

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS EN
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD, PANAMÁ, SEPTIEMBRE –
DICIEMBRE 2024**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN CIENCIAS DE
ENFERMERÍA**

ESTUDIANTE:

NICOLE DENISE DE LEÓN CASTILLO

8-988-2476

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ 2025

*“En realidad, son nuestras decisiones las que determinan lo que podemos llegar a ser,
mucho más que nuestras habilidades”*

J.K. Rowling

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL	8
1.1 Antecedentes del problema	9
1.2 Descripción del problema	12
1.3 Justificación del estudio	13
1.4 Objetivos	14
1.5 Definiciones conceptuales y operacionales de variables	15
1.6 Limitaciones del estudio	22
CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	23
2.1. Conceptualización de discapacidad.	24
2.2. Discapacidad en la movilidad y Atención en Salud.	26
2.3. Marco legal Nacional e Internacional para las personas con discapacidad en la movilidad.	29
2.4. Principios de accesibilidad universal en relación con el entorno inclusivo.	31
2.5. Concepto de capacitismo y su relación con la discapacidad física.	33
2.6. Un mundo discapacitante, no un discapacitado (Modelo Social de la Discapacidad)	35
2.7. Barreras que influyen en la accesibilidad a la atención en salud	36
2.8. La Accesibilidad a la Atención en Salud en las personas en situación de discapacidad en la movilidad desde la perspectiva de Betty Neuman.	38
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	41
3.1. Tipo de estudio	42
3.2 Población, muestra y selección	42
3.3 Tipo de muestreo	43

3.4 Tamaño de la muestra	43
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	44
3.6 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	44
3.7 Procedimiento para la recolección de los datos	46
3.8 Plan de análisis de los datos	47
3.9 Aspectos éticos	48
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
4.1 Análisis de los datos	50
4.2 Aplicación de la teoría de Enfermería en el fenómeno estudiado	98
CONCLUSIONES	102
RECOMENDACIONES	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	116

ÍNDICE DE CUADROS

CONTENIDO	PÁGINAS
TABLA 1. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR SEXO SEGÚN EDAD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	50
TABLA 2. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR SEXO SEGÚN CAUSA DE LA DISCAPACIDAD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	53
TABLA 3. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR SEXO, SEGÚN SU ESTADO DE SALUD ACTUAL. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	57
TABLA 4. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR SEXO SEGÚN NÚMERO DE ATENCIONES DE SALUD LOS ÚLTIMOS DOCE MESES. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	60
TABLA 5. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR EDAD SEGÚN GRADO DE DIFICULTAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	63
TABLA 6. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE NECESITA SOBRE SU SALUD SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	65
TABLA 7. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD SEGÚN INGRESOS RECIBIDOS DE PROGRAMAS SOCIALES. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	68
TABLA 8. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR FALTA DE ATENCIÓN EN SALUD CUANDO LA NECESITÓ SEGÚN AFILIACIÓN A SEGURO DE SALUD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	71
TABLA 9. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR LA PRESENCIA DE UN ASISTENTE PERSONAL PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN ESTADO CIVIL. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	73

TABLA 10. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR ZONA DE RESIDENCIA SEGÚN INSTITUCIÓN DONDE RECIBIÓ ATENCIÓN DE SALUD CON MÁS FRECUENCIA. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	76
TABLA 11. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR GRADO DE DIFICULTAD PARA MOVILIZARSE EN EL ENTORNO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	80
TABLA 12. PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR EXISTENCIA DE ADAPTACIONES EN LA COMUNIDAD SEGÚN GRADO DE DIFICULTAD PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	84
TABLA 13. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR ZONA DE RESIDENCIA SEGÚN GRADO DE DIFICULTAD PARA MOVILIZARSE EN EL ENTORNO DONDE RESIDE. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	86
TABLA 14. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR GRADO DE DIFICULTAD PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN PROVINCIA. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	89
TABLA 15. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD SEGÚN MOTIVOS DE INASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024	92
TABLA 16. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN ADAPTACIONES QUE NECESITAN EN LA COMUNIDAD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE – OCTUBRE 2024	95

ÍNDICE DE ANEXOS

CONTENIDO	PÁGINAS
ANEXO 1. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS – CRONOCRAMA DE GANTT	117
ANEXO 2. PRESUPUESTO	118
ANEXO 3. CARTA A EXPERTO PARA REVISIÓN DEL INSTRUMENTO	119
ANEXO 4. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	120

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad a la atención en salud es un derecho de todos los seres humanos. El garantizar que se cumpla con este derecho, es un eje fundamental para la inclusión y el bienestar general de la población general, independientemente de sus condiciones físicas.

A nivel mundial, las personas en situación de discapacidad en la movilidad enfrentan desafíos significativos para acceder a servicios de salud adecuados y oportunos. Estos desafíos son consecuencia de la innumerable cantidad de barreras que no solo limitan su bienestar físico y mental, sino que, aunado a esto, pueden exacerbar las desigualdades sociales.

La Organización Mundial de la Salud (2011), estima que a nivel mundial un 15% de la población, equivalente a 1000 millones, tiene algún tipo de discapacidad; siendo la discapacidad en la movilidad la más prevalente de estas.

Aunque un grupo significativo de la población enfrenta una situación de discapacidad, los servicios de salud no están equiparados para hacer frente a las barreras que dificultan o limitan su acceso a la salud. Por lo cual, la atención es insuficiente e ineficiente.

De manera que, el estudio realizado centra su enfoque en aquellos factores que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad, explorando mediante un análisis exhaustivo las barreras informativas, arquitectónicas, económicas, físicas y sociales, así como las características sociales, económicas y demográficas que pueden afectar significativamente su acceso a la salud y su calidad de vida.

Teniendo en cuenta esto, el potencial y relevancia del estudio, radica en la posibilidad que tiene para informar y guiar a la formulación de nuevas políticas en beneficio de este grupo de población; así como también para la ejecución de prácticas clínicas más inclusivas.

Por lo cual, con la realización de este estudio fue posible obtener información relevante que ayudará a los tomadores de decisiones para la actualización de programas y proyectos en relación con el tema, en la prestación de los servicios de salud a las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

CAPÍTULO I.

MARCO

CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes del problema

De acuerdo con la revisión de literatura realizada, se encontró que según la World Health Organization (2023), 1 de cada 6 personas en el mundo tiene una discapacidad importante, la mayoría de ellas en países en vías de desarrollo. De estos, aproximadamente el 12% (66 millones de personas) forman parte de la población de América Latina y el Caribe.

Los estudios en materia de discapacidad van cada vez más en aumento por la evidente desigualdad que enfrentan en materia de vida y salud quienes la adquieren. Estas inequidades y la falta de oportunidades para los individuos se traducen en una desventaja que puede ser una ruta a condiciones de vida desfavorables que maximizan el riesgo para la salud.

De manera que, las personas con discapacidad, adicional a que presentan un riesgo dos veces mayor de padecer afecciones secundarias, se enfrentan a factores significativos que reflejan más adelante sus consecuencias en los resultados de la atención en salud.

Los factores que inciden en la atención de salud que recibe una persona se deben a las condiciones que enfrenta desde que nace, crece, vive, trabaja y envejece. Estas situaciones de vida a las que se enfrentan las personas con discapacidad se conocen como determinantes de la salud (Lema & Rodríguez, 2020).

Según Santos, et al. (2019), “No existe calidad asistencial para la discapacidad en América Latina debido a la dificultad de acceso a servicios de salud por factores demográficos y sociodemográficos”; esta afirmación refleja una legítima preocupación, ya que factores sociodemográficos como la distribución de la población en áreas urbanas y rurales, la distancia geográfica de los centros de atención y la escasez de infraestructura de salud adaptada a la población con discapacidad en la movilidad, incluyendo otros aspectos como el ingreso económico y el nivel educativo; influyen directamente en la atención en salud que reciben. Estos desafíos a los que se enfrentan día a día en América Latina las personas en situación de discapacidad indudablemente representan barreras para el acceso.

Analizando esto, los datos demuestran que la situación de la atención en salud en América Latina es compleja y preocupante. Pues, la atención de salud es una necesidad que por un marco social sin políticas estrictas para la atención de personas con discapacidad tiene

muchas falencias, lo que desencadena una alta expectativa en la promoción de la accesibilidad a la atención en salud.

En un estudio realizado en Ecuador mediante revisión bibliográfica, titulado “Barreras y facilitadores en la atención primaria de salud en personas con discapacidad física”, cuyo objetivo era describir las barreras y facilitadores de acceso a la atención primaria en personas con discapacidad física; se detectó que un 5.4% de la población contaba con algún tipo de discapacidad, siendo la más prevalente la discapacidad física equivalente a un 67%. En un intento por determinar las principales barreras y facilitadores para las personas con discapacidad física se llegó a la conclusión de que aún no se ha logrado abordar oportunamente las limitantes consideradas barreras o factores que inciden en la atención (Hidalgo et al., 2022).

Consecuentemente, las personas con discapacidad física tienen cada vez una percepción más disminuida sobre su posibilidad de tener una calidad de vida, y esto es en consecuencia a las múltiples barreras que enfrentan para obtener los recursos necesarios para subsistir y mantenerse saludables, estando entre los principales una atención en salud oportuna.

Por otro lado, en una revisión bibliográfica de estudios de Brasil, Perú y Colombia, se pudo observar que los principales factores que inciden en la atención de las personas con discapacidad física, son su dificultad motora, vulnerabilidad familiar, el débil vínculo con los servicios de atención en salud, la baja oferta de servicios especializados y orientados a disminuir las limitantes de las personas con discapacidad, las infraestructuras inadaptadas y la escasez de políticas públicas (Santos et al., 2019)

Analizando los datos antes expuestos, puede determinarse de manera general que, a nivel internacional hay una prevalencia significativa en la dificultad que tienen las personas con discapacidad en la movilidad física para acceder a los servicios de salud.

Stolkiner et al. (2000), citado por Rivello (2024), en el estudio argentino titulado “El acceso a la salud de las personas con discapacidad: reflexiones desde Atención Primaria”, ve la accesibilidad como un vínculo construido entre los sujetos y los servicios de salud. En este estudio se analizó la percepción de los trabajadores sobre la población con discapacidad a la movilidad, sus barreras, derechos y dificultades en la accesibilidad al sistema público de

salud. El autor pudo detectar que el 40% de los trabajadores podían percibir una dificultad mayor para esta población por las barreras al acceso. Entre las principales barreras están la socioeconómica y habitacional, lo que los hace más vulnerables, y es cónsono con lo que se menciona en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), que señala que la mayor parte de la población con discapacidad vive en situación de pobreza.

Así mismo, Gómez-Perea et al. (2018) explica que, la incidencia que hay actualmente en materia de discapacidad se relaciona directamente con los determinantes sociales, por lo cual estas se presentan con mayor frecuencia en áreas de bajos ingresos y nivel educativo. Inmediatamente la demanda de atención sanitaria es mayor al sopesar la incidencia en estas áreas y las barreras que enfrentan por la falta de calidad e integralidad en la prestación de los servicios de salud, una cobertura deficiente e infraestructuras inaccesibles.

El estudio “Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia)” demuestra que la población con discapacidad física se encuentra en vulnerabilidad, siendo irrelevante si están aseguradas o no. Pues, en la actualidad el sistema de salud tiene mayor enfoque en la curación que en la prevención, y las personas que necesitan una rehabilitación específica no cuentan con la oportunidad de llevarla a cabo por falta de acceso a la atención, dinero y otros eventos subyacentes; siendo estos factores que quebrantan la igualdad de oportunidades que se predica y quiere lograr en base a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Gómez-Perea et al., 2018).

Sin duda, es evidente que a nivel internacional múltiples investigaciones abordan el tema de discapacidad, sin embargo, en Panamá son pocos los estudios encaminados a saber la dificultad que enfrentan las personas con discapacidad en la movilidad física para acceder a los servicios de salud, y no se tienen reportes específicos sobre qué factores inciden en la atención en salud de este grupo de la población.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2023), la discapacidad en la movilidad física prevalece por sobre los otros subtipos de discapacidad, siendo 62,720 habitantes los que se enfrentan a esta.

Los datos anteriores, evidencian, que las personas con discapacidad en la Movilidad son un grupo importante y que existe la necesidad de caracterizar las principales barreras a las que se enfrentan.

Por consiguiente, con los datos obtenidos y la escasa información sobre las principales barreras que enfrenta este grupo de población en el país, se resalta la necesidad de estudiar las mismas para la futura utilización de estrategias efectivas que disminuyan las barreras y aumenten la accesibilidad a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

1.2.Descripción del problema

La salud es un derecho de toda persona y es deber del Estado y de las organizaciones garantizar su disponibilidad y accesibilidad. En la actualidad, la discapacidad es un fenómeno que va en aumento y, aún con los avances y modernizaciones, el modelo biopsicosocial continúa siendo inequitativo con las personas en situación de discapacidad en la movilidad. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos en el reconocimiento de las necesidades de las personas en situación de discapacidad en la movilidad, continúan existiendo retos sin superar; y aspectos como la atención en salud no son acordes a las demandas de este grupo de población.

En Panamá, las personas en situación de discapacidad en la movilidad enfrentan grandes limitaciones para acceder a los servicios de salud, por las múltiples barreras que les impiden utilizarlos libremente, y perpetúan las desigualdades afectando su bienestar físico, mental y social; por la persistencia de deficiencias informativas, estructurales, económicas y sociales.

Las barreras en la accesibilidad a la atención en salud se presentan como una problemática de gran impacto que afecta el bienestar general de las personas en situación de discapacidad en la movilidad, y la manera en que se desenvuelven en el entorno que las rodea. Por lo tanto, la falta de un sistema de atención accesible e inclusivo puede resultar en complicaciones de salud que pueden ser prevenibles, mayor dependencia en los cuidadores y una reducción significativa de la calidad de vida del individuo.

De esta manera, para el personal de salud, dentro del cual se incluye Enfermería, constituye un reto cada vez más grande el garantizar la accesibilidad a la atención holística a toda la población. En el caso de la población con discapacidad en la movilidad, sus limitaciones hacen que este tema sea todavía más complejo, por la necesidad de reconocer los factores que inciden en su atención en salud oportuna; y la eliminación de las barreras como un paso indispensable hacia el respeto de los derechos humanos.

De manera que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD EN PANAMÁ?

1.3. Justificación del estudio.

Según la primera Encuesta Nacional de Discapacidad (SENADIS, 2006), aproximadamente el 11.3% de la población panameña tiene algún tipo de discapacidad. De este porcentaje, un grupo importante, el 1.9% es decir 66,013 tienen discapacidad física, según esta misma encuesta. Datos que se actualizarán una vez sean publicados los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Discapacidad, la cual se está desarrollando.

La atención en salud es crucial para mantener la calidad de vida y promover la inclusión social de las personas en situación de discapacidad en la movilidad física. Por lo tanto, garantizar un sistema de salud accesible, con una atención integral, permite el fomento de comportamientos preventivos, así como el diagnóstico y tratamiento temprano de enfermedades. Teniendo en cuenta que, la falta de accesibilidad puede conducir a importantes complicaciones en la salud, mayor dependencia e impactar negativamente no solo al individuo, sino también a la familia y la comunidad.

De manera que, la investigación realizada, permitió identificar y generar un análisis significativo de aquellos factores que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad. Considerando que, al abordar esta problemática y tener los datos provistos, será una puerta hacia la posibilidad de la implementación de nuevas

políticas y estrategias específicas para la eliminación de barreras y la creación de un entorno más equitativo y accesible para todos.

Consecuentemente, el estudio tiene la posibilidad de influir positivamente en la vida de estas personas, fomentando su bienestar individual y familiar, y su autonomía.

La investigación es viable, ya que existe información de diversas fuentes con acceso a la misma; las autoridades con relación a la temática muestran su anuencia para la realización de este. Por otro lado, la factibilidad de la investigación puede verse sustentada en la disponibilidad de información y recursos para llevarla a cabo. Panamá cuenta con profesionales capacitados e instituciones gubernamentales y no gubernamentales especializadas en el tema, lo que facilita la aceptación de la población y su motivación a participar en el proyecto.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, este estudio es de gran relevancia para comprender las limitaciones en accesibilidad que enfrenta este grupo de población; y los resultados serán de relevancia para el desarrollo de futuras investigaciones en el tema de discapacidad, y podrán ser utilizados como un marco de referencia para el abordaje de los factores que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad.

Finalmente, se espera que los hallazgos obtenidos en esta investigación contribuyan a la minimización de barreras y la mejora en la infraestructura de las instituciones de salud, la accesibilidad a la información, atención y capacitación del personal de salud en materia de discapacidad; y el apoyo social por parte de instituciones encargadas de amparar los derechos de las personas en situación de discapacidad.

1.4. Objetivos

Objetivo general:

- Conocer las principales barreras a las que se enfrentan las personas en situación de discapacidad en la movilidad para recibir atención de salud en Panamá.
- Brindar aportes en la actualización de políticas, proyectos y programas relacionados con la discapacidad física, a los tomadores de decisiones en la temática.

Objetivos específicos

1. Identificar los factores que inciden en la inaccesibilidad de las personas en situación con discapacidad en la movilidad para recibir atención de salud.
2. Determinar los tipos de inaccesibilidades de las personas en situación de discapacidad en la movilidad más frecuentes para recibir atención en salud.
3. Describir cuáles son las principales instituciones de salud a las que acuden las personas en situación de discapacidad en la movilidad.
4. Presentar los resultados del estudio a los tomadores de decisiones en el tema discapacidad que den aportes para la actualización de políticas, proyectos y programas relacionados a la temática.

1.5. Definiciones conceptuales y operacionales de variables

TIPO DE VARIABLE	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Dependiente	Atención en Salud	Todos los servicios que se ocupan de promover, mantener y restablecer la salud. Incluyen los servicios de salud tanto personales como comunitarios (OMS, 2016).	• Condición de salud durante el mayor tiempo del año (1-2). • Especialistas con los cuales se realizan las atenciones periódicas (21). • Número de atenciones en salud generales y especializadas en un año (15 y 16). • Razón por la cual busca atención médica (18).

			• Instituciones de Salud con accesibilidad física a los que acude con frecuencia (17).
Independiente	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo hasta el momento que se considera (RAE, 2014).	• Edad en años completos de los participantes del estudio.
	Sexo	Hace referencia a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer (OPS, 2011).	• Femenino • Masculino
	Nivel educativo	Se refiere al nivel más alto de instrucción alcanzado por la persona dentro del sistema formal de enseñanza (DANE, 2017).	• Primaria • Pre - media • Media • Universidad • Sin estudios académicos.
	Estado conyugal	Situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas	• Soltero (a) • Unido (a) • Casado (a) • Viudo (a)

		al matrimonio, que existen en el país (INEC, 2011).	• Separado (a) • Divorciado (a)
	Zona de residencia	Lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas (Universidad de los Andes Venezuela, 2020).	• Zona Urbana • Zona Rural
	Tipo de vivienda	Lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas (RAE,2014).	• Casa • Apartamento • Improvisada (7)
	Ocupación	Profesión, oficio o clase de trabajo que ejerce la persona que trabaja (ocupado) (INEC, 2011).	• Trabajo o profesión que ejercen los participantes del estudio ya sea de manera independiente o en relación con una empresa. (3)
	Etiología	Conjunto de causas de una enfermedad (RAE, 2014).	• Deficiencias físicas ocasionadas por

			causas endógenas: Genéticos • Malformaciones • Congénitas • Enfermedades raras • Otras. • Exógenas: Accidentes de tránsito. Accidentes laborales Miastenia Gravis, Artritis, Distrofias musculares, Esclerosis Múltiple Entre otros. (1)
	Motivo de atención	Engloba los síntomas, preocupaciones o problemas que llevan a alguien a buscar la ayuda de un profesional de la salud (Perdigon, 2024).	Razón por la que necesitó recibir atención en salud: • Control de salud • Control de salud sexual y reproductiva (Papanicolau o citología vaginal/ examen de próstata) • Enfermedades transmisibles (meningitis, TBC, VIH, Infecciones) • Dolor crónico (espalda, cuello, rodillas, otro)

			• Enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, otro) • Enfermedad del corazón (Angina, Insuficiencia cardiaca, etc) • Enfermedad Cerebrovascular (Derrame Cerebral) • Enfermedad respiratoria (asma bronquial, bronquitis, etc) • Dolor generalizado (abdominal, muscular, otro) • Cáncer • Cirugía • Enfermedades neurológicas (Parkinson, Alzheimer, Miastenia Gravis, Otros) • Tumores • Problema auditivo y/o visual • Problemas nutricionales
--	--	--	--

			(desnutrición, reflujo, obesidad, etc) • Lesión por accidente • Alteración del estado emocional (depresión, ansiedad, etc) • Terapia • Hospitalización • COVID – 19 • Otro (18)
	Barreras físicas	Son todos aquellos elementos que obstaculizan o impiden la movilidad, comunicación e integración de las personas, ya sea en el ámbito exterior como en el interior de las edificaciones (SENADIS, 2023).	• Presencia de rampas. • Presencia de ascensor o elevador. • Puertas y pasillos amplios. • Edificios públicos accesibles. • Transporte público con diseño accesible. (9-13)
	Barreras económicas	Están relacionadas con los potenciales costos (sean directos, indirectos e intangibles), que pueden impedir que las personas accedan a la atención de su salud	• Condición laboral actual. (3) • Ingresos recibidos por algún programa de ayuda social. (4) • Seguro de salud. (5)

		(Tapia et al., 2023).	
	Barreras informativas	Son factores que pueden llegar a distorsionar, desvirtuar o impedir parcial o totalmente el mensaje, y se sitúan entre el emisor y el receptor, cuando se gesta el proceso comunicativo (SENADIS, 2023).	• Acceso a la información que requiere o necesita con respecto a su salud. (19-20)
	Asistencia en la movilidad	Medios de soporte, favor o ayuda que se dan a alguien para que se mantenga (RAE, 2014).	• Asistencia en la realización de actividades por cuidadores. (9) • Grado de dificultad para realizar actividades en el entorno que lo rodea. (8) • Adaptaciones realizadas en su hogar que le permiten movilizarse más fácilmente. (10 y 11) • Adaptaciones realizadas en la comunidad que le

			hagan más fácil acudir a instituciones de salud. (12 y 13) • Adaptaciones que necesita. (14)
	Inasistencia a los servicios de salud	Se define como la no asistencia de los pacientes a una consulta médica (Rebolledo et al., 2014).	• Necesidad insatisfecha de atención en salud. (22) • Motivos de inasistencia a los servicios de salud. (23)

1.6. Limitaciones del estudio.

Las limitaciones del estudio constituyen aquellos aspectos que pueden interferir en el logro de los objetivos propuestos para la investigación. Estas limitaciones son importantes y mencionarlas otorga mayor validez y rigurosidad al proceso de investigación. En el marco del presente estudio, algunas limitaciones que se presentaron fueron:

- **Datos autoinformados:** debido a que los datos fueron recolectados mediante las respuestas de los participantes acerca de si mismos, de forma autónoma, esta puede ser una fuente potencial para sesgos del participante porque difícilmente se pueden verificar de manera independiente.
- **Limitación temporal:** el estudio se centra en las atenciones de salud que han recibido los participantes en los últimos 12 meses, por lo cual puede presentar la tendencia a corto plazo, pero no a largo plazo.
- **Percepción individual sobre las barreras:** el estudio puede llegar a no capturar todas las barreras que enfrenta la población con discapacidad en la movilidad, ya que algunas razones pueden no ser generales, y cada participante puede tener razones únicas que considera barreras para acceder a los servicios de salud.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

En el siguiente capítulo, la finalidad es efectuar una conceptualización que permita comprender el significado de la atención en salud para las personas en situación de discapacidad en la movilidad, teniendo en cuenta los factores que pueden llegar a incidir o limitar su accesibilidad a las mismas.

Según la World Health Organization (1947), “la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales”.

Así mismo, en la Declaración Universal de los Derechos humanos se hace énfasis en que toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure la salud y el bienestar, en especial alimentación, vestido, vivienda, servicios médicos y sociales (ONU, 2015). De manera que, todos los seres humanos deben tener la posibilidad de disfrutar de un alto nivel de salud física y mental, o los medios necesarios para ir en busca de esta.

Sin embargo, la realidad es que los múltiples determinantes de la salud dan como resultado inequidades que reflejan las diferencias en cuanto a la distribución de los recursos y afectan significativamente a los grupos de población más vulnerables, siendo parte de éste la población con discapacidad.

2.1. Conceptualización de discapacidad

Cuando se habla de discapacidad esta puede ser definida como “deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás” (OPS, 2023).

Por otro lado, en la Constitución Política de la República de Panamá, en la Ley 42 del 27 de agosto de 1999, definen la discapacidad como una “alteración funcional, permanente o temporal, total o parcial, física, sensorial o mental, que limita la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal en el ser humano”.

En efecto, una discapacidad se refiere a una condición que afecta a una persona limitando sus funcionalidades físicas o mentales, las cuales pueden reducir su capacidad para hacer

frente a determinadas actividades cotidianas; una condición que puede ser temporal o permanente, y que afecta su desarrollo como ser humano dentro de la sociedad. Sin embargo, este concepto se relaciona directamente con el entorno en el cual se desenvuelve la persona, ya que en mayor o menor medida la sociedad es quien tiene el factor discapacitante; y el nivel de discapacidad varía en dependencia a las barreras que esta enfrente.

Particularmente, la discapacidad es un factor influyente en la atención en salud; ya que este grupo de población necesita adaptaciones para mejorar su calidad de vida y ser integrado dentro de la sociedad.

De manera que, el objeto de este estudio es específicamente la población en situación de discapacidad en la movilidad, que según lo descrito en los antecedentes, tiene mayor prevalencia en la actualidad. Según la Secretaría Nacional de Discapacidad (2023), las discapacidades en la movilidad se consideran como:

Las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas osteoarticular y neuromuscular esquelético que pueden estar o no asociados a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes, y a las limitaciones que presenta el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto o entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad y habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayudas o terceras personas (p. 7).

Teniendo esto en cuenta, puede decirse que la discapacidad física, motora o en la movilidad se presenta como una limitación del movimiento y el equilibrio producto de algún tipo de alteración fisiológica o biológica.

Según Dunn y Sarmiento (2014), la etiología puede clasificarse en:

- **Congénita o hereditaria:** producto de alteraciones cromosómicas o genéticas. Abarcan en general los síndromes que influyen en la motricidad.
- **Perinatales:** por problemas o traumatismos que se producen durante el parto.
- **Postnatales o lesiones posteriores:** se produce por enfermedades, traumatismos o lesiones craneales y medulares, en cualquier otro momento de la vida que no es durante el parto.

