UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN, REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, 2025

ASESOR

Dr. Alfredo Moltó

Celided Visuette Olmedo
8-791-961

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2026

Dedicatoria

A Dios, por darme la fortaleza, la paciencia y la perseverancia necesaria para culminar esta etapa de mi formación profesional.

A mi madre, quien desde el cielo continúa guiando mis pasos y siendo mi mayor inspiración.

A mis hermanos, Amhed y Otniel, por su apoyo incondicional, su confianza y su acompañamiento constante a lo largo de este camino.

A mis hermanas Astrid y Karyna, juntas por siempre hermanas.

Agradecimientos

A mi asesor de tesis, Dr. Alfredo Moltó, por su confianza, orientación y acompañamiento durante el desarrollo de este trabajo, los cuales fueron fundamentales para culminar este proceso académico.

A la Dra. Elvia Evers, agradezco su respaldo constante y sobre todo, la confianza depositada en mí para seguir creciendo profesionalmente.

A Xiomara de Mendieta, mi maestra en Salud Pública, quien con su confianza y guía me motivo a creer en mis capacidades y a atreverme avanzar con determinación en este camino académico.

Al Dr. Israel Cedeño, por creer siempre en mi trabajo, impulsarme a seguir y por darme alas para avanzar.

A la Dra. Nadja Porcel, por su apoyo y orientación.

A los directores médicos, enfermeras y promotores de salud de las instalaciones de la Region Metropolitana de Salud, por el respaldo brindado durante el proceso de recolección de datos. A Jenny Díaz, Meivis Arauz y Blanca Rodríguez, del equipo de Reges local, por su colaboración, disposición y apoyo durante el trabajo de campo.

A mis compañeros coordinadores locales del Programa de salud de adulto y adulto mayor.

Finalmente a mis profesores de la maestría, por sus enseñanzas, dedicación y compromiso con la formación académica, que contribuyeron a mi formación profesional.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I **3**
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **3**
1.2 JUSTIFICACIÓN **6**
1.3 PROPÓSITO **10**
CAPÍTULO II **11**
2.1 MARCO TEÓRICO **11**
2.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES **19**
2.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS **21**
2.4 OBJETIVOS **24**
Objetivo General 24
Objetivos específicos 24
CAPÍTULO III **25**
MARCO METODOLÓGICO **25**
3.1 Área de Estudio 25
3.2 Diseño de la Investigación 27
3.3 Universo 27
3.4 Muestra 28
3.5 Tamaño de la muestra 29
3.6 Técnica de muestreo 30
3.7 Definición de casos y controles 33
3.8 Definición operacional de las variables 35
3.9 Procedimiento y método de recolección 38
3.10 Plan de tabulación y análisis 39
3.11 Aspectos éticos 42
Capítulo IV **44**
RESULTADOS **44**
CAPÍTULO VI **57**
DISCUSIÓN **57**
CAPÍTULO V **61**
CONCLUSIONES **61**
CAPÍTULO VII **62**
RECOMENDACIONES **62**

BIBLIOGRAFÍA 64
Anexos 73
Anexo 1. Instrumento de Recolección 73
Encuesta preliminar de accesibilidad a los servicios de salud. 73
Encuesta para Casos y Controles 74
Anexo 2. Acuerdo de confidencialidad 77
Anexo 3. Declaración del investigador 79
Anexo 4. Aprobaciones 80
Anexo 5. Cronograma de actividades 85
Anexo 6. Presupuesto 87

Índice de Tablas

Tabla N° 1:Distribucion del ingreso mensual familia según casos y controles en el estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025. 45
Tabla N° 2: Distribución por grupo de edad según casos y controles en el estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, Región Metropolitana de Salud, Región Metropolitana de Salud, 2025 47
Tabla N° 3: Distribución por grupo de edad según casos y controles en el estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud. 2025 49
Tabla N° 4: Distribución de la etnia según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud. 2025 51
Tabla N° 5: Distribución de personal médico especialista según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, Región Metropolitana de Salud. 2025 52
Tabla N° 6: Distribución de la calidad de la atención según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025. 54
Tabla N° 7: Resumen de variables obtenidas en el estudio Factores Asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, Región Metropolitana de Salud. 2025 56

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1: Porcentaje de personas de acuerdo con ingreso mensual familiar en el estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la poblacion, Region Metropolitana de Salud. 2025.....45
Gráfico N° 2: Distribución del ingreso mensual familiar según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de aalud en la población, Región Metropolitana de Salud. 2025.....46
Gráfico N° 3: Distribución de los participantes por grupos etarios, Región Metropolitana de Salud. 2025 47
Gráfico N° 4: Distribución de grupos etarios según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud. 2025 48
Gráfico N° 5: Distribución del nivel de educación según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud. 2025.....49
Gráfico N° 6: Distribución según etnia de los participantes, Región Metropolitana de Salud. 2025.50
Gráfico N° 7: Distribución de la etnia según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud. 2025 51
Gráfico N° 8: Distribución de la oferta de personal médico especializado según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud. 2025.....53
Gráfico N° 9: Distribución de la calidad de la atención según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud. 2025.....54

Índice de imágenes

Imágen N° 1: Cálculos estadísticos para el ingreso mensual familiar en stat calc de Epi Info...***¡Error! Marcador no definido.***
Imágen N° 2: Cálculos estadísticos para edad en stat calc de Epi Info ***¡Error! Marcador no definido.***
Imágen N° 3: Cálculos estadísticos para el nivel educativo en stat cal de Epi Info ...***¡Error! Marcador no definido.***
Imágen N° 4: Cálculos estadísticos para etnia en stac cal de Epi Info.. ***¡Error! Marcador no definido.***
Imágen N° 5: Cálculos estadísticos para la oferta de personal médico especialista en stat calc de Epi Info ..... ***¡Error! Marcador no definido.***
Imágen N° 6: Cálculos estadísticos para calidad de la atención en stat calc de Epi Info.....***¡Error! Marcador no definido.***

RESUMEN

Introducción: La falta de accesibilidad a los servicios de salud constituye un problema relevante de salud pública que afecta de manera desproporcionada a poblaciones vulnerables, limitando el acceso oportuno y adecuado a la atención sanitaria. En la Región Metropolitana de Salud, caracterizada por la alta densidad poblacional y heterogeneidad social, resulta fundamental identificar los factores asociados a esta problemática, particularmente en el primer nivel de atención donde se concentra la puerta de entrada al sistema de salud.

Objetivo: Identificar los factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud de la población adulta en las instalaciones del primer nivel de atención de la Region Metropolitana de Salud, durante el periodo de enero a junio de 2025.

Metodología: Se realizó un estudio epidemiológico observacional de tipo casos y controles. La información fue recolectada mediante encuestas aplicadas a usuarios de las instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud. La muestra final estuvo conformada por 344 participantes distribuidos equitativamente en 172 casos y 172 controles. El análisis estadístico incluyó la prueba de chi cuadrado para determinar la significancia estadística, el cálculo del Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% para estimar la fuerza de asociación, considerando un nivel de significancia de $p< 0,05$.

Resultados: Se identificó asociación estadísticamente significativa entre el bajo nivel educativo y la falta de accesibilidad a los servicios de salud, observándose un valor de chi cuadrado.

Conclusiones: El bajo nivel educativo se identificó como un factor de riesgo asociado a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población estudiada. La oferta de profesionales médicos especialistas y la calidad de atención se comportaron como factores protectores, resaltando la importancia de la fortalecer el recurso humano especializado y promover un trato digno y humanizado en el primer nivel de atención. Los resultados del estudio aportan evidencia útil para la formulación de estrategias orientadas a mejorar la accesibilidad y equidad en los servicios de salud en la Región Metropolitana de Salud.

Sumary

INTRODUCCIÓN

La falta de accesibilidad a los servicios de salud es un problema importante y generalizado que afecta a una gran cantidad de personas, especialmente a los grupos desfavorecidos de la población, como las personas de bajos ingresos, las minorías étnicas, las poblaciones rurales y los adultos mayores. Esta problemática limita gravemente la capacidad de estas personas de obtener la atención médica que necesitan, lo que tiene un impacto negativo en su salud y bienestar privándolos de disfrutar de una atención médica integral y oportuna, lo cual es fundamental para prevenir y tratar enfermedades, así como para mantener un adecuado estado de salud.

El presente estudio se enfocó en identificar y comprender los factores que influyen en la falta de accesibilidad de los servicios de salud para la población en la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio de 2025.

La importancia de comprender estos factores permitirá aumentar el acceso y la equidad en la atención médica para esta población, con lo que se logrará comprender los obstáculos que impiden a la población acceder a servicios de salud adecuados en la Región Metropolitana de Salud.

La investigación se justificó por la necesidad de mejorar la accesibilidad y equidad en la atención médica, especialmente en las instalaciones de primer nivel de la Región Metropolitana de Salud. Se enfatizó que un entendimiento profundo de estos desafíos es vital para satisfacer las necesidades de salud de la población en un contexto metropolitano. Los resultados obtenidos a través de este estudio servirán para proponer recomendaciones a las autoridades nacionales, regionales y locales, así como a las organizaciones no gubernamentales (ONG) que sirvan como fundamento para el desarrollo de programas y políticas que contribuyan a mejorar la accesibilidad de los servicios de salud en la Región Metropolitana.

En la literatura existente, se ha demostrado que factores como la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico, la educación, la oferta y la calidad de atención en el sistema de salud influyen significativamente en la accesibilidad de los servicios

de salud. Sin embargo, hay una escasez de estudios específicos que aborden esta problemática en la Región Metropolitana de Salud, especialmente en instalaciones del primer nivel de atención.

La hipótesis principal era que existían factores socioeconómicos, étnicos y estructurales que se han asocian a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población de la Región Metropolitana de Salud.

Los objetivos de la investigación eran: identificar los principales factores asociados a la falta de accesibilidad de los servicios de salud, evaluar el impacto de estos factores en la calidad de la atención y proponer recomendaciones para mejorar la accesibilidad de los servicios de salud en la Región Metropolitana.

En este estudio analítico de tipo caso-control, los datos fueron recopilados a través de encuestas que se llevaron a cabo en 2025 (datos primarios). Posteriormente, se analizaron los diversos factores (variables) que afectaban a la población objeto de esta investigación. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de Kelsey, con el fin de obtener resultados más precisos, con esta base se logró determinar con certeza aquellos factores que dificultan el acceso a los servicios de salud para la población en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que factores socioeconómicos, como el nivel de ingresos, el grado educativo y el acceso a seguros de salud, juegan un papel significativo en la falta de accesibilidad a la atención médica para la población. Además, la distancia geográfica a los centros de salud y la disponibilidad de transporte también son barreras importantes.

Así también, las barreras culturales, creencias, ideología y comunicación influyen en la accesibilidad de los servicios de salud. Por ejemplo, la falta de comprensión del idioma, las diferencias culturales en las expectativas de la atención médica y la falta de sensibilidad cultural por parte de los proveedores de servicios de salud pueden ser obstáculos significativos.

Además, las condiciones estructurales de las instalaciones de salud, como la disponibilidad de personal capacitado, medicamentos y equipos médicos, afectan directamente la calidad y accesibilidad de la atención médica.

Existe un vacío de conocimiento en cuanto a la comprensión de cómo se interrelacionan estos factores socioeconómicos, geográficos y estructurales. Este estudio buscó llenar ese vacío y proporcionar una visión más completa de la falta de accesibilidad a los servicios de salud para la población. Si bien ha habido investigaciones previas que han abordado algunos de estos factores de manera aislada, la comprensión integral de su influencia conjunta es limitada (Levesque et al., 2013; Wang & Luo, 2005).

Además, existe controversia sobre la preponderancia de cada uno de estos factores en la determinación de la falta de accesibilidad a los servicios de salud. (Jaca et al., 2022).

Algunos estudios han enfatizado el papel de las barreras geográficas, como la distancia a los centros de salud, mientras que otros han resaltado la importancia de los factores socioeconómicos, como el nivel educativo o el acceso a seguros de salud (Facchini, 2014; Al-Turki, 2016; Adeyanju et al., 2017).

El modo en que los pacientes son recibidos y atendidos puede facilitar u obstaculizar el acceso a los servicios (García-Acosta et al., 2019), ya que una experiencia negativa puede disuadir a las personas de buscar atención médica en el futuro.

Es importante que los proveedores de salud brinden un trato respetuoso, empático y libre de prejuicios, independientemente del trasfondo socioeconómico, étnico o de otro tipo de los pacientes. Abordar las barreras relacionadas con el trato al usuario es fundamental para lograr una mayor accesibilidad y equidad en el acceso a los servicios de salud.

La controversia sobre la preponderancia de cada uno de estos factores en la determinación de la falta de accesibilidad a los servicios de salud plantea la necesidad de una comprensión integral que permita identificar el peso relativo de cada factor y su interacción. Además, la falta de evidencia concluyente sobre las intervenciones y políticas efectivas subraya la importancia de desarrollar recomendaciones fundamentadas que aborden de manera efectiva los desafíos identificados en el acceso a la atención médica para la población en la Región Metropolitana.

En consecuencia, el estudio del comportamiento del problema facilita el entendimiento de la complejidad y los múltiples factores que se asocian a la falta de accesibilidad de los servicios de salud para la población en la Región Metropolitana, preparando el terreno para el desarrollo de intervenciones y políticas efectivas que aborden los desafíos identificados por los tomadores de decisiones.

Para abordar efectivamente los desafíos en la falta de accesibilidad de los servicios de salud para la población en la Región Metropolitana, fue crucial delimitar el objeto de estudio. El enfoque se centró en la interrelación de factores socioeconómicos y culturales. Esto permitió una comprensión integral de la influencia conjunta de estos factores en la falta de accesibilidad de los servicios de salud. Además, permitió un análisis crítico de la preponderancia de cada factor, identificando su peso relativo y su interacción en el contexto específico de la Región Metropolitana, sentando las bases para un análisis exhaustivo que contribuirá significativamente a la comprensión y abordaje efectivo de la problemática.

La importancia de abordar el problema de la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población es crucial para garantizar la equidad en el acceso a la atención médica, asegurando que todas las personas tengan la oportunidad de recibir la atención médica necesaria.

Es evidente que los conocimientos actuales son insuficientes para comprender y abordar plenamente el problema de la falta de accesibilidad a los servicios de salud para la población. Para enfrentar este desafío de manera integral, se requiere de investigaciones adicionales, análisis interdisciplinarios y la capacidad de adaptarse a nuevos hallazgos. La importancia de este esfuerzo radica en su potencial para garantizar la equidad en el acceso a la atención médica, un aspecto fundamental para mejorar la calidad de vida de la población.

Por lo anterior, me hace la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados a la falta de acceso a los servicios de salud de la población de la Región Metropolitana de Salud de enero a junio de 2025?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La falta de accesibilidad a los servicios de salud es un problema grave que afecta a muchas personas (Urbanos, 2016), especialmente a los grupos vulnerables en la población. Esta problema se asocia con diversos factores, como la distancia geográfica a los centros de salud, las barreras económicas para costear los servicios, la insuficiente infraestructura y recursos disponibles, y la falta de aceptabilidad cultural de los servicios ofrecidos.

Cuando las personas tienen dificultades para acceder oportunamente a los servicios de salud que necesitan, se ven más expuestas a desarrollar condiciones de salud más graves, lo que conlleva mayores costos tanto para los individuos como para el sistema de salud (Restrepo-Zea et al., 2025). Por lo tanto, es fundamental abordar los principales determinantes de la accesibilidad a fin de garantizar una cobertura y atención médica equitativa para toda la población.

La accesibilidad a los servicios de salud se ve afectada por diversos factores como la ubicación geográfica, la situación económica, aspectos socioculturales, institucionales y políticos generando desigualdades en el acceso a la atención médica.(Flores-Sandí, 2012)

En países de ingresos bajos y medianos, el acceso a servicios de salud suele ser limitado, con desafíos significativos debido al aumento de enfermedades no transmisibles y la falta de inversión en este ámbito (Báscolo et al., 2020). La gobernanza y el liderazgo son fundamentales para mejorar el acceso a los servicios de salud, pero a pesar de los esfuerzos para mejorar la atención primaria de salud, persisten obstáculos importantes. (Kodali, 2025; Figueira, 2018)

La falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población se da con bastante frecuencia, como lo demuestran diversos estudios, por ejemplo, en las Américas, alrededor de un tercio de las personas en promedio informaron haber experimentado múltiples barreras para buscar atención adecuada, y estas barreras incluyen cuestiones de disponibilidad, accesibilidad geográfica y financiera, alojamiento y aceptabilidad (Báscolo, 2020). En los quintiles más pobres, las

personas tienen más probabilidades de enfrentar múltiples barreras en comparación con las de los quintiles más ricos (Báscolo et al., 2020). Por lo que la falta de accesibilidad no se debe solo a la disponibilidad de servicios sino también a otros factores como la asequibilidad y la distribución geográfica de los servicios. (Dassah, 2018; Grut et al., 2012)

Sin embargo, la frecuencia específica de los problemas de la falta de accesibilidad puede variar según la ubicación y los sistemas de salud existentes. La situación en las zonas rurales, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, puede ser particularmente difícil, agravando las dificultades que enfrentan las personas con discapacidad y grupos vulnerables (Dassah, 2018; Grut, 2012).

La falta de accesibilidad a los servicios de salud puede ser bastante grave, con importantes implicaciones para la salud individual y pública, así como para la equidad social y la literatura respalda la gravedad de este problema en varios contextos globales, la marginación geográfica y socioeconómica puede limitar la capacidad de las personas para acceder a la atención necesaria.

