

**SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO**

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO**

**UNIDAD ACADÉMICA PUERTO RICO**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



**MONOGRAFIA DEL S.S.S.R.O.**

**PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOBRE LA  
ADECUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD PUERTO RICO EN LA  
ATENCIÓN PREFERENCIAL, PERIODO DE ABRIL A JUNIO DE 2025**

**AUTORA:**

Lisbeth Cartagena Montenegro

**TUTORA:**

Lic. Ana Marlene Guarachi Velásquez

Cobija – Pando – Bolivia

2025

**ACTA DE DEFENSA**

**Fecha.....**

**TITULO**

*Monografía denominada:* **"PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD PUERTO RICO EN LA ATENCIÓN PREFERENCIAL, PERIODO DE ABRIL A JUNIO DE 2025"**

**Elaborado por: Int. Enfermería: Lisbeth Cartagena Montenegro**

**Fue aprobada: Con una nota de:.....**

-----

**Tribunal**

-----

**Tribunal**

-----

**Tribunal**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme la vida, salud, fortaleza y valor para lograr mis objetivos y mantenerme con el espíritu de lucha.

A mis padres que estuvieron a mi lado brindándome todo su apoyo, sus cuidados, consejos y amor infinito para hacer de mí una mejor persona. Estaré eternamente agradecida.

A mis hermanos por ser la fuente de mi motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para tener en la vida un futuro mejor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios nuestro creador quien me ilumina y me dio, fuerza, constancia con sabiduría para enfrentar y superar los obstáculos que se interpusieron en esta larga etapa de la vida.

A mis padres por su amor incondicional acompañándome, en todo momento por poner su confianza en mí.

A la Universidad Académica Puerto Rico por acogerme en esta casa superior de estudios la cual me formo como profesional.

Al equipo de trabajo del Centro de Salud “Puerto Rico.” Por la confianza depositada y por todo el apoyo brindado.

A mis docentes por tener paciencia e impartir sus conocimientos en todo mi proceso de formación.

## RESUMEN

La falta de accesibilidad y trato preferencial en centros de salud vulnera el derecho a la salud de las personas con discapacidad, pese a la Ley N° 223. Existe una gran brecha entre la norma y su aplicación, ya que muchos centros no cumplen los estándares. El estudio busca describir la percepción de personas con discapacidad sobre la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico a la atención preferencial.

La investigación utilizó un enfoque mixto, descriptivo y observacional, con método empírico. Se trabajó con 17 personas con discapacidad, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario estructurado de nueve preguntas cerradas y una guía de observación para evaluar la adecuación del establecimiento.

El estudio evidenció que el 41% de las personas encuestadas presenta discapacidad intelectual, siendo la más prevalente, seguida por la discapacidad visual con 29%. El 47% pertenece al grupo etario de 18 a 30 años y el 71% se identifica con el género masculino. El 65% acudió al centro de salud entre 1 y 2 veces, reflejando posibles obstáculos en el acceso. Respecto a los medicamentos, el 65% expresó satisfacción. En cuanto a la atención preferencial, el 65% se manifestó satisfecho, pero el 77% afirmó no haber recibido atención prioritaria. El 88% manifestó confianza en el personal, sin embargo, solo el 23% calificó el trato humano como alto. En el análisis institucional, el 100% de los espacios carece de condiciones básicas de accesibilidad física. Además, el 100% de los servicios no cuenta con organización funcional ni con personal capacitado en atención inclusiva. Por último, aunque hay medicamentos disponibles, solo existen sillas de ruedas como equipos de apoyo.

**Palabras clave:** Discapacidad, Percepción, Accesibilidad, Atención, Inclusión.

## **ABSTRACT**

Lack of accessibility and preferential treatment in health centers violates the right to health of people with disabilities, despite Law N° 223. There is a large gap between the norm and its application, as many centers do not meet the standards. The study seeks to describe the perception of people with disabilities regarding the adequacy of the Puerto Rico Health Center for preferential care.

The research used a mixed, descriptive, and observational approach, with an empirical method. The work involved 17 people with disabilities, selected through non-probability convenience sampling. Data was collected using a structured questionnaire of nine closed questions and an observation guide to evaluate the suitability of the establishment.

The study revealed that 41% of respondents have an intellectual disability, making it the most prevalent, followed by visual disability at 29%. A total of 47% belong to the 18 to 30-year-old age group, and 71% identify as male. Additionally, 65% visited the health center 1 to 2 times, reflecting potential barriers to access. Regarding medication availability, 65% expressed satisfaction. Concerning preferential care, 65% reported being satisfied; however, 77% stated they had not received priority care. While 88% expressed confidence in the healthcare staff, only 23% rated the human treatment as high. At the institutional level, 100% of the areas lacked basic physical accessibility conditions. Moreover, 100% of the services lacked functional organization and trained personnel in inclusive care. Lastly, although essential medicines were available, wheelchairs were the only support equipment present.