En su mayoría estas alteraciones motoras son causadas por traumatismos medulares, lesiones neurológicas, enfermedades como esclerosis múltiples o distrofias musculares, ocasionando uno de los siguientes trastornos motores:

- **Parálisis o Plejia:** cuando se habla de parálisis esta se refiere a la “pérdida del movimiento voluntario como resultado de la interrupción de una de las vías motoras en cualquier punto entre el cerebro y la fibra muscular” (Ropper & Samuels, 2017). Este término generalmente se utiliza cuando existe una pérdida grave, parcial o completa de la función motora.
- **Paresias:** las paresias hacen referencia a una parálisis de menor grado que se presenta mayormente como debilidad muscular por una lesión en el sistema nervioso, que influye en la capacidad del cerebro para enviar señales o en la medula espinal para transmitir las (Ropper & Samuels, 2017). En las paresias, el individuo tiene una dificultad para ejercer el movimiento por la disminución en la fuerza de los músculos.

Por lo tanto, este tipo de afectaciones con frecuencia son los agentes causales de una discapacidad en la movilidad.

Según Dunn y Sarmiento (2014), estos pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo, clasificándose según el área afectada en: Mono (un solo miembro), Hemi (la mitad derecha o izquierda del cuerpo), Para (en las extremidades inferiores del cuerpo), Tri (de tres extremidades), Tetra (afecta a las cuatro extremidades).

De esta manera, la discapacidad en la movilidad representa un grupo dentro del amplio concepto de discapacidad que se enfoca en las limitaciones corporales (físicas), afectan la capacidad de una persona para movilizarse, y por su complejidad le dificultan desplazarse sin la ayuda de dispositivos mecánicos de asistencia.

2.2. Discapacidad en la movilidad y Atención en Salud

Desde la perspectiva de la Atención en Salud, cabe resaltar que, por sí solo el sistema de salud se considera un determinante social; capaz de tener un impacto significativo en cómo las personas acceden a la atención sanitaria y hacen verídico su derecho a la salud.

Las organizaciones de salud se proponen el objetivo de mejorar los estilos de vida mediante la prevención de enfermedades y la promoción del autocuidado; procurando ofrecer un servicio o atención en salud de calidad.

La atención en salud o atención sanitaria puede definirse como “todos los servicios que se ocupan de promover, mantener y restablecer la salud. Incluyen los servicios de salud tanto personales como comunitarios” (OMS, 2016).

Este enfoque propone que la atención sanitaria y los servicios de salud prestados deben ser centrados en la persona, incluyendo la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos cuando se requiera, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población.

De modo que, se involucran todos los miembros de la sociedad, con el principio fundamental de garantizar el mantenimiento del mayor nivel de salud y bienestar posible en la población, así como la cobertura y distribución equitativa de esta.

Según Valencia - Picazo (2023), es importante destacar que para definir atención en salud esta debe verse como un conjunto de niveles de atención, ya que las necesidades de los pacientes se satisfacen dependiendo de los servicios prestados.

Los niveles de atención en salud son los encargados de distribuir y organizar los recursos utilizados con el fin de atender y solucionar los problemas específicos de salud de la población. Teniendo esto en cuenta, los niveles de atención son (Valencia – Picazo, 2023):

- **Primaria:** este es de menor complejidad y mayor acceso a la población. Se enfoca principalmente en atenciones de situaciones de baja complejidad, controles de salud, acciones de promoción y prevención. Este nivel a su vez funciona como un filtro para determinar si el individuo requiere una atención mayor y que sea referido a otra institución.
- **Secundaria:** este nivel tiene menos cobertura, pero mayor complejidad. Se pueden encontrar más especialistas y se solucionan situaciones que no podían ser solucionadas en el primer nivel. Incluye hospitalizaciones de corta duración, tratamientos más complejos como cirugías de riesgo menor, atención hospitalaria y tratamientos de enfermedades de complejidad media.

- **Terciaria:** este es el nivel más alto de atención médica y generalmente se brinda en centros médicos especializados. Está destinado para el tratamiento de enfermedades de alto nivel de complejidad o que requieren tratamientos a largo plazo.

Por consiguiente, es importante mencionar que la Atención en Salud es un compromiso de justicia social, equidad y solidaridad. Un derecho para todos los seres humanos sin distinción, y cuyo goce es un determinante importante de salud. Una limitación en el acceso a estos servicios podría significar una decadencia en la salud individual, y consecuentemente de la comunidad y la sociedad en general (Sánchez-Torres, 2017).

En relación con esto, parte del compromiso que tiene la Atención en Salud consiste en impulsar las soluciones innovadoras para minimizar la inequidad y desigualdad que afecta a los grupos vulnerables en el mantenimiento de su salud.

De manera que, para las personas con discapacidad en la movilidad este enfoque de Atención en Salud desempeña un papel crucial. Pues, se explica en el informe de discapacidad de la OMS (2011) que, “dependiendo de las circunstancias, las personas con discapacidad pueden experimentar una mayor morbilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, y enfermedades relacionadas con la edad”.

La World Health Organization (2023), presenta que las personas en situación de discapacidad tienen dos veces más riesgo de desarrollar afecciones como depresión, asma, la diabetes, ictus, obesidad o problemas de salud bucodental.

Por lo cual, en un año, una persona en situación de discapacidad en la movilidad debería recibir en promedio 20 atenciones, ya sea para revisiones generales de salud, manejo de su condición crónica, monitoreo de medicamentos y citas con los diferentes especialistas. Entre estos los más comunes son: medicina general, fisioterapia, psicología o psiquiatría y nutricionista (Cubillos Alzate & Perea Caro, 2020).

El número de atenciones, la cantidad y frecuencia de visitas pueden variar por la gravedad y el tipo de discapacidad, la presencia de comorbilidades, el acceso a los servicios de salud, y el plan de tratamiento. Siendo así, que el sistema de Atención en Salud debe ser accesible, y capaz de responder a las necesidades de este grupo de población que presenta una vulnerabilidad aún mayor en comparación con otros grupos.

Consecuentemente, las instalaciones de salud deben estar adaptadas a las necesidades de las personas con discapacidad en la movilidad, el personal debe estar capacitado para recurrir a otras medidas que permitan ofrecer una atención digna, y la atención debe incluir programas asistenciales frente a dificultades mayores en el acceso a la atención que puedan suponer complicaciones y una disminución de su calidad de vida (OMS, 2011).

2.3. Marco legal Nacional e Internacional para las personas con discapacidad en la movilidad

En la actualidad, pese a que continúa existiendo la inequidad en relación con las oportunidades de las personas en situación de discapacidad en la movilidad, es importante reconocer que existen leyes y políticas públicas que pueden impulsar la minimización de barreras, siempre y cuando se busque trabajar en estas a profundidad.

Estas leyes y políticas se diferencian, al ser las leyes involucradas a una legislación nacional y fijar límites que no deben ser transgredidos por la sociedad, mientras que la política pública involucra más autoridades que las legislativas y se utiliza respondiendo a problemas sentidos de la población y demandas sociales, para definir las rutas de acción y decisión (Peláez, 2017).

Entendido esto, algunas de estas leyes y políticas que pueden servir de apoyo en el desarrollo e investigación de la problemática en cuestión, pueden ser:

- Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad aprobado por la ONU (1999), es una de las normas que continúa promulgando leyes en beneficio de la población en situación de discapacidad para que sus derechos sean respetados. Su finalidad consiste en garantizar que los Estados cumplan con su responsabilidad de adoptar medidas adecuadas para eliminar los obstáculos que disminuyen su calidad de vida (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2004).
- La Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, este tratado internacional, integrado en las Naciones Unidas, promueve los derechos universales de las personas en situación de discapacidad con disposiciones y criterios específicos enfocados en la minimización de las barreras que influyen en su integración en la sociedad. Este, funciona con el objetivo de cambiar enfoques y actitudes en torno a

las personas con discapacidad, y lleva a verlos como sujetos con derechos, capaces de reclamarlos y tomar decisiones importantes para su vida (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

- En Panamá se cuenta con la Ley 15 de 31 de mayo de 2016, que establece la equiparación de oportunidades para las personas en situación de discapacidad. Esta ley tiene como objetivos:
 1. Crear las condiciones que permitan, a las personas con discapacidad, el acceso y plena integración a la sociedad.
 2. Garantizar que las personas con discapacidad, al igual que y todos los ciudadanos, gocen de los derechos que la Constitución Política y las leyes les confieren.
 3. Servir de instrumento para que las personas con discapacidad alcancen su máximo desarrollo, su plena participación social y el ejercicio de los deberes y derechos, consagrados en nuestro ordenamiento jurídico.
 4. Establecer las bases materiales y jurídicas que permitan al Estado adoptar las medidas necesarias para la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad, garantizándoles salud, educación, trabajo, vivienda, recreación, deporte y cultura, así como vida familiar y comunitaria (Ley 42 de 27 de agosto 1999).
- En cuanto a políticas públicas en materia de discapacidad, Según el informe del SENADIS (2020), Panamá utilizando como referencia las diferentes convenciones y declaraciones firmadas, adopta una política específica con el objetivo de vencer las barreras con estrategias efectivas.

Las barreras para las personas en situación de discapacidad surgen a partir de las creencias, prejuicios y actitudes; prácticas discriminatorias que son causa de la exclusión social. Para abordar esto, una de las principales estrategias que se plantean es la sensibilización. Con la cual, posible reconocer las necesidades reales de este grupo de población para potenciar sus capacidades y darles la oportunidad de aportar a la sociedad.

Por ende, los componentes estratégicos de la política se basan en la promoción de entornos protectores y prevención de la discapacidad, la equiparación de oportunidades, y la habilitación y rehabilitación. Estos componentes, además de

buscar disminuir la probabilidad de adquirir una condición de discapacidad, pretende mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad, sensibilizando a la población para cambiar la perspectiva en torno a las cuales se actúa y se toman las decisiones.

Además, la política se divide en cuatro ejes estratégicos principales:

Eje 1: Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad y renovación de su imagen pública, como personas dignas.

Eje 2: Fortalecimiento Institucional para responder a la demanda social de las personas con discapacidad

Eje 3: Movimiento Asociativo de y para la Discapacidad fortalece sus capacidades y alianzas

Eje 4: Calidad de Vida.

Es decir que, frente a la situación de rechazo y exclusión que enfrentan las personas en situación de discapacidad; la implementación efectiva de estas políticas y las otras existentes, es una responsabilidad del Estado y requiere un compromiso obligatorio. De manera que se garantice el acceso de las personas en situación de discapacidad en la movilidad, y que en colaboración con las Organizaciones No Gubernamentales, se mejore su calidad de vida y estado de salud.

2.4. Principios de accesibilidad universal en relación con el entorno inclusivo.

En el contexto de la población con discapacidad en la movilidad, es necesario conocer la interdependencia entre la accesibilidad universal y el entorno amigable; concibiendo a la accesibilidad universal como un sinónimo de calidad.

Cuando se habla de accesibilidad en salud, esta es “la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población” (Comes et al., 2007). Es decir, la característica de un entorno que le permite a cualquier persona relacionarse con él o utilizarlo si lo necesita. Viéndolo así, la accesibilidad por si sola es un concepto relativo, pues este se basa en el equilibrio positivo entre las capacidades funcionales de una persona y las demandas del entorno.

Por otro lado, es importante desarrollar el concepto de accesibilidad universal, que se refiere a un diseño para todos. Un modelo integral que busca la supresión de barreras y que se basa en la idea de que todos los aspectos del entorno deben ser diseñados tomando en cuenta las capacidades y características de los diferentes miembros de la población, para que el diseño sea accesible teniendo en cuenta la diversidad. Sin embargo, la realidad es que la sociedad no está diseñada para apoyar la diversidad de los individuos, y más bien les impide funcionar con igualdad de oportunidades (Alonso, 2007).

De manera que, “la accesibilidad universal es una condición previa para que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en la sociedad en igualdad de condiciones” (Comisión Permanente de ISEK, 2022).

Según la OMS (2011), en general la discapacidad es un término que abarca limitaciones. La situación de las personas con discapacidad generalmente se caracteriza por acceso limitado a los servicios de salud por barreras del propio sistema, elevadas tasas de desempleo, pobreza, exclusión educativa; y esto resulta en desventajas mayores por la actitud del entorno (Bolaños, 2022).

Una vez descrito esto, es de resaltar aquellos principios que engloba la accesibilidad universal. Según Simonetti et al. (2010), estos son:

- **Adaptabilidad:** esta se refiere a la capacidad del entorno para ser ajustado de acuerdo con las necesidades individuales de la población sin necesidad de ser grandemente modificado.
- **Eliminación de barreras:** esta incluye la identificación y remoción de los obstáculos que impiden una accesibilidad a los recursos.
- **Diseño inclusivo:** un entorno diseñado desde un inicio, tomando en cuenta las necesidades, características y habilidades de todos los miembros de la población incluyendo los más vulnerables.

Subsecuentemente, es posible conceptualizar el “entorno amigable”. Pan American Health Organization (2024), lo describe como “un lugar que se adapta para ser más inclusivo y se ajusta activamente a las necesidades de su población, para mejorar la calidad de vida de esta”.

De modo que, para las personas con discapacidad en la movilidad, la aplicación de los principios de accesibilidad universal es un derecho que requiere de un entorno amigable para cumplirlo. Esto merece la adopción de estrategias basadas en las normativas de derechos humanos y el objetivo de salud para todos; que permitan lograr una minimización en los factores que inciden en la atención en salud de este grupo de población, y con ello tener sociedades más equitativas e integradoras.

Este entorno amigable incluye, la infraestructura de edificios públicos, el transporte colectivo adaptado, espacios públicos y recreativos equipados, y sistemas de información y comunicación de fácil uso; lo que requiere una colaboración entre toda la comunidad para garantizar una sociedad más inclusiva y con menos barreras.

De manera que, la accesibilidad universal es indispensable no solo por cumplir con ello como parte de la normativa de derechos humanos, sino también para mejorar la calidad de vida, independencia y atención en salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad mediante un entorno accesible, que más bien fomente y no limite su posibilidad de recibir atención en salud oportuna.

2.5. Concepto de capacitismo y su relación con la discapacidad física.

En la década de los 60 y 70 hubo una evolución importante por los movimientos civiles que luchaban por los derechos de las personas con discapacidad en Estados Unidos y el Reino Unido. En estas décadas, empezaron a realizarse discursos sobre el capacitismo, pero fue un concepto no adoptado hasta años después en materia de discapacidad y que aún está en desarrollo (Toboso, 2021).

Según Wolbring (2008), el concepto de capacitismo se vio como una forma de discriminación hacia las personas con discapacidad, en la cual se tenía un favoritismo por las capacidades de un supuesto cuerpo normativo, clasificando a las personas con discapacidad como “personas con cuerpos y capacidades deficientes”. Es decir, desde la mirada del capacitismo se tiene la creencia de que cualquier tipo de discapacidad en si misma es negativa, le quita valor a la persona, y debería por lo tanto ser curada, rehabilitada o eliminada.

Teniendo en cuenta esto, se concibe el capacitismo como una forma específica de movimiento discriminatorio relacionado con aquellos cuerpos, habilidades físicas, cognitivas

o conductuales que no son estándares o típicos, sino que de alguna manera distintos. El capacitismo cuestiona la capacidad de funcionamiento de aquellas personas con estructuras corporales y de funcionamiento distintas considerándolas deterioradas. Por lo tanto, es una actitud que devalúa la discapacidad (Álvarez, 2023).

Un claro ejemplo de capacitismo al referirse a personas con discapacidad física, son términos como discapacitado o minusválido, que en todos sus contextos ya sea de forma involuntaria o por desconocimiento, son términos peyorativos que se convierten en una forma de discriminación.

Por consiguiente, Álvarez (2023), explica que en la sociedad no solo el lenguaje impide el desarrollo inclusivo, sino que, el capacitismo incluye otras formas de exclusión como:

- Las barreras a la accesibilidad y los espacios diseñados sin considerar la inclusividad, que directamente imposibilitan su desarrollo pleno en la sociedad. Esta es la realidad palpable de la población con discapacidad física, que significa un obstáculo para su autonomía, el acceso a los servicios y una vida digna; demostrando que las limitaciones no las tiene el individuo, sino que es la sociedad misma quien las impone.
- La ausencia o falta de participación en la toma de decisiones sobre su vida. Pues, no son partícipes en la creación de políticas y planificación de servicios que afectan directamente su calidad de vida, y no se toman en cuenta sus puntos de vista.
- Interferir en la forma de actuar independientemente de las personas con discapacidad, asumiendo dependencia e intentando ser condescendientes o ayudarlos sin preguntar si realmente lo necesitan.
- Atención médica no adaptada e infraestructura no accesible que imposibilitan que las personas en situación de discapacidad en la movilidad reciban la atención que requieren, así como un personal médico que subestime sus dolencias y síntomas al aludirlos únicamente a la discapacidad.

En definitiva, el capacitismo es una forma de discriminación que abarca más que términos verbales, y superarlo se requiere cambiar actitudes, creencias y barreras. El capacitismo, solo se verá reducido en la medida que se valore la diversidad y la autonomía de las personas independientemente de tener una discapacidad física, por medio de educación, creación de políticas y la participación activa e involucramiento de estos en todos los ámbitos.

2.6. Un mundo discapacitante, no un discapacitado (Modelo Social de la Discapacidad)

Generalmente, se tiene la consideración de que la discapacidad es parte o nace de la persona misma, siendo visto como un problema individual, que en el caso de las personas en situación de discapacidad en la movilidad significa la falta de una extremidad, un órgano, o el funcionamiento defectuoso de una parte de su cuerpo (Goering, 2015). Sin embargo, la discapacidad en si misma no nace de la persona, sino de los aspectos del entorno físico, actitudes y políticas que limitan a la persona y le impiden desenvolverse independientemente de su condición de salud.

Según Maldonado (2013), el Modelo Social de la Discapacidad considera que “las causas que originan la discapacidad no son religiosas, ni científicas, sino que, en gran medida, sociales”. Para esto, utiliza 3 aspectos importantes que caracterizan a la persona con discapacidad:

- a. El cuerpo, que representa habilidades y capacidades que ha desarrollado con el cuerpo que posee, y no que tan completo está anatómicamente.
- b. El entorno inmediato o la familia, que involucra el proceso de construcción de la dinámica familiar posterior a recibir la noticia de que uno de sus miembros ha sufrido una lesión parcial o total permanente.
- c. El medio que puede brindar oportunidades, riesgos y barreras.

De manera que, el Modelo Social de la Discapacidad considera la discapacidad como una desventaja que tienen aquellas personas con deficiencias físicas que los excluye de una participación en la sociedad. Refiriéndose a esto Wendell (2001), expresa “el capacitismo necesita la cura, no nuestros cuerpos”, pues todos los días el mundo representa una limitante para este grupo de población, debilitando sus capacidades con las barreras físicas y sociales a las que deben enfrentarse.

Teniendo en cuenta esto, el Modelo Social de la Discapacidad ofrece una nueva visión sobre la realidad que enfrentan las personas con discapacidad y las causas que la originan (Maldonado, 2013). Este modelo se fundamenta en los valores, procurando siempre ver la dignidad humana, no normalizando un entorno excluyente, sino trabajando en los principios base de accesibilidad universal para que las personas en situación de discapacidad tengan

autonomía, igualdad de oportunidades y participación en las decisiones importantes para su vida.

La discapacidad, es por lo tanto una construcción social, y una persona en silla de ruedas no tiene una discapacidad por no tener piernas, sino por la ausencia de rampas que le impiden moverse libremente.

En base a este enfoque, el Modelo Social de la Discapacidad que la considera una construcción sociocultural, sugiere que se realicen cambios en las sociedades, viendo la discapacidad como una cuestión de derechos humanos y transformando el modelo rehabilitador a un modelo social, lo que involucra la participación y el conocimiento de la sociedad en general.

2.7. Barreras que influyen en la accesibilidad a la atención en salud

La accesibilidad a los servicios de salud es un concepto complejo que abarca muchos factores, un tema de repercusión social, cultural, económica e inclusive arquitectónica. Según Gómez-Perea et al. (2018), esta puede definirse como "la disponibilidad, promoción y uso efectivo de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, para responder a las necesidades específicas de la población, en condiciones de garantía suficiente, oportuna y de calidad, del derecho a la salud".

De manera que, la accesibilidad en salud abarca todas las áreas en el proceso de "salud" de una persona, desde la prevención hasta la rehabilitación posterior a un proceso patológico. Sin embargo, la realidad a la que se enfrentan las personas con discapacidad es distinta, y esta accesibilidad se ve afectada, así como su derecho a la salud por las denominadas "barreras de acceso".

En torno a las barreras que influyen en la accesibilidad a la atención en salud, estas se definen como "cualquier impedimento, traba u obstáculo que limita o impide el acceso, utilización, goce o interacción de manera digna, cómoda y segura con el entorno" (Asociación Española de Normalización, 2018).

La Secretaría Nacional de Discapacidad (2023), describe en su Manual de acceso una sección referente a las diferentes barreras que pueden enfrentar las personas con discapacidad, seleccionando únicamente aquellas que aquejan en el estudio, en este caso las personas en situación de discapacidad física o en la movilidad. Estas incluyen:

Barreras físicas o ambientales: se refiere a todos los obstáculos naturales, de infraestructura, arquitectónicos y de transporte que impiden a las personas tener un desenvolvimiento seguro en las vías y espacios públicos, y que a su vez limita su motivación para ir en busca de los recursos. Por ejemplo: vegetación, condiciones climáticas, falta de elevadores, transporte público e infraestructura sin rampas; calles con baches, paradas de autobús inaccesibles,

Barreras económicas: se refieren a las limitaciones por falta de recurso económico o factor monetario, ya sea por los altos costos de atención, necesidad de otro tipo de transporte para movilizarse, largos viajes hasta el centro de atención más cercano, necesidad de dispositivos de asistencia, y falta de cobertura de seguro social. De igual forma, se tiene en cuenta como barrera el desempleo y pobreza que a menudo enfrenta este grupo de población como consecuencia de su situación de discapacidad física.

Barreras Sociales: las actitudes negativas y el trato injusto o discriminatorio, de la población en general y del propio personal de salud, producto de la estigmatización; así como también la falta de apoyo familiar, comunitario o institucional que faciliten su movilidad y acceso a los recursos sanitarios.

Barreras informativas: falta de accesibilidad a formatos informativos y capacitación que ayuden en su desarrollo individual y conocimientos sobre diversos temas en salud. En este aspecto se incluye la falta de personal capacitado para comunicarse efectivamente y brindar la asistencia necesaria.

Todas estas, dificultades u obstáculos que requieren de estrategias para ser superados y garantizar que la población con discapacidad en la movilidad tenga más oportunidades y menos limitaciones de acceder a la Atención en Salud y minimizar las comorbilidades subyacentes.

2.8. La Accesibilidad a Atención en Salud en las personas en situación de discapacidad en la movilidad desde la perspectiva de Betty Neuman

Al hacer énfasis en la atención en salud para las personas con discapacidad en la movilidad, un modelo cuya adaptabilidad permite un mayor entendimiento, es el modelo de sistemas de Betty Neuman.

Betty Neuman fue una enfermera estadounidense cuyo modelo inicialmente se basó en una forma de enseñanza a través de tres áreas disciplinares: una psicológica, una filosófica y otra biológica (Herrera et al., 2018).

Alligood (2021), explica que, dentro del modelo de sistemas, Neuman incorpora varias creencias filosóficas. La primera basándose en el modelo de Gesalt, que explica el concepto de homeostasis, por medio del cual el organismo es capaz de adaptarse y hacer ajustes para pasar del desequilibrio al equilibrio, y cuando se produce un desequilibrio se desencadena la enfermedad o desajuste.

A su vez, utilizó la definición de estrés de Selye, identificando que el organismo tiene respuestas a cualquier demanda del ambiente hacia él. Es esta demanda la que desencadena la necesidad de un ajuste en el medio interno o externo para adaptarse, o dar solución a la naturaleza del problema.

Por último, Neuman adaptó el modelo conceptual de Caplan sobre los niveles de prevención enfatizando en que se usa la prevención primaria para proteger al organismo antes de que los estresores produzcan un daño en él; el nivel secundario que se basa en el tratamiento de la reacción a los factores estresores; y el tercer nivel que consiste en el mantenimiento de niveles óptimos de bienestar después del tratamiento.

De manera que, al conceptualizar esto, Neuman le dio un enfoque abierto a un modelo basado en sistemas internos y externos para abordar una serie de preocupaciones de un paciente, una familia y una comunidad.

Para Neuman, el paciente se mantiene en interacción constante con el entorno, y todas las variables que pueden afectar al sistema del cliente, ya sea física, psicológica o socioculturalmente (Alligood, 2021).

Así pues, los individuos deben ser capaces de responder a los agentes estresores de su entorno, y de no ser posible es responsabilidad de Enfermería intervenir para ayudar a mantener la estabilidad y el bienestar del paciente.

Los conceptos utilizados por Neuman fueron:

- **La persona como sistema abierto:** compuesta por factores internos y externos (estresores), es un ser que interactúa constantemente con el entorno.
- **Variables o componentes del sistema:** estos pueden ser biológicos, psicológicos, espirituales, socioculturales y del desarrollo.
- **Bienestar:** está compuesto por el estado de salud habitual del individuo, equilibrio y adaptabilidad temprana a los estresores. Incluye aquellas defensas que lo ayudan a enfrentarse a la situación.
- **Estresores:** pueden ser intrapersonales (dentro del individuo), interpersonales (en las interacciones con otros, o extrapersonales (del entorno o relativo a este).
- **Prevención:** incluye los niveles de prevención para proteger al sistema (primaria, secundaria y terciaria).

Luego de conocer los conceptos, al relacionar la teoría de Betty Neuman con la atención en salud en las personas con discapacidad en la movilidad, se debe resaltar que los estresores evalúan no solo las limitaciones físicas que presentan, sino también el impacto emocional y social (internamente). Además, valora el efecto que tienen los obstáculos físicos para que el individuo con discapacidad pueda tener un goce de los recursos en salud, que le generan estrés y preocupación.