En el ámbito más amplio de los países de ingresos bajos y medios, Kodali analiza los desafíos para lograr la Cobertura Sanitaria Universal y construir sistemas de salud resilientes frente a crisis y emergencias sanitarias. Estos sistemas son esenciales para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud esenciales y proteger a los hogares de gastos catastróficos en salud. (Kodali, 2025)

La investigación de Zhao et al., destaca que la falta de accesibilidad a los servicios de salud resulta crucial para la integración urbana de los inmigrantes rurales de minorías étnicas. Una mayor accesibilidad no solo mejora los niveles de salud, sino que también apoya la capacidad de los migrantes para integrarse en la vida urbana. Por lo tanto, la falta de acceso a la salud puede representar una barrera tanto para la salud como para la inclusión social de estos grupos. (Zhao et al, 2024)

La falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población subraya la necesidad de estrategias integrales ya que no es sólo una cuestión de justicia sanitaria, sino también un aspecto fundamental del desarrollo y la cohesión social.

Los factores asociados a la falta de accesibilidad de los servicios de salud para la población **pueden modificarse o cambiarse**, y la infraestructura de atención médica es un factor primordial para mejorar la accesibilidad. La construcción de nuevas instalaciones o la mejora de las existentes en áreas desatendidas o de difícil acceso aumenta la disponibilidad de servicios (Merwin et al., 2006). La asignación y capacitación de la fuerza laboral también es importante para abordar la escasez de personal sanitario. Políticas para incentivar a los trabajadores de la salud a ejercer en áreas lejanas, junto con programas específicos de educación y capacitación, pueden mejorar la accesibilidad (Kodali, 2025).

La sensibilización del personal de salud por ausencia de procesos adecuados de planificación, organización y seguimiento en el sistema de salud, así como la falta de intervenciones educativas y de capacitación, pueden provocar negligencia y maltrato hacia las personas, especialmente en las personas vulnerables. Las malas condiciones de las instalaciones de salud también pueden afectar la capacidad del personal para brindar una atención adecuada. (Ruelas-González et al., 2014)

Las barreras financieras pueden reducirse mediante reformas al financiamiento de la salud, como la introducción o expansión de la cobertura del seguro médico, subsidios y programas de salud pública. (Kodali, 2025). El transporte y la accesibilidad geográfica también son aspectos importantes. Mejoras en la infraestructura de transporte o la introducción de servicios específicos pueden impactar significativamente en la falta de accesibilidad a los servicios de salud. (Merwin et al., 2006)

Las intervenciones culturales y educativas, como la alfabetización sanitaria y la competencia cultural entre los proveedores de atención médica, pueden abordar las barreras de aceptabilidad y conocimiento entre la población. (Massey et al., 2017)

La falta de accesibilidad en el sistema de salud afecta negativamente su eficiencia y eficacia. Mejorar el acceso a los servicios de salud podría aumentar la productividad económica, ya que una población más sana puede contribuir mejor a la fuerza laboral (Zhao et al., 2024). Un acceso limitado a los centros de atención primaria incrementa las tasas de hospitalización y el uso de emergencias, lo que eleva los costos y reduce la eficiencia en el manejo de la salud en comparación con la atención preventiva y de seguimiento (Johar, 2018; Merwin, 2006; Cuixart et al., 2007). Esto no solo representa un mayor gasto económico directo para el sistema de salud, sino que también conlleva costos indirectos en términos de pérdida de productividad, mayor ausentismo laboral y deterioro de la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, invertir en mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, especialmente a nivel de atención primaria, puede generar ahorros sustanciales a largo plazo al evitar complicaciones y reducir la carga sobre los servicios de mayor complejidad. (Zea et al., 2014) (Juárez-Ramírez et al., 2020)

Además, la falta de acceso equitativo a los servicios de salud profundiza las desigualdades en salud entre diferentes grupos de la población.

En este sentido, los estudios han evidenciado que las poblaciones con menor acceso a los servicios de salud tienden a presentar peores indicadores de salud, con mayores tasas de mortalidad y morbilidad. (Urbanos, 2016; Valle, 2020). Por lo tanto, invertir en mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, especialmente a nivel de atención primaria, puede generar ahorros sustanciales a largo plazo al evitar complicaciones y reducir la carga sobre los servicios de mayor complejidad.

Para la familia, puede suponer una carga importante, especialmente en las poblaciones vulnerables el aumento del gasto de bolsillo o la necesidad de viajar largas distancias para recibir atención puede afectar su bienestar general y su estabilidad económica. (Johar, 2018).

A nivel individual, se afectan los resultados de salud y la calidad de vida. Las personas que carecen de acceso a los servicios de atención médica pueden experimentar retrasos en el diagnóstico, el tratamiento y el manejo continuo de

enfermedades crónicas, lo que puede conducir a peores resultados de salud y una menor esperanza de vida. (Johar, 2018; Merwin, 2006; Zhao, 2024).

Los resultados de esta investigación serán presentados a diversas autoridades y organizaciones relacionadas con la equidad en salud, con el fin de contribuir al desarrollo de políticas y programas que mejoren la accesibilidad a los servicios de salud. Asimismo, se difundirán a través de conferencias, charlas y publicaciones en revistas indexadas a nivel nacional e internacional.

1.3 PROPÓSITO

Los resultados y recomendaciones de esta investigación serán presentados a autoridades nacionales, regionales y locales, así como a organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajen en la equidad y acceso a la salud, con la intención que estos hallazgos sirvan como base para el desarrollo de programas y políticas que promuevan la mejora en la accesibilidad a los servicios de salud. Asimismo, se espera publicar y difundir los resultados en revistas indexadas, tanto a nivel nacional como internacional.

De este modo, los actores involucrados en la toma de decisiones podrán formular estrategias efectivas para mejorar la accesibilidad y equidad en el sistema de atención primaria de salud en la Región Metropolitana de Salud. Estas acciones contribuirán a fortalecer la capacidad de respuesta y planificación del sistema de salud que optimicen el acceso a la atención médica en dicha región.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

Los factores asociados a la falta de accesibilidad de los servicios de salud en la población se nutren de diversos contextos sociales y académicos. El enfoque en los determinantes sociales, ampliamente promovido por la Organización Mundial de la Salud, considera las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen como factores críticos que impactan en la salud y la accesibilidad a los servicios. Este enfoque contextualiza la salud dentro de un marco más amplio que trasciende el ámbito médico. (Dassah et al., 2019) Los modelos teóricos, como el de Andersen**,** que estudian la utilización de servicios médicos, detallan factores predisponentes**,** habilitantes y de necesidad lo que reflejan un entendimiento más complejo del acceso a los servicios de salud, incluyendo barreras y facilitadores de acceso. (Lorenzo, 2009)

La equidad en salud y la cobertura universal son temas relevantes al estudiar la accesibilidad o falta de accesibilidad a los servicios de salud. Los estudios que analizan las barreras para acceder a la salud, como los realizados por Bascolo et al., 2020 y colaboradores, reconocen que estas barreras afectan de manera desproporcionada especialmente en regiones metropolitanas debido a la alta densidad poblacional y la distribución desigual de recursos. Por lo tanto, es crucial analizar cómo las políticas públicas y los sistemas de salud influyen en la accesibilidad. (Cuevas & Arrivillaga, 2014)

LIMITACIONES FINANCIERAS

Las limitaciones financieras representan una barrera inmediata para acceder a la atención médica. El costo de los servicios, la falta de seguro y los gastos indirectos dificultan el acceso. Estudios han demostrado que estas barreras económicas afectan especialmente a quienes tienen ingresos más bajos, influyendo directa e indirectamente en su capacidad para recibir atención. (Sharma, 2022)

Por otro lado, las personas con un estatus económico alto suelen disfrutar de un mejor acceso a los servicios médicos (Kodali, 2025). Esto se debe a varias razones:

primero, la asequibilidad les permite enfrentar los costos asociados con una atención de calidad sin preocupaciones financieras; **segundo**, cuentan con una cobertura integral de seguro médico que abarca diversos servicios, incluyendo la atención preventiva y tratamientos para enfermedades crónicas; y **tercero**, su mayor alfabetización sanitaria les permite utilizar eficazmente el sistema de salud. Además, su extensa red social (capital social) les proporciona información y apoyo al acceder a los servicios de salud (Ahmed et al., 2025). Por el contrario, las personas con un estatus económico más bajo enfrentan más los servicios o los costos indirectos asociados, como el transporte, pueden impedir que las personas de bajos ingresos busquen atención.

Los gastos de bolsillo pueden suponer una carga considerable (Kodali, 2025). La carencia de seguro médico o tener una cobertura mínima, dificulta la atención médica y aumenta los gastos de atención con menos probabilidades de acceder a servicios preventivos (Ahmed et al., 2025).

Las barreras geográficas, como vivir en áreas con menos instalaciones de atención médica agrava sus barreras financieras (Báscolo et al., 2020). El transporte o las bajas laborales pueden impedir que las personas busquen atención médica. Y como resultado de estas barreras, las poblaciones de bajos ingresos tienden a tener peores resultados de salud, como tasas más altas de enfermedades prevenibles y menores expectativas de vida (Kodali, 2025).

LIMITACIÓN ÉTNICO-CULTURAL

La falta de accesibilidad de los servicios de salud en algunas poblaciones se ve afectada por factores que incluyen las creencias, normas culturales, factores económicos y educativos que influyen significativamente en si las personas buscan atención médica, desempeñando un papel importante en el acceso a los servicios de salud.

También es importante considerar cómo el origen étnico puede afectar aún más la accesibilidad para la población (Manuel, 2017). Las minorías étnicas a menudo enfrentan desafíos únicos que se cruzan con barreras económicas y educativas,

creando un panorama complejo de desigualdades en la atención. Además, pueden encontrar barreras adicionales relacionadas con creencias, normas y prácticas culturales que influyen en los comportamientos de búsqueda de atención sanitaria, provocando una subutilización de los servicios o retrasos en la atención. En cuanto al dominio del idioma de estos grupos, se puede obstaculizar la comunicación efectiva con los proveedores de atención médica, lo que dificulta que los pacientes comprendan la información.

Otro aspecto cultural que considerar es la religión. Ciertas religiones y creencias religiosas pueden desalentar el uso de intervenciones médicas, optando en su lugar por la oración o la curación basada en la fe, lo que puede retrasar o impedir que las personas busquen un tratamiento médico oportuno y adecuado. Las creencias religiosas también desempeñan un papel importante, complicando aún más el panorama.

Las creencias religiosas también desempeñan un papel importante, complicando aún más el panorama (Swihart et al., 2019). Un ejemplo concreto es la subutilización de los servicios de salud mental en la comunidad filipino-estadounidense, donde la adherencia a prácticas tradicionales y la importancia otorgada a las creencias religiosas contribuyen a la renuencia a buscar atención. (Sánchez y Gaw, 2007)

LIMITACIÓN EN LA EDUCACIÓN

La educación influye en la comprensión y manejo de la información sobre salud, por lo que la falta de esta puede aumentar significativamente la falta de accesibilidad a los servicios de salud. La alfabetización sanitaria limitada y la poca comprensión del sistema de salud crean barreras adicionales que impiden que las personas accedan eficazmente a la atención que necesitan. (Heide et al., 2013)

Las personas con niveles educativos más bajos pueden tener dificultades para la comprensión de la información de salud y en este contexto es posible que tengan dificultades para comprender la terminología médica, las opciones de tratamiento y

la importancia de la atención preventiva, lo que dificulta su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud.

Navegar por el sistema de atención médica sin saber cómo acceder a diferentes servicios, programar citas o comunicarse con los proveedores, representan un desafío para utilizar con éxito los recursos disponibles.

Los niveles más bajos de educación pueden limitar la capacidad de un individuo para defender sus necesidades y derechos de salud, reduciendo su capacidad para superar las barreras sistémicas a la atención.

Las lagunas en la comprensión de la importancia de las visitas de seguimiento, el cumplimiento de la medicación y el manejo de enfermedades crónicas pueden provocar interrupciones en la atención continua, exacerbando aún más las disparidades en la salud.

La combinación de factores económicos, estatus social y nivel educativo crea una compleja red de barreras que afecta desproporcionadamente la accesibilidad a los servicios de salud para las poblaciones. (Zajacova & Lawrence, 2018).

LIMITACIONES SOCIOECONÓMICAS

Los niveles educativos, el estatus social, el empleo, los ingresos y la vivienda influyen en la capacidad de las personas para obtener y acceder a los servicios de salud (Báscolo et al., 2020). Kodali analiza los desafíos de lograr la Cobertura Sanitaria Universal en países de ingresos bajos y medios, centrándose en los factores económicos que afectan la resiliencia de los sistemas de salud. (Kodali, 2025).

Estudios de Ndugwa y Zulu, así como investigaciones de Báscolo et al., destacan el papel crucial del estatus socioeconómico en la carga de enfermedades en niños, especialmente en asentamientos marginales. Además, se evidencian las barreras al acceso a los servicios de salud en las Américas. (Ndugwa y Zulu, 2008; Báscolo et al., 2020)

El trabajo de Ahmed et al., revela cómo las limitaciones sociales y económicas obstaculizan el acceso a la atención médica, subrayando la complejidad de las barreras que enfrentan las madres rurales en áreas marginadas del sur de Pakistán, en donde las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud incluyen desigualdades sociales, económicas y estructurales. Estas restricciones afectan tanto la disponibilidad de instalaciones médicas como la participación en programas terapéuticos. El estudio enfatiza cómo la falta de capital cultural y social compuesto contribuye a la exclusión social, lo que a su vez dificulta la obtención de atención médica necesaria. (Ahmed et al., 2025)

Estos hallazgos son consistentes en diferentes regiones. Por ejemplo, investigaciones de Ndugwa y Zulu revelan que el estatus socioeconómico es crucial para mitigar la carga de enfermedades en niños en asentamientos marginales. Esto sugiere que mejorar el acceso a los servicios de atención médica debe abordar las disparidades económicas subyacentes. (Ndugwa y Zulu, 2008). Además, el análisis de Báscolo et al., sobre las barreras al acceso a los servicios de salud en las Américas muestra que los quintiles más bajos enfrentan obstáculos relacionados con el acceso financiero y geográfico, así como con la disponibilidad de recursos. Estas barreras obstaculizan el progreso hacia la equidad, un objetivo fundamental de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la salud universal. (Báscolo et al., 2020)

La presencia de grupos en riesgo social, como pandillas criminales en áreas sin vigilancia formal, genera altos índices de violencia. Esto crea condiciones inseguras que dificultan la prestación de servicios de salud pública y aumentan el riesgo de infecciones resistentes a los medicamentos, como la tuberculosis multidrogoresistente. Los servicios de salud en estas áreas son una combinación de atención pública, privada y de caridad, pero a menudo resultan inadecuados. (Unger & Riley, 2007)

LIMITACIÓN POR EDAD Y COMORBILIDADES

La desigualdad en salud entre algunos grupos como los adultos mayores, los pueblos indígenas y los migrantes, se ve exacerbada por la escasez de personal de salud capacitado y la falta de apoyo familiar y social.

Las enfermedades crónicas empeoran en ausencia de una atención adecuada, lo que destaca la necesidad de políticas de salud pública mejor diseñadas para satisfacer sus necesidades. Igualmente se profundiza en las vulnerabilidades de los adultos mayores, enfatizando el apoyo social y económico necesario para manejar las enfermedades crónicas.

Las necesidades de atención de salud en personas mayores han sido ampliamente documentadas. En la Región de las Américas, entre el 70% y el 80% de las personas mayores sufren de una o más enfermedades crónicas, el 50% padece múltiples enfermedades crónicas y el 60% consume tres o más medicamentos bajo prescripción médica. Sin embargo, solo el 20.7% de los mayores de 60 años reporta tener buena salud. Además, las discapacidades aumentan considerablemente a partir de los 60 años, con una prevalencia creciente tanto en hombres como en mujeres en América Latina y el Caribe. En consecuencia, una mayor esperanza de vida está asociada con un mayor porcentaje de personas con discapacidad.(*Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*, 2025)

El informe NEEDS señala que las personas desplazadas, los niños, los sobrevivientes de la violencia y aquellos con enfermedades crónicas como el VIH/SIDA o la tuberculosis enfrentan desafíos complejos para acceder a la atención, particularmente en regiones afectadas por conflictos como Sudán del Sur y Yemen. El colapso del sistema de salud en estas áreas exacerba las vulnerabilidades existentes de estos grupos. (NEEDS, s.f.)

DETERMINANTES SOCIALES

El impacto de los determinantes sociales en el acceso a la atención médica, según Núñez et al, en donde el enfoque se centra en cómo los factores de riesgo sociales, ambientales y de salud afectan a las poblaciones indígenas y el fortalecimiento del sistema de salud con una comunidad. Esto también se aplica a las personas mayores y discapacitadas, que tienen más probabilidades de necesitar cuidados paliativos, lo que destaca la necesidad de métodos únicos para garantizar una prestación adecuada de servicios de salud a estas poblaciones (Núñez et al., 2021). Estas referencias refuerzan colectivamente la noción de que los riesgos sociales y las vulnerabilidades sanitarias requieren enfoques integrales para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.

LIMITACIÓN POLÍTICA

Las políticas gubernamentales y las leyes que rigen la elegibilidad y asignación de recursos para la salud pueden facilitar o limitar la accesibilidad, afectando desproporcionadamente a los migrantes y a otras poblaciones sin estatus legal claro (Zhao et al., 2024).

