de amistad, después de 3 años de lucha, me tuve que despedir con una llamada de teléfono” (Informante M1).

“Cuando yo regreso a la ciudad, me empezaba a dar miedo andar en la calle sabes, porque yo pensé: "ahora con el COVID nadie te va a querer tocar, nadie te va a querer agarrar del hombro, o nadie te va a decir agárrame para que te guíe", o sea, todo eso me empezó a dar miedo sabes” (Informante H1).

"Me cuesta mucho trabajo recordar ciertas palabras, pronunciar ciertas palabras, o sea, sí tuve como un retraso en mi proceso cognitivo (de memoria) de memorización, cognitivo creo que no, pero de memorización sí" (Informante H1).

En relación a lo antes mencionado, se puede observar que durante la pandemia se dejó de lado la salud mental, siendo un tema relevante dado la magnitud de enfermos y muertes y los cambios sociales para enfrentarla.

Desde la perspectiva de género, cabe recalcar que en este tema no había intención de indagar, sin embargo, fue un tema que tocó uno de los participantes se encontró lo siguiente.

“A mí me da una faringitis muy aguda en el año 2013, cuando mi papá justo estaba viviendo estar en cama por una embolia, ¿no?, mi hermana era su cuidadora, o sea, estamos hablando de que yo la traje a estudiar en 2008 y en el 2013 le traemos a mi papá y ella vuelve a decir, “pues yo me aviento a cuidar a mi papá”. Mi hermana la mayor primero fue la que me atendió, ella fue mi cuidadora, cae enferma para el 10 de febrero, pero yo para el 10 de febrero empiezo estar bien entonces los papeles se invierten y yo me convierto en el cuidador de mi hermana" (Informante H1).

En este sentido en el caso del participante H1 existen diferencias culturales asignadas a las mujeres, pues aún en situaciones de contagio extremo, es la encargada del cuidado de la salud del enfermo.

Por último, se les pidió a los participantes si les gustaría agregar algo más y respondieron lo siguiente:

"Algo que no puedo dejar decir es que en todas las universidades debería de haber una materia de discapacidad, si tú eres arquitecto, si tú eres de promoción de la salud, tienes que llevar un semestre de abordaje de la discapacidad porque eso te va a permitir conocer esas otras formas de vida: que es la discapacidad. Es diferente porque la sociedad no está hecha para el que es diferente, está hecho para el grueso de la población, para qué, en términos de estandarización, regular: normal [...] si tú vas a desarrollar una página web sepas lo que implica hacer algo accesible, desde un toque de desarrollo de software [...]" (Informante H1).

“Lo importante de este tipo de trabajos, es entender que no nada más se trata de las generaciones con discapacidad de hoy que acceden a servicios de salud, sino, el hecho de pensar que va a beneficiar a las generaciones futuras [...] se trata de garantizar los derechos a la salud en igualdad de condiciones que las demás personas, hacer efectivo y pleno el derecho humano a la salud”. (Informante M1).

En este sentido, ambos participantes expresaron que lo que impide su autonomía no es la discapacidad, sino la manera en la que se aborda, así como la falta de leyes para la equidad de condiciones que propicie el derecho efectivo de todas las personas con discapacidad. De igual manera, en las respuestas obtenidas mediante el formulario se hace mención sobre la falta de sensibilización por parte de los servicios de salud, la falta de inclusión en la información, la falta de capacitación al personal de salud y la manera correcta de dirigirse.

## IV Análisis y discusión

Para contextualizar sobre los resultados es importante destacar que de acuerdo al marco referencial el concepto de discapacidad, desde el modelo médico-rehabilitador lo considera como un problema causante de una enfermedad, por otro lado, desde el modelo social se explica cómo una construcción social impuesta, argumentando que la discapacidad está dada por las barreras que existen en la sociedad para el desarrollo de los sujetos y no por la condición misma de la persona. En este sentido, a partir de los resultados ya expuestos, es evidente que existe una fuerte tendencia por ver la discapacidad desde la enfermedad, por lo que las personas con discapacidad se enfrentan a barreras causadas por una idea equivocada de su condición.

Del mismo modo, es importante recordar que de acuerdo con la OMS (2014) las personas con discapacidad viven mayor grado de discriminación, desigualdad y violencia que las personas sin discapacidad.