La teoría evalúa todas las variables que pueden desencadenar estresores en las personas con discapacidad en la movilidad y las intervenciones que deben incluirse para disminuirlos. Entre estos, la adaptación del entorno para eliminar aquellas barreras o factores que inciden en su Atención en Salud. Por ejemplo: visitas domiciliarias si el acercamiento es imposibilitado por las barreras, la educación sobre el autocuidado, prevenir el deterioro adicional a su condición; fomentar su independencia, disminuir la inequidad y formular programas de atención comunitaria en personas con discapacidad en la movilidad.

Por otro lado, en este punto es importante fortalecer la creación de redes de apoyo comunitarias que, permitan a la población más vulnerable una movilización y acceso a la atención en salud de manera segura. Además, la adaptación del entorno físico, un entorno social y físicamente más accesible y seguro, que asegure la comprensión de las dificultades de las personas con discapacidad en la movilidad, y tenga una cultura más inclusiva enfocada en la eliminación de barreras que funcionen como estresores y afecten el sistema de la persona.

Esta aplicabilidad del modelo de Betty Neuman permite tener una visión más holística para abordar el problema de las personas con discapacidad en la movilidad, en cuanto a las limitaciones por los factores que inciden en su atención en salud; lo cual brinda la alternativa de formular intervenciones personalizadas y basadas en las necesidades de adaptación del entorno identificadas.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

El estudio realizado es de tipo descriptivo, de corte transversal. La investigación de tipo descriptiva se basa en:

Especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández et al., 2014, p. 92)

En este caso, se buscó describir los factores o barreras que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

Por otro lado, es de corte transversal, pues su propósito es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández et al., 2014, p. 154).

En la investigación desarrollada se describen los factores que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad que forman parte del banco de asociaciones registradas en el SENADIS, en un periodo aproximado de 6 meses.

3.2. Población, muestra y selección.

La población se define como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Lepkowski, citado por Hernández et al., 2014, p. 174).

La población está constituida por personas con discapacidad en la movilidad que están debidamente registradas en la Secretaría Nacional de Discapacidad y agrupadas en diversas asociaciones afines. Entre las asociaciones integradas se encuentra la Asociación de Personas con Movilidad Reducida en Colón, y programas del SENADIS en Coclé, Colón, Herrera, Panamá y Veraguas.

Según el informe del SENADIS (2006), en la Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, la población con discapacidad en la movilidad registrada estaba constituida por 66,013 personas. (p. 122)

Por su parte, la muestra se refiere a “la parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio” (Bernal, 2010, p. 161).

3.3. Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo utilizado en el estudio fue no probabilístico, intencional o por conveniencia. En este tipo de muestreo, “el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores” (Hernández et al., 2014, p. 176).

En este caso, el muestro fue por conveniencia, por la dispersión de la población, que las personas fueron seleccionadas basándose en criterios específicos y la disponibilidad; y que los datos actualizados en relación con la población en situación de discapacidad en la movilidad están en proceso de generación con la Segunda Encuesta Nacional de Discapacidad. Por lo tanto, fue necesario seleccionar la muestra de manera intencional.

3.4. Tamaño de la muestra.

Por su parte, el tamaño de la muestra fue de 112 personas en situación de discapacidad en la movilidad. En este caso, para el proceso de selección de la muestra no fue necesario el cálculo de esta, ya que el método de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta el tipo de investigación realizada y que los individuos fueron seleccionados por características específicas (Mayores de 18 años con discapacidad en la movilidad física) y su disposición a formar parte del estudio.

Además, se optó por un tamaño de muestra de 112 participantes, considerando que los datos que se obtuvieron fueron de 112 personas con situación de discapacidad en la movilidad, mayores de 18 años, captadas a través del Banco de Asociaciones de Personas con discapacidad en la movilidad, con las cuales fue viable y accesible la realización de la encuesta. La obtención de la información a través de esta se obtuvo mediante el contacto virtual para aplicar el instrumento en formato digital. Por otro lado, parte de la muestra fue captada de manera presencial en diversas zonas de la Ciudad de Panamá, a los cuales se les aplicó el instrumento de manera directa.

En el siguiente cuadro, se refleja una distribución de los encuestados de acuerdo con su provincia de residencia, teniendo en cuenta las asociaciones de personas con discapacidad en la movilidad.

Provincia	Número de encuestados por asociación de personas con discapacidad en la movilidad
Total	112
Panamá	77
Panamá Oeste	8
Colón	14
Coclé	5
Veraguas	7
Herrera	1

Nota. Por confidencialidad de los encuestados se desconoce el nombre de la asociación a la que pertenece cada uno.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Personas en situación de discapacidad en la movilidad, con deficiencias físicas de nacimiento o adquirida, mayores de 18 años.

Exclusión

- Discapacidad temporal como fracturas o lesiones accidentales no permanentes.
- Personas en situación de discapacidad en la movilidad que no den su consentimiento para participar de la encuesta.

3.6. Técnicas e instrumento para la recolección de datos.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta. La encuesta es utilizada en los procesos investigativos para establecer contacto con la fuente de información y mediante preguntas o un cuestionario flexible obtener información (Bernal, 2010).

Por lo tanto, se empleó la encuesta como técnica, con el cuestionario como instrumento. El cuestionario consiste en “un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (Chasteauneuf, 2009, citado por Hernández et al., 2014, p. 217).

El cuestionario utilizado contaba con 14 preguntas cerradas, 1 pregunta abierta, 6 preguntas de selección múltiple y 1 pregunta tipo escala Likert, con el objetivo de medir diversos aspectos relacionados con los factores que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

En este caso, el cuestionario fue elaborado a partir de una adaptación del instrumento utilizado en la Segunda Encuesta Nacional de Discapacidad (Encuesta Modelo de Discapacidad), seleccionando las preguntas de relevancia para lograr los objetivos del estudio.

Es de resaltar que, este instrumento cumple con los criterios de validez y confiabilidad previamente verificados en la realización del instrumento original por la OMS. La confiabilidad de la encuesta completa fue ampliamente evaluada, a lo que demostró resultados sólidos; y los estudios realizados a nivel de América Latina, mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, demostraron un valor superior a 0.9. Por lo cual, se determina que tiene una alta confiabilidad (World Health Organization, 2017).

En cuanto a la validez, el instrumento demostró ser válido para evaluar diversos factores en relación con la discapacidad en las poblaciones. Esta validez fue confirmada a través de los diversos análisis correlacionales y factoriales, y su utilización efectiva por diversos países como Panamá, Costa Rica y Chile, para las encuestas nacionales de discapacidad; en las cuales demostró tener una estructura consistente y producir los resultados precisos sobre lo que se esperaba medir.

De este modo, las adaptaciones realizadas al cuestionario se llevaron a cabo procurando que se efectuaran modificaciones mínimas, y se mantuviera la integridad y los criterios de confiabilidad de la encuesta original. Para esto, se realizaron evaluaciones repetitivas, y se contó con la revisión y aprobación de la encuesta por parte de expertos pertenecientes a la Secretaría Nacional de Discapacidad; asegurando que las modificaciones no afectaron la

coherencia del instrumento y que este tenía instrucciones claras y precisas, lo que garantizó su comprensión y que pudiera ser aplicado de manera uniforme.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos.

Posterior a la selección del diseño de investigación, es necesario destacar el procedimiento con el cual se llevó a cabo la recolección de los datos desde el comienzo del estudio, sobre los conceptos, variables y las unidades de muestreo (Bernal, 2010).

- Inicialmente se seleccionó el tema de interés a investigar, teniendo en cuenta el enfoque en la salud pública y que este tuviera una trascendencia social.
- De acuerdo con el tema seleccionado, se realizó la revisión de literatura con la información proporcionada por diversas fuentes de investigación (documentos, archivos, informes, artículos, bases de datos, entre otros). De esta manera, se obtuvieron datos para una base científica que sustenta la investigación.
- Una vez revisada la literatura, se elaboró el protocolo del anteproyecto de tesis, esto incluyendo el marco conceptual, marco teórico y metodológico. Estos capítulos contienen la formulación del problema de investigación, justificación para la realización del proyecto, cuadro de variables, desarrollo de conceptos; descripción del tipo de estudio, población y muestra.
- Luego de desarrollar el marco metodológico se continuó con la elaboración del borrador del instrumento utilizado para la recolección de datos. Dicho instrumento fue elaborado a partir de una adaptación de un instrumento previamente validado (Segunda Encuesta Nacional de discapacidad).
- Subsecuentemente, culminado el protocolo o anteproyecto, se realizó la entrega para revisión y aprobación que posteriormente permitió iniciar con la fase de recolección de datos.
- Una vez aprobado el protocolo se inició con aplicación del instrumento en la muestra de población seleccionada, pues en todo proceso investigativo es necesaria la aplicación de un instrumento de manera objetiva, con la finalidad de conseguir información relevante y que pueda ser justificable para posteriormente plantear recomendaciones según los datos obtenidos.

- La aplicación del instrumento se dio de manera virtual y presencial por las circunstancias específicas de acceso de los participantes, así como variabilidad en la disposición de lugar y tiempo. De esta manera, fue posible asegurar una mayor cobertura y participación, ya que no todos los participantes tenían la accesibilidad de realizar la encuesta de manera digital. En el formato digital los datos fueron obtenidos a través de la encuesta desarrollada en un formulario de Google Forms, y de manera presencial se utilizó el mismo formato, pero se realizaron las preguntas de manera directa del encuestador al encuestado, puesto que no manejaban la herramienta.

De esta manera, se logró la recolección efectiva de los datos que permitieron realizar un análisis oportuno con relación a la temática del estudio.

3.8. Plan de análisis de los datos.

Según Bernal (2010), una vez aplicado el cuestionario se continua con el análisis de los datos obtenidos y la información recolectada, a fin de obtener resultados confiables para determinar los principales factores que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

- Primeramente, el procesamiento de los datos se realizó con la ayuda de un computador, mediante la utilización del programa estadístico Excel. Para efectuar el procesamiento de la información obtenida se levantó una base de datos en Excel, necesaria para agrupar los datos de manera ordenada y que no se perdiera información valiosa.
- Una vez guardados los datos en un archivo se realizaron los cruces de variables. En este punto se organizaron los datos de acuerdo con los ítems formulados por cada una de las variables del estudio, lo que permitió la agrupación de los datos recolectados en tablas de frecuencia.
- Posteriormente, al tener los datos agrupados en tablas de frecuencia según las variables se realizó un análisis porcentual de estos, con medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y de dispersión (rango, varianza y desviación estándar).

- Por último, estas distribuciones o tablas de frecuencia son en el presente estudio mediante gráficas e histogramas que permiten presentar el análisis de los resultados de forma más precisa.

3.9. Aspectos éticos

La presente investigación propuesta, implica el manejo de datos personales y la consideración de los derechos humanos de los participantes. Por lo tanto, para el desarrollo de los métodos de recolección y manejo de datos se ha guardado el respeto a los principios éticos fundamentales en una investigación científica, procurando no alterar el bienestar y los derechos de los participantes. Para esto, se solicitó la participación totalmente voluntaria con previo consentimiento informado, por medio del cual se comprende el objetivo de la investigación y los posibles beneficios que esta puede otorgar a la población en situación de discapacidad en la movilidad.

Para la protección de los datos de los participantes, la información solicitada fue de manera anónima. Es decir, que en ningún ítem del instrumento se le solicitó a los mismos que ingresaran sus nombres, y se les otorgó la posibilidad de retirarse del estudio si así lo dispusieron. Además, los datos obtenidos de esta investigación son únicamente con fines académicos y no serán presentados o publicados a terceros sin el consentimiento de los participantes.

Por consiguiente, para el desarrollo se toman en cuenta las recomendaciones éticas para la minimización del riesgo de cualquier amenaza a la dignidad de los participantes. En esta, se evita cualquier tipo de actividad invasiva y que se realice con el riesgo de causar daño físico, emocional o psicológico grave.

Finalmente, cabe resaltar que este estudio se realizó desde el enfoque de la transparencia e integridad, procurando que los datos representaran precisamente la realidad que enfrenta el grupo de población a estudiar. De manera que, sigue todos los principios éticos para no solo aportar conocimiento valioso, sino también respetar los derechos y la dignidad de los participantes.

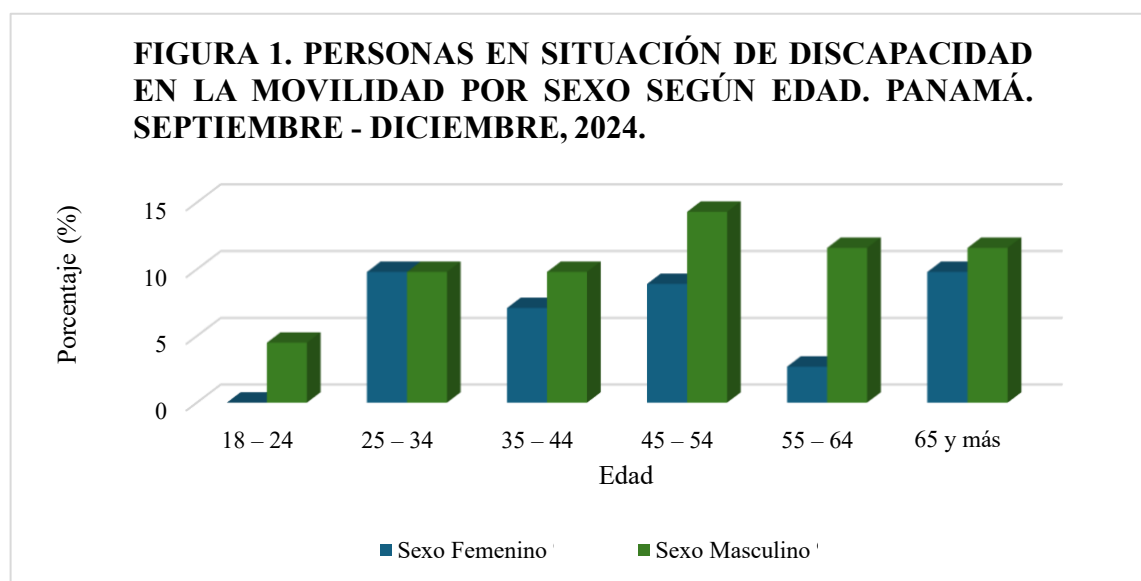
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis de los datos

TABLA 1. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR SEXO SEGÚN GRUPOS DE EDADES. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Grupos de edades	Total		Sexo			
			Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	43	38.4	69	61.6
18 – 24	5	4.5	-	-	5	4.5
25 – 34	22	19.6	11	9.8	11	9.8
35 – 44	19	17.0	8	7.1	11	9.8
45 – 54	26	23.2	10	8.9	16	14.3
55 – 64	16	14.3	3	2.7	13	11.6
65 y más	24	21.4	11	9.8	13	11.6

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

Basado en los resultados se puede identificar que la mayoría de las personas en situación de discapacidad pertenecen al género masculino. La prevalencia por sexo resultó ser del 61.6% (69) en el género masculino, a diferencia del femenino que tuvo un total 38.4% (43). Esta proporción, se mantiene en todos los rangos de edad, lo que podría estar significativamente relacionado con aspectos como el estilo de vida y ocupación que los expone a riesgos físicos en sus edades productivas, acompañado de su poca o nula asistencia a los servicios de salud.

En cuanto a los grupos de edades, cabe resaltar que la minoría de los encuestados están entre los 18 y 24 años (4.5%), mientras que la mayoría se ubica entre los 45 a 54 años (23.2%), seguida del grupo de 65 años y más con un 21.4%.

Por lo tanto, en una visión general puede detectarse que el promedio de edad es de 48 años y la mediana de edad se encuentra entre los 45 a 54 años con una mediana exacta de 49.5 años, y que más de la mitad de las respuestas obtenidas (58.9%) son de personas de 45 años en adelante, es decir de mayor edad. Estos datos se reflejan con claridad en el informe PENDIS (SENADIS, 2006) donde la estructura de población con discapacidad se ensancha justo entre los 40 – 64 años en el grupo etario de la adultez media.

Según un estudio realizado por Ding et al. (2022), sobre la carga de morbilidad a nivel mundial por lesión medular, se pudo estimar que la prevalencia de lesiones medulares, que como explica la WHO (2024), son la principal causa de discapacidad motriz en el mundo, son más comunes en hombres y ancianos, que en mujeres y personas más jóvenes.

Los hombres desde la antigüedad se caracterizan por estar relacionados con actividades laborales de mayor riesgo físico por roles sociales y culturales, ya que por estos roles se espera que realicen trabajos físicamente intensos y desgastantes. Esto, debido a que frecuentemente se encuentran expuestos a riesgos de lesiones y a condiciones adversas en trabajos con equipos pesados, industrias, construcción y tareas que requieren el uso excesivo de los músculos y articulaciones (Abad, 2010).

Otro factor relevante, es el comportamiento riesgoso que en general tienen los hombres al participar en actividades de ocio de alto riesgo, que llevan a daños graves en los ligamentos y en la anatomía de los huesos terminando en amputación. Siendo así, esta mayor exposición

que los predispone a accidentes y el acelerado desgaste de su sistema musculoesquelético, quienes explican la mayor prevalencia del género masculino.

En suma, los hombres son más propensos a padecer enfermedades crónicas con condiciones que tienden a progresar y están vinculadas con el desarrollo de discapacidad en la movilidad. Esto, producto de su reticencia a asistir a controles de salud y realizarse exámenes de detección temprana (CDC, 2024).

Por otro lado, la discapacidad en la movilidad es relativamente más común en personas de la mediana edad, es decir que empiezan a aumentar significativamente a los 40 años, lo que lleva a una alta concentración de personas en situación de discapacidad en la movilidad en etapas posteriores de la vida por múltiples factores (Ahmad et al., 2017).

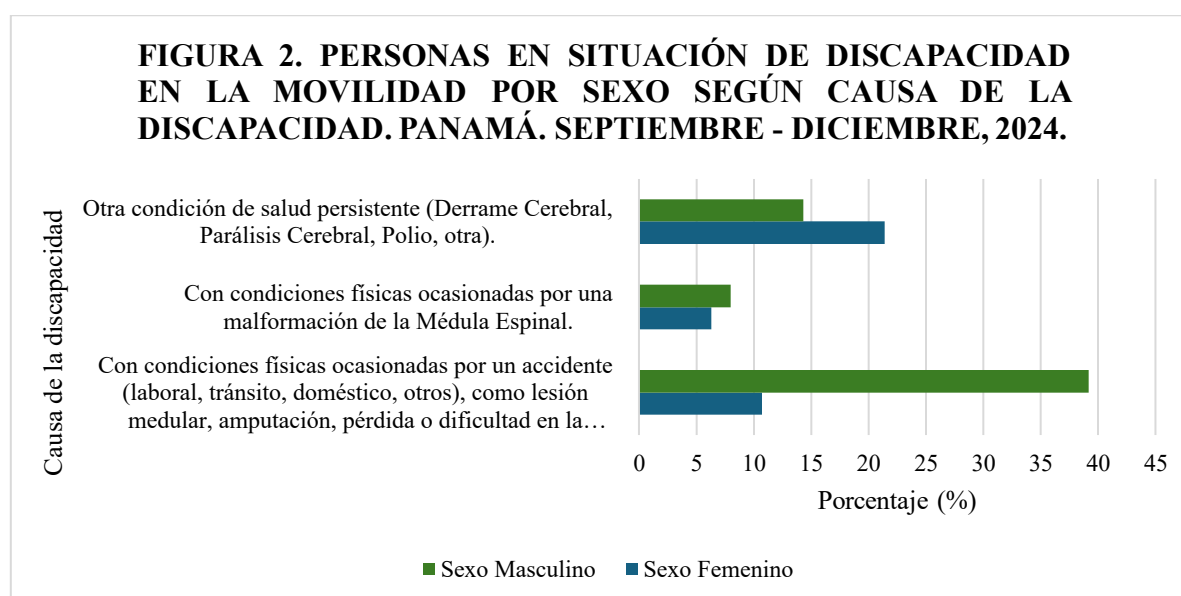
Posterior a los 40 años de manera natural el cuerpo humano empieza a denotar un desgaste significativo. Es en la mediana edad que surgen enfermedades como la hipertensión, diabetes y demás problemas cardiovasculares, así como otro tipo de trastornos neurológicos que a largo plazo pueden tener un impacto significativo en la movilidad; llevando a pronósticos desfavorables como los eventos cerebrovasculares, amputaciones, entre otros.

De manera que, la salud y los estilos de vida que se llevan en años precoces son determinantes de lo que en el futuro puede ser una discapacidad motriz. Así también, factores sociales, económicos y culturales que pueden influir en que las personas tengan limitado acceso al sistema de salud, aumentando la gravedad de condiciones que con un impacto acumulado desde edades tempranas hasta la vida media pueden llevar a una discapacidad en la movilidad. A su vez, factores conductuales y comportamientos de riesgo como el consumo excesivo de alcohol que puede desencadenar con más frecuencia accidentes de tránsito, y la falta de protocolos adecuados en el ambiente laboral son de relevancia al evaluar las causas de la discapacidad en la movilidad.

TABLA 2. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR SEXO SEGÚN CAUSA DE LA DISCAPACIDAD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Causa de la discapacidad	Total		Sexo			
			Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	43	38.4	69	61.6
Con condiciones físicas ocasionadas por un accidente (laboral, tránsito, doméstico, otros), como lesión medular, amputación, pérdida o dificultad en la movilización de extremidades	56	50.0	12	10.7	44	39.2
Con condiciones físicas ocasionadas por una malformación de la Médula Espinal.	16	14.3	7	6.3	9	8.0
Otra condición de salud persistente (Enfermedad Cerebral, Parálisis Cerebral, Poliomiélitis, otra).	40	35.7	24	21.4	16	14.3

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

En el presente cuadro se analiza la distribución de causas de discapacidad en la movilidad física por sexo, agrupándolas en tres categorías: condiciones físicas ocasionadas por un accidente, condiciones asociadas a una malformación en la médula espinal y otra condición de salud persistente como derrame cerebral, parálisis cerebral y poliomielitis, entre otras.

Primeramente, se puede visualizar que la mayor parte de las condiciones físicas que presentan los encuestados son causadas por accidentes, siendo esta categoría la que abarca el mayor porcentaje de respuestas (50%). A su vez, al realizar una comparación entre los dos sexos, se puede ver reflejado un patrón significativo, en el cual los accidentes predominan más en el género masculino (39.2%) que en el femenino (10.7%).

Por lo que respecta a las deficiencias físicas ocasionadas por una malformación en la médula espinal, estas demuestran menor frecuencia con un 14.3% de respuestas totales, y mayor prevalencia de igual forma en el género masculino.

Por último, se observa la categoría de otras condiciones de salud que incluye la parálisis cerebral, enfermedades cerebrales, poliomielitis, entre otras; que se encuentra como la segunda opción con mayor cantidad de respuestas (35.7%), siendo más común en mujeres (21.4%).

De manera que, realizando una sumatoria, se refleja que un 85.7%, que incluye las discapacidades físicas ocasionadas por accidentes y aquellas causadas por otras condiciones de salud, son producto de condiciones adquiridas posteriores al nacimiento.

En efecto, este análisis demuestra que la discapacidad física está asociada principalmente a causas exógenas, es decir que la persona no nace con ella, sino que, por diversos factores biológicos o ambientales, la adquiere durante su vida. Por lo cual, lo que mayormente predomina son los accidentes de tránsito, laborales y domésticos como desencadenantes de lesiones graves que conllevan a amputaciones, lesiones medulares y pérdida de la funcionalidad de las extremidades, así como los accidentes cerebrovasculares, parálisis cerebral, poliomielitis, entre otras.

Según la World Health Organization (2023), cada año alrededor de 20 a 50 millones de personas sufren lesiones no mortales debido a un accidente de tránsito y de estos 5,500 a 13,700 adquiere una discapacidad física permanente (Mejía & Muñoz, 2016).

De acuerdo con esto, los accidentes son reflejo de un incumplimiento de las normas de seguridad vial como conducir con exceso de velocidad o bajo los efectos del alcohol, así como la falta de una infraestructura vial segura y diseñada siguiendo parámetros específicos. Por lo tanto, se sustenta la necesidad de reforzar la educación vial y políticas públicas que permitan reducir las discapacidades relacionadas a este tipo de causas.

En lo que se refiere a los accidentes laborales, según Tamayo y Vasquez-Trespalcacios (2022), cada año 268 millones de accidentes laborales o industriales causan lesiones no mortales. De esta cifra, el 91.2% derivan en una incapacidad parcial permanente, lo que se traduce en una pérdida de la capacidad física laboral y se presenta con mayor incidencia en el género masculino por riesgos problemáticos en materia de seguridad y la necesidad de estrategias de control y salud ocupacional específicas.

En cuanto a las malformaciones de la medula espinal, estas son menos frecuentes si se compara con las otras causas, sin embargo, se presentan en un porcentaje significativo. Los defectos congénitos del tubo neural como toda anomalía del desarrollo morfológico espinal que está presente al nacer tienen una alta probabilidad de desarrollar una discapacidad en la movilidad física posteriormente.

Las malformaciones de la medula espinal están intrínsecamente relacionadas con el desarrollo del feto durante el embarazo, el cuidado prenatal con la ingesta de ácido fólico y factores genéticos. Según Armas – González et al. (2022), el déficit de ácido fólico durante el embarazo es una de las principales causas del origen de malformaciones como la espina bífida que influyen de manera directa en la movilidad de los miembros inferiores.

Sin duda, esto resalta la necesidad de un cuidado prenatal adecuado que se ve limitado muchas veces por la falta de accesibilidad al sistema de salud, programas de sensibilización con alta cobertura y distribución efectiva del ácido fólico. De igual forma, se corrobora la necesidad de un mayor control en el consumo del ácido fólico a las mujeres en edad fértil y durante el embarazo, la importancia de las consultas de planificación familiar, y el asesoramiento a las familias sobre temas genéticos y los riesgos de defectos congénitos en la medula espinal, que le permitan tomar las medidas preventivas pertinentes; disminuyendo la probabilidad de discapacidad en la movilidad en edades posteriores por esta causa.

Finalmente, en lo que se refiere a la discapacidad ocasionada por otras condiciones de salud, estas son particularmente causadas por una condición previa como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, enfermedades neurológicas, entre otras. El derrame cerebral se presenta como una de las causas que producto de una condición previa puede llevar a una discapacidad física perdurable debido a la pérdida de la coordinación y la movilidad (Quirantes, 2024).