En Panamá, el sistema de salud está segmentado entre sector público y privado, en donde la mayor parte de la cobertura está proporcionada por el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social, que se financian de diferentes maneras y tienen poblaciones objetivo-diferentes. Esto puede afectar la equidad en el acceso a los servicios de salud (Cecchini et al., 2020). La interconexión de los factores que afectan la accesibilidad a los servicios de salud en poblaciones vulnerables presenta un entramado complejo.

Las políticas gubernamentales y las leyes desempeñan un papel crucial en la asignación de recursos para la salud, afectando directamente la accesibilidad a la atención médica para las poblaciones vulnerables. La “POLÍTICA NACIONAL DE SALUD Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS 2016 - 2025” de Panamá establece prioridades específicas para abordar las necesidades de salud de estas poblaciones, incluyendo el fortalecimiento de programas de salud y la atención focalizada a lo largo de su vida. El objetivo es garantizar el derecho a la salud de

manera integral y sostenible, considerando los derechos y responsabilidades en salud desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta la atención médica, recuperación, rehabilitación, cuidados domiciliarios y paliativos. A pesar de los esfuerzos nacionales e internacionales, persisten desigualdades en la atención, y se reconoce la necesidad de reforzar la capacidad del sistema de salud para apoyar a todas las edades, desde niños hasta personas mayores. (POLÍTICA NACIONAL DE SALUD Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS 2016 – 2025)

En la Región Metropolitana de Salud en Panamá, se brinda atención a una población total de 890,352 personas para el año 2025. Esta población diversa incluye hombres (433,862) y mujeres (456,490), abarcando todas las etapas de la vida, desde recién nacidos hasta ancianos. Además, se atienden diversos grupos étnicos y culturales, con una amplia gama de antecedentes socioculturales. Es relevante destacar la presencia de personas en situación de pobreza, migrantes, personas sin hogar, indígenas, discapacitados y adultos mayores, quienes pueden enfrentar desafíos adicionales para acceder a los servicios de salud. Además, existe una proporción significativa de personas con condiciones médicas crónicas, como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, así como aquellos que requieren atención médica especializada para condiciones agudas o enfermedades graves (Bazualdo & Contreras, 2022), constituyendo así población vulnerable.

En la Región Metropolitana de Salud en Panamá, la desigualdad en los niveles de pobreza entre los sectores urbanos y rurales es significativa. Mientras que la pobreza general afecta al 21.5% de la población, la pobreza extrema alcanza al 10%. Sin embargo, al analizar los datos desglosados por ubicación geográfica, se observa una marcada diferencia: en áreas rurales, la pobreza general se eleva al 43%, mientras que en áreas urbanas es del 12%. De manera aún más pronunciada, la pobreza extrema en áreas rurales alcanza el 25%, en contraste con el 3% en áreas urbanas. (Cecchini et al., 2020)

Estas desigualdades tienen implicaciones significativas en el acceso a los servicios de salud. En las áreas rurales, donde la pobreza es más prevalente, el acceso a

servicios de salud de calidad puede estar severamente limitado debido a la falta de infraestructura médica adecuada, la escasez de personal médico capacitado y la distancia física a los centros de salud**.** Como resultado, se puede observar una menor utilización de servicios preventivos y una mayor prevalencia de enfermedades prevenibles o tratables. Además, la pobreza extrema en áreas rurales puede agravar aún más la situación, ya que las personas pueden carecer de recursos incluso para cubrir los costos mínimos de atención médica, lo que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas no tratadas o complicaciones de salud graves. (Reyes et al., 2019)

En áreas urbanas con menor prevalencia de pobreza, aunque el acceso a los servicios de salud puede ser relativamente mejor, aún persisten desafíos relacionados con la equidad. Especialmente para grupos marginados dentro de los entornos urbanos, como personas sin hogar o migrantes, estas desigualdades tienen un impacto directo en el acceso a la atención médica. Esto agrava las inequidades en salud y contribuye a perpetuar desigualdades socioeconómicas y de salud en la Región Metropolitana.

Las barreras estructurales y sistémicas también contribuyen al problema de accesibilidad. La falta de recursos humanos, la congestión en las instalaciones de salud, los largos tiempos de espera para obtener una cita médica y la escasez de medicamentos y suministros básicos son obstáculos que enfrentan las personas vulnerables al intentar acceder a la atención médica. Estas barreras no solo afectan la capacidad de la población vulnerable para recibir atención preventiva y tratamiento oportuno, sino que también pueden tener consecuencias negativas en su estado de salud general y agravar las desigualdades sociales y de salud. (Maceira et al., 2021).

2.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Falta de accesibilidad a los servicios de salud se puede definir como la dificultad o imposibilidad que tienen las personas para acceder de manera oportuna y

adecuada a los servicios de salud que necesitan, debido a factores como la distancia geográfica, las barreras económicas, la falta de infraestructura y recursos, y la aceptabilidad cultural de los servicios (Hirmas et al., 2013). Esta falta de accesibilidad puede limitar la capacidad de las personas para recibir atención preventiva, diagnóstica y de tratamiento (Figueira et al., 2018), lo que se asocia con peores indicadores de salud y mayores costos para el sistema de salud.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Nivel socioeconómico: Se refiere a la posición social y económica de una persona o grupo dentro de la jerarquía social, según sus ingresos, educación y ocupación. El nivel socioeconómico puede afectar el acceso a los servicios de salud debido a factores como la asequibilidad y el conocimiento de los servicios de salud (Lévesque et al., 2013).

- Edad: La edad puede considerarse tanto en términos cronológicos (el número de años transcurridos desde el nacimiento) como en relación con las etapas de la vida (niñez, adolescencia, edad adulta, vejez). La edad puede influir en los tipos de servicios de salud necesarios, la frecuencia de uso y la forma en que se accede y se prestan los servicios de salud (Hatzenbuehler et al., 2013).

- Nivel de educación: El grado o nivel escolaridad puede afectar los conocimientos sobre salud y la capacidad de navegar por los sistemas de salud, comprender la información de salud y tomar decisiones de salud informadas. La educación está estrechamente vinculada a los resultados de salud y la accesibilidad a los servicios de salud (Lévesque et al., 2013).

- Etnia: La etnia abarca una categorización de individuos que se identifican entre sí a partir de herencias culturales, ascendencia, historia, idioma compartido y, en ocasiones, apariencia física, creencias religiosas, rituales y estilo de vida. Esta identidad étnica puede incidir en los resultados de salud

y el acceso a servicios de salud debido a diferencias lingüísticas, culturales y de experiencias de discriminación que enfrentan ciertos grupos étnicos. El acceso equitativo a la atención médica se ve afectado por estos factores, con diversos grupos enfrentando barreras como falta de comprensión cultural por parte de los proveedores, carencia de atención culturalmente competente y sesgos sistémicos en los sistemas de salud. La comprensión de cómo el origen étnico influye en la accesibilidad a los servicios de salud resulta esencial para abordar las desigualdades y promover una prestación equitativa de atención médica. (Sue et al., 2009; Zhao et al., 2024; Williams et al., 2016)

- **Oferta de profesionales especializados en las instalaciones**: se refiere a la disponibilidad del personal de salud en la instalación de salud con capacidad de atender adecuadamente a la población. (Dilélio et al., 2015)

Trato al paciente (usuario): se refiere a la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad del servicio y la interacción con el personal de las instalaciones de salud, incluyendo aspectos de amabilidad, respeto o sensibilidad por parte del personal de salud, que de ser negativa esta percepción, puede disuadir a los pacientes de buscar atención médica incidiendo directamente en la accesibilidad de la atención a los servicios de salud. (Garriga et al., 2006)

2.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS 1:

H0= No existe asociación entre el **nivel socioeconómico** y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones de primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025.

HA= Existe asociación entre el **nivel socioeconómico** y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones de primer nivel de

atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025.

HIPÓTESIS 2:

H0= No existe asociación entre la **edad** y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones de primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025.

HA= Existe asociación entre la **edad** y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones de primer nivel de atención de la Región Metropolitana De Salud durante el período de enero a junio 2025.

HIPÓTESIS 3:

H0= No existe asociación entre el **nivel de educación** y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones de primer nivel de atención de la Región Metropolitana De Salud durante el período de enero a junio 2025.

HA= Existe asociación entre el **nivel de educación** y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones de primer nivel de atención de la Región Metropolitana De Salud durante el período de enero a junio 2025.

HIPÓTESIS 4:

H0= No existe asociación entre la **etnia de los individuos** y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025.

HA=Existe relación asociación la **etnia de los individuos** y falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de

atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025.

HIPÓTESIS 5

H0= No existe asociación entre **la oferta de profesionales especialistas** y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025.

HA=Existe relación asociación en **la oferta de profesionales especialistas** y falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025.

HIPÓTESIS 6

H0= No existe asociación entre **la calidad de la atención** y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025.

HA= Existe asociación en **la calidad de la atención** y falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025.

2.4 OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los factores asociados a la falta de accesibilidad de los servicios de salud en la población de las instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud de enero a junio 2025.

Objetivos específicos

1. Establecer la asociación entre el nivel socioeconómico de la población y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a diciembre 2025.
2. Evaluar la asociación entre la edad de los individuos y cómo influye en su capacidad para acceder a los servicios de salud en las mencionadas instalaciones de atención primaria durante el período durante el período de enero a diciembre 2025.
3. Determinar la asociación entre el nivel educativo de la población y la falta de accesibilidad a los servicios de salud durante el período de enero a diciembre 2025.
4. Determinar la asociación entre la etnia de los individuos en su falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de estudio.
5. Evaluar la asociación entre la oferta de profesionales y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a diciembre 2025.
6. Determinar asociación entre la calidad de la atención y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a diciembre 2025.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Área de Estudio

La Región Metropolitana de Salud (RMS) fue creada mediante resolución Ministerial el 10 de septiembre de 1971. Está conformada por una población estimada de 958 861 habitantes para el 2025, distribuidos en 3 distritos (Panamá, Taboga, Arraiján) no completos geográficamente; 20 corregimientos, una porción geográfica del corregimiento de Pacora y el corregimiento de Veracruz, que forma parte del distrito de Arraiján.

La Región Metropolitana de Salud se encuentra ubicada en la provincia de Panamá, limita al Norte con el distrito de San Miguelito y el corregimiento de Chilibre, al Sur con la Bahía de Panamá, al Este con el corregimiento de San Martín y Pacora y al Oeste con el distrito de Arraiján.

En cuanto a la responsabilidad sanitaria, esta abarca 20 corregimientos de 3 distritos a saber:

- En el distrito de Panamá están Ancón, El Chorrillo, Santa Ana, San Felipe, Curundú, Calidonia, Bella Vista, San Francisco, Pueblo Nuevo, Bethania, Río Abajo, Parque Lefevre, Juan Díaz, Pedregal, Tocumen, Las Mañanitas y 24 de Diciembre. Adicionando una instalación más en Kuna Nega en Agosto del 2025.
- En el distrito de Taboga están: Taboga cabecera, Otoque Oriente y Occidente.
- En cuanto al distrito de Arraiján, el corregimiento de Veracruz. Y a partir del 2011 la comunidad de Las Garzas ubicada en el corregimiento de Pacora.

Posee dos puertos importantes desde el punto de vista comercial: el Puerto de Balboa y el Muelle Fiscal. También se encuentran ubicados los tres aeropuertos que concentran la mayor actividad del país, el Aeropuerto Internacional de Tocumen, el Aeropuerto Marcos A. Gelabert, en Albrook y el Aeropuerto de Howard ubicado en el área comercial Panamá-Pacifico.

La densidad no se distribuye de manera uniforme en todos los corregimientos de la Región Metropolitana de Salud, ya que cada uno posee características diferentes que lo hacen más o menos susceptible de incremento demográfico.

En el área metropolitana, se presentan espacios geográficos-poblacionales con características de ruralidad como los corregimientos de Tocumen, Las Mañanitas, Veracruz, Paraíso (en el existe una comunidad emberá), Pedregal, 24 de Diciembre y Las Garzas, en el corregimiento de Pacora, donde, además, existen asentamientos de grupos indígenas e inmigrantes del interior del país. En el corregimiento de Veracruz, la comunidad de Koskuna y en el corregimiento de Ancón la comunidad de Kuna Nega, concentran en su mayoría indígenas de la etnia Guna Yala.

Por lo que de manera práctica se ha divido en 4 sectores a la Región Metropolitana de Salud, siendo:

- Sector 1: ubicado hacia el área este y conformado por los siguientes centros de salud (6 instalaciones):
    - Minsa CAPSI de las Garzas
    - CS de Felipillo
    - Cs de 24 de Diciembre
    - CS de Tocumen
    - CS de Las Mañanitas
    - Cs de Pedregal
- Sector 2, conformado por los siguientes centros de salud (5 instalaciones):
    - Policentro de Salud de Juan Díaz
    - Policentro de Salud de Parque Lefevre
    - CS de Río Abajo
    - CS de Boca La Caja
    - CS de Pueblo Nuevo
- Sector 3, más hacia el área metropolitana (5 instalaciones):

    - CS de Emiliano Ponce
    - CS de Curundú
    - CS de Santa Ana
    - CS de Chorrillo
    - CS de San Felipe
- Sector 4, más hacia el área Oeste y parte del área en Océano Pacifico (3 instalaciones):
    - CS de Paraíso/Kuna Nega
    - CS de Veracruz
    - CS de Taboga

3.2 Diseño de la Investigación

Se realizó un estudio epidemiológico de diseño observacional tipo analítico tipo casos y controles.

Se eligieron dos grupos de pacientes, los cuales están conformados por aquellos pacientes atendidos en las instalaciones de la Región Metropolitana de Salud en los últimos doce (12) meses y haber presentado barreras para acceder a estos. El primer grupo incluyó a aquellos que, en los últimos doce meses, hayan reportado haber necesitado atención de salud en las instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud y que hayan experimentado barreras para acceder a dichos servicios. El segundo grupo estuvo compuesto por pacientes que, en el mismo período y condiciones, hayan reportado no haber enfrentado dificultades en el acceso a los servicios de salud.

3.3 Universo

El universo del estudio estuvo conformado por todos los individuos que formaron parte de la población adulta de la Región Metropolitana de Salud y que acudieron a las instalaciones del primer nivel de atención de salud durante el año 2025. Para la estimación del universo poblacional se utilizaron los datos correspondientes al año 2024, los cuales reportaron una población adulta de 688 683 personas en la Región

Metropolitana de Salud, por constituir la información oficial más reciente disponible al momento del diseño del estudio.

3.4 Muestra

Para calcular el tamaño de muestra para este estudio de caso-control se utilizó la fórmula de Kelsey, dando como resultado n= 159.05=160 casos y 160 controles, dando un total de 320 participantes en el estudio en el año 2025, con un nivel de confianza del 95%, 80% de potencia, con frecuencia esperada para los casos de 36,2% y para los controles de 22,1%.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó utilizando la fórmula de Kelsey, debido a que es un método ampliamente aceptado y recomendado para estudios analíticos de tipo caso- control en el ámbito de la epidemiología y salud pública. Esta fórmula permite estimar de manera conservadora el tamaño mínimo necesario para detectar una asociación entre la exposición y el evento de interés, considerando proporciones de exposición en casos y controles, nivel de confianza y potencia estadística. Si bien es cierto que existen otros métodos, como el de Hasselblad, esto se basan en aproximaciones estadísticas más complejas y son menos usadas en investigaciones aplicadas a los servicios de salud, por lo que la fórmula de Kelsey resultó más adecuada para los objetivos y el enfoque epidemiológico del presente estudio.

Entender los parámetros de la fórmula

1. **OR (Odds Ratio):** Es la razón de las probabilidades de exposición entre los casos y los controles. En este caso, el OR = 2. (Gil-Lacruz et al., 2015).
2. **P1:** Es la proporción de exposición en el grupo de casos. Aquí, P1 = 36.2% ó 0.362.
3. **P2:** Es la proporción de exposición en el grupo de controles. Este es el valor que necesitamos calcular.

Es importante establecer el nivel de confianza y el poder del estudio:

- Nivel de confianza (α): 95% → $Z\alpha/2=1.96$
- Potencia (1 - β): 80% → $Z\beta=0.84$

La fórmula es:

$$OR = \frac{P1/(1-P1)}{P2/(1-P2)}$$

$$2 = \frac{0.362/(1-0.362)}{P2/(1-P2)}$$

$$2 = \frac{0.362/0.638}{P2/(1-P2)} = 2 = \frac{0.567}{P2/(1-P2)}$$

$$2 = \frac{0.567\ (1-P2)}{P2} = 2P2 = 0.567 - 0.567P2$$

$$2P2 + 0.567P2 = 0.567$$

Factoriza:

P2(2+0.567)= 0.567

Luego se divide ambos lados por 2+0.567:

P2=$\frac{0.567}{2+0.567} = 0.220$

P2= 22.08=22.1%

3.5 Tamaño de la muestra

Calcular el tamaño de muestra con la fórmula de Kelsey (*Guía: Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles - Fisterra*, s. f.)

La fórmula de Kelsey para el tamaño de muestra en estudios de caso-control es:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}\right]^2}{(p_1-p_2)^2}$$

$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$ para una seguridad de un **95%** y un poder **estadístico del 80%** se tiene que $z_{1-\alpha/2} = 1{,}96$ y $z_{1-\beta} = 0{,}84$

$$n = \frac{\left[1.96\sqrt{2 * 0.291(1 - 0.291)} + 0.84\sqrt{0.362(1 - 0.362) + 0.221(1 - 0.221)}\right]^2}{(0.362 - 0.221)^2}$$

n= 159.05=160 casos y 160 controles, dando un total de 320 participantes en el estudio.