A partir de los siguientes resultados, los cuales destacan los siguientes elementos:

- Dentro del apartado socioeconómico se encontró que más de la mitad de los encuestados (el 53.3 %) cuentan con estudios de bachillerato, el 33.3 % con estudios de licenciatura, 6.7 % refirieron tener estudios de posgrado y 6.7 % estudios de maestría.
- Ahora bien, el 46.6 % de éstos reside en la alcaldía Iztapalapa, lo que puede indicar que existe una relación entre el nivel educativo y en nivel socioeconómico. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, el 30.04% de la población económicamente activa de la alcaldía Iztapalapa tiene niveles de ingresos menores a dos salarios mínimos, esto indica que el poder adquisitivo es bajo y que por consiguiente enfrentan restricciones en sus condiciones de vida, asimismo, dicho nivel de ingreso puede estar directamente relacionado con el nivel educativo de la población.

Cabe mencionar que estos datos estadísticos son de personas sin discapacidad, por lo que no representa a este grupo, pero si deja un panorama general de la población en cuanto a su condición socioeconómica, es de importancia mencionar que para las personas con discapacidad los obstáculos a los que se enfrentan son aún mayores, por lo que se espera que estos datos sean aún más desfavorables.

En cuanto al número de personas que comparten una vivienda, el número de habitaciones y baños con los que cuentan los encuestados se encontró lo siguiente:

- El 13.3 % comparte su vivienda con 3 personas o más, 6.7 % con 2 personas y 26.7 % con 1, lo cual, poco menos del 50 % comparten el espacio.
- 60 % de éstos, dijo contar con 2 habitaciones en su vivienda.
- 66.7 % dijo contar con un baño en su vivienda.

En términos de medidas sanitarias en cuanto a la pandemia por SARS-CoV-2, de acuerdo con los datos antes mencionados la posibilidad de contagios dentro de un hogar puede ser alta cuando algún miembro de la vivienda enferme de COVID-19, pues el aislamiento depende de las condiciones materiales de vida y en este caso, no existe un espacio para llevar a cabo dichas medidas. Cabe mencionar que en cuanto a las medidas sanitarias el 66.7 % considera que no se tomó cuenta su condición de discapacidad.

Por otro lado, en cuánto a la atención a la salud, el 60 % de los encuestados refiere que se atiende en servicios particulares, solo el 26.7 % se atiende en el ISSSTE y tan solo el 6.7 % lo hace en el IMSS. El 73.3 % de los encuestados ha requerido de los servicios de salud durante la pandemia y el 54.5 % de éstos menciona que ha recibido un trato diferente antes y durante la pandemia, expresando que lo consideran de manera negativa, pues el trato que reciben está acompañado de estigmas culturales al minimizar su autonomía, al creer que dependen mentalmente de otras personas para recibir la atención y al no considerar las necesidades de las PCDV para una mejor atención.

## V Conclusiones y reflexiones finales

En este trabajo la pregunta de investigación se centra en reconocer cuál es la percepción de las personas con discapacidad visual respecto al acceso en los servicios de atención, prevención y promoción de salud durante la pandemia de COVID-19. Siguiendo por la misma línea, el objetivo de esta investigación la centra en analizar la percepción de las personas con discapacidad visual en lo referente al acceso a los servicios de atención, prevención y promoción de la salud durante la pandemia de COVID-19, así como los objetivos específicos que se plantearon para alcanzar el general, que son:

- Explorar la percepción que tienen las personas con discapacidad visual sobre la atención en los servicios de salud antes y después de la pandemia de COVID-19,
- Diferenciar la percepción sobre los servicios de atención a la salud entre las personas ciegas y las personas con baja visión en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.
- Identificar la percepción en la calidad de los servicios de atención a la salud de las personas con discapacidad visual durante la pandemia de COVID-19.

Como se menciona en el marco teórico de esta investigación, el término “percepción” desde la discapacidad hace referencia a la concepción del cuerpo “normalizado” frente a uno “estigmatizado”, en este sentido, la percepción de los servicios de salud participantes de ambos instrumentos de recolección de información coinciden en que no hubo diferencia antes y durante la pandemia, manifestando que la atención que les brindan en los servicios de salud no es óptima, mencionando que aún hay condiciones que no les permiten recibir un buen servicio debido a su condición, entre las cuales destacan: el trato directo médico-paciente, falta de empatía por parte del personal, formas adecuadas de asistencia y apoyo, falta de señalizaciones y guías para su movilidad, la estigmatización por parte del personal sobre la propia discapacidad y discriminación, recordando que la

Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que las personas con discapacidad en cualquier momento de su vida afrontan obstáculos para acceder a los servicios de salud, presentando peores resultados sanitarios que las personas sin discapacidad, por lo tanto, sigue siendo evidente que el término de discapacidad trae consigo un estigma social, la cual no permite que las PCD gocen de su derecho a la salud.