La distribución de casos entre sexo, según la literatura son relativamente similares, sin embargo, en ocasiones se suele ver aumentado en el género femenino por su menor reticencia a buscar atención médica a diferencia de los hombres, quienes por este motivo suelen tener un menor número de casos registrados.

En cuanto a la parálisis cerebral, a menudo se origina por un daño neurológico causado en el nacimiento o poco después de él, por cambios genéticos, complicaciones en el parto, infecciones de la madre, infecciones cerebrales como la meningitis y traumatismos.

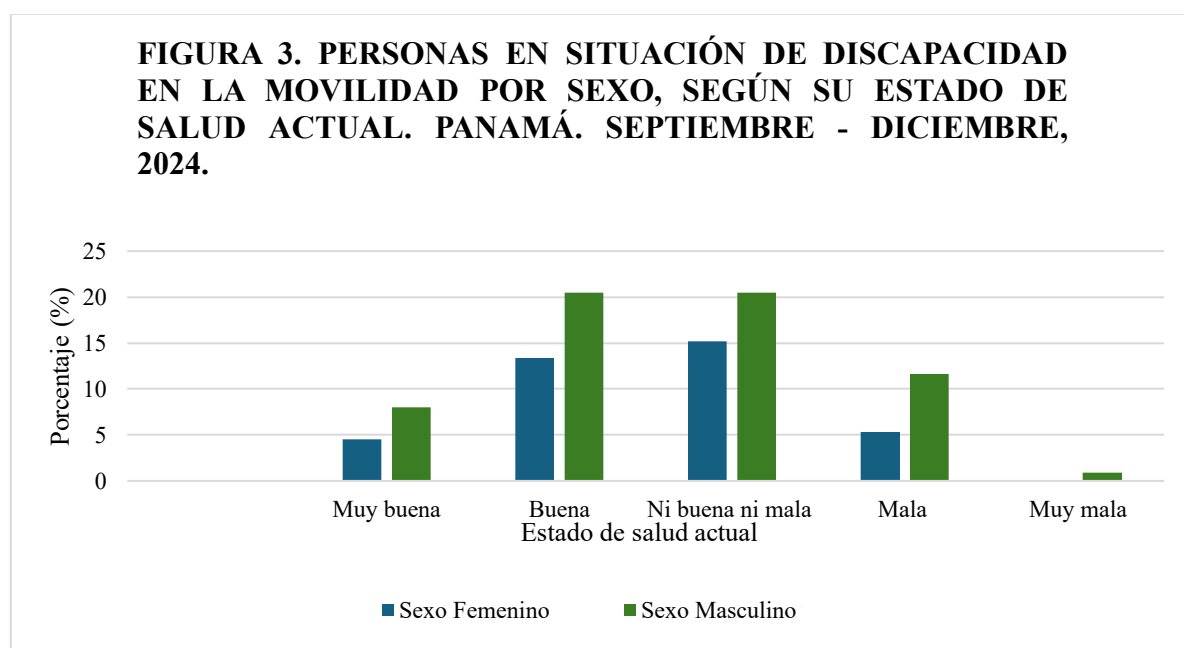
La Parálisis Cerebral se presenta como un déficit motor que reduce los rangos articulares y aumenta la espasticidad. Por lo cual es importante señalar que, aunque se detecta en la infancia y es muy común que tenga un pronóstico desfavorable, esta condición perdura a lo largo de la vida, siendo así necesarias al igual que en las otras condiciones, las intervenciones tempranas y la adopción de programas especializados de rehabilitación para asegurar una minimización de los efectos adversos (Kleinstein et al., 2014).

Por último, con relación a la poliomielitis, esta ha sido prácticamente erradicada gracias al desarrollo de programas de vacunación masivos efectivos, aunque es un recordatorio de que no se debe bajar la guardia y de cómo las enfermedades infecciosas pueden llegar a afectar la movilidad. Por lo tanto, la casi erradicación de la poliomielitis no debe significar un fin de la lucha y programas de vacunación teniendo en cuenta su factor discapacitante, sino que es un indicativo de que después de tantos años de esfuerzos en inmunización se continúe con el compromiso y reforzando la importancia de la inmunización sobre todo en las áreas rurales, de mayor pobreza y en aislamiento social (Groce et al., 2014).

TABLA 3. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR SEXO, SEGÚN SU ESTADO DE SALUD ACTUAL. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Estado de salud actual	Total		Sexo			
			Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	43	38.4	69	61.6
Muy buena	14	12.5	5	4.5	9	8.0
Buena	38	33.9	15	13.4	23	20.5
Ni buena ni mala	40	35.7	17	15.2	23	20.5
Mala	19	17.0	6	5.3	13	11.6
Muy mala	1	0.9	-	-	1	0.9

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

De acuerdo con los datos obtenidos de las variables estado de salud y sexo, se observa que el mayor número de la muestra (46.4%) equivalente a la sumatoria de las respuestas muy buena y buena, perciben tener un buen estado de salud. Por otro lado, en el punto neutro, el 35.7% de los encuestados califica su estado de salud como “ni bueno ni malo”, y un porcentaje menor, pero significativo (17.9%) refieren tener un mal estado de salud o presentan condiciones médicas que afectan directamente su bienestar.

Por lo que respecta al sexo, se puede detectar que un mayor porcentaje de hombres percibe su salud como “mala” (11.6%) y muy mala (0.9%), que siendo la única respuesta de esta categoría se ubica en el género masculino, a diferencia de las mujeres, cuyas respuestas se clasifican en su mayoría en “muy buena, buena, y ni buena ni mala”.

De acuerdo con lo antes mencionado, según Tirado (2022), esta variante entre un género y otro podría estar relacionada en la asistencia con mayor frecuencia de las mujeres a las consultas de atención primaria, accesibilidad a los servicios de salud y el apoyo familiar para recibir los servicios médicos que necesitan.

Al revisar la literatura, se puede comprobar que la variable “estado de salud” desde una autopercepción de la persona encuestada es subjetiva y esta influenciada por múltiples factores que afectan directamente su vida y cambian la manera en que ve su salud, ya sea su nivel socioeconómico, condiciones ambientales, la presencia o no de comorbilidades, el apoyo social y familiar. Es decir, la forma en que las personas perciben su salud la cual se asocia a un complejo número de factores.

Según el Center For Disease Control And Prevention (2020) las personas con discapacidad tienen mayores probabilidades de reportar un menor estado de salud y menor acceso a una atención médica adecuada. Por diferentes factores, las personas con discapacidad tienen a su vez mayor riesgo de presentar otros problemas de salud y para muchos de ellos estar “sanos” significa llevar una vida plena y activa, y que sus problemas de salud puedan tratarse, lo que se ve interferido por las múltiples barreras del entorno.

De esta manera, cambia la percepción de las personas sobre su salud y se obtienen una variedad de respuestas, destacando entre el bueno y malo, el punto neutro o medio en el cual la persona con discapacidad no logra identificar su estado de salud, o en el que sus

dificultades en todos los ámbitos (físico, emocional, social y económico) son tantas, que su salud pasa a segundo plano.

Tomando de referencia el 35.7% de respuestas “ni buena ni mala”, resulta relevante realizar un análisis sobre este grupo de personas. Este grupo se encuentra en un punto medio en la percepción sobre su bienestar físico, mental y social, lo que sugiere que ya sea que presenten o no un deterioro de su salud se han adaptado a su condición. En otras palabras, su salud no es buena, pero, aunque padezcan de diversas enfermedades lo consideran normal por ser su diario vivir o su “normalidad”.

Por consiguiente, se habla del término resignación, pues la persona además de vivir con la discapacidad se encuentra en una realidad en la cual, por sus dificultades, tener buena salud no es una opción y han renunciado a cambiar sus circunstancias. Siendo así que, aunque experimenten dolor, afectaciones emocionales, enfermedades crónicas y limitaciones físicas, no les supone un problema, sino que es su normalidad y no esperan cambios positivos (Botero, 2012).

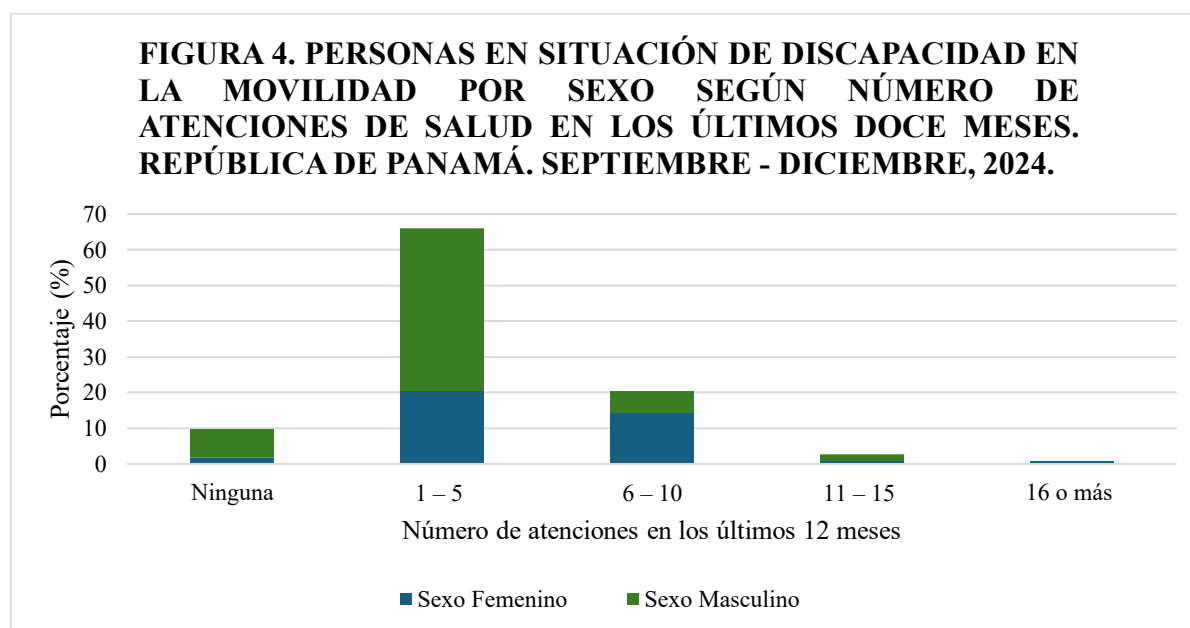
En este aspecto, es importante resaltar que un porcentaje importante de estos ha llegado a la resignación por la exclusión arquitectónica, cultural y social hacia las personas con discapacidad física. La falta de servicios óptimos e inclusivos, adaptados a todos los miembros de la población, la falta de oportunidades laborales para la población con discapacidad que los lleva a vivir en la pobreza, y la dificultad para acceder a los centros de atención. Todos estos aspectos, los lleva a vivir conformes con un estado de salud deplorable, con síntomas que son tratables, pero que no son atendidos por las barreras del propio sistema de salud y la sociedad en general.

En salud, esto es crítico y lleva a replantearse las políticas de salud públicas y las estrategias que utiliza el sistema para llegar a este grupo de población. Siendo así necesario mejorar la integración social, el apoyo, la educación y adaptación arquitectónica en el país; procurando que las personas con discapacidad no se adapten a su situación, sino que puedan cuidar de su salud y mejorar su calidad de vida.

TABLA 4. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR SEXO SEGÚN NÚMERO DE ATENCIONES DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Número de atenciones de salud en los últimos 12 meses	Total		Sexo			
			Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	43	38.4	69	61.6
Ninguna	11	9.8	2	1.8	9	8.0
1 – 5	74	66.1	23	20.5	51	45.5
6 – 10	23	20.5	16	14.3	7	6.2
11 – 15	3	2.7	1	0.9	2	1.8
16 o más	1	0.9	1	0.9	-	-

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

En este cuadro, se busca analizar la frecuencia de atenciones en salud en los últimos 12 meses, en relación con el sexo femenino y masculino. Los datos obtenidos revelaron que 9.8% de los encuestados no recibió ninguna atención en los últimos 12 meses de los cuales el 8.0%, es decir la mayoría, eran del género masculino, mientras que solo el 1.8% eran femeninas.

Por otro lado, la mayor parte de los encuestados (66.1%) recibió de 1 – 5 atenciones en un año, mientras que la minoría tuvo más de 5 atenciones, siendo la mayor parte de este porcentaje, pertenecientes al género femenino. En este caso, el 20.5% tuvieron de 6 a 20 atenciones, 2.7% de 11 a 15 y solo 0.9% equivalente a una respuesta tuvo 16 o más.

Al analizar la distribución de respuestas por género, la tendencia es clara, y quienes por lo general tienen mayor número de atenciones pertenecen al género femenino. Es decir que las mujeres tienden a acudir más a las atenciones médicas que los hombres. Pues, como se observa en el cuadro un 15.8% de mujeres recibió más de 5 atenciones, mientras que en el género masculino este porcentaje fue de 8%.

La literatura respalda esta observación y es importante realizar un análisis de género, pues los estudios han demostrado que las mujeres tienden a preocuparse más por su salud y a acudir en busca de ayuda médica con mayor frecuencia que los hombres. A su vez, generalmente muchas mujeres con discapacidad física son no trabajadoras o trabajadoras del hogar, por lo que disponen de más tiempo libre para acudir a los controles de salud.

De manera que, las razones pueden estar relacionadas con múltiples factores como el nivel de conciencia sobre los cuidados y controles médicos, la autopercepción de la enfermedad, los prejuicios de los hombres o creencias arraigadas acerca del dolor y contraer enfermedades, así como factores relacionados al trabajo y la cultura (Tirado, 2022).

En consecuencia, citando a Gómez (2002) “Las mujeres tienen una necesidad objetiva de servicios de salud mayor que los hombres”, con esto se refiere a que los hombres por culturalidad están condicionados a dejar de lado las dolencias y no tener la libertad para expresarlas, contrario a las mujeres que entorno a la esfera preventiva y sus necesidades son más propensas a buscar atención médica. Además, es importante señalar que las mujeres tienden a presentar mayores tasas de morbilidad y tienen necesidades específicas propias de las diferentes etapas de la vida.

En cuanto al número de atenciones reducidas, que equivalen al 75.9% de las respuestas, este es un resultado inquietante. Según la WHO (2023), las personas con discapacidad deberían recibir un número elevado de atenciones médicas al año, ya que a diferencia del resto de la población tienen dos veces más riesgo de desarrollar comorbilidades como asma, depresión, diabetes, ACV, entre otros problemas de salud que afectan su calidad de vida. Además, producto de estas enfermedades y que no son tratadas sus necesidades en materia de salud, las personas con discapacidad tienden a morir hasta 20 años antes que las personas sin discapacidad.

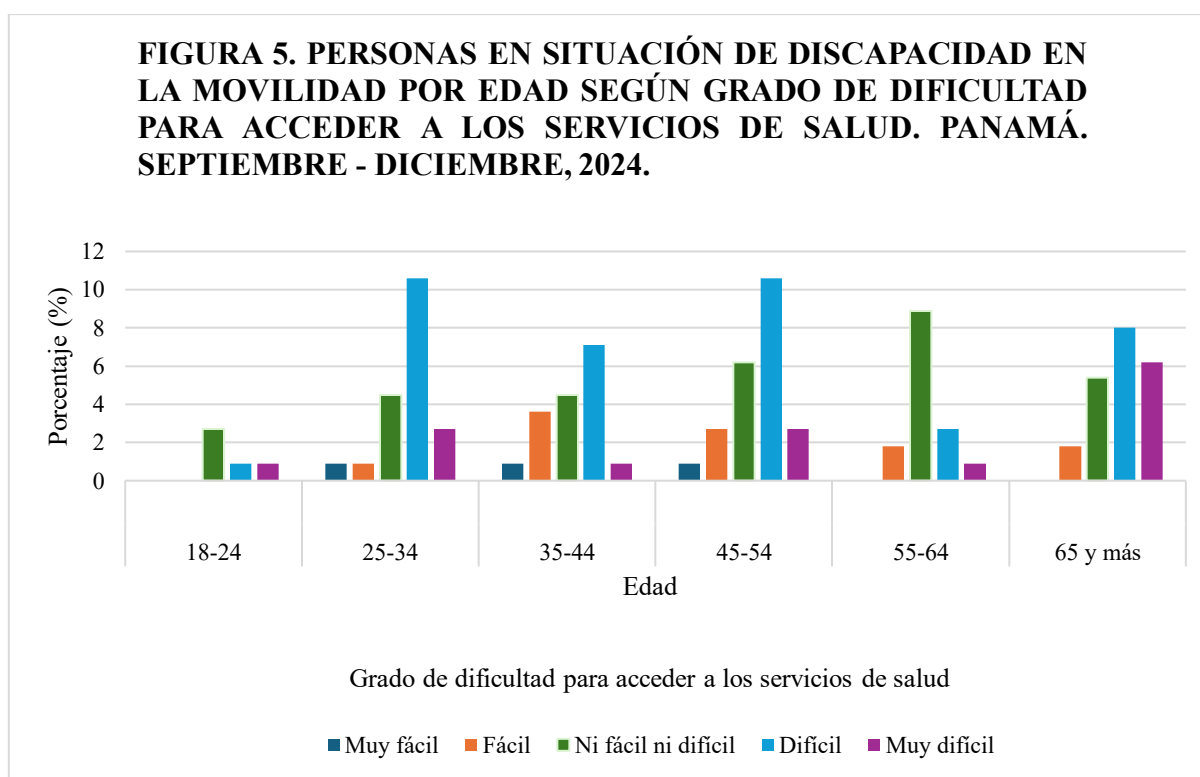
Las causas de estos bajos números de atenciones pueden ser diversas, de acuerdo con las condiciones de vida de cada persona. Sin embargo, las principales razones pueden estar relacionadas con la escasez de servicios especializados para personas en situación de discapacidad en la movilidad, la falta de infraestructura y transporte adaptado, los problemas económicos, la atención discriminatoria y los casi nulos programas que dan seguimiento a este grupo de población.

En general, este análisis refleja la necesidad de reforzar los programas que pretenden acercar los servicios de salud a las personas con discapacidad y darles seguimiento, así como la importancia de sensibilizar al personal de salud en materia de discapacidad.

TABLA 5. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR EDAD SEGÚN GRADO DE DIFICULTAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Grado de dificultad para acceder a los servicios de salud	Total		Edad											
			18 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 y más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	5	4.5	22	19.6	19	16.9	26	23.2	16	14.3	24	21.4
Muy fácil	3	2.7	0	0	1	0.9	1	0.9	1	0.9	0	0	0	0
Fácil	12	10.7	0	0	1	0.9	4	3.6	3	2.7	2	1.8	2	1.8
Ni fácil ni difícil	36	32.1	3	2.7	5	4.5	5	4.5	7	6.2	10	8.9	6	5.4
Difícil	45	40.2	1	0.9	12	10.6	8	7.1	12	10.6	3	2.7	9	8.0
Muy difícil	16	14.3	1	0.9	3	2.7	1	0.9	3	2.7	1	0.9	7	6.2

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

El cuadro N°5 representa un panorama sobre la dificultad que tienen los encuestados para acceder a los servicios de salud de acuerdo con su edad. La dificultad para acceder a los servicios de salud es una realidad para las personas en situación de discapacidad, aunado a esto, la edad es un factor que modifica la percepción de la dificultad por los diferentes aspectos que acompañan el aumento de los años.

Se observa que solo un 13.4% considera relativamente fácil acceder a los servicios de salud, el 32.1% se encuentra en el punto medio “ni fácil ni difícil” y más de la mitad de los encuestados (54.4%) tiene algún tipo de dificultad, lo que sugiere que un porcentaje significativo se enfrenta a barreras de acceso.

Realizando un análisis por edad se puede identificar que en el caso de edades tempranas (18 – 24 años) se presenta una menor dificultad para acceder a los servicios de salud, siendo el porcentaje de 0.9%, mientras que en el grupo de 65 años y más, el 14.2% refiere tener alguna dificultad. Por lo cual, puede verse una clara diferencia, y es que, con el paso de los años y el envejecimiento, aumenta la dificultad.

Para la población en general, la accesibilidad a los servicios de salud es indispensable y en ocasiones inalcanzable, dependiendo de factores individuales de la vida de cada uno. Por lo cual, la discapacidad ha sido definida por las limitaciones en diferentes actividades; cuando son la falta de integración en los servicios, la poca cobertura y las barreras propias del ambiente hospitalario, quienes dificultan el acceso a los servicios (Gómez-Perea et al. 2018).

En general, las personas de diversas edades presentan dificultades para acceder a los servicios de salud, sin embargo, al envejecer esta situación empeora, y son los adultos mayores quienes se enfrentan a más barreras para recibir la atención que necesitan.

En su obra *Envejecimiento y discapacidad: una aproximación al caso español desde la perspectiva del bienestar social*, Lozano (2004), señala que envejecer es distinto según las personas y su situación. El proceso de envejecimiento viene acompañado de la aparición de enfermedades crónicas, pérdida de la fuerza y masa muscular, problemas en las articulaciones, problemas de visión y audición, disminución de la cognición, entre otros.

En el caso de las personas con discapacidad en la movilidad, se ven enfrentadas a mayores retos por su condición física, que con la suma del envejecimiento dificulta aún más que

puedan acudir a una atención médica. De manera que, al envejecer se manifiesta una segunda discapacidad, pues aparecen enfermedades, disminuye la autonomía y la dependencia (CERMI, 2012).

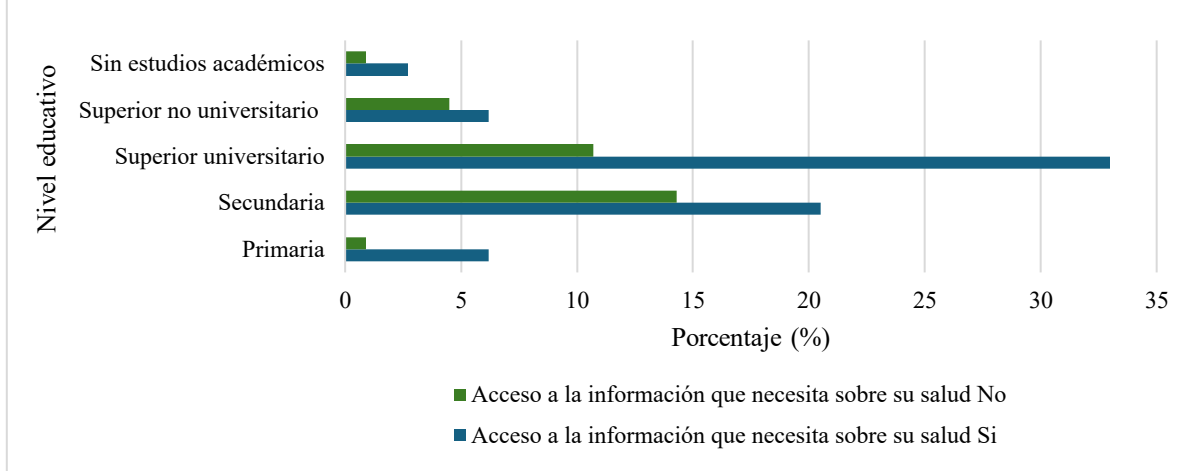
Estos datos resultan una realidad preocupante, pues quienes más necesitan atención son quienes más dificultades tienen para obtenerla. Por lo tanto, en este cuadro se resalta la necesidad de mejorar el sistema de atención con programas como el sistema de atención domiciliaria, que pueda brindar una atención personalizada a aquellos que tienen mayor dificultad para movilizarse hacia una instalación de salud, sobre todo en edades y áreas más vulnerables.

TABLA 6. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE NECESITA SOBRE SU SALUD SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Nivel educativo	Total		Acceso a la información que necesita sobre su salud			
			Si		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	77	68.7	35	31.3
Primaria	8	7.1	7	6.2	1	0.9
Secundaria	39	34.8	23	20.5	16	14.3
Superior universitario	49	43.8	37	33.0	12	10.7
Superior no universitario	12	10.7	7	6.2	5	4.5
Sin estudios académicos	4	3.6	3	2.7	1	0.9

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

FIGURA 6. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE NECESITA SOBRE SU SALUD SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

En el presente cuadro, se realiza un análisis sobre una de las barreras que enfrentan las personas con discapacidad en la movilidad “la inaccesibilidad a la información que requieren sobre su salud”, relacionándolo con su nivel educativo.

Al analizar los resultados obtenidos, se puede destacar que más de dos cuartiles (68.7%), equivalente a 77 respuestas, refieren tener acceso a la información que necesitan sobre su salud. Sin embargo, aunque hubo más respuestas positivas, es importante recalcar que el porcentaje de encuestados que no tienen acceso a la información necesaria es alto (31.3%), siendo esta una señal de que existen barreras en el proceso de obtención de información sobre su salud.

En un análisis más profundo, tomando como punto de partida el nivel educativo, se puede percibir, a simple vista, que el mayor número de encuestados tiene un nivel superior universitario (43.8%), y que a su vez es este grupo el que reporta mayor accesibilidad a la información que requiere sobre su salud con un 33.0% de respuestas afirmativas, seguido del nivel secundaria que presentó 34.8% con un total de 20.5% respuestas afirmativas.

En cuanto a las otras opciones, el nivel superior no universitario presentó un porcentaje menor, con 10.7% (12) de respuestas, siendo 6.2% (7) afirmativas; el nivel de primaria 7.1%

(8), donde 6.2% dijeron tener acceso a la información que necesitan. Mientras que, el menor porcentaje, equivale a las personas que referían no tener estudios académicos (3.6%), representado por 4 respuestas, de las cuales el 2.7% (3) fueron afirmativas.

En contraparte, el mayor porcentaje de personas que dijeron no tener acceso a la información que necesitan sobre su salud, se encuentra en el nivel de secundaria con 14.3% (16), seguido del nivel superior universitario con 10.7% (12) y el nivel superior no universitario con 4.5% (5) de respuestas. Por otro lado, el nivel de primera y aquellos que no presentan estudios académicos tuvieron 0.9% (1) de respuestas.

Teniendo en cuenta los datos antes presentados, es necesario destacar varios aspectos importantes. Primeramente, de manera general el porcentaje de personas que no tienen acceso a un sistema informativo actualizado y completo en el que puedan obtener información sobre su salud, es alto. En materia de salud pública esto resulta alarmante, pues es un reflejo de que las campañas de salud a nivel nacional y los programas informativos no son diseñados de acuerdo con necesidades específicas que tienen las personas con discapacidad, y no tienen la cobertura que se requiere para llegar a todos los grupos de población independientemente de su nivel educativo y socioeconómico.