Si bien el cálculo inicial arrojó un tamaño mínimo de 320 participantes (160 casos y 160 controles), durante la recolección de datos una instalación de salud cerrada temporalmente por razones de infraestructura, lo que requirió una redistribución operativa de la captación de participantes en otros centros del mismo sector geográfico. Como resultado, y con el fin de mantener la proporción equilibrada entre casos y controles, la muestra final analizada se amplió a 344 participantes (172 casos y 172 controles). Este incremento no efecto la validez del estudio y, por el contrario, fortaleció la potencia estadística y la precisión de las estimaciones obtenidas.

Utilizar un **OR=2** permitirá realizar un estudio con suficiente poder estadístico para detectar asociaciones moderadas, lo cual es crucial para hacer inferencias robustas y tomar decisiones informadas en salud pública.

3.6 Técnica de muestreo

Para realizar un muestreo estratificado para seleccionar la cantidad de casos y controles por cada sector, primero necesitamos calcular el tamaño de muestra necesario para cada estrato. El tamaño de la muestra se distribuirá proporcionalmente a la población de cada sector.

Calcular el tamaño de muestra total:

El tamaño de muestra total (n) es de 320 participantes (160 casos y 160 controles). Para realizar un muestreo estratificado con una muestra de 320 participantes (160 casos y 160 controles) de la Región Metropolitana de Salud, siguiendo las proporciones de la población vulnerable por sector, podemos seguir estos pasos:

Determinar la proporción de la población por sector

Los sectores y sus proporciones de población:

Sector 1: Total: 293 334 (6 instalaciones)

- Minsa CAPSI de las Garzas: 17 189 habitantes
- CS de Felipillo: 14 302 habitantes
- Cs de 24 de Diciembre: 79 245 habitantes
- CS de Tocumen: 91 886 habitantes
- CS de Las Mañanitas: 48 251 habitantes
- Cs de Pedregal: 42 461 habitantes

Sector 2: Total: 253 613 (5 instalaciones)

- Policentro de Salud de Juan Díaz: 91 424 habitantes
- Policentro de Salud de Parque Lefevre: 34 488 habitantes
- CS de Río Abajo: 24 161 habitantes
- CS de Boca La Caja: 41 284 habitantes
- CS de Pueblo Nuevo: 62 256 habitantes

Sector 3: Total: 93 278 (5 instalaciones)

- CS de Emiliano Ponce: 46 999 habitantes
- CS de Curundú: 12 335 habitantes
- CS de Santa Ana: 16 527 habitantes
- CS de Chorrillo: 14 701 habitantes
- CS de San Felipe: 2 716 habitantes

Sector 4: Total: 48 458 (5 instalaciones)

- CS de Paraíso/Kuna Nega: 28 764 habitantes
- CS de Veracruz: 17 410 habitantes
- CS de Taboga/Otoque: 2 284 habitantes

Población Total: 688 683 habitantes en el 2024.

Proporción de la población de cada sector:

Proporción sector 1:	**293 334 / 688 683 *100= 42,6%**	**6 Instalaciones**
Proporción sector 2:	**253 613 / 688 683 *100= 36,8%**	**5 Instalaciones**
Proporción sector 3:	**93 278/ 688 683 *100= 13,5%**	**5 Instalaciones**
Proporción sector 4:	**48 458/ 688 683 *100= 7,04%**	**5 Instalaciones**

Calcular el número de participantes por sector y distribución de casos y control por sector

Multiplicamos la proporción de cada sector por el total de participantes (320) para obtener el número de participantes de cada sector y luego se divide entre el total de las instalaciones por cada sector, así se obtendrá la cantidad de participantes por instalación.

- **Participantes en el Sector 1=320×0.426=136.3=136**
    - Caso= 160x 0.426= 68.2 casos por sector
        - 68/6(instalaciones)=12 casos por instalación.
    - Control=160x 0.426= 68.2 controles por sector
        - 68/6(instalaciones)=12 controles por instalación.
- **Participantes en el Sector 2=320×0.368= 117.8=118**
    - Caso= 160x0.368= 59 casos por sector
        - 59/5(instalaciones)=12 casos por instalación.
    - Control=160x0.368 = 59 controles por sector
        - 59/5(instalaciones)=12 controles por instalación.
- **Participantes en el Sector 3=320× 0.135= 43.3=43**
    - Caso= 160x 0.135=21.6= 22 casos por sector
        - 22/5(instalaciones)= 4,4= 5 casos por instalación

- Control=160x0.135=21.6= 22 controles por sector
  - 22/5(instalaciones)= 4,4= 5 controles por instalación

- **Participantes en el Sector 4=320x 0.070= 22.5= 22**
  - Caso=160x 0.070=11.2= 11 casos por sector
    - 11/5= 3 casos por instalación
  - Control=160x 0.070= 11.2= 11 controles por sector
    - 11/5= 3 controles por instalación

3.7 Definición de casos y controles

DEFINICIÓN DE CASOS

Los casos se definirán como individuos que, durante el período de estudio, hayan reportado dificultades relacionadas con las variables de estudio (factores económicos, edad, idioma, etnia, disponibilidad de personal especializado o trato inadecuado) en la encuesta previamente validada considerando como barrera la presencia de al menos tres de los cinco factores evaluados en los últimos doce (12) meses.

DEFINICIÓN DE CONTROLES

Los controles se definirán como individuos de la misma población que durante el período de estudio, no hayan reportado dificultades relacionadas con las variables de estudio (factores económicos, edad, idioma, etnia, disponibilidad de personal especializado o trato inadecuado) en la encuesta previamente validada considerando como ausencia de barrera la presencia de dos o menos de los cinco factores evaluados en los últimos doce (12) meses.

3.7 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión de casos

1. Individuos que al contestar la encuesta hayan reportado dificultades en los últimos doce (12) meses para acceder a los servicios de salud en las instalaciones del primer nivel de atención en las variables estudiadas (factores económicos, edad, idioma, etnia, disponibilidad de personal especializado o trato inadecuado).

2. Individuos que residan en la Región Metropolitana de Salud durante el período de estudio (enero a junio de 2025).

3. Aquellos que aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión de casos

1. Personas con limitaciones cognitivas diagnosticadas que impidan responder de manera confiable.
2. Edades menores de 18 años.

Criterios de inclusión de controles

Las encuestas que se incluyan como controles son:

1. Individuos que pertenecen a la población de responsabilidad de la Región Metropolitana de Salud.

2. Individuos que no hayan reportado dificultades (factores económicos, edad, idioma, etnia, disponibilidad de personal especializado o trato inadecuado) en el acceso a los servicios de salud en las instalaciones del primer nivel de atención reportadas en la encuesta en los últimos doce meses.

3. Aceptar participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión de controles

1. Personas con limitaciones cognitivas diagnosticadas que impidan responder de manera confiable.
2. Edades menores de 18 años.

3.8 Definición operacional de las variables

VARIABLE	TIPO	CLASE/ ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN
DEPENDIENTE				
Falta de accesibilidad a los servicios de Salud	Cualitativa	Nominal	Medida de la dificultad con la que la población puede acceder a los servicios de salud, considerando las dimensiones geográfica, financiera, cultural, de información y disponibilidad.	• SÍ • NO

INDEPENDIENTE	TIPO	CLASE/ ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN
Ingreso socioeconómico	Cuantitativa	Razón	Ingreso mensual familiar	• Menor o igual a 636 dólares mensuales • Mayor a 636 dólares mensuales.
Edad	Cuantitativa	Razón	Años de vida cumplidos	• 20-59 años • 60 y más años
Nivel de Educación	Cualitativa	Ordinal	Ultimo grado de escolaridad aprobado.	• Primaria o menos • Secundaria o mas
Etnicidad	Cualitativa	Nominal	Identificación étnica de los individuos.	• Minorías étnicas (asiático, indígena y afrodescendiente) • Otros (mestizo y blanco)
Oferta de Profesionales especialistas	Cualitativa	Nominal	Disponibilidad de personal médico especializado en las instalaciones de salud	• SÍ • NO
Trato a los pacientes	Cualitativa	Ordinal	Percepción de los usuarios sobre la interacción con el personal de las	• Buena • Regular • Mala

			instalaciones de salud. Esto puede incluir aspectos como la falta de amabilidad, respeto o sensibilidad por parte del personal de la instalación.	

3.9 Procedimiento y método de recolección

Como parte del estudio, se llevó a cabo una **encuesta preliminar** dirigida a las personas que acudieron a las instalaciones de salud, con el propósito de identificar a aquellas que habían experimentado dificultades para acceder a los servicios de salud durante los últimos doce (12) meses. A quienes reportaron dichas dificultades se les aplicó una **encuesta final** para recopilar información más específica.

Los participantes fueron seleccionados de forma aleatoria y evaluados mediante una encuesta que contempló variables como **nivel socioeconómico, edad, nivel educativo y etnia**. Ambas encuestas (preliminar y final) se encuentran incluidas en los anexos del presente trabajo.

Como la investigadora formó parte del equipo que labora en la Región Metropolitana de Salud tendrá acceso a los pacientes en las 19 instalaciones de salud.

El proceso se desarrolló en tres pasos:

1. Primero, se gestionaron los permisos institucionales requeridos para la realización del estudio.
2. Segundo, se abordó al paciente para consultarle si deseaba participar en el estudio. En caso afirmativo, se procedió a la firma el consentimiento informado, con la cual dio inicio al procedimiento de selección del paciente.
3. Tercero, se aplicó la encuesta preliminar de accesibilidad.

Una vez aplicada esta encuesta preliminar, la investigadora revisó las respuestas. Aquellos participantes que reportaron haber enfrentado dificultades para acceder a los servicios de salud durante los últimos doce (12) meses previos a la aplicación del instrumento y que completaron la encuesta, fueron clasificados como **casos**, de acuerdo con los criterios de inclusión previamente establecidos.

Por el contrario, quienes respondieron negativamente a haber tenido dificultades de acceso en el mismo periodo, y que igualmente completaron la encuesta, serán clasificados como **controles**.

La **encuesta preliminar de accesibilidad** tuvo como objetivo identificar si los participantes experimentaron o no barreras de acceso a los servicios de salud durante los 12 meses previos al estudio. La primera parte de la encuesta preliminar está compuesta por siete preguntas orientadas a determinar condiciones sociodemográficas básicas como edad, sexo y procedencia.

Posteriormente, se aplicó la **encuesta final de accesibilidad**, compuesta por varias secciones. Las dos primeras secciones contienen cinco preguntas de carácter sociodemográfico. Las secciones tercera y cuarta incluyen un total de 17 preguntas dirigidas a evaluar las variables centrales del estudio, tiempo de traslado al centro de salud, frecuencia de uso, motivo de consulta, presencia de barreras de acceso (económicas, por edad, idioma, pertenencia étnica, escasez de personal especializado o trato inadecuado), percepción sobre el trato recibido por parte del personal de salud, nivel de satisfacción con la atención médica, tiempo de espera, disponibilidad de medicamentos o servicios, adecuación del número de personal médico y especializado, horarios de atención.

El diseño de caso-control es el más adecuado para este estudio ya que permite identificar **factores asociados a la falta de acceso a los servicios de salud** de manera eficiente y con menor costo que otros diseños, como los estudios de cohortes.

Se enfoca en una condición ya existente (la dificultad de acceso) y busca determinar retrospectivamente, ya que se utilizarán encuestas diseñadas para la exploración de las variables de estudio referidas a los últimos doce (12) meses. Facilitando la comparación entre individuos con y sin dificultades de acceso dentro de la misma población, proporcionando una visión clara de los determinantes de la accesibilidad.

3.10 Plan de tabulación y análisis

Se construye **una base de datos** que recopilará todas las respuestas obtenidas. Esta base de datos será esencial para el análisis subsiguiente y se procesará utilizando el **software estadístico Epi Info-7**

El primer paso en el procesamiento de los datos fue **la depuración** de la base para asegurar que todas las entradas sean consistentes y válidas. Posteriormente, se utilizó EPI Info -7 para realizar el análisis. Esto incluyó el desarrollo de tablas y gráficos que muestran las frecuencias absolutas y relativas de las respuestas a cada pregunta de la encuesta.

Las frecuencias absolutas indicarán el número total de respuestas para cada opción, mientras que las frecuencias relativas, expresadas en porcentajes, permitirán entender mejor la proporción que cada respuesta representa respecto al total.

Se utilizarán, en primer lugar, la **medida de significancia estadística**, utilizando como estadístico la **prueba de chi cuadrado** para medir el nivel significancia estadística, utilizando la fórmula:

$$x^2 \frac{n(ad-bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

El análisis se realizó con un nivel de confianza del 95%, considerando como valor critico un Chi cuadrado de 3,84 correspondiente a un grado de libertad (en tablas de contingencia 2x2) y el nivel de significancia de la prueba de hipótesis de $p< 0,05$ para analizar la existencia de significancia estadística o no.

Si el chi cuadrado calculado era mayor a 3,84 se consideró que los resultados no se debieron al azar; si el chi cuadrado calculado fue menor a 3,84 los resultados se deben al azar.

En segundo lugar, se procederá medir la fuerza de asociación **usando ODDS ratio** (razón de momios), de existir significancia estadística.

Se calculará el OR con un índice de confianza de 95% para medir fuerza de asociación con la siguiente formula:

$$\mathrm{OR} = \frac{\mathrm{a} \times \mathrm{d}}{\mathrm{b} \times \mathrm{c}}$$

Si el OR es igual a 1 (OR=1) se indica una ausencia de asociación estadística; un OR mayor a 1 (OR> 1) indica que hay asociación y es factor de riesgo, siendo este número obtenido indica las veces de mayor incidencia de los casos sobre los controles; un OR menor a 1 (OR< 1) indica que hay asociación y resulta ser un efecto protector.

Con un nivel de seguridad de 0.95, una potencia de 0.8 y el valor de *p* <0.05 serán considerados estadísticamente significativos

Y en tercer lugar en cuanto a los límites de confianza y su fórmula

$\ln(OR) \pm Z \times SE$, donde el SE (error estándar) se calcula con $\mathrm{SE} = \sqrt{\frac{1}{\mathrm{a}} + \frac{1}{\mathrm{b}} + \frac{1}{\mathrm{c}} + \frac{1}{\mathrm{d}}}$

y se obtiene el intervalo de confianza, así:

$$IC = \left[\exp\left(\ln(OR) - Z \times SE;\ \exp\left(\ln(OR) + Z \times SE\right)\right]\right.$$

Además, el uso de gráficos facilitará la visualización de los resultados y ayudará tanto en la interpretación como en la presentación de los datos o en publicaciones relevantes.

Este plan de tabulación y análisis permitirá extraer conclusiones fundamentadas y basadas en evidencia cuantitativa, asegurando una interpretación precisa de las perspectivas y comportamientos de los encuestados.

Para representar los datos se haría con la siguiente tabla.

FACTORES DE RIESGO	**+** **CASOS**	**-** **CONTROLES**	**TOTAL**
+	A	B	m 1
-	C	D	m 2
Total	n 1	n 2	**N**

3.11 Aspectos éticos

La investigación cumplirá con los principios éticos de acuerdo con los reglamentos internacionales requeridos de toda investigación que involucra sujetos humanos: Declaración de Helsinski de la Asociación Médica Mundial (1964, 2013), Belmont Report (1979), Pautas éticas CIOMS (2016) y, la Guía Tripartita para las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) de la ICH (1996), la Ley 81 del 2019 de protección de datos personales, la Ley 84 del 2019 de investigación en salud, Ley 68/2003 de deberes y derechos de los pacientes y su Reglamentación, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005)].

Ante todo, se considerará el respeto y el cuidado de los participantes y su integridad social y personal. Las actividades estarán dirigidas a velar por el bienestar de los sujetos, evitando cualquier acción que pueda resultar en un perjuicio o daño. Los estándares establecidos sobre los cuales se fundamenta esta propuesta aseguran que los investigadores sean objetivos y honestos y no cometan prácticas como plagio y falsificación de datos.

Se respetará la autonomía de los participantes para abandonar el proyecto cuando ellos estimen sea conveniente. Se respetará la confidencialidad de los participantes asignándoles un código a cada uno. No se divulgarán sus datos personales.

El consentimiento informado se realizará para explicar detalladamente en qué consiste el proyecto y permite que el participante conozca en un lenguaje sencillo, el alcance de su participación en la investigación y autorice la misma, consciente de que puede retirarse en cualquier momento, sin que esto constituya un incumplimiento.

De igual manera, se referirá a algún participante con un especialista idóneo de la salud mental en el caso de que él lo solicite o se detecte algún riesgo durante el curso de la evaluación.

Igualmente, la normativa actual exige que las investigaciones con humanos sean aprobadas por un Comité de Bioética para su ejecución, por lo que el Protocolo de

la investigación se presentará a consideración al Comité de Bioética en la Investigación de la Universidad Santander.

Los datos recogidos con las encuestas serán guardados bajo llave en el departamento de Salud Pública de la Universidad de Panamá por un periodo de 5 años para luego ser destruidos (en el caso de encuestas online, serán guardados en un documento encriptado o memoria accesible solo por el investigador y/o asesor por 5 años para luego ser destruido).

Capítulo IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante el periodo de estudio comprendido entre enero y junio del 2025, se recolectó información mediante encuestas aplicadas en las instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud. Para el análisis final se incluyeron 344 participantes, distribuidos en 172 casos y 172 controles, de acuerdo con los criterios de clasificación previamente establecidos en el protocolo del estudio.