En cuanto a la calidad de la atención, la percepción del cuerpo normalizado frente a uno estigmatizado se hace evidente cuando los participantes reportan que el personal de salud no se dirige a ellos, sino a su acompañante, incluso en uno de los testimoniales, el informante señala que acompañó a su hermana quien también tiene discapacidad visual y le negaron el servicio debido a que requerían de una persona “responsable” refiriendo a que fuera normo visual para explicarle su situación de salud.

Respecto a su escolaridad, los participantes mencionan que han tenido un impacto negativo debido a su discapacidad y esta se ha visto afectada principalmente por la falta de accesibilidad educativa, lo que resulta interseccional, es decir, la interacción que existe entre la discapacidad y la falta de accesibilidad educativa, da como resultado desigualdad.

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos las Personas con Discapacidad, se debe reconocer el derecho a la educación, garantizando la no discriminación y en igualdad de oportunidades, sin motivo de exclusión y en igualdad de condiciones, así como el acceso a cualquier nivel educativo para hacer efectivos sus derechos.

Es importante mencionar que los participantes coinciden en señalar que las barreras actitudinales son las más difíciles de romper, pues no pueden ejercer su autonomía expresada en el ejercicio de sus derechos, si se les sigue minimizando y estigmatizando debido a su discapacidad.

Cabe mencionar que en cuanto al ejercicio de sus derechos los participantes coinciden en explicitar que no se cumplen ya que no existe la igualdad de condiciones que garanticen que las PCD gocen plenamente de ellos, siendo

objeto de discriminación y desigualdad, violaciones a sus derechos, abusos, prejuicios; obstaculizando su autonomía. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en el cual se señala el acceso a los servicios de salud: salubridad y atención integral. Por lo antes señalado este derecho no se está cumpliendo.

En cuanto a la percepción sobre los servicios de atención a la salud entre las personas ciegas y las personas con baja visión en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 no se encontró diferencia relevante entre ambos grupos, sin embargo, una persona ciega y una con baja visión coincidieron en que reciben un trato prioritario a partir de la pandemia. Por otro lado, una persona ciega y una persona con baja visión comentaron que en cuanto al servicio que se les brinda sobre sale el distanciamiento social “En esta pandemia, hay mayor distanciamiento con el paciente y se procuran menos explicaciones, mayormente en fines de semana...” “nadie se acerca a ayudar a guiar, aunque eso casi existía desde antes”.

De igual manera, la percepción de los participantes sobre la calidad de los servicios de atención a la salud a las personas con discapacidad visual durante la pandemia de COVID-19, se encontró que los involucrados coinciden en que a partir de la pandemia tuvieron experiencias negativas en los servicios de salud, ya sea de manera directa o a través de algún familiar. En este sentido, en cuanto a los procesos hospitalarios en este periodo, se encuentra una similitud en los resultados, pues tanto los entrevistados, como en los participantes de la encuesta comparten que el trato que recibieron en los servicios de salud fue malo, así como, la falta de empatía con la que fueron atendidos, si bien, es evidente que durante la pandemia los hospitales estaban saturados debido a la enfermedad, las personas con discapacidad ya vivían estas situaciones de forma previa a este periodo cuando solicitaron atención por COVID-19.

Asimismo, indican que durante la pandemia se enfrentaron las barreras físicas: sana distancia, el uso de cubrebocas y caretas que les impedía se pudieran comunicar de manera efectiva, la colocación de cintas de

precaución que eran imposibles de identificar debido a su discapacidad, así como poder encontrar el dispensador de gel antibacterial y el no poder recibir ayuda debido al miedo a ser contagiado.

Siguiendo la misma línea, mencionaron que no contaron con las adaptaciones tecnológicas para puedan ejercer su autonomía y derecho a la información, ya que coinciden en no existen plataformas accesibles a su condición visual, además, mencionaron que la página electrónica para el registro de la vacuna para SARS-CoV-2 no era accesible para su parlante, así como las plataformas institucionales del sector salud tampoco cuentan con las adaptaciones para que los parlantes que requieren las PDV puedan acceder. Como es el código CAPTCHA, por sus siglas en inglés, que pide identificar imágenes para diferenciar ordenadores de humanos.