Según la OPS (2020), la región de las Américas es la más inequitativa del mundo en materia de información y servicios de salud, sin acceso cuando y donde se necesitan. Esta situación representa un desafío en la actualidad, teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible y su lema de “no dejar a nadie atrás”, siendo necesario lograr acceso y cobertura universal a la salud, incluyendo a los grupos vulnerables (D’Agostino et al., 2022).

En segundo lugar, es evidente que el nivel educativo no es un indicador de mayor accesibilidad a la información, pues como se puede observar un porcentaje significativo de los encuestados tiene un nivel educativo considerablemente alto, sin embargo, son muchos los que no cuentan con la información que requieren o necesitan sobre su salud.

De manera que, estos datos certifican que algo en el sistema está fallando y es necesario un plan estratégico, adaptado a la era digital, pero no limitado a esta. Es decir, implementar acciones innovadoras que permitan gestionar la tecnología y los datos en salud, en un proceso holístico, creando sistemas de información interconectados, interoperables y de cobertura

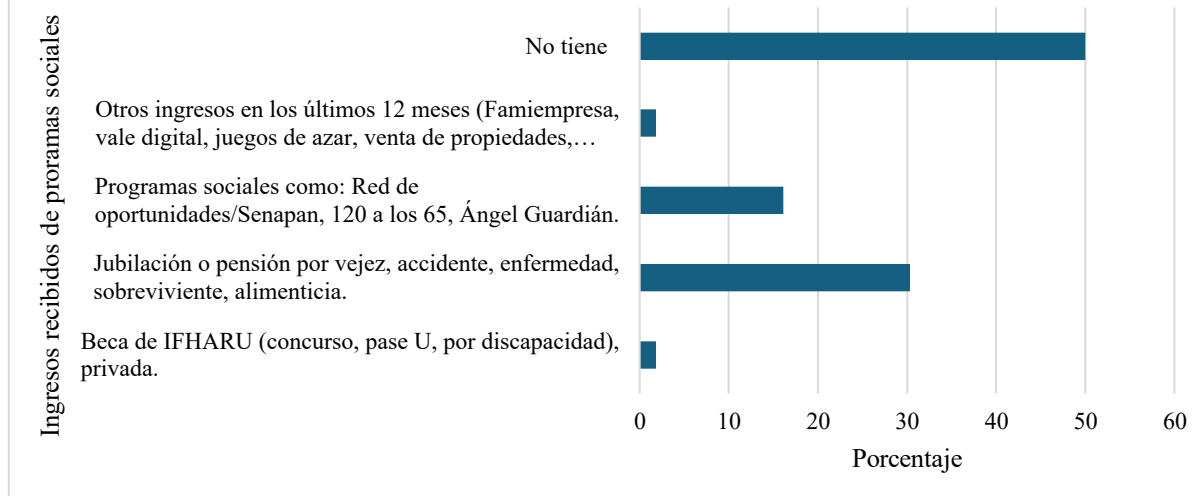
universal; que permitan llegar a la población con discapacidad del país. De este modo, aunque resulta positivo el alto porcentaje que sí tiene acceso a la información que necesita, el desafío es alcanzar al 31.3% de personas con discapacidad en la movilidad, que aún se ven enfrentadas a barreras informativas, para garantizar que cuenten con información clara y completa que les permita cuidar de su salud.

TABLA 7. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD SEGÚN INGRESOS RECIBIDOS DE PROGRAMAS SOCIALES. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Ingresos recibidos de programas sociales	Nº	%
TOTAL	112	100
Beca de IFHARU (concurso, pase U, por discapacidad), privada.	2	1.8
Jubilación o pensión por vejez, accidente, enfermedad, sobreviviente, alimenticia.	34	30.3
Programas sociales como: Red de oportunidades/Senapan, 120 a los 65, Ángel Guardián.	18	16.1
Otros ingresos en los últimos 12 meses (Famiempresa, vale digital, juegos de azar, venta de propiedades, renta, otros).	2	1.8
No tiene	56	50.0

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

FIGURA 7. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD SEGÚN INGRESOS RECIBIDOS DE PROGRAMAS SOCIALES. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

En relación con los ingresos sociales recibidos, el análisis del cuadro refleja una situación crítica sobre el respaldo económico que tienen las personas con discapacidad. Como se puede observar, el 50% (56) de los datos son referencias de no recibir ingresos de programas sociales, mientras que el 30.3% (34) recibe ingresos por programas sociales generales como la jubilación y pensión por vejez, y solo el 16.1% (18) de programas sociales como Red de oportunidades/Senapan, 120 a los 65, Ángel Guardián.

La mediana de la población (112 encuestados) se encuentra entre la posición 56 y 57, ambas ubicadas en la categoría de “No tiene”. De igual forma, realizando el cálculo de la moda, por el valor más frecuente de datos, esta sería “No tiene”. De manera que, la mediana y la moda se ubican en la categoría no tiene ingresos de programas sociales.

Según el Ministerio de Desarrollo Social (2024), al ser Panamá un país en desarrollo, este se constituye por una de las poblaciones en situación de discapacidad más vulnerables en materia de exclusión y accesibilidad. Debido a esto, surge el programa Ángel Guardián que busca promocionar un modelo de desarrollo inclusivo, logrando un mejor acceso a oportunidades de inserción en la sociedad.

Sin embargo, aún con este programa específico para la población en situación de discapacidad, y los muchos otros como la jubilación, 120/65, becas de IFHARU, entre otros; el alcance de estos sigue siendo reducido y la cantidad de personas que reciben estos beneficios se reflejan en un porcentaje muy bajo.

Al contrastar estos datos, con el hecho de que la población en situación de discapacidad y sus familias generalmente viven en pobreza, cobra sentido el hecho de que la situación económica en estos hogares sea aún mayor, producto de la falta de apoyo estatal, la discriminación laboral y la carga económica que conlleva tener una discapacidad física (SENADIS, 2006).

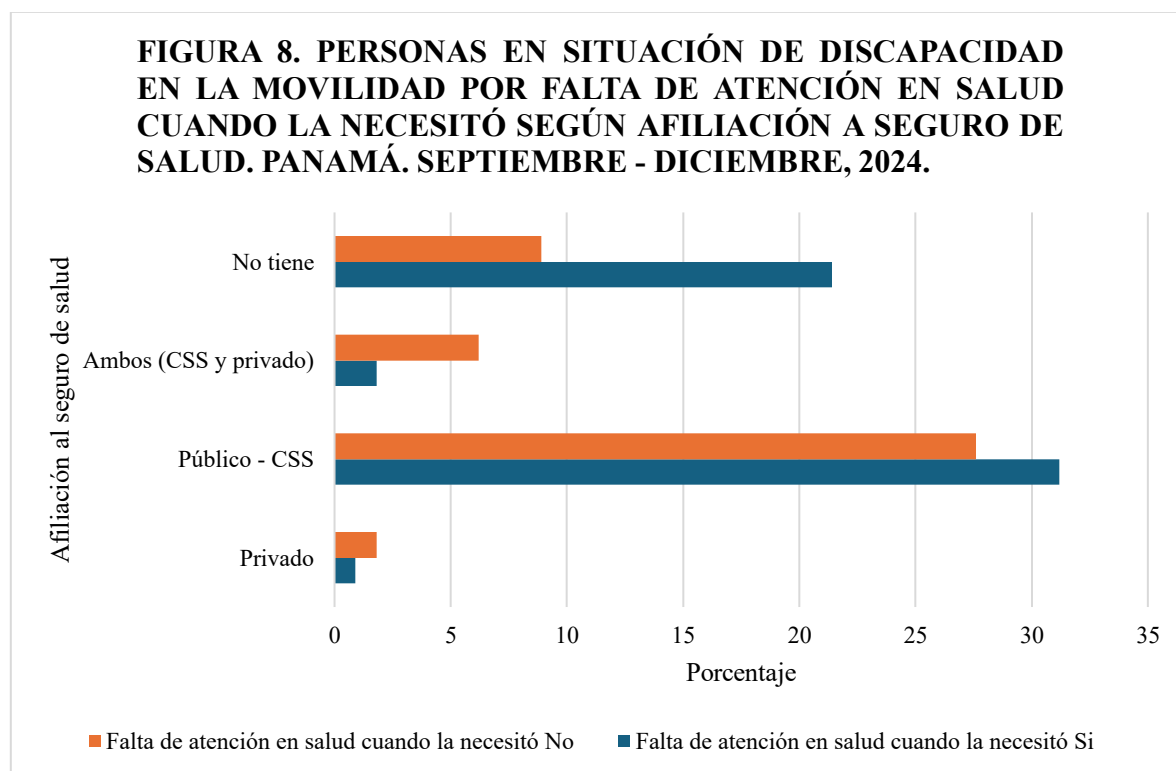
En consecuencia, la cobertura que tienen estos programas es insuficiente, su distribución generalmente es inequitativa y es tan mínima que no permite cubrir las necesidades básicas, generando una reducción significativa de la calidad de vida de este grupo.

Finalmente, es de señalar que la falta de programas efectivos, que puedan salvaguardar la calidad de vida de las personas con discapacidad en el país, es crítica, siendo esta una evidencia de la necesidad de reforzar las políticas nacionales que aumenten la cobertura de los programas sociales y las oportunidades laborales equitativas, disminuyendo la exclusión laboral y el precario estilo de vida al que deben enfrentarse las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

TABLA 8. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR FALTA DE ATENCIÓN EN SALUD CUANDO LA NECESITÓ SEGÚN AFILIACIÓN A SEGURO DE SALUD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Afiliación a seguro de salud	Total		Falta de atención en salud cuando la necesitó			
			Si		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	62	55.3	50	44.6
Privado	3	2.7	1	0.9	2	1.8
Público - CSS	66	58.9	35	31.2	31	27.6
Ambos (CSS y privado)	9	8.0	2	1.8	7	6.2
No tiene	34	30.3	24	21.4	10	8.9

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

El presente cuadro, refleja la relación directa que existe entre la presencia de un seguro de salud y las ocasiones en las cuales los encuestados necesitaron atención de salud, pero no pudieron recibirla por diversos motivos. Teniendo en cuenta esto, se puede observar que, del total de encuestados, el 58.9% (66) se encuentra afiliado a la Caja del Seguro Social (seguro de salud público), el 30.3% (34) no poseen seguro de salud, 8.0% (9) poseen ambos, y solo el 2.7% tiene seguro de salud privado. En este caso, al calcular las Medidas de Tendencia Central teniendo en cuenta la afiliación al seguro de salud, el conjunto de datos más frecuente (moda), se ubica en el Seguro público – CSS.

Al comparar estos datos con la falta de atenciones cuando la necesitaron, se puede detectar que el mayor porcentaje de encuestados, equivalente a un 55.3% (62), refieren si haber tenido ocasiones en las que necesitaron atención y no pudieron recibirla, y de este grupo el 31.2% (35) tiene seguro público y el 21.4% no tiene ninguno.

Según Centeno (2018), el sistema de salud público de Panamá es ineficiente, carece de una cobertura completa en todas las áreas del país y para todos aquellos que la necesiten, las esperas para atención son increíblemente largas, la cartera de servicios es limitada y el acceso hasta una institución destinada a la atención es reducido. Pues, como explica el World Bank (2018), es todo un desafío para los países proporcionar a las personas servicios de salud asequibles y de calidad.

Cejudo (2023), explica que las personas perciben la atención de manera diferente, siendo significativamente menor su satisfacción en las instituciones públicas. A diferencia de estos, en el área privada los tiempos de espera son más cortos y hay mayor acceso a servicios y especialistas, sin embargo, la dificultad para utilizarlos está en el factor económico, por lo que la mayor parte de las personas con discapacidad no pueden acceder a ellos.

De esta manera, los factores antes expuestos explican el por qué las personas con discapacidad pueden preferir no acudir a una institución de salud en este caso pública, teniendo en cuenta que los cupos son limitados y el tiempo que deben esperar para recibirla es mucho, siendo así la alternativa más atractiva no buscar atención en salud.

En definitiva, la afiliación a un seguro de salud es indispensable. Una persona con discapacidad que no cuenta con una afiliación a un seguro de salud completo es más

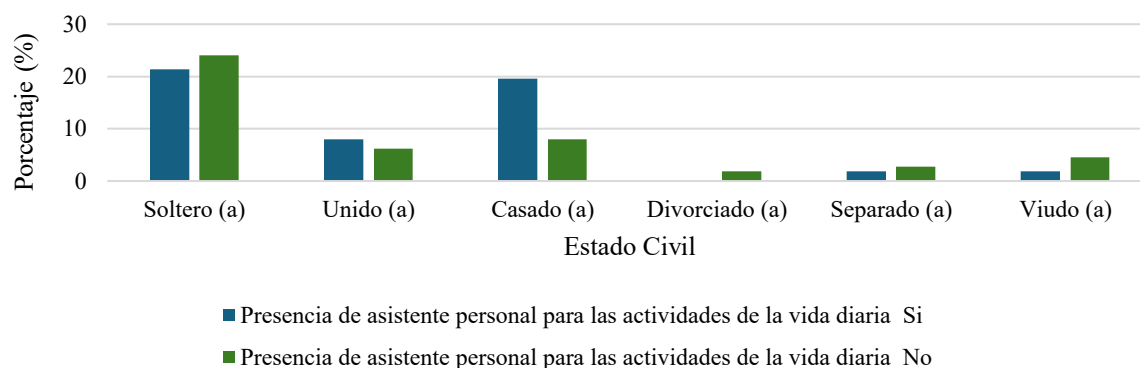
vulnerable y propensa a dejar su salud en segundo plano, ya que no cuenta con los recursos para una atención efectiva y de calidad. De esta manera, las personas no trabajadoras, que comprenden un gran grupo de personas con discapacidad, no tienen acceso a una afiliación y por lo tanto tienen mayor dificultad para acceder a los servicios.

TABLA 9. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR LA PRESENCIA DE UN ASISTENTE PERSONAL PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN ESTADO CIVIL. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Estado civil	Total		Presencia de asistente personal para las actividades de la vida diaria			
			Si		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	59	52.7	53	47.3
Soltero (a)	51	45.5	24	21.4	27	24.1
Unido (a)	16	14.2	9	8.0	7	6.2
Casado (a)	31	27.6	22	19.6	9	8.0
Divorciado (a)	2	1.8	0	0	2	1.8
Separado (a)	5	4.5	2	1.8	3	2.7
Viudo (a)	7	6.3	2	1.8	5	4.5

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

FIGURA 9. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR LA PRESENCIA DE UN ASISTENTE PERSONAL PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN ESTADO CIVIL. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

La discapacidad es una situación que afecta a cada uno de los miembros de la familia por el impacto significativo en la dinámica familiar. Por lo tanto, el presente cuadro evalúa la presencia de un asistente personal para las actividades diarias, teniendo en cuenta el estado civil de los encuestados.

Primeramente, en el cuadro puede detectarse que el mayor porcentaje de los encuestados (52.7%), refiere tener apoyo para realizar las actividades de la vida diaria, mientras que un porcentaje un poco menor pero significativo (47.3%), no cuenta con este; siendo evidente que un gran número afronta las actividades de la vida diaria sin asistencia.

Al analizar la asistencia personal con el estado civil se puede observar que el mayor número de respuestas positivas con respecto a la asistencia fue por parte de las personas solteras, quienes reportaron un 21.4% de respuestas “sí”. Seguidamente se observa que las personas casadas, con un 19.6% fueron el segundo grupo con mayor porcentaje sobre la presencia de un asistente personal que lo apoye en su vida diaria. Por su parte, en las personas viudas, la situación es contraria y las respuestas negativas superan a las afirmativas con un 4.5% que sugieren la falta de una red de apoyo.

En cuanto a las respuestas negativas, un mayor número de personas solteras (24.1%) afirma no recibir ayuda para realizar sus actividades diarias, seguido de los que están casados con un 8% (9) y aquellos que están unidos con un 6.2% (7).

Si bien tener una familia se considera un factor protector o que la persona con discapacidad en la movilidad cuenta con una red de apoyo, este es un tema complejo, ya que los roles de los miembros de la familia se vuelven más rígidos y trabajar para sostener los gastos del hogar adquiere más importancia que cubrir otras áreas de la vida de la persona con discapacidad (Vélez & Bravo, 2020).

Teniendo en cuenta esto, tener una familia constituida con una pareja o conyugue, no es garantía de tener a alguien que asista a las personas con discapacidad en sus actividades diarias, debido a que las parejas tienen otras obligaciones y responsabilidades laborales, que impiden que puedan asistir a la persona con discapacidad las 24 horas del día. De esta manera, la persona con discapacidad en la movilidad debe afrontar los desafíos de manera independiente y realizar sus actividades diarias sin la asistencia de otra persona.

Es en este punto donde se debe tratar el tema de las barreras del entorno, pues debido a que los familiares no pueden acompañarlos en todo momento y ayudarlos en su movilización, el 90% del tiempo la persona con discapacidad en la movilidad debe funcionar de manera independiente, y para esto es necesario tener un entorno inclusivo que no limite su funcionalidad.

En relación con lo antes expuesto, la WHO (2023), las experiencias vitales de las personas con discapacidad se ven afectadas al igual que sus necesidades en materia de salud, estando entre las principales causales las situaciones injustas a las que se enfrentan, las desigualdades y la falta de asistencia personal en un entorno donde la infraestructura no es accesible y los programas de apoyo son escasos.

Por lo tanto, en un mundo inclusivo, el tener o no un asistente personal, no debería ser una limitante para que las personas con discapacidad puedan movilizarse y utilizar los servicios que requieran, entre estos el sistema de salud. Como explica Martha Nussbaum en su obra *Las fronteras de la Justicia* (2007), es responsabilidad de la sociedad proporcionar las

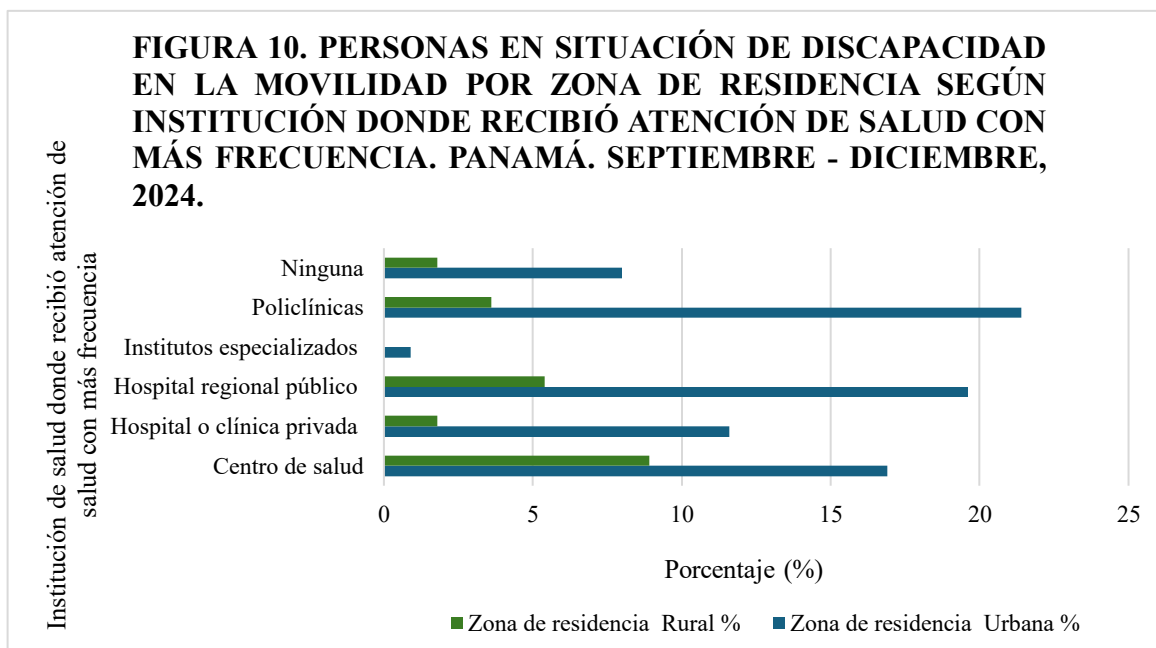
condiciones para que las personas independientemente de sus deficiencias físicas y cognitivas puedan desarrollar su máximo potencial y llevar una vida digna.

Este análisis supone la necesidad de encontrar estrategias efectivas para hacer que el ambiente físico y los sistemas de comunicación puedan ser utilizados por la mayor cantidad de personas con discapacidad en la movilidad, rehabilitar a las personas con discapacidad en la movilidad y brindarles herramientas para la vida. Es decir, además de modificar el entorno, es necesario eliminar las creencias discriminatorias de que la persona con discapacidad en la movilidad es dependiente o tiene una enfermedad, viéndolos como una vida independiente con los mismos derechos en cuanto a beneficios y oportunidades, y aumentando su participación en las actividades diarias y el cuidado de su salud (CDC, 2020).

TABLA 10. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR ZONA DE RESIDENCIA SEGÚN INSTITUCIÓN DONDE RECIBIÓ ATENCIÓN DE SALUD CON MÁS FRECUENCIA. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Institución donde recibió atención de salud con más frecuencia	Total		Zona de residencia			
			Urbana		Rural	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	88	78.5	24	21.4
Centro de salud	29	25.9	19	16.9	10	8.9
Hospital o clínica privada	15	13.3	13	11.6	2	1.8
Hospital regional público	28	25.0	22	19.6	6	5.4
Institutos especializados	1	0.9	1	0.9	0	0
Policlínicas	28	25.0	24	21.4	4	3.6
Ninguna	11	9.8	9	8.0	2	1.8

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

Los niveles de atención y complejidad en salud son una forma efectiva de medir la unidad asistencial a la que mayormente acuden las personas con discapacidad en la movilidad, de acuerdo con los procedimientos y atenciones que buscan en una institución de salud.

El primer nivel de complejidad es el más cercano a la población y con mayor nivel de contacto, pero solo tiene los recursos para atender necesidades básicas y se basa mayormente en la promoción y prevención. El segundo nivel de atención presta servicios de mayor complejidad, con tratamientos y atención por parte de personal especializado como cardiología, pediatría, nefrología, obstetricia, entre otros. El tercer nivel de atención se encarga del tratamiento de patologías de largo tratamiento en las cuales se necesitan procedimientos más complejos. Por lo general, las personas que llegan a una institución de tercer nivel son remitidas de otra institución de primer o segundo nivel (Vignolo et al., 2011).

Realizando el análisis del cuadro antes presentado, se puede detectar que del total de la muestra (N=112), más de tres cuartiles (78.5%) pertenecen al área urbana, mientras que casi un cuartil (21.4%) es equivalente a la población que reside en áreas rurales.

De acuerdo con las instituciones donde fueron atendidos con más frecuencia, el 25.9% (29) de los encuestados, un porcentaje mayoritario, fueron atendidos en Centros de Salud. Al observar la distribución por zona de residencia, es evidente que el mayor porcentaje de atenciones se ubica en el área urbana, esto debido a que el mayor número de encuestados pertenecen a esta. Sin embargo, en un análisis individual se puede evidenciar que del 21.4% (24) pertenecientes al área rural, el 8.9% (10) acudieron a un Centro de Salud.

Por otro lado, siguiendo al grupo perteneciente al área rural, que por las condiciones ambientales de su lugar de residencia y las largas distancias que les dificultan aún más acceder a los servicios de salud, puede verse que solo un 5.4% (6) recibieron atención en un hospital regional público, 3.6% (4) en policlínicas, 1.8% (2) en clínicas y hospitales privados, y el otro 1.8% perteneciente a aquellos que no recibieron ninguna atención. Además, puede observarse que ninguno de los encuestados en esta área recibió atenciones en un instituto especializado.

En cuanto a los encuestados pertenecientes al área urbana, el 21.4% (24) equivalente al mayor porcentaje de este grupo, recibieron atención con mayor frecuencia en policlínicas y el segundo porcentaje con más respuestas fue el hospital regional público con 19.6% (22). En este punto, puede observarse la diferencia significativa entre el área urbana y rural, pues en el área urbana la posibilidad de asistir a una institución de segundo nivel como los hospitales regionales y policlínicas es mayor.

En cuanto a las demás instituciones, el 16.9% (19), acudieron a centros de salud, 11.6% (13) a hospitales o clínicas privadas, 8.0% (9) no asistió a ninguna institución de salud y solo el 0.8% (1) recibió atención en un centro especializado, lo cual evidencia una falta de acceso a servicios especializados de rehabilitación para personas con discapacidad en la movilidad.

En términos de salud, estos datos sugieren una realidad preocupante, por la accesibilidad limitada con la que cuenta este grupo de población sobre todo en áreas rurales. En el medio rural la disponibilidad y organización de los servicios de salud se basa en asistencia pública por redes integradas de primer nivel (centros de salud o clínicas pequeñas), que están limitadas a la atención primaria y sin especialistas en rehabilitación. Por lo tanto, aunque existen redes de servicios estas son de baja complejidad y no pueden cubrir todas las necesidades de la población con discapacidad en la movilidad (Cordero, 2021).

Además, en comunidades rurales los saberes locales tienen una fuerte influencia y consideran que las enfermedades tienen más causas y curas naturales, por lo cual, para ellos no es necesario o una prioridad recibir atención ante una dolencia o enfermedad, o realizarse controles de salud.

En cuanto a la baja asistencia en institutos especializados, esta sugiere que inclusive en áreas urbanas donde se cuenta con una mayor red de servicios, las barreras de acceso permanecen, y son la falta de transporte, falta de información sobre programas y servicios, y los altos costos de la vida sumado a la pobreza, que pueden ser limitantes para que las personas con discapacidad en la movilidad adquieran la atención que necesitan.

Frente a esta problemática, se puede señalar la tendencia de la OMS “Rehabilitación basada en la comunidad” una estrategia propuesta para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para las personas con discapacidad de los países en desarrollo. Esta práctica se basa en la equiparación de oportunidades, la inclusión social y la reducción de la pobreza; para mediante estas fortalecer a las personas con discapacidad y sus familias, que puedan satisfacer sus necesidades básicas y tener acceso a la salud (OMS, 2012).

Por medio de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) es posible empoderar a la comunidad mediante programas de capacitación en terapias de rehabilitación física, fabricación de sillas de rueda y dispositivos de apoyo, entre otros. De manera que la comunidad no dependa únicamente de una institución especializada, sino que tengan las herramientas para realizar una parte importante por ellos mismos.