Los casos estuvieron conformados por individuos que reportaron haber presentado dificultades para acceder a los servicios de salud d durante los doce (12) meses anteriores a la aplicación de la encuesta, mientras que los controles correspondieron a individuos de esta población que no reportaron dificultades de accesos en el mismo periodo.

La selección de los participantes se realizó de forma aleatoria en las 19 instalaciones de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud, garantizando la representatividad de los distintos sectores geográficos definidos para el estudio. Se excluyeron aquellos cuestionarios incompletos o que no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

La muestra incluyó población adulta de ambos sexos y distintos grupos etarios, niveles educativos, categorías socioeconómicas y grupos étnicos, lo que permitió evaluar la asociación entre estas variables y la falta de accesibilidad a los servicios de salud. La distribución equitativa entre casos y controles aseguró una adecuada potencia estadística para el análisis de las asociaciones planteadas en las hipótesis del estudio.

Del total de participantes, 255 correspondieron al sexo femenino (74%) y 89 al sexo masculino (26%). Entre las personas que reportaron falta de accesibilidad a los servicios de salud, el 80% eran mujeres y el 20% varones.

- **Nivel socioeconómico**

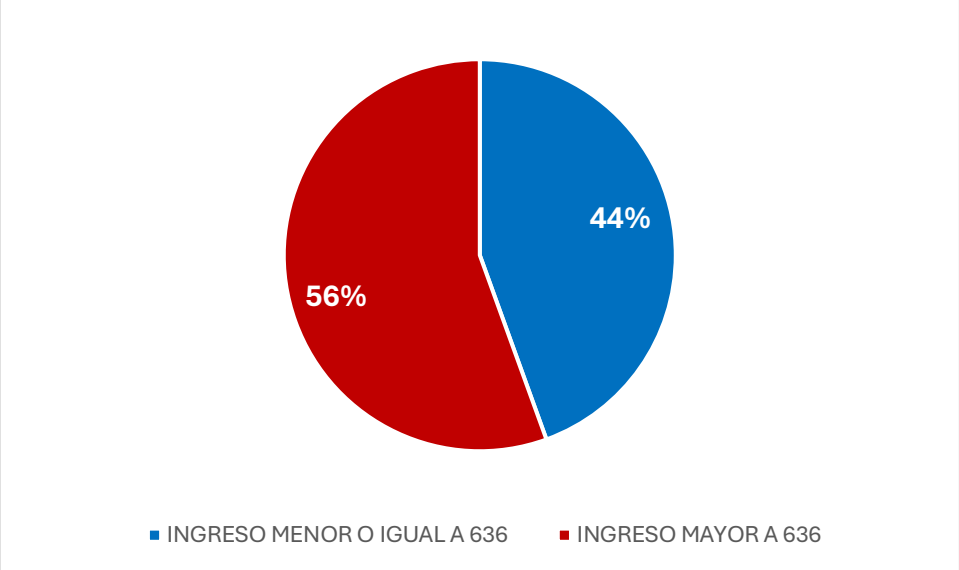
En cuanto al nivel socioeconómico, medido por el ingreso mensual familiar, se observó que de la cantidad de pacientes estudiados, el 44,5% (153) reportó ingresos menores de ≤ $638 dólares y el 55,5% un ingreso mayor a esta cifra.

Tabla N° 1: Distribución del Ingreso mensual familia según casos y controles en el estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	TOTAL	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD			
		CASOS (SI)		CONTROLES (NO)	
	N°	N°	%	N°	%
TOTAL	344	172	100	172	100
≤ 638 DÓLARES	153	85	49,4	68	39,5
> 638 DÓLARES	191	87	50,6	104	60,5

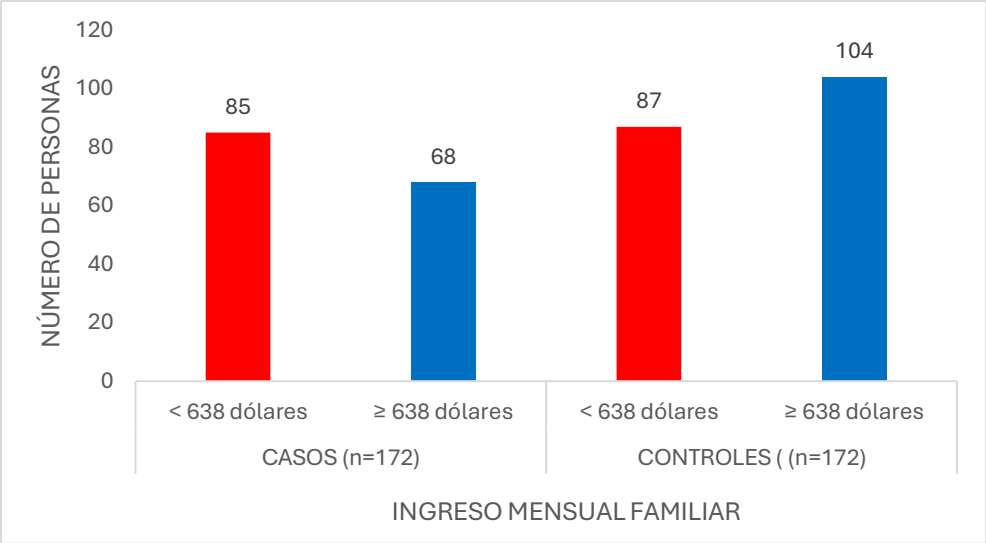
Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Gráfico N° 1: Porcentaje de personas de acuerdo con ingreso mensual familiar en el estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de Salud en la población, Region Metropolitana de Salud. 2025



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Gráfico N° 2: Distribución del ingreso mensual familiar según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°2. Tabla de contingencia según ingreso mensual

NIVEL SOCIOECONÓMICO	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD		
	+	-	TOTAL
≤ 638 DÓLARES	85	68	153
> 638 DÓLARES	87	104	191
Total	172	172	344

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°3. Resultados estadísticos para el ingreso mensual familiar en stat calc de Epi Info

CHI CUADRADO	OR	IC 95%	VALOR P
3,40	1,49	0,974 – 2,29	0,065

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025

- **Edad**

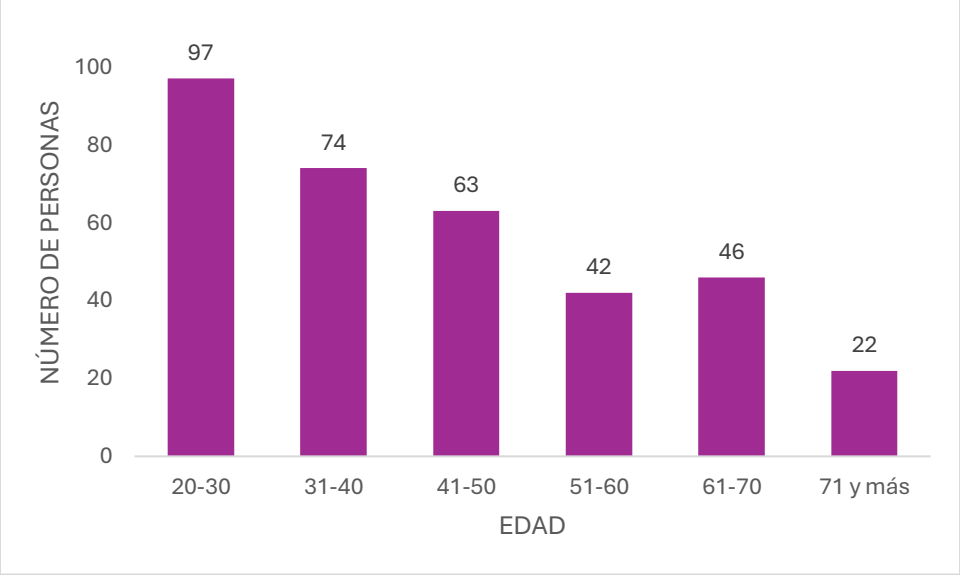
La mayoría de los participantes se concentró en el grupo etario de 20 a 30 años (28,2%), seguidos del grupo 31 a 40 años (21,5%) y 41 a 50 años (18,3%). Los grupos de 51 a 60 años, 61 a 70 años y 71 y más presentaron proporciones menores. (Tabla N°2 y Gráfico N°3).

Tabla N° 4: Distribución por grupo de edad según casos y controles en el estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, Región Metropolitana de Salud, 2025

EDAD (AÑOS)	TOTAL	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD			
		CASOS (SI)		CONTROLES (NO)	
	N°	N°	%	N°	%
TOTAL	344	172	100	172	100
20-59	276	134	78	142	83
60 Y MÁS	68	38	22	30	17

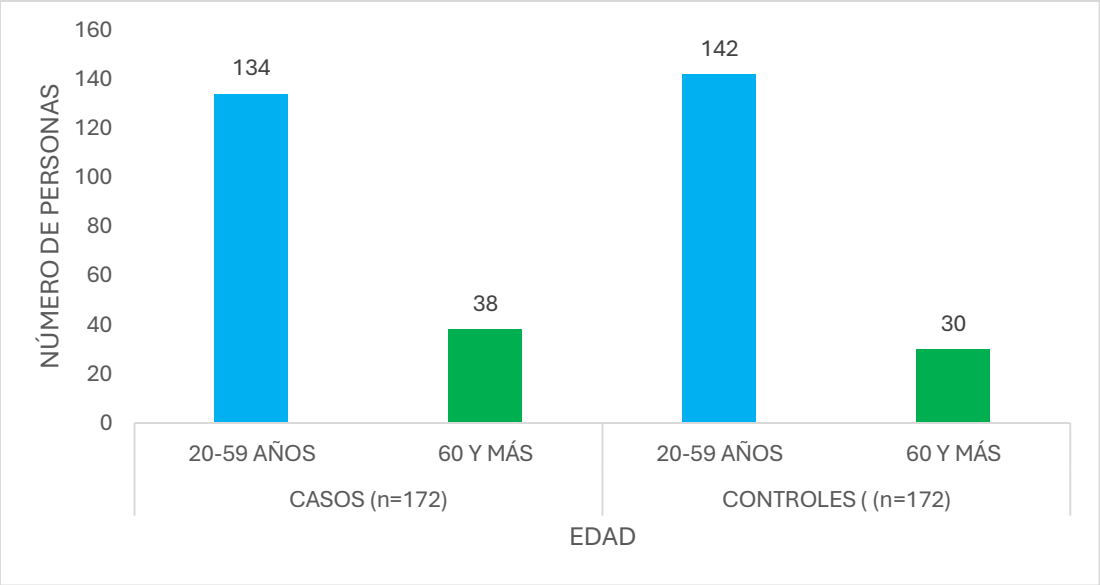
Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Gráfico N° 3: Distribución de los participantes por grupos etarios, Región Metropolitana de Salud, 2025



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Gráfico N° 4: Distribución de grupos etarios según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, región Metropolitana de Salud, 2025



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°5. Tabla de contingencia según edad

NIVEL SOCIOECONÓMICO	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD		
	+	-	TOTAL
20-59 años	134	142	276
60 y más años	38	30	68
Total	172	172	344

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°6. Resultados estadísticos para edad en stat calc de Epi Info

CHI CUADRADO	OR	IC 95%	VALOR P
1.173	0,745	0,437 – 1,274	0,279

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

- **Nivel de educación**

Del total de las personas encuestadas (95%) presentaban un nivel educativo de *secundaria o más*.

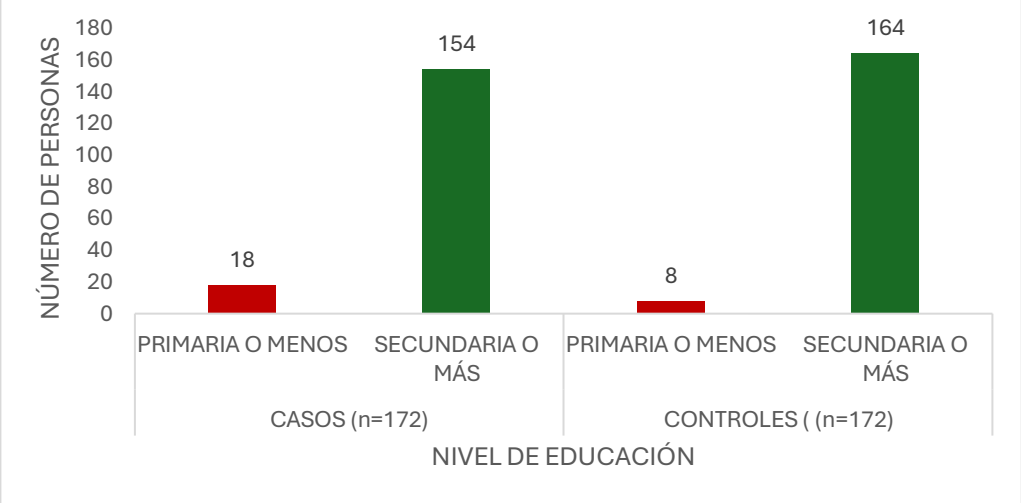
Tabla N° 7: Distribución por grupo de edad según casos y controles en el estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud. 2025

NIVEL DE EDUCACIÓN	TOTAL	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD			
		CASOS (SI)		CONTROLES (NO)	
	N°	N°	%	N°	%
TOTAL	344	172	100	172	100
PRIMARIA O MENOS	26	18	10	8	5
SECUNDARIA O MÁS	318	154	90	164	95

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del Estudio Factores Asociados A La Falta De Accesibilidad A Los Servicios De Salud en la Población, Región Metropolitana De Salud, 2025.

Según el nivel educativo de los 172 pacientes que presentaron dificultad para acceder a los servicios de salud, el 90% mantiene un nivel de educación de secundaria o más.

Gráfico N° 5: Distribución del nivel de educación según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°8. Tabla de contingencia según nivel de educación.

NIVEL DE EDUCACIÓN	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD		
	+	-	TOTAL
Primaria o menos	18	8	26
Secundaria o más	154	164	318
Total	172	172	344

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°9. Resultados estadísticos para nivel de educación en stat calc de Epi Info

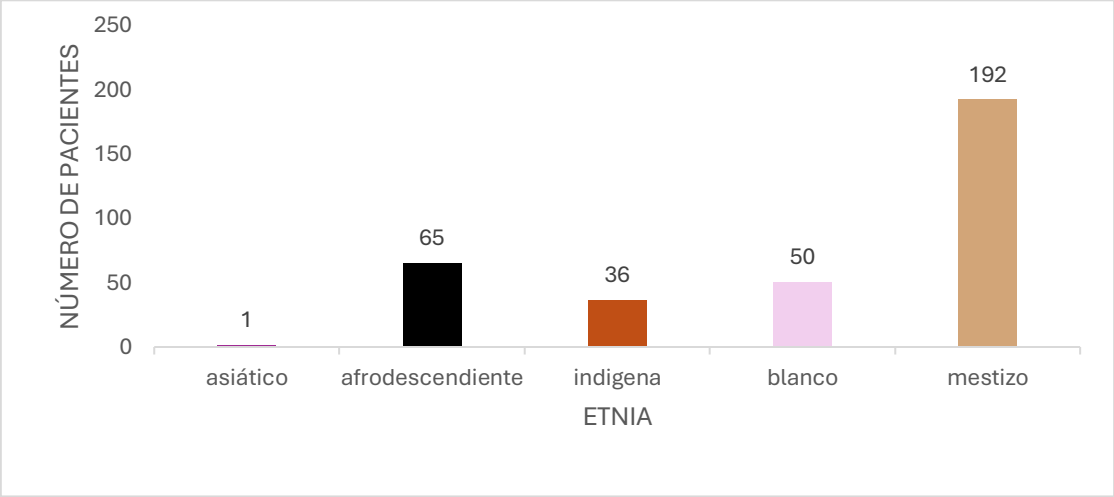
CHI CUADRADO	OR	IC 95%	VALOR P
4,16	2,39	1,01-5,67	0,041

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025

- **Etnia**

La mayoría de los participaron se identificaron como mestizos (55,8%), seguidos por afrodescendientes (18,9%), blancos (14,5%), indígenas (10,5%) y asiáticos (0,3%). (Tabla N°4 y Gráfico N°7).

Gráfico N° 6: Distribución según etnia de los participantes, Región Metropolitana de Salud, 2025



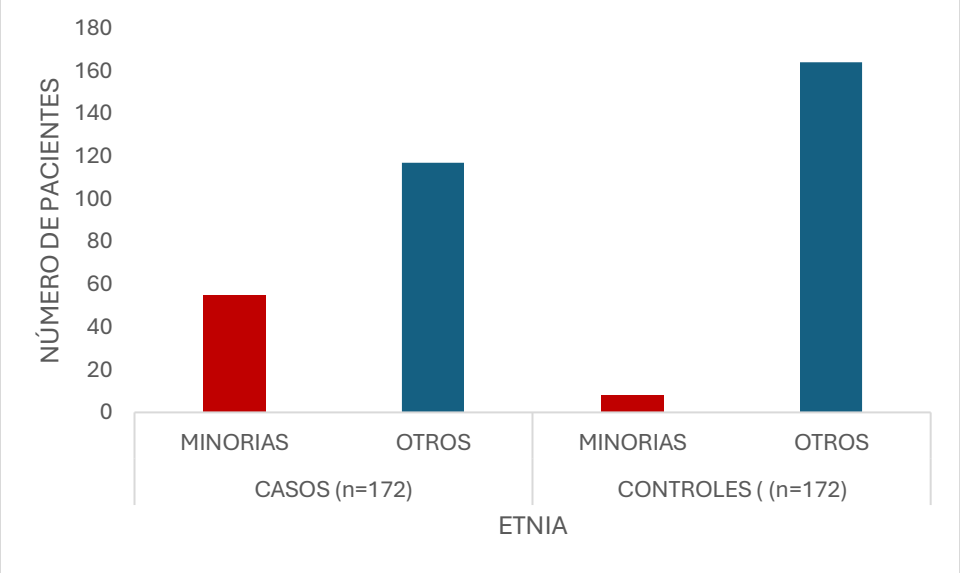
Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025

Tabla N° 10: Distribución de la etnia según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025

ETNIA	TOTAL	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD			
		CASOS (SI)		CONTROLES (NO)	
	N°	N°	%	N°	%
TOTAL	344	172	100	172	100
MINORÍAS	102	55	32	47	27
OTROS	242	117	68	125	73

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Gráfico N° 7: Distribución de la etnia según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°11. Tabla de contingencia según etnia.