De lo anterior se debe considerar, lo planteado en el marco teórico, en el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se señala que se debe reconocer que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, a pesar de que dicha convención se firmó en México en el año 2007, después de 16 años de haber entrado en vigor, se visibiliza el poco avance tecnológico que ha habido en torno a la accesibilidad para las personas con discapacidad visual, pues en palabras de uno de los participantes expresó que no se logra integrar a las PCDV, pues la tecnología generada por el mercado les venden elementos para combatir las barreras, pero hablando institucionalmente, no se han hecho las adaptaciones al respecto. Por lo tanto, se deben adecuar las medidas pertinentes para que las instituciones se aseguren de que las personas con discapacidad tengan libre acceso a la información y servicio como personas de derecho, logrando un trato digno y de calidad.

Es evidente cómo la voz de este grupo aún no ha sido escuchada, pues se habla de una cultura inclusiva, pero aún falta mucho para lograr que las PCDV vivan una verdadera inclusión, rompiendo con las barreras sociales que impiden el goce pleno de sus derechos constitucionales.

Recordando que el modelo social defiende que “la concepción de la discapacidad es una construcción social impuesta, una visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico” (Verdugo, 2001, p 1). El cual considera que la discapacidad está dada por las barreras que existen en la sociedad para el desarrollo de los sujetos y no por la condición misma de la persona, por lo tanto, se debe reestructurar una sociedad en donde las PCDV enuncien sus propias necesidades y que el gobierno sea el encargado de hacerlas cumplir y el primero en ponerlas en marcha.

Entonces, de acuerdo con la pregunta de investigación la cual se centra en conocer cuál es la percepción de las personas con discapacidad visual respecto al acceso en los servicios de atención, prevención y promoción de salud durante la pandemia de COVID-19, se puede garantizar que a través de este trabajo de investigación se obtuvo información que apunta a que de manera general las personas con discapacidad visual perciben que no reciben una buena atención en salud debido a las múltiples barreras actitudinales, físicas y culturales a las que se enfrentan durante toda su vida.

Cabe mencionar que la mitad los participantes han cursado estudios superiores y aún con este grado de estudios tienen dificultades para ejercer sus derechos por la falta de condiciones. La barrera cultural que se expresa con baja sensibilización impide que las personas con discapacidad visual gocen de una educación de calidad, por lo anterior, se asume que las PCDV con menor grado educativo viven mayor desigualdad y peores condiciones. Dejando visible lo lejos que estamos de lograr una transformación cultural-conductual.

Por último, desde la promoción de la salud se debe garantizar que todas las personas gocen de sus derechos, mediante acciones que mejoren sus condiciones para lograr un impacto positivo directamente en su salud.

El reto está en formar promotores de la salud con una mirada crítica, desde la escucha activa, procurando las necesidades y condiciones del otro, con un trato sensible y humanizado.

## **Sugerencias desde la promoción de la salud.**

En cuanto a los retos que presentan las personas con discapacidad visual, se debe realizar un nivel de intervención Estatal, lo que implica grandes retos para realizar un cambio en el diseño de políticas públicas y la reorientación de los servicios de salud que propicien las necesidades de las PCDV, sin embargo, se plantean las siguientes estrategias para realizar ajustes razonables y a corto plazo para priorizar que las PCDV se encuentren en igualdad de condiciones.

- Capacitar al personal de salud sobre los derechos en el trato digno de las personas con discapacidad, que otorga la Constitución y la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, en torno a la atención y calidad en los servicios de salud.
- Focalizar planes de estudio en la formación de profesionales, implementando ejes transversales que no divida el enfoque humano del biomédico.
- Fomentar que el Estado realice los cambios necesarios para que las PCDV cuenten con sistema tecnológico accesible, pues se encuentran en desigualdad al tener que pagar por un parlante y que el Estado no se preocupe por realizar los cambios pertinentes en sus plataformas.
- Fomentar la aceptación sobre la pérdida de la visión en las personas con baja visión, ya que por el estigma social, no permite la pronta aceptación de su discapacidad. Asimismo, capacitar al personal de salud sobre los tipos de discapacidad visual, ya que las personas con baja visión no se identifican rápidamente, porque que no usan bastón, y sin embargo, requieren de una atención acorde a esta condición.
- Formar promotores de la salud humanizados y con un enfoque crítico, capaces de intervenir de forma asertiva para optimizar la salud de los individuos.