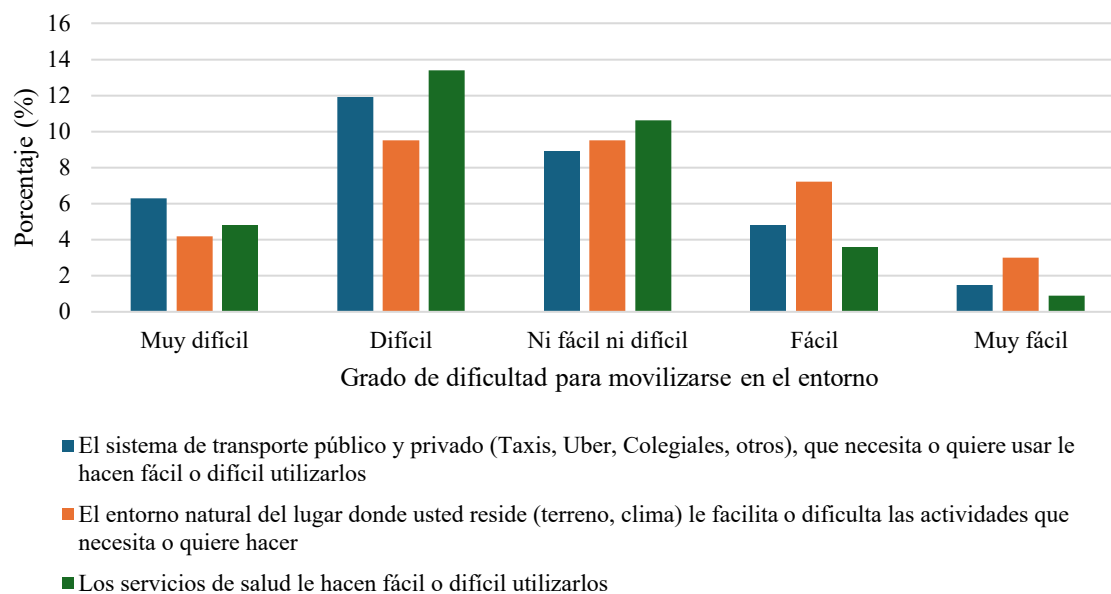
Finalmente, en el área urbana, es importante fortalecer los programas de apoyo, la telemedicina y ferias de atención, así como garantizar la accesibilidad a transporte adaptado para la población. Por lo tanto, es necesario minimizar las dificultades de acceso en comunidades alejadas y en la población urbana, priorizando estrategias inclusivas basadas en la comunidad.

TABLA 11. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR GRADO DE DIFICULTAD PARA MOVILIZARSE EN EL ENTORNO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Características del entorno	Total		Grado de dificultad para movilizarse en el entorno									
			Muy difícil		Difícil		Ni fácil ni difícil		Fácil		Muy fácil	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	336	100	51	15.2	117	34.8	98	29.1	52	15.5	18	5.4
El sistema de transporte público y privado (Taxis, Uber, Colegiales, otros), que necesita o quiere usar le hacen fácil o difícil utilizarlos	112	33.3	21	6.3	40	11.9	30	8.9	16	4.8	5	1.5
El entorno natural del lugar donde usted reside (terreno, clima) le facilita o dificulta las actividades que necesita o quiere hacer	112	33.3	14	4.2	32	9.5	32	9.5	24	7.2	10	3.0
Los servicios de salud le hacen fácil o difícil utilizarlos	112	33.3	16	4.8	45	13.4	36	10.6	12	3.6	3	0.9

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

FIGURA 11. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR GRADO DE DIFICULTAD PARA MOVILIZARSE EN EL ENTORNO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

El presente análisis se centra en los resultados obtenidos sobre el grado de dificultad que tienen los encuestados para movilizarse en el entorno teniendo en cuenta las características de este. En este caso, se obtuvo un total de 336 respuestas, ya que cada uno de los 112 encuestados realizó la valoración tipo escala Likert para los 3 ítems mencionados.

De acuerdo con el total de respuestas, realizando una sumatoria de “muy difícil” y “difícil”, se puede detectar que el 50% de los encuestados enfrenta dificultades y barreras importantes para movilizarse en su entorno y acceder a los servicios de salud. En el punto medio, el 29.1% no considera ni fácil ni difícil desplazarse en su entorno y solo un 20.9% correspondiente a “muy fácil” y “fácil”, consideran tener facilidad para movilizarse.

En el primer ítem se evalúa el sistema de transporte, que corresponde a uno de los principales factores que influyen en la dificultad de las personas para funcionar de manera independiente y acceder a los servicios. En esta sección, 18.2% (61) de los encuestados tienen una dificultad

para utilizar el servicio de transporte, mientras que solo el 6.2% (21) lo clasifica como fácil y muy fácil.

Teniendo en cuenta estos resultados, es necesario hablar del transporte público accesible. Según (Campos et al., 2016), un medio de transporte se considera accesible cuando es planeado, diseñado, construido y operado de acuerdo con criterios de accesibilidad universal, por lo que puede ser utilizado por las personas con discapacidad de manera autónoma sin minimizar sus posibilidades de acceso. Sin embargo, la realidad que presentan los resultados es distinta, pues los medios de transporte no están adaptados, no cuentan con rampas ni pasamanos, los conductores se niegan a llevar personas con discapacidad en la movilidad o cobran tarifas más altas por su condición.

De esta manera, el sistema de transporte es discriminatorio e inutilizable, lo que tiene un impacto en la dignidad de la persona y en su posibilidad de realizar las actividades de su vida diaria de manera independiente, así como se asistir a los servicios de salud.

Por su parte, en lo que se refiere al entorno natural del lugar donde viven, este también influye significativamente en su movilidad y acceso para realizar las actividades que necesitan. En este caso, el 10.2% (34) de los encuestados tiene facilidad para moverse en el entorno que lo rodea, 9.5% (32) no lo considera ni fácil ni difícil y 13.7% (46), es decir un porcentaje mayoritario, presenta un grado de dificultad para su desplazamiento.

El entorno natural comprende el mundo físico natural con todas sus características naturales o hechas por el hombre, las cuales pueden impedir la movilidad o desplazamiento de la persona y su acceso. De manera que el entorno natural incluye calles en mal estado y agujeros en el pavimento, escalones mal diseñados, falta de aceras e infraestructura accesible, los desniveles de todo tipo, espacios que no permiten el paso de una persona con silla de ruedas, entre otros (Porrá, 2024). Todos estos factores afectan la autonomía de la persona con discapacidad y su seguridad, representando a su vez una falta a sus derechos como ser humano por limitar su acceso a los servicios que necesita.

Finalmente, en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud, es innegable que existe una problemática, pues solo el 4.5% (15) tiene facilidad para acceder a estos, mientras que el 18.2% (61) de los encuestados presenta dificultades. Esto sugiere que, las barreras en general

están afectando la manera en que las personas con discapacidad pueden utilizar los servicios de salud.

Las personas con discapacidad en la movilidad tienen necesidades de salud más variadas y complejas, así como su estado de salud suele ser más desfavorable que el de la población general. Por lo tanto, el conjunto de servicios disponibles, deben ser también accesibles. Desde una perspectiva de derechos humanos, utilizando de referencia el Modelo Social de discapacidad, la discapacidad es algo creado por las barreras y actitudes de la sociedad, no un rasgo o característica que posee la persona. Por lo tanto, es la sociedad quien crea muchas de las barreras incapacitantes que deben eliminarse, en lugar de intentar “curar” la discapacidad (UNICEF, 2021).

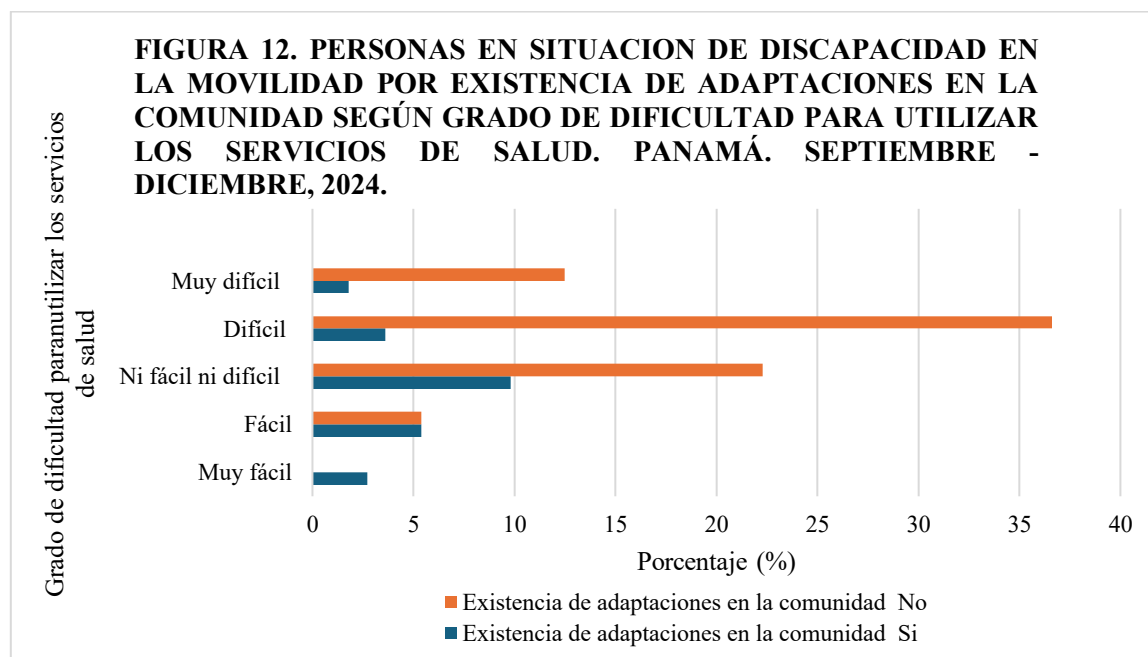
En salud, esta es una realidad preocupante y desafiante pues el derecho a la salud abarca el acceso puntual, aceptable y asequible a la atención sanitaria, tanto a servicios básicos como a servicios de rehabilitación especializada. De manera que las personas con discapacidad que se constantemente se enfrentan a barreras físicas, informativas, actitudinales, económicas y sociales se ven afectadas gravemente. Además, se relacionan entre si factores como la accesibilidad a los servicios de salud y el transporte, pues cuando transportarse es muy difícil y costoso las personas prefieren no acudir a las atenciones de salud afectando a largo plazo su calidad de vida.

Por consiguiente, es responsabilidad de la sociedad implementar medidas y organizar de manera eficaz los servicios sanitarios, así como sensibilizar a la población, que desempeña un papel clave en el proceso de accesibilidad a los servicios. A su vez, resulta indispensable renovar las políticas públicas para garantizar la accesibilidad en edificios, parques, transporte, comunidades e instituciones de salud, permitiendo la autonomía e independencia de las personas con discapacidad en su movilidad.

TABLA 12. PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR EXISTENCIA DE ADAPTACIONES EN LA COMUNIDAD SEGÚN GRADO DE DIFICULTAD PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Grado de dificultad para utilizar los servicios de salud	Total		Existencia de adaptaciones en la comunidad			
			Si		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	26	23.2	86	76.8
Muy fácil	3	2.7	3	2.7	0	0
Fácil	12	10.7	6	5.4	6	5.4
Ni fácil ni difícil	36	32.1	11	9.8	25	22.3
Difícil	45	40.1	4	3.6	41	36.6
Muy difícil	16	14.2	2	1.8	14	12.5

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

El presente cuadro, se centra en presentar el grado de dificultad de las personas con discapacidad en la movilidad encuestadas para acceder a los servicios de salud en relación con la existencia o no de adaptaciones en su comunidad que les permitan movilizarse o desplazarse independientemente de su condición física.

Al observar los datos, se puede ver que el 76.8% (86) de los encuestados refiere que no existen adaptaciones en su comunidad, y solamente el 23.2% (26) confirma la existencia de estas.

En cuanto a las respuestas afirmativas, de este grupo solo el 8.1% refiere tener facilidad para acceder a los servicios de salud, el 9.8% no lo considera ni fácil ni difícil y al 5.4% se le dificulta la accesibilidad. Por lo cual, puede verse que es congruente y que dependiendo del lugar de residencia y las adaptaciones realizadas a la comunidad, así mismo será el grado de facilidad de la persona con discapacidad para acceder a los servicios de salud.

Por su parte, en las respuestas negativas solo el 5.4% considera “fácil” acceder a los servicios de salud, el 22.3% ni fácil ni difícil y el 49.1% manifiesta tener dificultad para acceder a los servicios de salud.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (2019), “Los principios de accesibilidad universal establecen que cualquier espacio debe pensarse para que puedan usarlo todas las personas, sin discriminar o estigmatizar”. Por lo tanto, las características de una comunidad y el acceso a un espacio público deben ser planeados pensando en las capacidades variadas con caminos incluyentes, cruces seguros, rampas, superficies antideslizantes, rutas continuas sin escalones, entre otros.

La ausencia de una comunidad adaptada para todos resulta una limitante para la autonomía de las personas y una afectación directa para su bienestar. Tener un enfoque basado en la comunidad, sus derechos y necesidades, involucra el acercamiento con las juntas comunales y organismos locales para implementar la tendencia de la OMS de comunidades amigables y accesibles con espacios públicos que aseguren su desplazamiento seguro y sin limitaciones.

De esta manera, las barreras creadas por el espacio natural son excluyentes, ya que producen poca participación comunitaria de las personas con discapacidad, bajo nivel educativo por

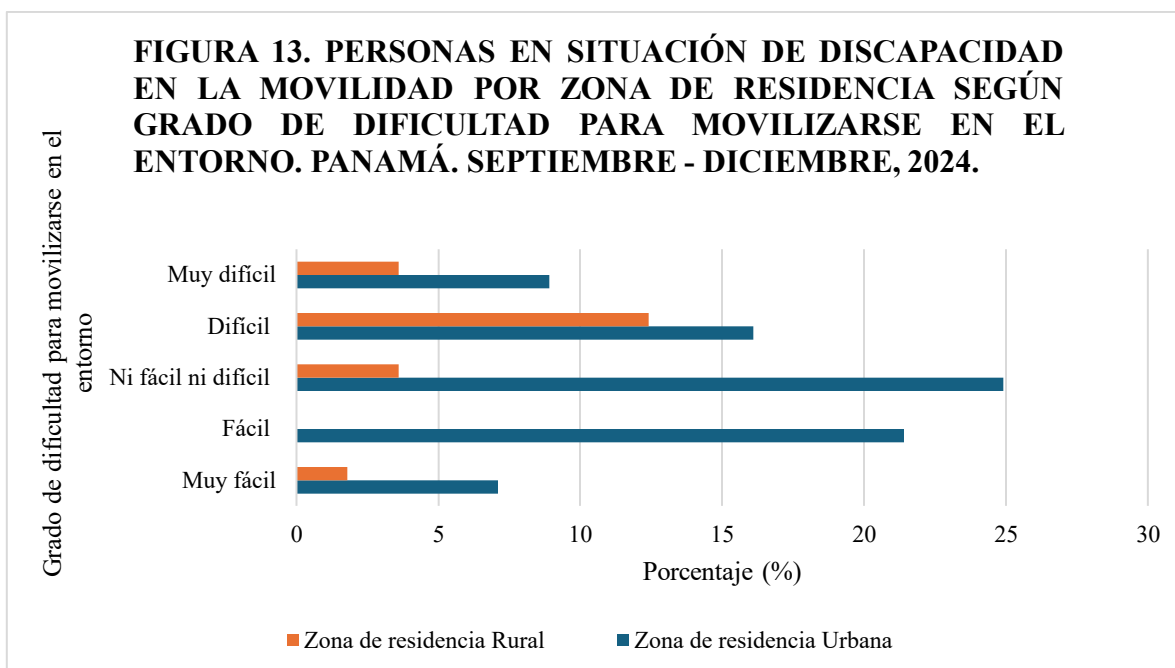
inaccesibilidad a las instalaciones educativas, exclusión económica y a largo plazo barreras psicológicas propias que afecta este grupo de población y lo limita o destierra al espacio de su vivienda, quitándoles posibilidades de desenvolverse en el entorno social (Poll, 2013).

Por su parte, al ser la accesibilidad la facilidad con la que la persona puede alcanzar un lugar, esta debe ser integral y procurar no solo “alcanzarlo”, sino que sea funcional, seguro, se pueda circular y utilizar sin dificultades.

TABLA 13. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR ZONA DE RESIDENCIA SEGÚN GRADO DE DIFICULTAD PARA MOVILIZARSE EN EL ENTORNO. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Grado de dificultad para movilizarse en el entorno	Total		Zona de residencia			
			Urbana		Rural	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	88	78.5	24	21.4
Muy fácil	10	8.9	8	7.1	2	1.8
Fácil	24	21.4	24	21.4	0	0
Ni fácil ni difícil	32	28.6	28	24.9	4	3.6
Difícil	32	28.6	18	16.1	14	12.4
Muy difícil	14	12.5	10	8.9	4	3.6

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

Según el informe PENDIS (SENADIS, 2006), la discapacidad es mayor en las áreas rurales e indígenas, sus posibilidades de recibir atención especializada son limitada, viven en mayor pobreza y se enfrentan a constante discriminación.

El presente cuadro, refleja la relación entre el grado de dificultad para movilizarse en el entorno y la zona de residencia ya sea urbana o rural. Inicialmente se puede observar que el 78.5% (88) de los encuestados pertenece al área urbana y la minoría, es decir 21.4% (24) residen en el área rural.

En cuanto a la movilización, el 41.1% refiere que movilizarse en su entorno es difícil o muy difícil y solo el 30.3% presenta facilidad, lo que sugiere la presencia de barreras en entorno.

Al analizar la diferencia de resultados de acuerdo con la zona de residencia, se puede percibir que, en el caso del área urbana un porcentaje importante encuentra “muy fácil” y “fácil” movilizarse en su entorno a diferencia del área rural, donde el 75% (18) de los pertenecientes a esta, tienen dificultades o se enfrentan a condiciones del entorno que limitan su movilidad.

De acuerdo con la literatura revisada, un determinante importante de la calidad de vida y la salud es el entorno de la persona. Cuando se habla de discapacidad en la movilidad este tema

cobra aún mayor importancia, pues las barreras son más marcadas debido a falta de comunidades adaptadas y accesibles para todos.

En la actualidad, aún con todos los avances científicos y las adaptaciones realizadas en el área urbana, las barreras permanecen. La falta de infraestructura adaptada, transporte no accesible, falta de rampas, pasamanos, caminos con desnivel, entre otros, son un reflejo del incremento de las limitaciones en las áreas urbanas.

En contraparte, si las dificultades son significativas en el área urbana, son todavía más marcadas en las zonas rurales donde la situación es más crítica. El área rural por lo general tiene menor acceso a recursos, transporte y servicios, con redes de empleo, educación y salud de baja complejidad, por lo que tienen cierta dependencia económica a diferencia de aquellos que viven en las grandes ciudades (Quezada & García, 2017).

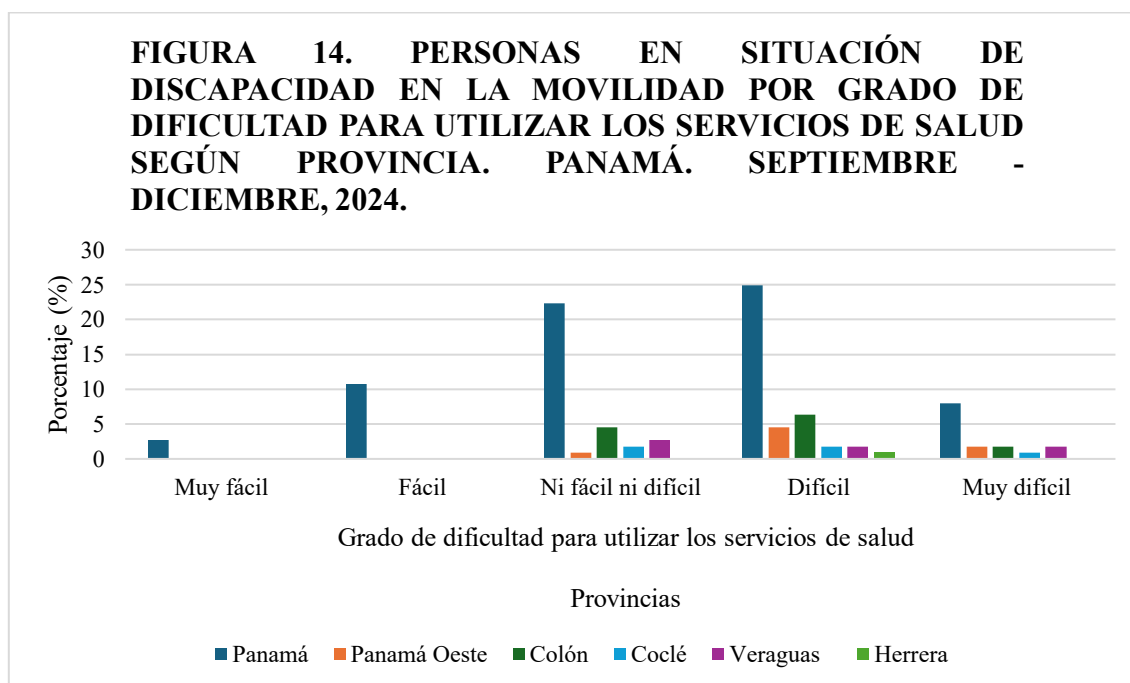
Por consiguiente, la autonomía de aquellos que viven en áreas rurales se ve obstaculizada y la experiencia de las personas con discapacidad en la movilidad es aún más compleja teniendo en cuenta que están limitados económica, física y socialmente por las barreras del entorno.

De acuerdo con este análisis se puede determinar que la falta de adaptaciones en áreas rurales es crítica, y aunque en el área urbana hay más, todavía persisten los obstáculos y limitantes que afectan la autonomía de las personas con discapacidad en la movilidad. Con esta realidad se hace evidente la necesidad de estudiar más a fondo esta problemática para mejorar la calidad de vida de este grupo de población, promoviendo tendencias como la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), y adaptando el entorno con un diseño universal para que sea flexible y de uso equitativo.

TABLA 14. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD POR GRADO DE DIFICULTAD PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN PROVINCIA. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Provincia	Total		Grado de dificultad para utilizar los servicios de salud									
			Muy fácil		Fácil		Ni fácil ni difícil		Difícil		Muy difícil	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	112	100	3	2.7	12	10.7	36	32.1	45	40.2	16	14.3
Panamá	77	68.8	3	2.7	12	10.7	25	22.3	28	24.9	9	8.0
Panamá Oeste	8	7.1	0	0	0	0	1	0.9	5	4.5	2	1.8
Colón	14	12.5	0	0	0	0	5	4.5	7	6.3	2	1.8
Coclé	5	4.5	0	0	0	0	2	1.8	2	1.8	1	0.9
Veraguas	7	6.3	0	0	0	0	3	2.7	2	1.8	2	1.8
Herrera	1	0.9	0	0	0	0	0	0	1	0.9	0	0

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

Al analizar el presente cuadro, se puede detectar que la facilidad y uso de los servicios de salud entre las provincias es desigual, y aunque en general existe una marcada dificultad, esta es mayor en las zonas distantes de la capital del país por aspectos geográficos, climáticos y estructurales.

En general, el cuadro presenta que del total de encuestados el 54.5% presenta un grado de dificultad para acceder a los servicios de salud. Dicha situación es más evidente en las provincias de Panamá Oeste, Colón, Coclé, Veraguas y Herrera; donde ninguno de los encuestados refirió tener facilidad de acceso y las respuestas se dividen mayormente entre “difícil” y “muy difícil”.

Realizando una visualización de las provincias antes mencionadas, del 12.5% (14) pertenecientes a la provincia de Colón, 8.1% (9) presenta dificultades; en Coclé, del 4.5% (5), el 2.7% (3); en Veraguas, del 6.3% (7), el 3.6%; y en la provincia de Herrera la única respuesta brindada refería tener dificultad para acceder a los servicios de salud.

De manera que, las provincias del interior del país tienen una realidad más preocupante, esto relacionado con que son áreas distantes y rurales, con frecuencia de difícil acceso, donde el transporte no está adaptado y las instituciones de salud tienen una cartera de servicios de baja complejidad que dificultan una atención de calidad y completa de acuerdo con las necesidades de la población con discapacidad en la movilidad.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011), las zonas del interior del país son altamente vulnerables por condiciones adversas que enfrentan relacionadas con el ambiente físico del lugar donde viven y que frecuentemente no cuentan con los recursos necesarios para su inserción en las actividades de la sociedad y el acceso a los servicios que necesitan.

Además, como pudo detectarse en el informe PENDIS realizado por la Secretaría Nacional de Discapacidad (2006), el poco desarrollo urbano a lo interno del territorio nacional, también suele ser una limitante, pues si aún en la capital las desigualdades son grandes, en las demás provincias la falta de infraestructura adaptada y accesible es mayor.

De manera que, el primer obstáculo con el que se encuentran las personas que viven en estas áreas son las distancias, la dispersión residencial, la lejanía de los servicios y el aislamiento;

lo que aporta una dificultad mayor porque para casi todo lo que debe hacer una persona, necesita desplazarse.

Por otro lado, a lo interno del país es recurrente la invisibilidad social, y la persona permanece alejada de las oportunidades, los recursos y servicios, existiendo una tendencia a la pobreza, desatención, abandono y exclusión social. Así también, la accesibilidad a la información es limitada, en algunas zonas no cuentan con energía eléctrica, red de internet, computadoras o teléfonos, y con frecuencia se les dificulta obtener la información que necesitan (Charroalde & Fernández, 2013).

Finalmente, todos estos factores, entre muchos otros, se manifiestan como una circunstancia limitante, que forma parte constante de la vida de las personas con discapacidad que residen en estas provincias. Estos factores, demuestran la falta de criterios claros en materia de accesibilidad y sugiere la necesidad de modificar entornos que permitan la inserción y participación social de las personas con discapacidad en la movilidad, disminuyendo las secuelas de inaccesibilidad.