NIVEL DE EDUCACIÓN	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD		
	+	-	TOTAL
Minorías étnicas	55	47	102
Otros	117	125	241
Total	172	172	344

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°12. Resultados estadísticos para etnia en stat calc de Epi Info

CHI CUADRADO	OR	IC 95%	VALOR P
0,891	1,25	0,786-1,988	0,345

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025

- **Oferta de especialistas**

Del total de participantes en la encuesta, el 66% reportó no contar con una oferta adecuada de personal médico especialista.

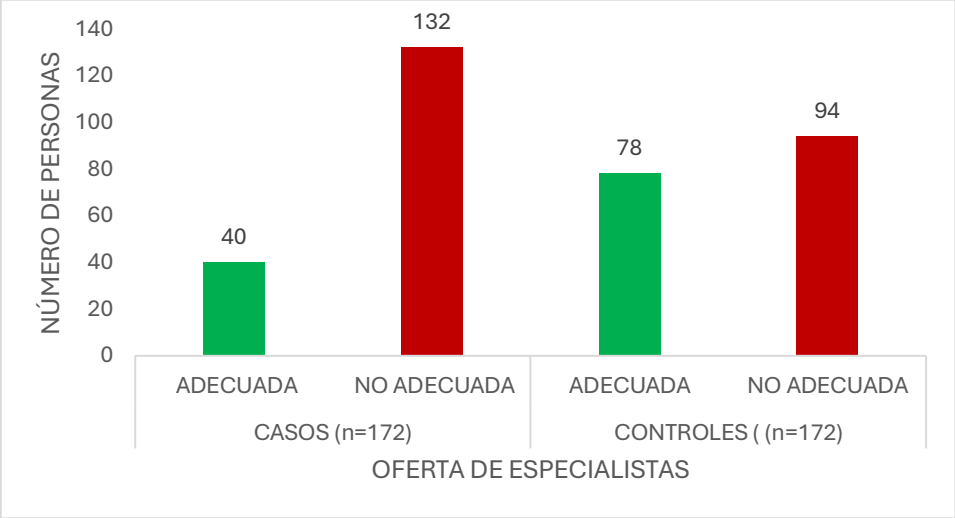
Entre las personas con falta de accesibilidad a los servicios de salud, el 76,7% reportó una oferta no adecuada de personal médico especialista. Entre aquellos que no presentaron dificultad para acceder a los servicios de salud, 54,7% reportó una oferta no adecuada de personal médico especialista. (Tabla N°5. y Gráfica N°.7)

Tabla N° 13: Distribución de personal médico especialista según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, Región Metropolitana de Salud, 2025

OFERTA DE PERSONAL MÉDICO ESPECIALISTA	TOTAL	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD			
		CASOS (SI)		CONTROLES (NO)	
	N°	N°	%	N°	%
TOTAL	344	172	100	172	100
ADECUADO	118	40	23	78	45
NO ADECUADO	226	132	77	94	55

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Gráfico N° 8: Distribución de la oferta de personal médico especializado según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°14. Tabla de contingencia según oferta de profesionales especialistas

OFERTA DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD		
	+	-	TOTAL
Sí	40	78	118
No	132	94	226
Total	172	172	344

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del Estudio Factores Asociados A La Falta De Accesibilidad A Los Servicios De Salud en la Población, Región Metropolitana De Salud, 2025.

Tabla N°15. Resultados estadísticos *para* oferta de profesionales especialistas en stat calc de Epi Info

CHI CUADRADO	OR	IC 95%	VALOR P
18.62	0,3652	0,229- 0,580	0,00000159

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025

- Calidad de la atención

En cuanto a la calidad de la atención, medido por el trato a los pacientes por el personal de salud (con respeto y dignidad), se observó que de la cantidad de

pacientes estudiados, el 52,9% (182) reportó un trato adecuado y digno por parte del personal de salud y el 47,1% (162) manifestó un trato no adecuado.

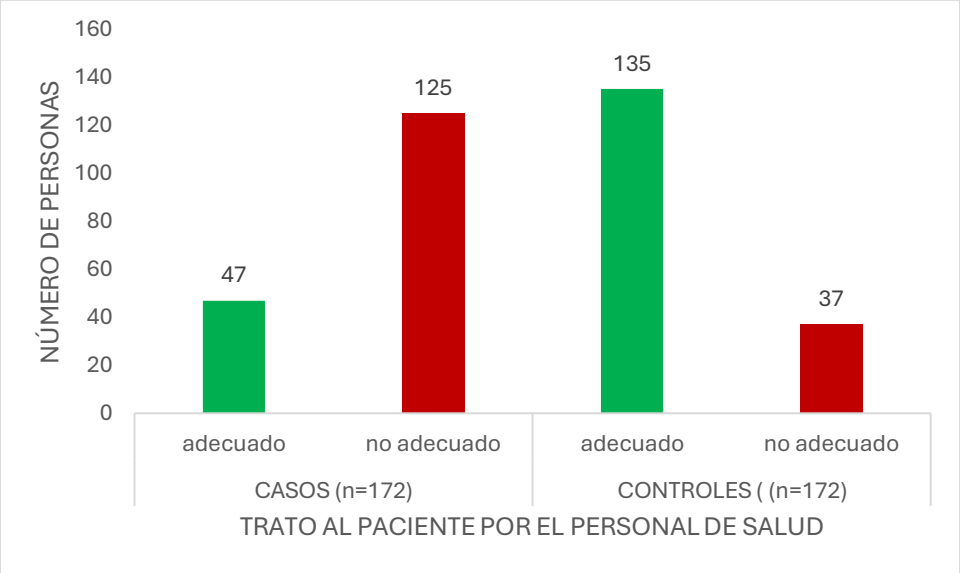
De aquellos que presentaron dificultad para acceder a los servicios de salud, el 72,7% reportó un trato no adecuado por parte del personal de salud. (Tabla N°. 6 y Gráfica N°. 7)

Tabla N° 12: Distribución de la calidad de la atención según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

TRATO A LOS PACIENTES POR EL PERSONAL DE SALUD	TOTAL	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD			
		CASOS (SI)		CONTROLES (NO)	
	N°	N°	%	N°	%
TOTAL	344	172	100	172	100
ADECUADO	182	47	27,3	135	78,5
NO ADECUADO	162	125	72,7	37	21,5

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Gráfico N° 9: Distribución de la calidad de la atención según casos y controles del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salu, 2025



Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°17. Tabla de contingencia según trato a los pacientes

OFERTA DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS	FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD		
	+	-	TOTAL
Sí	47	135	182
No	125	37	162
Total	172	172	344

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025.

Tabla N°18. Resultados estadísticos *para* trato a los pacientes *en stat calc de Epi Info*

CHI CUADRADO	OR	IC 95%	VALOR P
90,3	0,103	0,0628-0,169	0,000

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana de Salud, 2025

Tabla N° 19: Resumen de variables obtenidas en el estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, Región Metropolitana de Salud, 2025

	Casos n= 172		Controles n= 172					
Variable	**Frecuencia (%)**	**IC al 95%**	**Frecuencia (%)**	**IC al 95%**	**X^2**	**Valor de p**	**OR**	**Límites de confianza**
Ingreso socioeconómico					3.40	0.065	1.49	0.97- 2.29
Sí	85	41.72-57.13	68	32.18-47.26				
No	87	42.87-58.28	104	52.74-67.82				
Edad					1.17	0.279	0.745	0.43- 1.27
Sí	134	70.96-83.87	142	76.05-87.91				
No	38	16.13-29.04	30	12.09-23.95				
Educación					4.16	0.041	2.40	1.01- 5.67
Sí	18	6.32-16.03	8	2.03-8.96				
No	154	83.97-93.68	164	91.04-97.67				
Etnia					0.89	0.345	1.25	0.78-1.99
Sí	55	25.08-39.50	47	20.82-34.63				
No	117	60.50-74.92	125	65.37-79.18				
Oferta de especialistas	40	17.16-30.29	78	37.76-53.10	18.6	0.000016	0.36	0.22- 0.58
Sí	132	69.71-82.84	94	46.90-62.24				
No								
Calidad de atención					90.35	0	0.10	0.06-0.17
Sí	47	20.82-34.63	135	71.59-84.38				
No	125	65.37-79.18	37	15.62-28.41				

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta del estudio Factores asociados a la falta de accesibilidad a los servicios de salud en la población, Región Metropolitana De Salud, 2025.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Para la variable ingreso socioeconómico, medido mediante el ingreso familiar mensual, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con la falta de accesibilidad a los servicios de salud ($X^{2=}$ 3,40; p= 0,065; OR= 1,49; IC95%: 0,97-2,29), por lo que se acepta la hipótesis nula (H0= No existe asociación entre el nivel socioeconómico y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones de primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud). Este resultado indica que en la población estudiada, el nivel de ingresos no se comporta como un factor asociado de manera significativa a la falta de accesibilidad durante el periodo analizado, aunque el OR mayor a 1, sugiere una tendencia sin alanzar significancia estadística.

Este hallazgo no coincide plenamente con la literatura internacional, la cual señala que las limitaciones financieras constituyen una barrea inmediata para el acceso a la atención medica especialmente en población de bajos ingresos debido a costos directos e indirectos como transporte, gastos de bolsillo y cobertura insuficiente de seguros (Sharma, 2022; Kodali, 2023). Sin embargo, el resultado es parcialmente coherente con planteamientos que destacan la existencia de múltiples determinantes del acceso, más allá del ingreso económico, incluyendo barreras estructurales del sistema de salud. Ahmed et al., 2023); Báscolo et al., (2020); Unger & Riley, 2007 .

En relación con la variable edad, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con la falta de accesibilidad a los servicios de salud ($X^{2=}$ 1.17; p= 0,279; OR= 0,745; IC95%: 0,43-1,27) por lo que no se rechaza la hipótesis nula (H0= No existe asociación entre la edad y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones de primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud. Este resultado indica que, en la población adulta atendida en las instalaciones del primer nivel de atención de la Region Metropolitana de Salud, la edad categorizada

en los grupos de 20-59 años y 60 y más no se comporta como un factor asociado de manera independiente a la falta de la accesibilidad.

Este hallazgo difiere de la literatura que identifica a los adultos mayores como un grupo especialmente en términos de acceso a los servicios de salud debido a la alta carga de enfermedades no transmisibles, multimorbilidad y la dependencia funcional, especialmente en contextos de sistemas fragmentados o con recursos limitados. En la región de las Américas, se estima que entre el 70 y 80 % de las personas mayores presentan al menos una enfermedad no transmisible (*Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*, 2023). No obstante, los resultados sugieren que en el contexto especifico e l primer nivel de atención analizado, la edad por si sola n o fue un determinante significativo de la falta de accesibilidad.

Para la variable educación**,** el estudio encontró una asociación estadísticamente significativa con la falta de accesibilidad a los servicios de salud ($X^{2=}$ 4.16; p= 0,041; OR= 2,40; IC95%: 1,01-5,67) por lo que se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa (Ho= Existe asociación entre el nivel de educación y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones de primer nivel de atención de la Región Metropolitana De Salud). Estos resultados indican que las personas con menor nivel educativo presentaron una mayor probabilidad de experimentar dificultades en el acceso a los servicios de salud.

Este hallazgo es consistente con la literatura, que reconoce al nivel educativo como determinante clave del acceso a los servicios de salud. Estudios de van der Heide et al. (2013) señalan que luna alfabetización sanitaria limitada dificulta la comprensión de la información médica, la navegación del sistema de salud y la utilización adecuada de los servicios disponibles. Asimismo Zajacova & Lawrence (2018) destacan que los niveles educativos más bajos se asocian con mayores barreras estructurales y sociales, lo que refuerza el papel del nivel educativo como factor de riesgo para la falta de accesibilidad.

En cuanto a la variable etnia, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con la falta de accesibilidad a los servicios de salud ($X^{2=}$ 0.89; p= 0,345;

OR= 1,25; IC95%: 0,78-1,99) por lo que no se rechaza la hipótesis nula (Ho=No existe asociación entre la etnia de los individuos y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud). Este resultado indica que, en la población atendida en las instalaciones del primer nivel de atención de la Region Metropolitana de Salud, la falta de accesibilidad.

Este hallazgo difiere de la literatura, la cual ha documentado como minorías étnicas pueden enfrentar barreras culturales, lingüísticas y religiosas que limitan el acceso a los servicios de salud (Sánchez & Gaw, 2007.)

Para la variable oferta de personal médico especializado se encontró asociación estadísticamente significativa con la falta de accesibilidad a los servicios de salud ($X^{2=}$ 18,6 ; p= 0,00; OR= 0,36; IC95%: 0,22-0.58), por lo que se rechazó la hipótesis nula y se acepta la alterna (Ha: Existe relación asociación en la oferta de profesionales especialistas y falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud durante). El OR menor a 1 indica que una oferta adecuada de especialistas se comporta como un factor protector frente a falta de accesibilidad.

Este resultado es consistente con la literatura que reconoce la disponibilidad de recurso médico especializado como un componente fundamental de la accesibilidad efectiva a los servicios de salud, Las políticas públicas y los marcos normativos que regulan la asignación y distribución de personal médico especializado influye directamente en la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población, especialmente en contextos de alta demanda y vulnerabilidad (Zhao et al. (2024).

En relación con la variable calidad de la atención, medida a través del trato brindado al paciente por parte del personal de salud, se encontró una asociación estadísticamente significativa con la falta de accesibilidad ($X^{2=}$ 90,35; p= 0,001; OR= 0,10; IC95%: 0,06-0.17) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (Ha= Existe asociación en la calidad de la atención y falta de accesibilidad a los servicios de salud en instalaciones del primer nivel de atención

de la Región Metropolitana de Salud durante el período de enero a junio 2025). El OR menor a 1 indica que una calidad de atención adecuada se comporta como un factor protector frente a la falta de accesibilidad.

Este hallazgo concuerda con la literatura que identifica a la calidad de la atención como un determinante central del acceso efectivo a los servicios de salud. Una atención percibida como deficiente, caracterizada por trato inadecuado, falta de empatía o comunicación deficiente, puede constituir una barrera tan relevante como las limitaciones económicas o geográficas, condicionando la decisión de las personas de buscar o continuar utilizando los servicios de salud. (Núñez et al., 2021)

Limitantes del estudio

- Algunas variables potencialmente relevantes para el análisis de accesibilidad a los servicios de salud, como otros determinantes sociales específicos o características más detalladas del contexto familiar y comunitarios, no fueron incluidos en el estudio ya que el enfoque se centró en las variables definidas.
- Durante el periodo de recolección de datos, el Centro de Salud de San Felipe fue trasladado por motivos de infraestructura, lo que implicó una redistribución del personal y de usuarios hacia otras instalaciones de la Región Metropolitana de Salud.
- La limitación logística asociada al transporte por la amplia extensión geográfica de la Región Metropolitana de Salud que afectó en parte el desplazamiento entre las instalaciones.

No obstante, a pesar de estas limitaciones se logró completar la recolección de datos y alcanzar el tamaño necesario para cumplir con los objetivos del estudio.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Para el nivel socioeconómico (medido por ingreso familiar mensual), no se encontró una asociación estadísticamente significativa por la falta de accesibilidad a los servicios de salud en las instalaciones del primer nivel de atención de la Region Metropolitana de Salud.

En este estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y la falta de accesibilidad a los servicios de salud.

Para el nivel de educación, sí se encontró una asociación estadísticamente significativa y un OR > 1, indicando que un menor grado de escolaridad se comportaba como un factor de riesgo para la falta de accesibilidad a los servicios de salud.

En cuanto a la etnia, no se encontró asociación estadísticamente significativa con la falta de accesibilidad a los servicios de salud.

Respecto a la oferta de personal médico especialista, se encuentra una asociación significativamente estadística, con OR <1, lo que sugiere que se comporta como un factor protector frente a la falta de accesibilidad a los servicios de salud.