## Referencias documentales

Amate, E. y Vázquez, A. (2006). "Discapacidad lo que todos debemos saber". Publicación Científica y Técnica No. 616. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud OPS. Pp. 1-39. Recuperado en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/719>

Ballesteros, S. (1993). "Percepción háptica de objetos y patrones realizados: una revisión". Vol. 5, N 2. 1993, Universidad de Oviedo, España. Pp 311-321. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72705209>

Balcázar, N. González-Arratia, L. Gurrola, P. Moysén, C. (2006). "Investigación cualitativa". Universidad Autónoma del Estado de México p. 7. Recuperado en: <http://www.uaemex.mx/>

Bautista, A. (2020). "Actualización del análisis de priorización de las vacunas para COVID-19 en México y recomendaciones generada. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 4-28. Cuernavaca, Morelos, México. Recuperado en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12571/12085>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1917). "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos". Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Recuperado en [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Constitucion\\_Politica.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf)

Cáceres, C. (2004). "Sobre el concepto de discapacidad". Una revisión de las propuestas de la OMS. *Auditio*, 2(3), 74-77. Recuperado en: <https://doi.org/10.51445/sja.auditio.vol2.2004.0030>

Cecchini, S. (2020). "*Personas con discapacidad ante la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe: situación y orientaciones*". Comisión Económica para América Latina y el Caribe División de Desarrollo Social. Pp. 1-5. Recuperado en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45491-personas-discapacidad-la-enfermedad-coronavirus-covid-19-america-latina-caribe>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina", Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/153), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020. Recuperado en <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/2f102cc4-a758-485e-9f48-799da720ae60/content>

Cisneros, J. (2010). "La percepción subjetiva de la discapacidad. Una mirada teórico-empírica" Universidad Autónoma Metropolitana. Pp. 159-181. Ciudad de México. Recuperado en: <https://veredasojs.xoc.uam.mx/index.php/veredas/article/view/588/552>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). "Personas con discapacidad y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19: "que nadie se quede atrás". Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE. Pp.1-35. Recuperado en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46600-personas-discapacidad-sus-derechos-frente-la-pandemia-covid-19-que-nadie-se>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). "ABC de la perspectiva de género". Ciudad de México. Pp. 1-5. Recuperado en <https://mexicosocial.org/wp-content/uploads/2019/03/perspectiva-g%C3%A9nero-CNDH.pdf>

Curioso, I. (2014). "Visualizando lo invisible: experiencias subjetivas de personas adultas con discapacidad visual". Tesis para obtener el grado de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Lima-Perú. Pp. 1-146. Recuperado en <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5631>.

Ching-Wong. (2021). "La discapacidad visual y la ceguera en la pandemia del COVID-19". Revista Experiencia en Medicina. Pp.1-2. Recuperado en <http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/527/292>

Cruz, C. y Valencia, O. (2020). "Políticas públicas orientadas a la e-salud en México durante la crisis de covid-19". Revista de Salud pública. Edición especial. Pp. 51-64. Recuperado en <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/31329/32041>

Escudero, X. Guarner, J. Galindo, A. Escudero, M. Alcocer, M. y Del-Río, C. (2020). "Pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México". Servicio de Cardiología. Hospital Médica Sur. Artículo especial. P.12. Recuperado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v90s1/1405-9940-ACM-90-Supl-7.pdf>

Figueroa, P. (2021). "Impacto de la red de cuidado integral de salud para personas con discapacidad en el marco de pandemia COVID-19". Tesis para obtener el grado académico de maestría. Universidad César Vallejo. Pp. 1-65. Recuperado en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58221/Figueroa\\_PS\\_M-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58221/Figueroa_PS_M-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

García, J. (2006). "Los niveles de atención a la revolución de la salud pública Cubana". Rev. Cubana Salud Pública. Pp. 7-15. Recuperado en [http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)

Gómez, O., Sesma, S., M. Becerril, V., M. Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). "Sistema de salud de México". Vol. 53, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. Pp. 220-232. Recuperado en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v53s2/17.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v53s2/17.pdf)

Guerrero, B. (2016). "Investigación cualitativa". Rev. INNOVA. Vol. 1, No.2. Universidad Internacional del Ecuador, Ecuador. pp. 1-9. Recuperado en: <http://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/index>

Gutiérrez, B. Alpuche, T. Lazcano, C. Pérez, E. , Rivera, C. J. (2020). "La salud pública en la primera ola: una agenda para la cooperación ante Covid-19". Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. P.599. Cuernavaca, Morelos. Recuperado en: <https://doi.org/10.21149/11606>

Hernández, M. (2013). "Universalidad de los Servicios de salud en México". Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. Salud pública de México. Vol. 55, número especial. México, D.F. Pp. 1-10. Recuperado en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v55nspe/v55nspe.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55nspe/v55nspe.pdf)

Hernández, M. (1999). "Oftalmología y rehabilitación visual". Archivo de la Sociedad Española de Oftalmología. Pp.10-74).