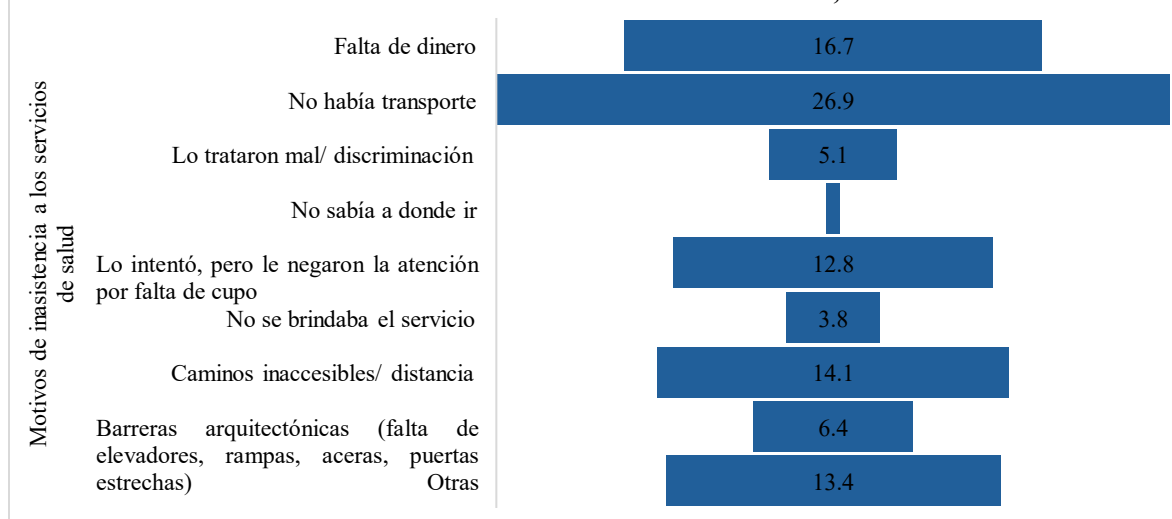
TABLA 15. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD SEGÚN MOTIVOS DE INASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.

Motivos de inasistencia a los servicios de salud	Nº	%
TOTAL	156	100
Falta de dinero	26	16.7
No había transporte	42	26.9
Lo trataron mal/ discriminación	8	5.1
No sabía a donde ir	1	0.6
Lo intentó, pero le negaron la atención por falta de cupo	20	12.8
No se brindaba el servicio	6	3.8
Caminos inaccesibles/ distancia	22	14.1
Barreras arquitectónicas (falta de elevadores, rampas, aceras, puertas estrechas)	10	6.4
Otras	21	13.4

Nota. El porcentaje total es elevado debido a que la pregunta realizada era de opción múltiple.

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

FIGURA 15. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA MOVILIDAD SEGÚN MOTIVOS DE INASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE - DICIEMBRE, 2024.



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

En base a los resultados obtenidos en el presente cuadro, se puede observar que la falta de transporte accesible, la falta de dinero y los caminos inaccesibles, son las tres principales causas por las que las personas con discapacidad en la movilidad no asisten a los servicios de salud.

El transporte público como una barrera, representa la principal razón por la cual los encuestados no asisten a las instituciones de salud, siendo un 26.9% (46) quienes señalan la falta de un transporte público accesible.

Al contrastar estos resultados con la literatura existente, se sustenta el hecho de que en la actualidad el transporte es una de las principales limitaciones para que las personas con discapacidad puedan vivir dignamente y acceder a servicios como la salud, el empleo y la educación, restringiendo su libre desplazamiento y afectando su calidad de vida. Esto, aunado al hecho de que en la mayoría de los países el sistema de transporte público no está diseñado siguiendo parámetros de accesibilidad universal.

Según D'Otero et al. (2017), los sistemas de transporte públicos (buses, taxis, metro, entre otros), se consideran eficaces teniendo en cuenta su capacidad para satisfacer las necesidades

de las personas en materia de participación social, siendo así que un sistema de transporte no accesible ni adaptado profundiza los procesos de exclusión social. Pues, para las personas en situación de discapacidad el transporte público accesible es una necesidad que constituye un factor fundamental en su participación activa en la sociedad, limitando su independencia.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, un sistema de transporte público accesible debe considerar todos los posibles problemas a los que pueden verse enfrentados los usuarios no solo físicamente, sino garantizando que sepan cómo utilizarlos y tengan la información completa para que su desplazamiento sea posible.

Por lo tanto, tener acceso a un sistema de transporte que pueden utilizar cómo y cuándo lo necesiten, estando informados sobre los servicios que brindan, sobre cómo utilizarlos y tener los medios para pagarlos (Restrepo, 2019).

En cuanto a la falta de dinero, como expone Ríos (2013), “existe un vínculo directo entre la pobreza y la discapacidad”. Los resultados obtenidos reflejan que un 16.7% (26) de los encuestados refieren que la falta de dinero es otra de las barreras significativas para poder recibir la atención que necesitan.

Según el Banco Mundial (2022), en 1 de cada 5 hogares en situación de pobreza extrema vive una persona con discapacidad, 1 de cada 2 personas con discapacidad no participan en el mercado laboral y aquellos que lo hacen ganan entre 6 y 11% menos por el mismo empleo que los otros trabajadores, teniendo en consecuencia menores ingresos. Esta vulnerabilidad económica aumenta cuando las personas con discapacidad viven en áreas rurales, en un hogar indígena o con un solo jefe del hogar,

De acuerdo con esto, adquiere sentido el término “La discapacidad empobrece”, pues con frecuencia las personas en situación de discapacidad se ven atrapadas en la inequidad y la pobreza como consecuencia de la discriminación social y física que viven día a día. Además, se ven enfrentados a un mayor costo de vida por su necesidad de tratamientos continuos, compra de medicamentos, y el acceso limitado a empleo por la falta de oportunidades.

En tercer lugar, se presentan los caminos inaccesibles y distancias de las instituciones de salud, con 14.1% de respuestas obtenidas por parte de los encuestados. Estos datos reflejan que ciertamente la falta de veredas, calles pavimentadas y la desigualdad geográfica en áreas

rurales y urbanas, representan un problema crítico para las personas con discapacidad en la movilidad.

Otra situación crítica se ve en el 12.8% de los encuestados que sugieren que intentaron acceder a las instituciones de salud, pero les negaron la atención por falta de cupo. Esto sugiere una deficiencia significativa en el sistema de salud para dar respuesta a la demanda de servicios de la población, lo que representa una problemática a corto y largo plazo, esto relacionado a que la falta de atención en salud puede conducir a complicaciones y aparición de enfermedades secundarias o comorbilidades.

Finalmente, todos estos datos reflejan la necesidad de priorizar en la implementación de políticas públicas que les permitan a las personas en situación de discapacidad en la movilidad ejercer sus derechos sin barreras, y poder acceder a un sistema de salud de calidad.

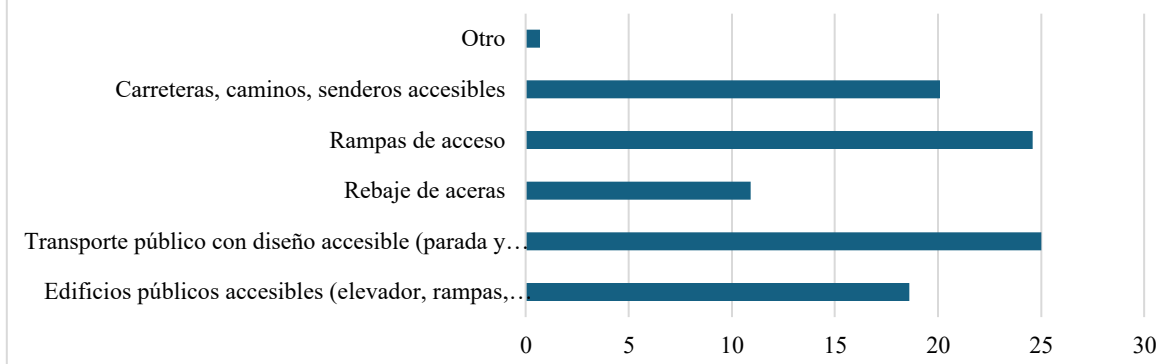
TABLA 16. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN ADAPTACIONES QUE NECESITAN EN LA COMUNIDAD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE – OCTUBRE 2024.

Adaptaciones que necesitan en la comunidad	Nº	%
TOTAL	284	100
Edificios públicos accesibles (elevador, rampas, puertas anchas).	53	18.6
Transporte público con diseño accesible (parada y buses).	71	25.0
Rebaje de aceras	31	10.9
Rampas de acceso	70	24.6
Carreteras, caminos, senderos accesibles	57	20.1
Otro	2	0.7

Nota. El porcentaje total es elevado debido a que la pregunta realizada era de opción múltiple.

Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

FIGURA 16. PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN ADAPTACIONES QUE NECESITAN EN LA COMUNIDAD. PANAMÁ. SEPTIEMBRE – OCTUBRE 2024



Nota. Encuesta realizada Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.

La accesibilidad universal es una característica básica con la que debe contar una comunidad o un entorno construido. Dicha característica debe posibilitar la entrada, salida y participación de las personas con discapacidad física en diferentes actividades (López, 2016).

En el presente cuadro, se analizan las diferentes adaptaciones que los encuestados refieren necesitar en la comunidad donde residen. Estas incluyen edificios públicos accesibles, transporte público con diseño accesible, rebaje de aceras, rampas de acceso, carreteras, caminos, senderos accesibles y otros.

En primer lugar, se puede observar que el transporte público con diseño accesible presenta el 25.0% (71) de respuestas y se constituye como la adaptación que más necesitan los encuestados, seguido de las rampas de acceso con 24.6% (70) y las carreteras, caminos y senderos accesibles con 20.1% (53).

Con estos datos, se respalda la información obtenida sobre los motivos por los cuales los encuestados no pueden acceder a los servicios de salud, esto debido a que el sistema de transporte en América Latina es deficiente y no está adaptado a las necesidades de toda la población. La falta de autobuses con rampas, paradas accesibles y espacios designados para aquellos en sillas de ruedas representa barreras que afectan el desplazamiento e independencia de las personas con discapacidad física.

Por su parte, en lo que se refiere a las rampas de acceso, esta se considera una de las barreras arquitectónicas más comunes que refleja lo inadecuada que es la planificación de los entornos urbanos, que no toman en cuenta los criterios de accesibilidad universal. Del mismo modo, ciudades como Panamá que tienen una gran cantidad de ingresos anuales, aún tienen infraestructura inutilizable y excluyente que obliga a las personas con discapacidad física a depender de otros para moverse.

Sumado a esto, los caminos inaccesibles es una problemática que descalifica los entornos nacionales, pues afecta los derechos humanos al restringir la circulación de este grupo de población.

De manera que, cobra sentido lo expuesto por la Clasificación Internacional de Discapacidad, cuando refieren que la discapacidad es la suma de la condición de salud que presenta la persona y los factores físicos y sociales que componen su entorno (Lotito & Sanhueza, 2011). Por lo tanto, los caminos rocosos, áreas sociales sin rampas y pasamanos, así como los autobuses sin espacio suficiente y rampas, constituyen la realidad de las comunidades a nivel nacional, creando un entorno discapacitante y haciendo aún más evidente la necesidad de un plan estratégico que pueda abordar todos estos factores que no solo afectan la accesibilidad a los servicios de salud, sino también la calidad de vida de las personas con discapacidad en la movilidad.

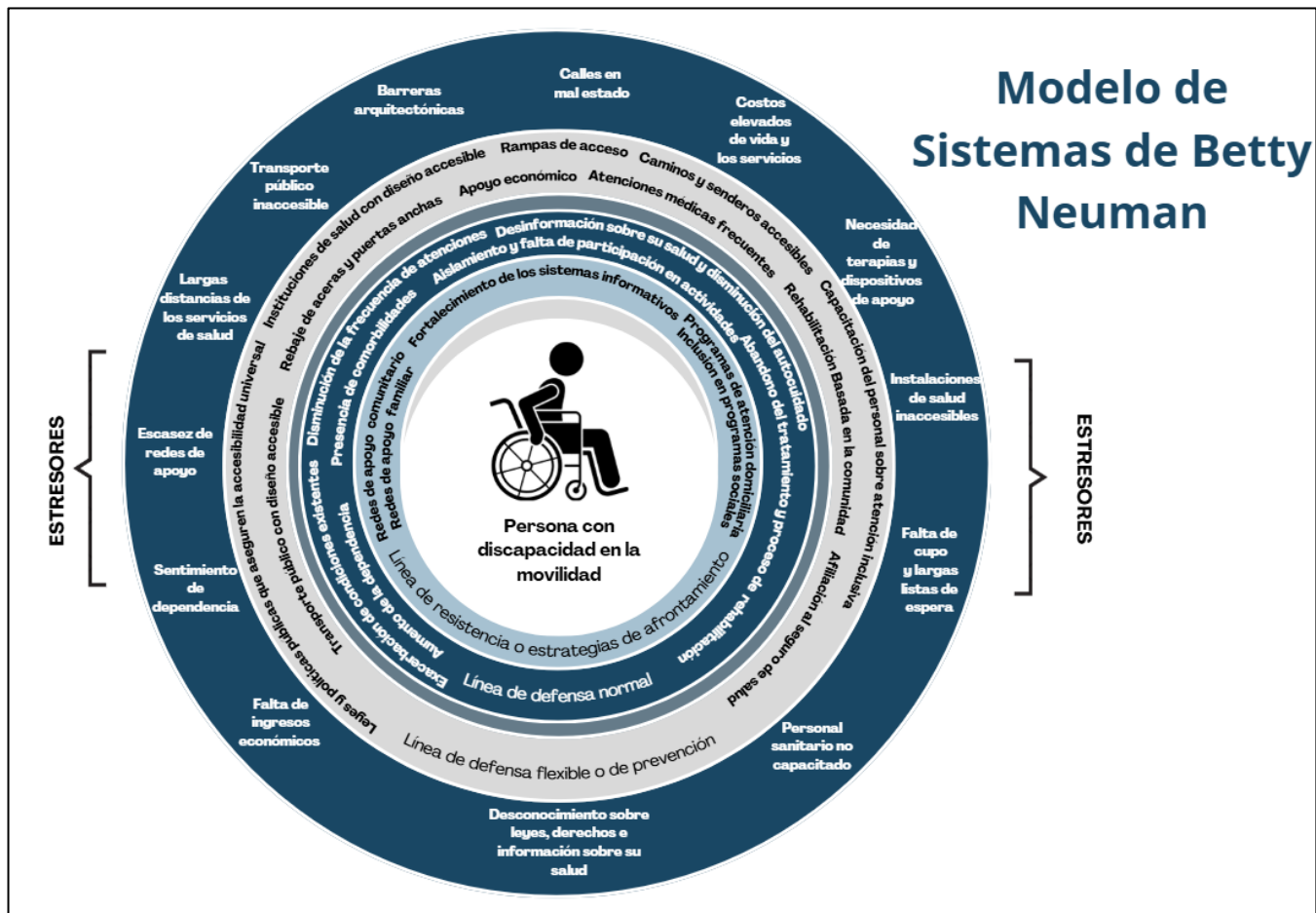
4.2. Aplicación de la teoría de Enfermería en el fenómeno estudiado

En el tema discapacidad y accesibilidad a los servicios de salud, el modelo de sistema de Betty Neuman puede ser ampliamente desarrollado, ya que abarca los 4 metaparadigmas de Enfermería (persona, entorno, enfermería y salud).

Betty Neuman señala que con este modelo es posible visualizar a la persona o paciente como un sistema abierto que está constantemente en interacción con el entorno. Este cliente o paciente, está formado por características internas y externas que componen su estructura de vida, pues la persona se forma de un conjunto de variables y desarrolla líneas de defensa o resiliencia para afrontar los estresores que ponen en riesgo su sistema (Hannoodde & Dhamoon, 2023).

En este caso, el fenómeno estudiado abarca todas las barreras o factores que les impide a los encuestados acceder a los servicios de salud, ya sean arquitectónicos, económicos, sociales, culturales; pero que de alguna u otra forma influyen en su bienestar y calidad de vida.

En la siguiente página se presenta una adaptación del modelo de Betty Neuman aplicado al fenómeno encontrado.



Nota. Diagrama realizado por Nicole De León, Estudiante de IV año. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá. Septiembre - diciembre, 2024. Adaptado del modelo de sistemas de Betty Neuman.

De acuerdo con el diagrama adaptado del modelo de Betty Neuman, con sustento en los datos obtenidos, se puede observar en el núcleo a la persona, las tres líneas de defensa que lo rodean (línea de resistencia, línea de defensa normal, línea de defensa flexible) y los factores estresores. Esto, basado en como los distintos factores estresores y las líneas de defensa débiles que tiene la población con discapacidad en la movilidad, afectan la estabilidad de su sistema y sus mecanismos de afrontamiento para mantener un estado completo de bienestar.

Primeramente, se encuentran los factores estresores, estos pueden ser intrínsecos o extrínsecos, pero ambos generan una desestabilidad en la persona. En el caso de las personas con discapacidad en la movilidad encuestadas, incluyen las largas distancias, falta de transporte accesible, instituciones con infraestructura no adaptada, falta de ingresos económicos y altos costos de la vida, personal no capacitado, caminos y calles en mal estado, necesidad de asistencia y dispositivos de apoyo, entre otros factores mencionados.

Por consiguiente, se observa la primera línea de defensa flexible, en esta se encuentran los factores preventivos para que no se afecte el estado normal de la persona o su estado de bienestar. Incluye aspectos como instituciones de salud con diseños accesibles, leyes y políticas que respalden los derechos de accesibilidad de las personas con discapacidad en la movilidad, transporte público con diseño accesible, capacitación del personal en atención inclusiva, Rehabilitación Basada en la comunidad para las personas que viven en áreas rurales, entre otras.

En la segunda línea, se presenta el caso de la mayor parte de los encuestados, el estado actual considerando que la primera línea de defensa ha fallado. Si la primera línea de defensa no es fuerte, es imposible mantener el equilibrio, el estado de la persona se ve afectado y es necesario pasar a una tercera línea de defensa o afrontamiento. En esta segunda línea se ha visto afectado el estado de salud de la persona, ha aumentado su dependencia, se presentan mayormente comorbilidades y su condición de salud se ve exacerbada, así como también están desinformados y ha disminuido su autocuidado.

De esta manera, se llega a la tercera línea de defensa, en esta se resaltan las estrategias de afrontamiento necesarias resistir o enfrentar los factores estresantes, esto incluye el apoyo económico, familiar y comunitario, las alternativas para recibir atención en salud como lo son las visitas domiciliarias cuando la persona no pueda acceder a la institución, la utilización

de los medios informativos para que puedan conocer todos los aspectos sobre su salud, así como el desarrollo de nuevas políticas y leyes de accesibilidad universal.

Siendo así, se pueden observar los 4 metaparadigmas de Enfermería:

- Persona: las personas con discapacidad en la movilidad que requieren los servicios de salud.
- Entorno: todos los factores o barreras que pueden influir en la forma que acceden a los servicios de salud.
- Salud: su estado completo de bienestar que se puede ver afectado debido a los estresores o factores internos y externos.
- Enfermería: las intervenciones que pueden proponerse para fortalecer las líneas de defensa y disminuir las afectaciones de los estresores en la persona.

Por último, se debe resaltar el papel indispensable que tiene Enfermería en el tema discapacidad. Es responsabilidad de la enfermera tener en cuenta la situación de vida que enfrenta este grupo de población y diseñar intervenciones que puedan mejorar ciertos aspectos, como lo son la capacitación del personal de salud en materia de discapacidad, la creación de programas de atención móvil, la formulación de nuevas políticas de infraestructura y transporte accesible y la mejora en la cobertura de atención en salud; procurando que a largo plazo exista una mejora en inclusividad para las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

CONCLUSIONES

En el transcurso de esta investigación, se abrió un camino hacia el conocimiento de los factores que inciden en la atención en salud de las personas con discapacidad en la movilidad en Panamá. Dentro de esta, se pudo conocer no solo aquellos factores, sino también aspectos significativos que afectan a este grupo de población como lo son las instituciones de salud, el área de residen ya sea urbana o rural, el apoyo social familiar y económico.

Respondiendo a los objetivos de la investigación, se pudo determinar que:

- Las principales barreras que inciden en la atención en salud de las personas con discapacidad son el transporte, el factor monetario y el diseño de las infraestructuras, carreteras y comunidades, siendo el transporte por el cual se ven mayormente afectados. Además, la perspectiva que tienen las personas sobre el grado de dificultad para realizar diversas actividades, entre estas acceder a los servicios de salud, es una situación preocupante y que requiere mayor profundidad de estudio. La exclusión y afectación de los derechos se ha vuelto una normalidad para las personas en situación de discapacidad en la movilidad, pudiendo estar relacionado a que es su diario vivir enfrentarse a situaciones difíciles y un limitado acceso a los servicios que necesitan.
- Por otro lado, pudo comprobarse que, en el caso de las personas con discapacidad, el uso que dan a las instalaciones de salud es generalmente en aquellas de primer nivel, es decir que mayormente obtienen atenciones de baja complejidad, estando esto relacionado a la falta de instituciones con especialistas en las áreas rurales, la dificultad para movilizarse largas distancias, la dificultad de transporte y la falta de recursos para costearlos.
- Los datos demuestran que la mayor parte de los encuestados tiene una dificultad significativa para cuidar de su salud y recibir las atenciones que necesita. Hay inaccesibilidad a servicios, a información, a recursos y por ende a una buena calidad de vida. Siendo así, este estudio es una base que demuestra la necesidad crítica de analizar las políticas existentes, de trabajar en la sensibilización y abordar con un enfoque integral todas aquellas barreras que interfieren en la independencia de este grupo de población, creando la discapacidad y afectando su bienestar.
- En cuanto a la aplicación de la Teoría de Enfermería, el Modelo de Sistemas de Betty Neuman proporciona una perspectiva funcional de las barreras como estresores que

pueden afectar la estabilidad de la persona si no se tienen fuertes líneas de defensa. Por lo tanto, esta teoría, proporciona un marco de referencia para el estudio de las personas en situación de discapacidad desde la perspectiva del cuidado holístico en Enfermería, que permita trabajar en la minimización de barreras y una atención inclusiva.

- Finalmente, los hallazgos de la investigación representan una base de datos concretos que, una vez entregados a los tomadores de decisiones, serán de utilidad para el diseño de políticas, estrategias y programas sociales que mejoren la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud; contribuyendo a su vez al desarrollo de un marco normativo que regule el cumplimiento de los derechos de las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

RECOMENDACIONES

- Continuar con las investigaciones en materia de discapacidad por medio de la investigación y evaluación continua para realizar adaptaciones oportunas en políticas y programas, teniendo en cuenta las necesidades de la población con discapacidad.
- Realizar estudios con una muestra más amplia, que puedan fortalecer la investigación existente, abarcar otras zonas del país y proporcionar información más profunda sobre las barreras que afectan a este grupo de población.
- Estudiar a mayor profundidad las diferencias que existen entre las áreas urbanas y rurales del país para determinar los desafíos específicos que enfrentan en cada una y comprender sus experiencias mediante datos cualitativos.
- Debido a que la mayor parte de las barreras detectadas en este estudio son estructurales, a futuro sería necesario estudiar a mayor profundidad las barreras sociales y actitudinales que en la actualidad representan una importante limitante y afectación a la dignidad de las personas en situación de discapacidad en la movilidad.
- Incluir otras teorías en el desarrollo de próximas investigaciones para dar un enfoque desde otra perspectiva, lo que permita dar fortaleza a los datos y mejorar la calidad de la investigación realizada.
- Ampliar la investigación sobre estudios internacionales y en América Latina para identificar con el paso de los años como evolucionan las necesidades de la población con discapacidad en la movilidad y en base a esto tomar decisiones para el desarrollo de nuevos programas y políticas.
- Fortalecer la investigación de tendencias como la Rehabilitación Basada en la comunidad para motivar su implementación en el país, sobre todo en las áreas de difícil acceso.
- Presentar a las autoridades encargadas de la toma de decisiones en materia de discapacidad, el estudio realizado con la finalidad de aportar en el desarrollo futuro de políticas, programas y estrategias de accesibilidad universal y cobertura de salud para las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, M. (2010). Acercamiento a la siniestralidad laboral desde una perspectiva de género. En Instituto Nacional de Seguridad E Higiene En el Trabajo Coordinación de Información y Observatorio. <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Acercamiento+a+la+siniestralidad+la+boral+desde+una+perspectiva+de+g%C3%A9nero.pdf/302df31c-b56d-445d-bccb-2f8dbebdc930?t=1560048958064>
- Ahmad, N. A., Kasim, N. M., Mahmud, N. A., Yusof, Y. M., Othman, S., Chan, Y. Y., Razak, M. A. A., Yusof, M., Omar, M., Aziz, F. A. A., Jamaluddin, R., Wong, N. I., & Aris, T. (2017). Prevalence and determinants of disability among adults in Malaysia: results from the National Health and Morbidity Survey. *BMC Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4793-7>
- Alligood, M. (2021). *Nursing Theorists and Their Work*. Mosby.
- Alonso, F. (2007). Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal. *Trans*, 11. <https://doi.org/10.24310/trans.2007.v0i11.3095>
- Álvarez, G. (2023). El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad. En *Organización de las Naciones Unidas*. <http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2023/02/el-capacitismo.pdf>
- Armas-González, Eilín, Mosquera-Escobar, Mariela, Alvarez-González, Katerinne, García-Otero, Madelen, Núñez-Hernández, Dianelys, & Carbó-Ordaz, Aymée Lucía. (2022). Relación del ácido fólico y los defectos del tubo neural en ratas Wistar. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 26(3). Epub 01 de mayo de 2022. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000300012&lng=es&tlng=es.
- Arrázola, F. J. L., Pérez, O. D., Sannino, C., & De la Eranueva, R. M. (2014). La atención sanitaria a las personas con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 151-164. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.02.01.08>