En relación con la calidad de la atención, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el trato al paciente por parte del personal de salud y la falta de accesibilidad a los servicios de salud ($p < 0,001$). El trato adecuado se comporta como un factor protector frente a la falta de accesibilidad.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

- Los resultados de este estudio evidencian la necesidad de fortalecer la educación y orientación en salud como estrategia para reducir las barreras de acceso asociadas al bajo nivel educativo de la población. En este sentido, se recomienda la Ministerio de Salud fortalecer la articulación intersectorial con el Ministerio de Educación (MEDUCA) con el fin de promover acciones sostenidas de educación en salud desde el ámbito escolar y comunitario. Estas acciones pueden incluir la incorporación de contenidos básicos de salud en el currículo escolar, así como el desarrollo de programas educativos coordinados entre MINSA y MEDUCA que permitan sensibilizar a la población desde edades tempranas sobre el uso adecuado de los servicios de salud, prevención de enfermedades y sobre adecuado de los servicios de salud. Asimismo se recomienda promover la inclusión de asignaturas relacionadas con autocuidado en las diferentes carreras de formación técnica y universitaria como una estrategia de largo plazo orientada a mejorar la comprensión y utilización efectiva a los diferentes servicios de salud ofertados por el sistema.
- Considerando que la oferta de profesionales médicos especialistas se comporta como un factor protector frente a la falta de accesibilidad a los servicios de salud se recomienda priorizar el nombramiento y contratación de personal médicos especialista idóneo en las áreas de mayor de manda especialmente en oftalmología, dermatología, urología, cardiología, salud mental, ginecología y pediatría. De manera complementaria, se recomienda fortalecer y hacer efectivo el sistema de referencia y contrarreferencia garantizando que los pacientes sean atendidos en el nivel de complejidad correspondiente y evitando la retención innecesaria en niveles de mayor complejidad. Lo que limita la capacidad resolutiva del sistema. Además se sugiere fortalecer las capacidades del médico general del primer nivel de atención mediante pasantías formativas y procesos de certificación avalados por l ministerios de salud en áreas estratégicas, acompañados de incentivos

y reconocimientos profesionales, como mecanismos para optimar el recurso humano disponible y mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.

- Dado que la calidad de la atención, expresada a través del trato al paciente, se identificó como un determinante significativo de la accesibilidad a los servicios de salud, se recomienda fortalecer los mecanismos de implementación, seguimiento y evaluación del programa de humanización existente, con el objetivo de garantizar resultados tangibles y perceptibles para la población usuaria. Estas acciones permitirían focalizar las intervenciones en las instalaciones de mayor demanda y vulnerabilidad, asegurando que el programa no se limite a lineamentos normativos, sino que se traduzca en mejoras reales en la experiencia del usuario para lograr un mayor impacto en la equidad y el acceso a los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. *2025 U.S. National Survey on the Mental Health of LGBTQ Young People*. (s. f.). The Trevor Project. Recuperado 31 de marzo de 2024, de https://www.thetrevorproject.org/*A most vulnerable population: Black men*. (s. f.). https://doi.org/10.1111/nuf.12653
2. Agyemang-Duah, W., Peprah, C. y Arthur-Holmes, F. (1 de enero de 2019). Prevalencia y patrones de uso de la atención médica entre las personas mayores pobres en el marco del programa de empoderamiento de los medios de vida contra la pobreza en el distrito de Atwima Nwabiagya de Ghana. Editorial SAGE, 5, 233372141985545-233372141985545. https://doi.org/10.1177/2333721419855455
3. Ahmed, F., Malik, N., Zia, S., Akbar, A., Li, X., Shahid, M., & Tang, K. (2025, January 4). Rural mothers' beliefs and practices about diagnosis, treatment, and management of children health problems: A qualitative study in marginalized Southern Pakistan. Frontiers Media, 10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1001668
4. Arriagada, I., Miranda, F., & Aranda, V. (2005). *Políticas y programas de salud en América Latina: Programas y propuestas*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social.
5. Báscolo, E., Houghton, N. y Riego, A. (2020, 15 de agosto). Aprovechar los datos de encuestas de hogares para medir las barreras al acceso a los servicios de salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, 44, 1-1. https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.100
6. *Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*. (2025). Organización Panamericana de la Salud. https://doi.org/10.37774/9789275326985
7. *Boletin_de_desigualdades_panama_2017.pdf*. (s. f.).
8. Cecchini, S., Holz, R., & Rodríguez, A. (2020, November 26). La matriz de la desigualdad social en Panamá. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46437

9. *Cobertura sanitaria universal (CSU)*. (s. f.). Recuperado 31 de marzo de 2024, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)
10. Cuevas, L., & Arrivillaga, M. (2014, December 19). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. , 13(27). https://doi.org/10.11144/javeriana.rgyps13-27.eaia
11. Dassah, E., Aldersey, H., McColl, M. y Davison, C. (1 de diciembre de 2018). Factores que afectan el acceso a los servicios de atención primaria de salud para personas con discapacidad en zonas rurales: una síntesis del marco "mejor adaptado". BioMed Central, 3(1). https://doi.org/10.1186/s41256-018-0091-x
12. Ferreira, F. B. L. (2017). Seguro social de salud en China: Principales reformas y desequilibrios. *Salud Colectiva*, *13*, 5-17. https://doi.org/10.18294/sc.2017.999
13. Figueira, M. C. e S., Silva, W. P. da, & Silva, E. M. (2018). Integrative literature review: Access to primary healthcare services. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(3), 1178.
14. Flores-Sandí, G. (2012). Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. *Acta Médica Costarricense*, *54*(3), 181-188.
15. Garber, K., Fox, C., Abdalla, M., Tatem, A., Qirbi, N., Lloyd-Braff, L., Al-Shabi, K., Ongwae, K., Dyson, M. y Hassen, K. (2020, 1 de noviembre). Estimación del acceso a la atención médica en Yemen, un contexto de emergencia humanitaria compleja: un análisis geoespacial descriptivo aplicado. Elsevier BV, 8(11), e1435-e1443. https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30359-4
16. George, S., Duran, N. y Norris, K C. (1 de febrero de 2014). Una revisión sistemática de las barreras y los facilitadores de la participación de las minorías en la investigación entre afroamericanos, latinos, asiáticoamericanos e isleños del Pacífico. https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301706

17. Govender, V. y Penn-Kekana, L. (2008, 1 de abril). Sesgos de género y discriminación: una revisión de las interacciones interpersonales en el cuidado de la salud. https://doi.org/10.1080/17441690801892208
18. *Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*. (2025). Organización Panamericana de la Salud. https://doi.org/10.37774/9789275326985
19. Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *44*, 1. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100
20. Cecchini, S., Holz, R., & Rodríguez, A. (2020). *La matriz de la desigualdad social en Panamá*.
21. Flores-Sandí, G. (2012). Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. *Acta Médica Costarricense*, *54*(3), 181-188.
22. Gil-Lacruz, M., Gil-Lacruz, A. I., & Aguilar Palacio, I. (2015). Vulnerabilidad socioeconómica en un vecindario como determinante de la utilización y frecuentación de servicios sanitarios. *Enfermería Global*, *14*(2), 178. https://doi.org/10.6018/eglobal.14.2.201951
23. Gopalkrishnan, N. (2018). Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice. *Frontiers in Public Health*, *6*, 179. https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179
24. *Guía: Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles—Fisterra*. (s. f.). Recuperado 13 de junio de 2024, de https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/calculo-tamano-muestral-estudios-casos-controles/
25. Grut, L., Mji, G., Braathen, S. e Ingstad, B. (10 de octubre de 2012). Acceso a servicios de salud comunitarios: desafíos que enfrentan las personas pobres con discapacidad en una comunidad rural de Sudáfrica. AOSIS, 1(1). https://doi.org/10.4102/ajod.v1i1.19

26. Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does «access to health care» mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, *7*(3), 186-188. https://doi.org/10.1258/135581902760082517
27. Hafeez, H., Zeshan, M., Tahir, M., Jahan, N., & Sattar, N. (2017, April 20). Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. Cureus, Inc.. https://doi.org/10.7759/cureus.1184
28. Heide, IV D., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J. y Uiters, E. (4 de diciembre de 2013). La relación entre salud, educación y alfabetización sanitaria: resultados de la encuesta holandesa sobre alfabetización de adultos y habilidades para la vida. https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668
29. Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *33*(3), 223-229. https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009
30. Jaca, A., Malinga, T., Iwu-Jaja, C. J., Nnaji, C. A., Okeibunor, J. C., Kamuya, D., & Wiysonge, C. S. (2022). Strengthening the Health System as a Strategy to Achieving a Universal Health Coverage in Underprivileged Communities in Africa: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(1), Article 1. https://doi.org/10.3390/ijerph19010587
31. Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., & Adji, A. (2018). Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Social Science & Medicine*, *213*, 134-145. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.044
32. Khan, A. A., & Bhardwaj, S. M. (1994). Access to Health Care: A Conceptual Framework and its Relevance to Health Care Planning. *Evaluation & the Health Professions*, *17*(1), 60-76. https://doi.org/10.1177/016327879401700104

33. Kodali, P. (2025, 1 de abril). Lograr la cobertura sanitaria universal en países de ingresos bajos y medios: desafíos para las políticas pospandémicas y posteriores. Dove Medical Press, volumen 16, 607-621. https://doi.org/10.2147/rmhp.s366759
34. Kressin, NR., Raymond, KL. y Manze, M. (2008, 1 de enero). Percepciones de discriminación basada en raza/etnia: una revisión de las medidas y evaluación de su utilidad para el entorno de atención médica. https://doi.org/10.1353/hpu.0.0041
35. Lazar, M. y Davenport, L. (2 de enero de 2018). Barreras al acceso a la atención médica para familias de bajos ingresos: una revisión de la literatura. Taylor y Francis, 35(1), 28-37. https://doi.org/10.1080/07370016.2018.1404832
36. Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*, 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18
37. Li, Y., & Albarrak, A. S. (2022). An informatics-driven intelligent system to improve healthcare accessibility for vulnerable populations. *Journal of Biomedical Informatics*, *134*, 104196. https://doi.org/10.1016/j.jbi.2022.104196
38. MA, L J. (20 de julio de 2018). 5 poblaciones vulnerables en atención sanitaria. https://www.ajmc.com/view/5-vulnerable-populations-in-healthcare.
39. Massey, E., Smith, J. y Roberts, B. (1 de diciembre de 2017). Necesidades de salud de las poblaciones mayores afectadas por crisis humanitarias en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática. BioMed Central, 11(1). https://doi.org/10.1186/s13031-017-0133-x
40. Mbemba, G., Gagnon, M., & Hamelin-Brabant, L. (2016, December 31). Factors influencing recruitment and retention of healthcare workers in rural and remote areas in developed and developing countries: an overview. PAGEPress (Italy), 7(2). https://doi.org/10.4081/jphia.2016.565

41. Meneses, K., Landier, W., & Dionne-Odom, J. N. (2016). Vulnerable Population Challenges in the Transformation of Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing*, *32*(2), 144-153. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.02.008
42. Merwin, E., Snyder, A., & Katz, E. (2006). Differential Access to Quality Rural Healthcare: Professional and Policy Challenges. *Family & Community Health*, *29*(3), 186.
43. Miller, R. H. (1998). Healthcare organizational change: Implications for access to care and its measurement. *Health Services Research*, *33*(3 Pt 2), 653-680; discussion 681-684.
44. MINSA, RMS. (2028). *ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD 2000-2016 Región Metropolitana de Salud*.
45. Mogollón-Pérez, A. S., & Vázquez, M. L. (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*(4), 745-754. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400004
46. Ndugwa, R., & Zulu, E. (2008, December 1). Child morbidity and care-seeking in Nairobi slum settlements: the role of environmental and socio-economic factors. SAGE Publishing, 12(4), 314-328. https://doi.org/10.1177/1367493508096206
47. NEEDS. (n.d). https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/South_Sudan_2018_Humanitarian_Needs_Overview.pdf.
48. Neutens, T. (2015). Accessibility, equity and health care: Review and research directions for transport geographers. *Journal of Transport Geography*, *43*, 14 https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2014.12.006
49. Nöstlinger, C., Castro, D R., Platteau, T., Dias, S. y Gall, J L. (1 de marzo de 2014). Discriminación relacionada con el VIH en entornos sanitarios europeos. https://doi.org/10.1089/apc.2013.0247.

50. Núñez, A., Sreeganga, S., & Ramaprasad, A. (2021, March 14). Access to Healthcare during COVID-19. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 18(6), 2980-2980. https://doi.org/10.3390/ijerph18062980
51. Ouakil, H., Lechheb, H., & Jouilil, Y. (2019, August 9). Impact Assessment of RAMed Medical Health Insurance on Access to Healthcare Using Instrumental TechniqueImpact Assessment of RAMed Medical Health Insurance on Access to Healthcare Using Instrumental Approach. , 9(3), 150-150. https://doi.org/10.5296/ber.v9i3.14987.
52. Pieterse, M. (2016). Geography, marginalisation and the performance of the right to have access to health care services in Johannesburg. *Law, Democracy & Development*, *20*, 1-19. https://doi.org/10.4314/ldd.v20i1.1
53. Purkey, E., & MacKenzie, M. (2019). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: Opportunities for equity-oriented health care. *International Journal for Equity in Health*, *18*(1), 101. https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4.
54. Richard, L., Furler, J., Densley, K., Haggerty, J., Russell, G., Levesque, J.-F., & Gunn, J. (2016). Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: The IMPACT international online survey of innovations. *International Journal for Equity in Health*, *15*(1), 64. https://doi.org/10.1186/s12939-016-0351-7
55. Ruelas-González, M., Pelcastre, B., & reyes-morales, H. (2014). Maltrato institucional hacia el adulto mayor: Percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud Pública de México*, *56*, 631-637. https://doi.org/10.21149/spm.v56i6.7390.
56. Salomé, P. R. (2025, septiembre 30). *¿Somos lo que comemos o comemos lo que somos? Un libro para repensar la alimentación en "un mundo en llamas"*. infobae. https://www.infobae.com/leamos/2025/10/01/somos-lo-que-comemos-o-comemos-lo-que-somos-un-libro-para-repensar-la-alimentacion-en-un-mundo-en-llamas/
57. Salud y acceso a atención y cobertura Individuos LGBT en los EE. UU.: impacto de los cambios en el panorama legal y de políticas sobre la

cobertura y el acceso a la atención. (2018, 3 de mayo). https://www.kff.org/report-section/health-and-access-to-care-and-coverage-lgbt-individuals-in-the-us-impact-of-changes-in-the-legal- y-panorama-de-políticas-sobre-cobertura-y-acceso-a-la-atención/

58. Sánchez, F., & Gaw, A. (2007, June 1). Mental Health Care of Filipino Americans. American Psychiatric Association, 58(6), 810-815. https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.6.810.
59. Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *55*(1), 82-89.
60. Scheppers, E F. (3 de febrero de 2006). Posibles barreras al uso de los servicios de salud entre las minorías étnicas: una revisión. https://doi.org/10.1093/fampra/cmi113.
61. Sharma, S. (2022, April 25). A Review of Urban Poor Health and Health Inequalities. , 11(2), 15-32. https://doi.org/10.57198/2583-4932.1135.
62. Silva-Salvador, J., & Viena-Falcón, K. (2021). Epidemiological study in a vulnerable population. *Salud Pública de México*, *63*(4), Article 4. https://doi.org/10.21149/12326.
63. Surage, J., Tawiah, R. y Twumasi-Mensah, T. (13 de marzo de 2017). Perspectiva geográfica de la modelización de la accesibilidad a la atención primaria de salud. Emerald Publishing Limited, 10(1), 56-67. https://doi.org/10.1108/ijhrh-08-2016-0013
64. Tan, S., Foo, C., Verma, M., Hanvoravongchai, P., Cheh, P., Pholpark, A., Marthias, T., Hafidz, F., Putri, L., Mahendradhata, Y., Giang, K., Nachuk, S., Hong, W., Lim, J., & Legido-Quigley, H. (2025, July 1). Mitigating the impacts of the COVID-19 pandemic on vulnerable populations: Lessons for improving health and social equity. Elsevier BV, 328, 116007-116007. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.116007
65. Titus, O., Adebisola, O. y Adeniji, A. (31 de mayo de 2015). Acceso y utilización de la atención médica entre los hogares rurales de Nigeria.

Revistas académicas, 7(5), 195-203. https://doi.org/10.5897/jdae2014.0620

66. Tovar-Cuevas, L. M., & Arrivillaga-Quintero, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: Revisión sistemática crítica. *Gerencia y Políticas de Salud*, *13*(27). https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.eaia.
67. Unger, A., & Riley, L. (2007, October 23). Slum Health: From Understanding to Action. Public Library of Science, 4(10), e295-e295. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040295.
68. Vargas Lorenzo, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: Un estudio de caso en Colombia [Ph.D. Thesis, Universitat Autònoma de Barcelona]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. https://www.tdx.cat/handle/10803/4651
69. Waisel, D. B. (2013). Vulnerable populations in healthcare. *Current Opinion in Anesthesiology*, *26*(2), 186. https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32835e8c17
70. Yang, J., Jun-hai, M. y Howard, S. (1 de marzo de 2020). Perfiles de uso de aplicaciones móviles: un estudio de caso de actividad en línea para escuelas primarias australianas. Elsevier BV, 191, 105214-105214. https://doi.org/10.1016/j.knosys.2019.105214
71. Zajacova, A. y Lawrence, E. (1 de abril de 2018). La relación entre educación y salud: reducción de las disparidades mediante un enfoque contextual. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044628
72. Zhao, Q., Wu, G. y Wang, H. (11 de marzo de 2024). Efecto de la accesibilidad a los derechos de salud en la integración urbana de los inmigrantes rurales minoritarios en China: un estudio transversal. BioMed Central, 24(1). https://doi.org/10.1186/s12889-024-18294-3
73. Zhong, R. (2018, 1 de marzo). Análisis de conjuntos de datos RFID para plantas de fabricación inteligentes. https://doi.org/10.1109/icnsc.2018.8361321

Anexos

Anexo 1. Instrumento de Recolección

Encuesta preliminar de accesibilidad a los servicios de salud.

FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN, REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, 2025)

Instrucciones:
Por favor, responda las siguientes preguntas marcando con una "X" la opción que mejor describa su situación. La información recopilada es confidencial y se utilizará únicamente con fines de investigación. **Es posible que se le contacte nuevamente para dar continuidad a este estudio.**

1. Corregimiento de Residencia:
[ ]Las Garzas [ ]Felipillo [ ] 24 de Diciembre [ ] Tocumen [ ] Las Mañanitas [ ] Pedregal
[ ]Juan Díaz [ ] Parque Lefevre [ ]Rio Abajo [ ] San francisco [ ] Pueblo Nuevo
[ ]Betania [ ]Calidonia [ ]Bella Vista [ ]Curundú [ ]Santa Ana [ ]Chorrillo
[ ]San Felipe [ ] Ancón [ ]Arraiján [ ]Taboga

2. Edad (años)
[ ]20-30 [ ] 31-40 [ ]41-50 [ ] 51-60 [ ] 61-70 [ ] 71 y más

3. Sexo:
[ ] Masculino [ ] Femenino [ ] Otro: _____

4. Nivel Educativo Alcanzado:
[ ] Sin educación formal [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Universitaria [ ] Posgrado

5. Ingreso Mensual Aproximado:
[ ] No tengo ingresos [ ]Menor de 636.00 mensuales [ ]Mayor o igual de 636.00 mensuales

6. Identidad Étnica
[ ] Indígena [ ] Afrodescendiente [ ] Mestizo [ ] Blanco
[ ] Otro: _____

7. En los últimos 12 meses, ¿ha reportado alguna dificultad (factores económicos, edad, idioma, etnia, disponibilidad de personal especializado o trato inadecuado) para acceder a los servicios de salud en su área?
[ ] Sí [ ] No

Comentarios Adicionales:
_____
_____

****Agradecemos su tiempo y colaboración en este estudio. ****

Nombre del Investigador principal: Celided Visuette Olmedo
Código del Participante: _____ Fecha: _____

Encuesta para Casos y Controles

Instrucciones:

Lea cada pregunta cuidadosamente y marque la opción que mejor represente su respuesta. La información proporcionada será utilizada exclusivamente con fines de investigación y será tratada con estricta confidencialidad.

Sección 1: Información demográfica

1. Edad

- 20-30 años - 31-40 años - 41-50 años - 51-60 años
- 61-70 años - 71 y más años

2. Género:

- Masculino - Femenino - Otro (Especificar: _____)

3. Grupo étnico

- Asiático - Mestizo - Indígena - Afrodescendiente
- Blanca - Otro (Especificar: _____)

4. Nivel de educación:

- Ninguno - Primaria incompleta - Primaria completa
- Secundaria incompleta - Secundaria completa

Sección 2: Nivel Socioeconómico

5. Ingresos mensuales del hogar:

-No tengo ingresos - Menor a 636 dólares mensuales - Mayor o igual a 636 dólares mensuales.

Sección 3: Accesibilidad a los Servicios de Salud

6. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al centro de salud más cercano desde su hogar?

- Menos de 15 minutos - 15-30 minutos - Más de 30 minutos

Nombre del Investigador principal: Celided Visuette Olmedo
Código del Participante: _____ Fecha: _____

7. ¿Con qué frecuencia acude usted a un centro de salud o consultorio médico?

- Nunca - De dos a tres veces al año - Más de cuatro veces al año

8. ¿Cuál es el principal motivo por el que acude a un centro de salud o consultorio médico?

- Control de salud - Enfermedad o malestar físico - Atención de emergencia

- Otro (Especificar: _____)

9. ¿Ha experimentado usted dificultades por dinero para acceder a los servicios de salud en los últimos 12 meses?

- Sí - No

10. **¿Ha experimentado usted dificultades por edad para acceder a los servicios de salud en los últimos 12 meses?**

- Sí - No

11. ¿Ha experimentado usted dificultades por no comprender el lenguaje, para acceder a los servicios de salud en los últimos 12 meses?

- Sí - No

12. ¿Ha experimentado usted dificultades por etnia para acceder a los servicios de salud en los últimos 12 meses?

- Sí - No

13. ¿Ha experimentado usted dificultades por poca oferta de personal especializado para acceder a los servicios de salud en los últimos 12 meses?

- Sí - No

14. ¿Ha experimentado usted dificultades por mal/inadecuado trato por parte del personal de la instalación para acceder a los servicios de salud en los últimos 12 meses?

- Sí - No

15. Si respondió 'Sí' a la pregunta anterior ¿Cuál(es) considera usted que ha(n) sido la(s) tres (3) principal(es) dificultad(es) para acceder a los servicios de salud? (Seleccione en orden de importancia para Ud.):

[ ] Barreras económicas (costo de la atención, medicamentos, transporte)

[ ] Barreras geográficas (distancia al centro de salud)

[ ] Barreras de disponibilidad (horarios de atención, falta de médicos especialistas o medicamentos)

[ ] Barreras de acceso cultural o lingüísticas (idioma, cultura)

[ ] Estigmatización o discriminación

16. ¿Considera que el personal de salud le trata con respeto y dignidad?

- Siempre - A veces - Rara vez - Nunca

17. ¿Qué tan satisfecho/a está usted con la atención médica recibida en el último año?

- Satisfecho/a - Regular - Muy insatisfecho/a

<u>Sección 4: Información sobre el Funcionamiento de los Servicios de Salud</u>

18. ¿Cuánto tiempo suele esperar para ser atendido/a en el centro de salud?

- Menos de 30 minutos - 30-60 minutos - Más de 1 hora

19. ¿Ha experimentado alguna vez falta de medicamentos o servicios en el centro de salud?

- Sí - No

20. Considera que la cantidad de personal en el centro de salud es adecuada?

-Sí -No

21. Considera que la cantidad de personal médico especializado en el centro de salud es adecuada?

-Sí -No

22. Considera que el horario de atención es adecuado?

-Sí -No

Nombre del Investigador principal: Celided Visuette Olmedo
Código del Participante: _____ Fecha: _____

Anexo 2. Acuerdo de confidencialidad

Consentimiento Informado

FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN, REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD, 2025)

Investigadora: Celided Visuette Olmedo

Esta investigación trata de una investigación cuyo propósito es identificar y analizar los factores que afectan la accesibilidad a los servicios de salud para la población en instalaciones del primer nivel de atención en la Región Metropolitana de Salud. Este estudio se llevará a cabo desde enero hasta junio de 2025.

Usted ha sido invitado a participar de manera voluntaria en este estudio para identificar los factores asociados a la falta de accesibilidad de los servicios de salud en la población de las instalaciones del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud de enero a junio 2025.

Procedimiento

Hacemos de su conocimiento que es nuestra responsabilidad informarle acerca de la investigación y aclarar las dudas que la misma le genere, los datos serán recolectados a través de una encuesta abierta. Se estima que le tomará aproximadamente 20 minutos responder lo solicitado. Su participación es voluntaria, tiene derecho a negarse, puede decidir no participar o luego de haber aceptado, puede retirarse de la investigación, aun así, tendrá la oportunidad de ser incluido (a) en cualquier programa de atención o prevención que redunde en beneficio del resto de los participantes.

Riesgos y beneficios

Los riesgos son mínimos y pueden estar relacionados con la incomodidad que sienten algunas personas ante las preguntas que se relacionan con su nivel educativo o su ingreso (económico) mensual, no se ofrecen beneficios económicos ni materiales.

Confidencialidad y ética

Los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas serán tratados con estricta confidencialidad, los datos serán manejados por los investigadores sin ofrecer la posibilidad de identificación de los participantes.

La investigación cumple con los lineamientos de confidencialidad establecidos en la Ley 68 del 2003 de deberes y derechos de los pacientes, la Ley 84 del 2019 de investigación en salud y en la Ley 81 del 2019 de protección de datos personales.

Ante todo, se considerará el respeto y el cuidado de los participantes y su integridad social y personal. Las actividades estarán dirigidas a velar por el bienestar de los sujetos, evitando cualquier acción que pueda resultar en un perjuicio o daño.

Los datos recogidos con las encuestas serán guardados por un periodo de 5 años (según leyes panameñas) para luego ser destruidos.

Consultas y dudas

La persona responsable de esta investigación es Celided Visuette Olmedo, si surgen dudas o necesita alguna información puede contactarla al correo: celidedvisuette@gmail.com.

También puede consultar al Comité de Bioética de la Investigación- Universidad de Santander, al correo comite.etica@usantander.edu.pa

Firma del participante

Yo _____ afirmo que se me han brindado los detalles acerca de la investigación a la que he sido invitado (a) a participar, y del uso que se dará a los datos recolectados, entiendo que puedo negarme a participar en cualquier momento de la investigación. Siendo así, acepto participar voluntariamente y responder los encuestas para recoger los datos.

Firma del participante_____

Código de identificación_____

Fecha _____ Hora _____

Anexo 3. Declaración del investigador

Doy fe de que he explicado a los participantes en la investigación acerca de la naturaleza de la misma, el manejo de los datos, se ha brindado el contacto de la investigadora responsable para aclaración de alguna duda y solicitud de información.

Nombre del investigador: _____

Firma _____

Fecha _____ Hora _____

Número de Documento _____

Anexo 4. Aprobaciones

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Certificación FM- DIP-2024-024

A QUIEN CONCIERNE

El suscrito, Director de Investigación y Postgrado, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá,

CERTIFICA QUE

La estudiante **CELIDED VISUETTE**, con cédula de identidad personal N°-8-791-961 presente el protocolo de tesis titulado: ***FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD 2025***, ante la Comisión Académica del Programa de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina el cual fue aprobado el miércoles 18 de septiembre 2024.

Dado en la ciudad Universitaria, Octavio Méndez Pereira, a los diecinueve días del mes de septiembre del dos mil veinticuatro.

Prof. Juan Antonio Morán P., MCB
Director

FACULTAD DE MEDICINA
Investigación y Postgrado

2024" año de la política agroalimentaria a 60 años de la gestión patriótica del 9 de enero"
Ciudad Universitaria Octavio Méndez Pereira
Estafeta Universitaria Panamá Rep. De Panamá

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

V.B. Ricardo
Director Regional
Proceder en Base a Las Normas
y Procedimientos Establecidos
7/11/24

Panamá, 05 de septiembre de 2024
FM/ESP-2024-087

Doctor
Ricardo H. Torres Castillo
Director
Región Metropolitana de Salud
E.S.D.

Respetado Doctor Torres:

Es un placer dirigirme a usted en nombre de la Maestría en Salud Pública de la facultad de Medicina de la Universidad de Panamá en calidad de coordinador de esta escuela.

La presente tiene como propósito solicitar su visto bueno y autorización para que la estudiante Celided Visuette con cip 8-791-961 pueda realizar la investigación titulado *"Factores Asociados a la Falta de Accesibilidad de los Servicios de Salud en la Población de la Región Metropolitana de Salud, 2025"*.

Esta investigación es un requisito indispensable para optar por el grado de Maestro en Salud Pública de la Universidad de Panamá. El estudio se llevará a cabo bajo los lineamientos éticos y metodológicos establecidos por la Universidad de Panamá, asegurando el manejo adecuado de la información y la confidencialidad de los datos de los participantes. Asimismo, se garantizará que los resultados obtenidos contribuyan al mejoramiento de los servicios de salud en nuestra región.

Agradezco de antemano su atención y apoyo a esta solicitud. Quedo a la espera de su aprobación para proceder con los trámites correspondientes.

Atentamente:

Dr. Alfredo Moltó
Director
Escuela de Salud Pública

DIRECCIÓN DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
RECIBIDO
Recibe: Felica.
Fecha: 9/9/24
Hora: 8:45

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Panamá, 05 de septiembre de 2024
FM/ESP-2024-086

En este sentido, solicito su autorización para realizar entrevistas con los funcionarios involucrados en el proceso de aprobación del proyecto y de ser posible contar con apoyo de la región metropolitana de salud para realizar los procesos adecuado para la ejecución del proyecto, con el fin de aprender y sea una herramienta para la formación académica.

Agradezco su tiempo y disposición para colaborar con este perfil de proyecto. Quedamos a la espera de su respuesta y a su entera disposición para cualquier consulta adicional.

Atentamente;

Dr. Alfredo Moltó
Director
Escuela de Salud Pública

GOBIERNO NACIONAL
* CON PASO FIRME *

salud
Ministerio de Salud
Panamá

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA/SECCIÓN DE SALUD POBLACIONAL

CIRCULAR N° 264-SP-PAAM-2024

PARA:
- **Directores médicos de Centros, Policentros y MINSA CAPSI**

P/C:
Dr. Ricardo H. Torres Castillo
Director
Región Metropolitana de Salud

DE:
Dr. Jonathan Guerra
Jefe del Dpto. Salud Pública
Región Metropolitana de Salud

Dra. Celided Visuette
Coordinadora Regional PSAAM
Región Metropolitana de Salud

ASUNTO: REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN LAS INSTALACIONES DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD PARA EL 2025.

FECHA: 13 de septiembre de 2024

Reciban un cordial saludo. A través de la presente, les informo que hemos recibido el aval del Director Regional para la realización del estudio titulado **"Factores asociados a la Falta de Accesibilidad de los Servicios de Salud en la Poblacion de la Región Metropolitana de Salud, 2025"** realizado por mi persona en calidad de investigadora y que se desarrollará en las instalaciones de salud bajo su dirección en el próximo año.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la accesibilidad a los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios, y su ejecución será clave para identificar áreas de mejora en la prestación de nuestros servicios. Además, este estudio es un requisito para optar por el título de Maestro en Salud Pública, conforme a los lineamientos establecidos por la Universidad de Panamá y la Escuela de Salud Pública.

En este sentido, le solicito amablemente su acuerdo con la viabilidad del estudio en las instalaciones que ustedes dirigen, además de su NO OBJECIÓN para la realización de este. La colaboración de cada unidad es fundamental para asegurar el éxito de esta investigación, que tendrá un impacto positivo en la calidad de atención a nuestros usuarios.

Sin más que agrega

Listado de directores médicos de las Instalaciones de salud de la Region metropolitana de salud

NOMBRE	INSTALACIÓN	FIRMA
DR. LUIS CASTILLO	MINSA CAPSI	
DRA. LINETH SALDARRIAGA	CS DE FELIPILLO	
DR. LUIS ECHEVERS	CS DE LA 24 DE DICIEMBRE	
DR. ROGELIO NAVARRO	CS DE TOCUMEN	
DR. ENGIE MITRE	CS DE LAS MAÑANITAS	
DR. DANAIS NAVAS	CS DE PEDREGAL	
DR. PEDRO MARTEZ	PCS DE JUAN DÍAZ	
DRA. KRISTY PÉREZ	PCS DE PARQUE LEFEVRE	
DR. AGNELIO PINZÓN	CS DE BOCA LA CAJA	
DRA. LILIA GRECCO	CS DE RÍO ABAJO	
DRA. ADIS VASQUEZ	CS DE PUEBLO NUEVO	
DR. RAMÓN DÍAZ	CS DE EMILIANO PONCE	
DR. LUIS RUÍZ	CS DE CURUNDÚ	
DR. MAX PINZÓN	CS DE CHORRILLO	
DR. LUIS ROMERO	CS DE SANTA ANA	
DRA. MARÍA DE JAÉN	CS DE SAN FELIPE	
DRA. YARISSA GONZALEZ	CS DE PARAÍSO	
DR. AMETH GONZALEZ	CS DE VERACRUZ	
DRA. ANAYANSI CAMPO	CS DE TABOGA	
DR- MIGUEL CORREA	CS DE KUNA NEGA	

Anexo 5. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES		2024												2025						
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
PROTOCOLO	Elección del tema																			
	Revisión bibliográfica del tema																			
	Realización del marco teórico																			
	Realización del marco metodológico																			
	Asesoría																			
	Revisión del protocolo																			
	Sustentación del protocolo																			
	Entrega del protocolo																			
INVESTIGACIÓN	Aprobación del proyecto																			
	Solicitud de permisos en el lugar de trabajo																			

	Solicitud de permisos al Director de la Región Metropolitana de Salud																			
	Sometimiento al comité de bioética																			
	Planificación de la recolección de datos																			
	Recolección de datos																			
	Revisión de los datos																			
	Organización y procesamiento de los datos																			
	Realización de los análisis estadísticos																			
	Interpretación y análisis de los resultados																			
	Elaboración del informe final																			
	Asesoría																			
	Entrega del informe final																			
	Sustentación de los resultados																			

Anexo 6. Presupuesto

Etapa	Descripción de Actividades	Gastos Estimados (B/.)
Preparación	Definición de objetivos, revisión de literatura	1200.00
Diseño	Diseño de la metodología y encuestas	1700.00
Aprobación Ética	Obtención de permisos y aprobaciones éticas	250.00
Reclutamiento y Selección	Identificación de instituciones y participantes	800.00
Recolección de Datos	Aplicación de encuestas	2600.00
Análisis de Datos	Procesamiento y análisis de la información	1000.00
Interpretación y Conclusiones	Interpretación de resultados y conclusiones	1000.00
Elaboración de Informe	Redacción del informe final del proyecto	1200.00
Presentación y Diseminación	Preparación de presentaciones y materiales	800.00
Cierre y Evaluación	Evaluación final del proyecto y cierre	800.00
Honorarios	Tiempo, gasolina, comidas	2000.00
Gastos Generales y Contingencias	Reserva para imprevistos y ajustes	1000.00
TOTAL		**14.350,00**