Hernández, P. (2004). "Las personas con discapacidad, su calidad de vida y la de su entorno". Facultad de enfermería. Revista Aquichan. Pp. 60-66. Bogotá, Colombia. Recuperado en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972004000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100008)

Instituto Belisario Domínguez. (2020). *“Estrategia de mitigación para enfrentar al COVID-19 en México: Análisis y resultados tras un año de pandemia”*. Notas estratégicas. Dirección General de Finanzas. N. 127. Pp. 1-47. Recuperado en: <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5160/NE%20An%C3%A1lisis%20de%20la%20estrategia%20de%20mitigaci%C3%B3n%20ajustada%20y%20actualizada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020) “Censo de población y vivienda”. Recuperado en: <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx>

Jiménez M., González D., Martín J. (2001) “La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud”. Revista Española. Salud Pública. Pp. 271-279. Recuperado en: <https://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf>

Marín, D. (2009). “Alternativas visuales en pacientes con baja visión”. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular Vol. 7 N.2. Pp.115-128. Recuperado en: <file:///C:/Users/Diana/Downloads/Dialnet-AlternativasVisualesEnPacientesConBajaVision-5599238.pdf>

Martín, C. Sánchez, G. (2016) “Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad”. Departamento de Didáctica, Organización y Métodos de Investigación, Facultad de Educación, Universidad de Salamanca, España. Pp. 2365-2375. Recuperado en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fV7LVpSH9bbPxqWPXcywmTR/?lang=es>

Meresman, S., Ullmann, H., (2020). COVID-19 Y las personas con discapacidad en América Latina: “mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Serie. 237, pp. 7-52. Recuperado en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46278>

Moscovici, S. (1961) “El psicoanálisis, su imagen y su público”. Departamento de arte. Pp. 4-6. Buenos Aires, Argentina. Recuperado en: <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>

Orellana, E. (2020). “El coronavirus (COVID-19) en México”. Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre la Salud Pública, Pp. 72-73. Oaxaca, México. Recuperado en: <file:///C:/Users/Diana/Downloads/57588-709-196139-1-10-20200610.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). “Calidad de la atención”. Pp. 1. Recuperado en: [https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2020). “COVID-19 y los derechos de las personas con discapacidad: directrices” Derechos Humanos en el corazón de la respuesta. Pp. 1-12. Recuperado en: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19\\_and\\_The\\_Rights\\_of\\_Persons\\_with\\_Disabilities\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf)

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”. Asamblea General de las Naciones Unidas. México. Pp. 1-60. Recuperado en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). "Discapacidad. Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad". Informe de la Secretaría. Reunión del Consejo Ejecutivo, cuarta sesión, sección 2. Pp. 1-25. Recuperado en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170540/A67\\_16-sp.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170540/A67_16-sp.pdf)

Oviedo, G. (2004). "La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt". Revista de estudios sociales, N.18. Pp. 89-96. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>

Oviedo, M. (2019). "Barreras para acceder a los servicios de rehabilitación de la baja visión: Una revisión de tema". Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Colombia. Pp. 48-54. Recuperado en: [http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD\\_ODONTOLOGIA/article/view/2373/1730](http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/article/view/2373/1730)

Paterson, M. (2006); en Bustos. (2009). "La construcción de la imagen corporal sin imagen visual. El caso de mujeres ciegas". XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Pp. 1-3. Recuperado en <https://cdsa.aacademica.org/000-062/2153.pdf>

Pérez H., Magaña M., Aquino Z. (2017). "Beneficios del sector empresarial para la inclusión laboral de personas con discapacidad". Un estudio de caso en el sureste de México. Polyphonía. Revista de Educación Inclusiva, 1 (1) 46-70. Recuperado en: <https://www.aacademica.org/polyphnia.revista.de.educacion.inclusiva/9.pdf>

Rocco, L. Olliari, N. (2007). "La encuesta mediante internet como alternativa metodológica". VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Pp. 2-4. Recuperado en: <https://cdsa.aacademica.org/000-106/392.pdf?view>

Real Academia Española. (2023). "Diccionario de la Lengua Española". Edición del Tricentenario. Recuperado en: <https://dle.rae.es/calidad>

Ruffinelli, R. Brito, S. (2020). "El aislamiento social: connotaciones para las personas con discapacidad". Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Sociales, Paraguay. Pp. 36-42. Recuperado en: <http://revista.unibe.edu.py/index.php/rcei/article/view/573/507>