- Asociación Española de Normalización. (2018). *Accesibilidad al Patrimonio Cultural Inmueble Criterios generales y metodología* (Patent N.º 41531). Comité Técnico. https://observatorio2030.com/sites/default/files/2019-06/UNE_415312018.pdf
- Banco Mundial. (2022). Rompiendo barreras - Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe. En *World Bank*. <https://www.bancomundial.org/es/region/lac/publication/rompiendo-barreras>
- Bernal, C. A. (2010). Metodología de la investigación. En Pearson Educación eBooks.
- Bolaños, M. (2022). Principio de accesibilidad: discapacidad, políticas públicas y derechos humanos. *Revista de los Derechos Humanos y de la Naturaleza*. <https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/andares/article/view/3827/3777>
- Botero, P. (2012). Discapacidad y estilos de afrontamiento: Una revisión teórica. *Vanguardia Psicológica*, 3(2), 196-214. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815156.pdf>
- Campos, C., Benítez, C., Cifras, F., & Sojo, F. (2016). *Estudio de accesibilidad en transporte público para personas con movilidad reducida (pmr)*. <https://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2017/02/estudio-de-accesibilidad-en-transporte-p%C3%9Ablico-para-personas-con-movilidad-reducida-regi%C3%93n-del-libertador-bernardo-ohiggins-rancagua.pdf>
- CDC. (2024, 15 mayo). *About Men and Stroke*. Stroke. <https://www.cdc.gov/stroke/about/men-and-stroke.html>
- Cejudo, M. (2023). Calidad en instituciones sanitarias públicas y privadas. *Scielo*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000200017
- Centeneo, B. (2018). Los servicios públicos de salud en la república de panamá: lo que hay que cambiar para mejorar la calidad. <https://revistas.unachi.ac.pa/index.php/pluseconomia/article/view/43>
- Center For Disease Control And Prevention. (2020). *Afecciones relacionadas | Las discapacidades y la salud*. CDC. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/relatedconditions.html>

- CERMI. (2012). El envejecimiento de las personas con discapacidad. *Hospital Hostelero: Equipamiento Sociosanitario*.
http://riberdis.cedd.net/bitstream/11181/4275/1/El_envejecimiento_personas_con_discapacidad.pdf
- Charroalde, J., & Fernández, D. (2013). La discapacidad en el medio rural. *Riberdis*.
<http://riberdis.cedd.es/bitstream/handle/11181/3613/La%20discapacidad%20en%20el%20medio%20rural.pdf?sequence=1&rd=0031578894650538>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Redalyc*, 14, 00.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2004). *Normas uniformes: sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*.
- Comisión Permanente de ISEK. (2022). Estrategia de accesibilidad universal en Euskadi. *Consejo Vasco Para la Promoción de la Accesibilidad*.
https://bideoak2.euskadi.eus/2020/02/04/news_60040/ESTRATEGIA__Accesibilidad.pdf
- Constitución Política de la República de Panamá. Ley 15 de 2016. (Panamá).
- Cordero, R. A. (2021). Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. *Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero I*. <https://www.redalyc.org/journal/3873/387368391031/html/>
- Cubillos Alzate, J., & Perea Caro, S. (2020). *Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad -PCDI Oficina de Promoción Social I-2020*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidadI-2020.pdf>
- D'Agostino, M., Marti, M. C., Jaime, F., & Saiso, S. G. (2022). Sistemas de información para la salud: un análisis del diseño desde la perspectiva de las políticas públicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.35>

- D'Otero, J., Díaz, L., & Peña, N. (2017b). Patrones de viaje y problemas de accesibilidad de personas en situación de discapacidad en Tunja. *Revista Lasallista de Investigación*, 14(2), 20-29. <https://doi.org/10.22507/rli.v14n2a2>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2017). *Colombia - Encuesta multipropósito - EM 2017*. <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/565/variable/F38/V3579?name=N PCHP4>
- Ding, W., Hu, S., Wang, P., Kang, H., Peng, R., Dong, Y., & Li, F. (2022). Spinal Cord Injury: The Global Incidence, Prevalence, and Disability from the Global Burden of Disease Study 2019. *Spine*, 47(21), 1532-1540. <https://doi.org/10.1097/brs.00000000000004417>
- Dunn, N., & Sarmiento, I. (2014). *Guía de orientación para el docente que atiende estudiantes con discapacidad motora*. <https://repositorio2.udelas.ac.pa/bitstreams/90323221-ca4a-486b-bbb8-17a7917abb8b/download>
- Espín, M. P. B., & Acurio, e. F. V. (2021). Calidad del cuidado enfermero en personas con discapacidad en el contexto de América Latina. *Enfermería Investiga (En Línea)/Enfermería Investiga*, 6(5), 58-65. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i5.1011.2021>
- Gallego, C. F., Isern, M. T. I., & Segura, A. M. P. (2008). Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Edicions Universitat Barcelona.
- Gómez, E. G. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6). <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000500008>
- Gómez-Perea, C. A., Pasos-Revelo, L. M., González-Rojas, T., & Arrivillaga, M. (2018). *Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia)*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81759552004>

- Groce, N. E., Banks, L. M., & Stein, M. A. (2014). Surviving polio in a post-polio world. *Social Science & Medicine*, 107, 171-178. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.024>
- Hannoodde, S., & Dhamoon, A. S. (2023, 17 julio). *Nursing Neuman Systems Model*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560658/>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN* (6.a ed.). McGraw Hill Mexico.
- Herrera, G. R., Zamora, E. F., Sánchez, P. A. C., & Meléndez, R. M. O. (2018). Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. *Enfermería Universitaria*, 4(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.1.470>
- Hidalgo, J., Mena, M., & Mejía, V. (2022). Barreras y facilitadores en la atención primaria de salud en personas con discapacidad física. *Scielo*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000200007
- INEC. (2011). *Situación de las personas con discapacidad en Panamá*. <https://www.inec.gob.pa/redpan/sid/docs/documentos%20tematicos/Atlas%20social%20de%20Panama/08%20-%20Situaci%C3%B3n%20de%20las%20personas%20con%20discapacidad%20en%20Panam%C3%A1.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2011). *Definiciones y explicaciones*. <https://www.inec.gob.pa/archivos/P3591Definiciones.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2011). Situación de las personas con discapacidad en Panamá. En *Atlas Social de Panamá*.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2023). *CENSO*. INEC.gob.pa. <https://www.inec.gob.pa/>
- Kleinsteinuber, K., Avaria, M., & Varela, X. (2014). Parálisis Cerebral. *Revista Pediatría Electrónica*, 11(2). https://www.academia.edu/download/44362876/6_PARALISIS_CEREBRAL.pdf

- Lema, C. P. H., & Rodríguez, A. V. A. (2020). Discapacidad y determinantes sociales de la salud en personas con enfermedad cerebrovascular, San Juan de Pasto (Colombia). *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública*, 38(1), 1-15. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v38n1e336697>
- López, F. A. (2016). La accesibilidad en evolución: la adaptación persona-entorno y su aplicación al medio residencial en España y Europa. *TDX (Tesis Doctorals En Xarxa)*. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_385208/fal1de1.pdf
- Lotito, F., & Sanhueza, H. (2011). Discapacidad y barreras arquitectónicas: Un desafío para la inclusión. *AUS*, 9, 10-13. <https://doi.org/10.4206/aus.2011.n9-03>
- Lozano, E. B. (2004). Envejecimiento y discapacidad: una aproximación al caso español desde la perspectiva del bienestar social. *Alternativas Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 139. <https://doi.org/10.14198/altern2004.12.7>
- Maita, L. (2024). *Discapacidad física*. Discapnet. <https://www.discapnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-fisica>
- Mejía, L., & Muñoz, D. (2016). *Discapacidad asociada a los accidentes de tránsito, desde una perspectiva global*. <https://repository.ces.edu.co/items/78ec1380-2625-4458-a9d2-3d2f2f1175a8>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2024). *Programa Ángel Guardián*. <https://www.mides.gob.pa/ptmc/programa-angel-guardian/>
- Nussbaum, M. C. (2007). Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión. . <https://chicagounbound.uchicago.edu/books/144/>
- OMS. (2012). Guía para la rehabilitación basada en la comunidad. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Introducci%F3n_spa.pdf;jsessionid=D03F3B4DA973D724D8854BF4FD937A37?sequence=42
- OPS. (2020). Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-organizacion-panamericana-salud-2020-2025>

- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (1999). Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de las Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2019). Ciudades incluyentes para personas con discapacidad. ONU-HABITAT. <https://onu-habitat.org/index.php/ciudades-incluyentes-para-personas-con-discapacidad>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales*. http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/123456789/1136/1/II_NU_ConvencionDeRechosDiscapacidad.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Declaración universal de Derechos Humanos. Aegitas.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. *Ginebra: Banco Mundial*, 27. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-33154>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2011). Sexo y género. *Taller Sobre Género, Salud y Desarrollo: Guía Para Facilitadores*. <https://www3.paho.org/Spanish/AD/GE/Workshopsp-Module1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Discapacidad*. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%20son,de%20condiciones%20con%20los%20dem%C3%A1s>.
- Ortiz, M. C., Del Carmen Pérez Rodríguez, M., & Río, C. J. (2010). Enfermería y discapacidad: una visión integradora Nursing and disability: An integrated vision. *DOAJ (DOAJ: Directory Of Open Access Journals)*. <https://doaj.org/article/cc24f06193544232a8848b29a5a69707>

- Pan American Health Organization. (2024). *Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores*. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/ciudades-comunidades-amigables-con-personas-mayores>
- Pastor, R. T. (2011). Planificación y programación de operaciones. *Revista Perspectivas/Perspectivas*, 28, 7-32. <https://www.redalyc.org/pdf/4259/425941257002.pdf>
- Peláez, S. M. (2017). ¿Qué busca el Estado con una política pública? Dinámica de las políticas públicas y los valores entre las instituciones estatales. *IUSTA*, 1(46). <https://doi.org/10.15332/s1900-0448.2017.0046.03>
- Perdigon, C. (2024). Motivo de consulta. *SaludData*. <https://saluddata.com/motivo-de-consulta/>
- Pérez, J., & Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología/Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357. <https://doi.org/10.1174/021093907782506434>
- Poll, A. O. (2013). Discapacidad, accesibilidad y espacio excluyente: una perspectiva desde la Geografía Social Urbana. *Treballs de la Societat Catalana de Geografia/Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, 61, 326-343. http://riberdis.cedd.net/bitstream/11181/3954/1/discapacidad_accesibilidad_espacio_excluyente.pdf
- Porrá, L. (2024). Impacto de los factores ambientales físicos en la movilidad funcional en sillas de ruedas de un niño en el recorrido de su casa a la escuela [Tesis de licenciatura, Universidad del Gran Rosario]. https://rid.ugr.edu.ar/bitstream/handle/20.500.14125/1106/Inv.%20D-876%20tesina.pdf_A.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=chatgpt.com
- Quezada, Y., & García, M. (2017). Las personas con discapacidad residentes en el medio rural: situación y propuestas de acción. *Observatorio Estatal de la Discapacidad*. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/5438>

- Quirantes, A. (2024). Accidente cerebrovascular: ¿Qué métodos usar para la rehabilitación? *CUBAHORA*. <https://www.cubahora.cu/blogs/consultas-medicas/accidente-cerebrovascular-que-metodos-usar-para-la-rehabilitacionquestion>
- RAE. (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*.
- Restrepo, J. (2019). Análisis de la accesibilidad en el transporte público para personas con discapacidad en la ciudad de Medellín. <https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/handle/20.500.12746/3518>
- Ríos, B. M. (2013). Pobreza, discapacidad y derechos humanos. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 9-32. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.01.01.01>
- Rivello, A. (2024). El acceso a la salud de las personas con discapacidad: reflexiones desde Atención Primaria. *Revista Digital de Trabajo Social*. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/44886/44987>
- Ropper, A. H., & Samuels, M. A. (2017). *Adams y Victor Principios de neurología*.
- Sánchez-Torres, D. A. (2017). *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud**. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/html/>
- Santos, D. B. C. D., Vázquez-Ramos, V., Da Costa Cunha Oliveira, C., & Arellano, O. L. (2019). Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(2), 1-20. <https://doi.org/10.11600/1692715x.17206>
- Secretaría Nacional de Discapacidad [SENADIS]. (2020). Política Nacional de Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2020-2030. https://www.senadis.gob.pa/documentos/POLITICA-NAL-20-30/PoliticaNacional_PcD-PARTE_II.pdf
- Secretaría Nacional de Discapacidad. (2006). Informe PENDIS. <https://www.senadis.gob.pa/documentos/vitacora/informe-pendis.pdf>
- SENADIS. (2023). *Manual de acceso*. <https://www.senadis.gob.pa/documentos/DOCS-2023/06-MAN-ACCESO-V4.pdf>

- Simonetti, A. B., Accesible, C. C., Weber, P. P., & Fernández, P. S. (2010). Manual de accesibilidad universal: ciudades y espacios para todos.
- Tamayo, R. E. A., & Vasquez-Trespacios, E. M. (2022). Accidentes de trabajo con pérdida de capacidad laboral: Características de siniestros calificados por una administradora de riesgos laborales. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 11(1). <https://doi.org/10.18041/2322-634x/rcso.1.2021.6485>
- Tapia, Julieta de, Encina, Romina, Piangatelli, María del Cielo, Pirola, Julieta, González, Gisela Paula, & Moscoso, Nebel Silvana. (2023). Barreras al acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores. *Gerokomos*, 34(3), 183-187. Epub 04 de marzo de 2024. Recuperado en 01 de julio de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000300006&lng=es&tlng=es.
- Tirado, A. G. (2022). Frecuencia de atenciones realizadas en el servicio de medicina general, según sexo, en el distrito de Villa El Salvador, Lima-Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 22(2), e1586. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n2.09>
- Toboso, M. (2021). Afrontando el capacitismo desde la diversidad funcional. *Dilemata*, 36. <https://philpapers.org/rec/TOBAEC>
- UNICEF. (2021). *Modelo Social y Políticas de la discapacidad*. [https://www.unicef.org/nicaragua/media/8476/file/Dosier%20Curso%20I%20I%20\(1\).pdf.pdf](https://www.unicef.org/nicaragua/media/8476/file/Dosier%20Curso%20I%20I%20(1).pdf.pdf)
- Universidad de los Andes Venezuela. (2020). *Conceptos y definiciones de población y vivienda*. http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblaci%C3%B3n_vivienda.html#:~:text=Lugar%20de%20residencia%20habitual%3A%20Es,presentes%20al%20momento%20del%20Censo.
- Valencia - Picazo, D. (2023). Niveles de atención en la salud. *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa2/article/download/10421/9966/>

- Vélez, M. C. R., & Bravo, K. L. M. (2020). Rol de familias en el cuidado de personas con discapacidad física atendidos en la unidad de salud San Valentín de la ciudad de Lago Agrio. *RECIMUNDO*, 4(3), 215-229. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.215-229](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.215-229)
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>
- Wolbring, G. (2008). Is There an End to Out-Able? Is There an End to the Rat Race for Abilities? *M/C Journal*, 11(3). <https://doi.org/10.5204/mcj.57>
- World Bank. (2018). *Lograr una cobertura sanitaria universal en 2030*. <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2018/12/07/lack-of-health-care-is-a-waste-of-human-capital-5-ways-to-achieve-universal-health-coverage-by-2030>
- World Health Organization. (1947). *Constitution of the World Health Organization: Signed at the International Health Conference, New York, 22 July 1946*.
- World Health Organization. (2017). Model Disability Survey (MDS) Survey Manual.
- World Health Organization. (2023, 13 diciembre). *Traumatismos causados por el tránsito*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- World Health Organization: WHO. (2023). *Discapacidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- World Health Organization: WHO. (2024, 16 abril). *Lesión de la médula espinal*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury#:~:text=Las%20lesiones%20medulares%20son%20una,perdidos%20por%20discapacidad%20\(APD\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury#:~:text=Las%20lesiones%20medulares%20son%20una,perdidos%20por%20discapacidad%20(APD).)

ANEXOS

ANEXO 1. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS – CRONOCRAMA DE GANTT

ANEXO 2. PRESUPUESTO

El presupuesto de la investigación hace referencia a los gastos totales por realizar la investigación (Bernal, 2010). En este caso, los gastos de la investigación fueron cubiertos de manera directa por el investigador.

Rubro	Costo por unidad	Cantidad	Total
Gastos de transporte	Estimado	**	200.00
Gastos de alimentación	Estimado	**	300.00
Costo de internet	35	8	280.00
Gastos en comunicación y utilización de equipos (celular, computadora)	Estimado	**	60.00
Útiles de oficina (lápices, bolígrafos, borrador)	Estimado	**	50.00
Papelería e impresión	0.15	600	90.00
Cartapacios	0.30	100	30.00
Empastado	50.00	1	50.00
Gastos por trabajo de graduación	80.00	1	80.00
Revisión de ortografía	40.00	1	40.00
Inversión por horas de trabajo	5.00	320 horas	1,600.00
Total			2,780.00

ANEXO 3. CARTA A EXPERTO PARA REVISIÓN DEL INSTRUMENTO



Universidad de Panamá
Facultad de Enfermería



23 de agosto de 2024

Lic. José Townshend
Subdirector
Secretaría Nacional de Discapacidad

Respetado Lic Townshend

Reciba usted, un respetuoso saludo y nuestro deseo de éxito en su gestión.

La misiva tiene por objeto solicitarle su revisión en calidad de experto del instrumento que fue adaptado del utilizado en la Segunda Encuesta Nacional de Discapacidad; y que se utilizará como parte del desarrollo de la tesis de pregrado titulada *“Factores que inciden en la atención en la salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad”*. La misma será realizada por la Estudiante Nicole De León, como requisito para optar por el título de Licenciada en Ciencias de Enfermería.

Esperamos sus atinadas observaciones al respecto, para hacer las debidas adecuaciones, con la finalidad de darle el rigor científico necesario.

Sin otro particular;

Dra. Magali Maritza Díaz Aguirre
Profesora Titular III
Código de Profesor: 4245
Asesora

ANEXO 4. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA****Licenciatura en Ciencias de Enfermería****Instrumento para la recolección de datos de investigación**

Tema: “Factores que Inciden en la Atención en Salud de Personas en Situación de Discapacidad en La movilidad”.

Objetivo: Determinar los factores que inciden en la atención en salud de las personas con discapacidad en la movilidad.

Respetado usuario (a), con la finalidad de determinar los factores que inciden en su accesibilidad a la atención en salud oportuna para el desarrollo de la investigación por Nicole De León, estudiante de IV año de la Facultad de Enfermería, se le proporciona el siguiente cuestionario. Solicitamos su participación voluntaria para ser incluido en la investigación de carácter completamente académico y confidencial, por lo cual no será requerido su nombre ni expuesto en los resultados de la investigación. El cuestionario cuenta con un total de 22 preguntas, las cuales se le agradece responder con entera sinceridad, lo que será de gran ayuda para obtener los datos necesarios para completar la investigación. Le reiteramos nuestro agradecimiento por la colaboración con la investigación.

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta y seleccione la(s) casilla(s) de la alternativa que considera se acerca o expresa mejor su condición actual. Todas las preguntas del cuestionario son obligatorias. Recuerde que el cuestionario es anónimo, de manera que se busca su opinión honesta del tema.

Conteste a la siguiente pregunta:

Le gustaría participar de manera completamente voluntaria en la investigación titulada “Factores Que Inciden En La Atención En Salud De Personas En Situación De Discapacidad En La Movilidad”.

Si ☐ ☐ No

Datos generales

Sexo:

F ☐ ☐ M

Indique su edad en años cumplidos de acuerdo con los siguientes rangos:

☐ 18-24 años ☐ 25-34 años
☐ 35-44 años ☐ 45-54 años
☐ 55-64 años ☐ 65 años o más

¿Cuál fue el nivel, Grado o año más alto aprobado por usted?

☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Superior universitario
☐ Superior no universitario
☐ Sin estudios académicos

¿Cuál es su estado conyugal actual?:

☐ Soltero (a) ☐ Unido (a)
☐ Casado (a) ☐ Viudo (a)
☐ Separado (a) ☐ Divorciado (a)

Indique la provincia donde reside actualmente:

Indique su zona de residencia actual:

☐ Urbana ☐ Rural

Condición de salud

1. De acuerdo con distintas condiciones de salud que usted puede tener actualmente.**¿Es usted una persona:**

- ☐ Con condiciones físicas ocasionadas por un accidente (laboral, tránsito, doméstico, otros), como lesión medular, amputación, pérdida o dificultad en la movilización de extremidades.
- ☐ Con condiciones físicas ocasionadas por una malformación de la Médula Espinal.
- ☐ Otra condición de salud persistente (Parálisis Cerebral, Polio o Derrame Cerebral, otra).

2. En relación a su salud general, incluyendo su salud física y mental, ¿Cómo considera su condición de salud hoy?

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Ni buena ni mala
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

Factores económicos**3. En relación a su situación laboral, actualmente usted es:**

- ☐ Trabajador
- ☐ Ama de casa o trabajador del hogar
- ☐ Estudiante solamente
- ☐ Jubilado, Pensionado, Rentista
- ☐ Incapacitado permanentemente para trabajar

4. Recibe usted algún ingreso de:

- ☐ Programas sociales como: Red de oportunidades/Senapan, 120 a los 65, Ángel Guardián)

- ☐ Beca de IFHARU (concurso, pase U, por discapacidad), privada
- ☐ Jubilación o pensión por vejez, accidente, enfermedad, sobreviviente alimenticia.
- ☐ Otros ingresos en los últimos 12 meses (Famiempresa, vale digital, juegos de azar, venta de propiedades, renta, otros).
- ☐ No tiene

5. Tiene usted seguro de salud:

- ☐ Público – CSS
- ☐ Privado
- ☐ Ambos (CSS y privado)
- ☐ No tiene

Factores ambientales

6. Seleccione el tipo de vivienda en la que reside:

- ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Improvisada

7. Voy a hacerle algunas preguntas acerca del ambiente que le rodea, me gustaría saber si el entorno que le rodea le facilita o dificulta las cosas que usted necesita o quiere hacer.

Responda de acuerdo a las escalas:	Muy fácil	Fácil	Ni fácil Ni difícil	Difícil	Muy difícil
¿Los servicios de salud le hacen fácil o difícil utilizarlos?					
¿El sistema de transporte público y privado (Taxis, Uber, Colegiales, otros), que necesita o quiere usar le hacen fácil o difícil utilizarlos?					
¿El entorno natural del lugar donde usted reside (terreno, clima) le facilita o dificulta las actividades que necesita o quiere hacer?					

8. ¿Tiene usted alguien que lo asista en sus actividades diarias, dentro o fuera de casa?

- ☐ Si ☐ No

9. ¿En su casa se han realizado adaptaciones que le faciliten efectuar sus actividades?

☐ Sí ☐ No

10. ¿Cuáles adaptaciones se han realizado (Si su respuesta anterior fue “No, omita esta pregunta)?

- ☐ Rampas
- ☐ Ampliación de puertas o pasillos
- ☐ Ascensor o elevador
- ☐ Silla elevable o grúa
- ☐ Otro

11. ¿Existen adaptaciones en la comunidad que le hagan más fácil acudir a instituciones de atención en salud?

☐ Sí ☐ No

12. ¿Cuáles adaptaciones existen en la comunidad (Si su respuesta anterior fue “No”, omita esta pregunta)?

- ☐ Edificios públicos accesibles (elevador, rampas, puertas anchas)
- ☐ Rebaje de aceras
- ☐ Rampas de acceso
- ☐ Transporte público con diseño accesible (parada y buses)
- ☐ Carreteras, caminos, senderos accesibles
- ☐ Otro

13. ¿Necesita alguna u otras adaptaciones?

- ☐ Edificios públicos accesibles (elevador, rampas, puertas anchas)
- ☐ Rebaje de aceras
- ☐ Rampas de acceso
- ☐ Transporte público con diseño accesible (parada y buses)
- ☐ Carreteras, caminos, senderos accesibles
- ☐ Otro

Uso de los servicios de salud

14. ¿En los últimos 12 meses recibió atención de salud (medicina general, especialista, odontología, entre otros)?

☐ Si ☐ No

15. ¿Cuántas atenciones de salud recibió durante los últimos 12 meses?

16. En los últimos 12 meses ¿Cuál fue la institución de salud en la que recibió atención con más frecuencia?

- ☐ Centro de Salud
- ☐ ULAPS, CAPPS, CAPSI
- ☐ Hospital Regional Público
- ☐ Hospital o clínica privada
- ☐ Puesto o subcentro de salud
- ☐ Policlínicas
- ☐ Giras de salud
- ☐ Institutos especializados
- ☐ ONG
- ☐ Ninguna
- ☐ Otra

17. ¿Cuál es la condición que mejor describe la razón por la que usted necesitó recibir esa atención?

- ☐ Control de salud
- ☐ Control de salud sexual y reproductiva (Papanicolau o citología vaginal/ examen de próstata)
- ☐ Enfermedades transmisibles (meningitis, TBC, VIH, Infecciones)
- ☐ Dolor crónico (espalda, cuello, rodillas, otro)
- ☐ Enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, otro)
- ☐ Enfermedad del corazón (Angina, Insuficiencia cardiaca, etc)
- ☐ Enfermedad Cerebrovascular (Derrame Cerebral)

- ☐ Enfermedad respiratoria (asma bronquial, bronquitis, etc)
- ☐ Dolor generalizado (abdominal, muscular, otro)
- ☐ Cáncer
- ☐ Cirugía
- ☐ Enfermedades neurológicas (Parkinson, Alzheimer, Miastenia Gravis, Otros)
- ☐ Tumores
- ☐ Problema auditivo y/o visual
- ☐ Problemas nutricionales (desnutrición, reflujo, obesidad, etc)
- ☐ Lesión por accidente
- ☐ Alteración del estado emocional (depresión, ansiedad, etc)
- ☐ Terapia
- ☐ Hospitalización
- ☐ COVID – 19
- ☐ Ninguna
- ☐ Otro

18. En los últimos 12 meses ¿Quién ha sido el personal de salud que lo ha atendido de forma más frecuente?

- ☐ Médico especialista (ortopeda, ginecólogo, psiquiatra, oftalmólogo, fisiatra, neurólogo, cardiólogo, otros).
- ☐ Médico general
- ☐ Enfermera
- ☐ Odontólogo
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Psicólogo
- ☐ Nutricionista
- ☐ Tecnólogo médico

☐ Terapeuta ocupacional

19. ¿Tiene usted acceso a la información que requiere o necesita en tema de salud?

☐ Si ☐ No

**20. Responda a la siguiente pregunta de ser usted Lesionado Medular por accidente.
¿Recibió consejos médicos de cuidado de prevención de úlceras y consejos de cuidados urológicos?**

☐ Si ☐ No

21. ¿En los últimos meses ha habido alguna ocasión en la que necesitó atención de salud, pero no recibió esa asistencia?

☐ Si ☐ No

22. ¿Qué motivos explican el no haber recibido la asistencia que necesitaba?

☐ Por falta de dinero

☐ No había transporte

☐ Me trataron mal/ discriminación

☐ No sabía a donde ir

☐ Lo intentó, pero le negaron la atención por falta de cupo

☐ No se brindaba el servicio

☐ Caminos inaccesibles/ distancia

☐ Barreras arquitectónicas

☐ Otro