Sampieri, R. (2014). "Metodología de la investigación". Sexta edición. Editorial McGraw-Hill. Ciudad de México. Pp. 9-10. Recuperado en <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno de México. (2016). [En línea]. México: Secretaría de Desarrollo Social. Pp. 1-84. Recuperado en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico\\_sobre\\_la\\_Situacion\\_de\\_las\\_Personas\\_Con\\_Discapacidad\\_Mayo\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/126572/Diagnostico_sobre_la_Situacion_de_las_Personas_Con_Discapacidad_Mayo_2016.pdf)

Secretaría de Salud. (2020). "Semáforo de Riesgo Epidémico por COVID-19". Pp. 1-3. Recuperado en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/nuevo-coronavirus-en-el-mundo-covid-19-comunicado-tecnico-diario-257735?idiom=es>

Suárez, J. (2011). "Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de tema". Medicina. Universidad Pontificia Boliviana. Medellín, Colombia. Vol. 30, núm. 2. Pp. 170-180. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159022496008>

Tamez, S. Eibenschutz. C. (2008). "El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud". Universidad Autónoma Metropolitana. Rev. Salud pública. 10 sub (1). Ciudad de México. Pp. 137-140. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a12.pdf>

Tetelboin, C. 2020. Propuestas, avances y pandemia en la transformación del sistema de salud en México. Vol. 1, n° 12. UAM Xochimilco. Pp. 3-11. Recuperado en: <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No.12-03-Propuestas-avances-y-pandemia.pdf>

Vera, M., Rodríguez, Y., Chacón, L., Moreno, A. (2012). "Abordaje de la discapacidad visual en la región de las américas en el contexto de la salud internacional". Ministerio de Salud Pública. Pp. 1-13. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpubint/spi-2012/spi121a.pdf>

Verdugo, M. (2001). "La concepción de discapacidad en los modelos sociales". Mesa redonda. Pp. 1-17. Recuperado en: <https://www.um.es/discatif/TEORIA/Verdugo-ModelosSoc.pdf>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., Sosa, A. (2011). "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud". Prensa Médica Latinoamericana. XXXIII. Pp. 11-14. Recuperado en: [http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003](http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003)

# ANEXOS

## Anexo I

### Formulario

#### Datos sociodemográficos

1. Género.
  - Masculino
  - Femenino
  - Otro
  - No lo quiero decir
  
2. Edad
  - 18- 24 años
  - 25-35 años
  - 36-45 años
  - 45-60 años
  - 61-75 años
  - 76 años o más
  
3. Estado civil
  - Soltero
  - Casado
  
4. Nivel educativo concluido
  - Primaria
  - Secundaria
  - Preparatoria
  - Licenciatura
  - Posgrado
  - Maestría
  
5. Lugar de residencia (Estado).  
\_\_\_\_\_

6. Alcaldía
- Álvaro Obregón
  - Azcapotzalco
  - Benito Juárez
  - Coyoacán
  - Cuajimalpa de Morelos
  - Cuauhtémoc
  - Gustavo A. Madero
  - Iztacalco
  - Iztapalapa
  - Magdalena Contreras
  - Miguel Hidalgo
  - Milpa Alta
  - Tláhuac
  - Tlalpan
  - Venustiano Carranza
  - Xochimilco

7. ¿Con cuántas personas vives?

- Solo yo
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más.

8. ¿Cuántas habitaciones hay en tu casa, sin contar sala y cocina?

- 1
- 2
- 3
- 4 o más

9. ¿Con cuántos baños cuentas en casa?

- 1 baño
- 2 baños
- 3 baños o más

10. ¿Cuántos de estos baños tienen adaptaciones para personas con discapacidad?

- 0
- 1
- 2
- 3 o más

11. Ocupación actual

\_\_\_\_\_

12. Ingresos mensuales

- Menos de 4,150.00
- Entre 4,151-6,500
- Entre 6,501-8,500
- Entre 8,501-10,000
- 10,000 o más

13. En caso de enfermedad donde te atienden

- IMSS
- ISSSTE
- SEDENA
- SEMAR
- PEMEX
- SESA
- SSA
- Particular
- INSABI
- Seguro popular

Otra ¿cuál?

14. ¿Cuántas personas dependen económicamente de ti?

Solo yo

1 persona

2 personas

3 personas

4 personas

5 o más personas

15. ¿Qué tipo de discapacidad visual tienes?

Baja visión

Ceguera

16. ¿Cómo adquiriste tu discapacidad?

De nacimiento

Deterioro

Accidente

17. ¿Cuántas de las personas con quienes vives tienen discapacidad visual?

Solo yo

1 persona

2 personas

3 personas o más

### **Acciones preventivas durante la pandemia por SARS-CoV-2.**

1. Menciona tres obstáculos por orden de importancia a los cuáles te has enfrentado durante la pandemia.
2. ¿Cómo ha llegado a ti la información para aplicar las medidas preventivas contra el COVID-19?

3. ¿Has podido llevar a cabo las medidas higiénicas?

Sí

No

4. ¿Por qué?

5. ¿Durante la pandemia tuviste la posibilidad de quedarte en casa?

Sí

No

8. ¿Consideras que las medidas higiénicas toman en cuenta tu discapacidad?

Sí

No

9. ¿Durante este tiempo has tenido COVID?

Sí

No

10. En caso de que sí, ¿Cómo fue haber tenido COVID?

11. ¿Has pasado por alguna otra enfermedad durante la pandemia?

Sí

No

¿Cuentas con algún cuidador primario?

Sí

No

14. ¿Cómo percibes la salud?

15. ¿Cómo necesitas que se dirijan a ti cuando se trata del cuidado de tu salud?

16. ¿Cómo te han tratado en los servicios de salud, tanto por un problema tuyo o por acompañar a algún familiar?
17. En caso de haber requerido de los servicios de salud durante la pandemia responde ¿han existido diferencias en el trato en los servicios de salud antes y durante la pandemia?
18. ¿Has sido víctima de algún tipo de discriminación durante la prestación de servicios de salud?
- Sí
- No
19. ¿Qué tipo de discriminación?
20. ¿De qué manera crees que tu condición influye en el trato que te ofrecen los servicios de salud?
21. ¿Consideras que se cubrieron tus necesidades en los servicios de salud durante la pandemia?
22. ¿Has podido llevar un seguimiento a padecimientos no COVID?
23. ¿Cuáles de las medidas sanitarias impuestas por la pandemia te han sido lo más difícil de llevar a cabo?
24. ¿Cómo te ha afectado económicamente esta pandemia?
25. ¿Cómo se han visto afectadas sus labores productivas?
26. Te gustaría hacer algún tipo de recomendación para que los servicios de salud mejoren (opcional responder)

## Anexo II

### **Guía para la entrevista**

#### Saludo

##### Presentarse:

Mi nombre es Diana Clemente, estoy realizando un trabajo de investigación para obtener mi título de licenciatura en Promoción de la Salud, a través del cual se busca visibilizar algunas de las condiciones que enfrentan las PCD, enfocándose en la discapacidad visual, Y espero que además de la obtención de mi título, esto contribuya con el movimiento de inclusión.

El objetivo de esta entrevista es conocer tu percepción sobre la atención a la salud durante la pandemia de COVID-19.

Agradezco mucho que me permitas realizar esta entrevista y también agradezco tu valioso tiempo.

Te solicito tu autorización para grabar esta entrevista y ya que iniciemos te pediré que des tu consentimiento para poder utilizar en mi análisis la información que me brindes garantizándote que se conservará el anonimato y solo se utilizará para fines académicos

Te expondré una serie de temas, mi objetivo es profundizar en tus percepciones y experiencias, por lo que eres libre de explayarte en tus respuestas.

#### Comenzar a grabar

Confirmar su autorización para ello y para que se utilice la información que me proporcione con fines académico y conservando el anonimato

#### Temáticas

- Tipo de discapacidad y cómo fue que la adquirió (pedir que cuente un poco acerca de su discapacidad y cómo ha impactado su desarrollo, educación, relaciones).
- Experiencias en la atención (indicar que platique si ha hecho uso de los servicios de salud, cuáles, en qué momentos, para quién, qué dificultades o experiencias favorecedoras ha tenido, ya sea de forma directa o por algún familiar).

- Atención COVID (experiencias en atención por COVID, si padeció COVID personal o familiar, cómo lo vivió, cómo fue atendido él o su familiar).
- Experiencias de atención en los servicios de salud a padecimientos no COVID durante la pandemia. (a qué tipo de atención fue, que le dijeron, cómo se sintió).
- Medidas sanitarias durante la pandemia (cuáles recuerda, opinión/ lo que hubiera funcionado mejor/ propuestas, qué se le dificultó).
- Percepción sobre el programa de vacunación contra COVID (cómo fue para ti, qué se te dificultó, qué se debió tomar en cuenta para que fuera accesible para ti).
- Salud mental/ pensar en pérdidas (empleo, labores, pérdidas de algún familiar o conocido, pérdida de la salud).
- Género (preguntar si considera que existe una diferencia en cuanto al trato o a la experiencia en los servicios de salud).

¿Deseas agregar algo?

Despedida y agradecimiento

Preguntar si al terminar la investigación quisiera que se le envíen los resultados, pedir un correo de contacto.