**Keywords:** Disability, Perception, Accessibility, Care, Inclusion.

## INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: PROBLEMA A INVESTIGAR .....	3
1.1. Planteamiento del problema. ....	3
1.1.1. Descripción de la situación del problema. ....	3
1.1.2. Formulación del problema .....	5
1.2. Delimitación de la investigación.....	5
1.2.1. Delimitación Temática .....	5
1.2.2. Delimitación Temporal .....	5
1.2.3. Delimitación Espacial .....	5
1.3. Objeto de estudio.....	5
1.4. Objetivos .....	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Justificación del tema.....	6
1.5.1. Justificación teórica.....	6
1.5.2. Justificación social .....	7
1.5.3. Justificación práctica .....	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL.....	9
2.1. Marco Conceptual.....	9
2.1.1. Percepción .....	9
2.1.2. Discapacidad .....	9
2.1.3. Centro de salud con adecuación.....	9
2.2. Marco Teórico.....	10
2.2.1. Comprendiendo la discapacidad: modelos y definiciones .....	11

2.2.1.1.	Modelo médico de la discapacidad. ....	11
2.2.1.2.	Modelo social de la discapacidad. ....	11
2.2.1.3.	Modelo biopsicosocial de la discapacidad .....	11
2.2.2.	Atención preferencial y adecuación del servicio.....	13
2.2.3.	Marcos teóricos para el análisis de la percepción y calidad del servicio .....	15
2.2.3.1.	Teoría de la disconfirmación de expectativas. ....	15
2.2.3.2.	Modelo SERVQUAL para la evaluación de la calidad del servicio .....	16
2.2.3.3.	Teoría cognitivo social.....	18
2.2.3.4.	Enfoques sociológicos de la vulnerabilidad y la discapacidad .....	19
2.2.4.	Factores socio culturales, económicos y geográficos que influyen en el acceso y la percepción.....	21
2.2.4.1.	Barreras actitudinales y prejuicios .....	21
2.2.4.2.	Impacto de la pobreza y la exclusión social.....	21
2.2.5.	Desafíos geográficos y de infraestructura .....	21
2.2.5.1.	Desafíos urbanos .....	22
2.2.5.2.	Desafíos rurales .....	22
2.2.5.3.	Barreras comunicacionales y lingüísticas .....	22
2.2.6.	Características de la accesibilidad y señalización del establecimiento de salud para personas con discapacidad.....	24
2.2.6.1.	Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, con discapacidad físico motora. ....	24
2.2.6.2.	Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, visuales, táctiles y audibles.....	26
2.2.6.3.	Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, escaleras. ....	27
2.2.6.4.	Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, rodapiés, pasamanos, barandas y agarraderas .....	28

2.2.6.5.	Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, pasillos y galerías. .....	30
2.2.6.6.	Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, rampas fijas adecuadas y básicas .....	31
2.3.	Definiciones de discapacidad Ley 223.....	32
2.3.1.	El contexto boliviano, marco legal, social y económico.....	33
2.3.1.1.	Legislación y políticas públicas sobre discapacidad y atención preferencial. ....	33
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO .....		35
3.1.	Operacionalización de variables.....	35
3.1.1.	Variable independiente.....	36
3.1.2.	Variable dependiente.....	36
3.2.	Enfoque metodológico. ....	36
3.3.	Tipo de investigación .....	37
3.4.	Método de investigación .....	37
3.5.	Población y Muestra.....	37
3.5.1.	Población.....	38
3.5.2.	Muestra.....	38
3.6.	Técnicas e Instrumentos .....	38
3.6.1.	Técnicas.....	38
3.6.2.	Instrumentos.....	38
3.7.	Variables y medición.....	39
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....		40
4.1.	Resultados .....	40
4.1.1.	Resultados del objetivo específico 1.....	40
4.1.2.	Resultados del objetivo específico 2.....	45
4.1.3.	Resultados del objetivo específico 3.....	49

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	53
5.1. Conclusiones .....	53
5.2. Recomendaciones.....	55
BIBLIOGRAFÍA .....	56
ANEXOS .....	58

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1</b> Comparación de modelos de discapacidad.....	12
<b>Cuadro 2.</b> Tipos y grados de discapacidad según la ley boliviana y la OMS. ....	23
<b>Cuadro 3.</b> Principios clave de la Ley N° 223 relacionados con la atención preferencial y la accesibilidad .....	33

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1.</b> Vista de perfil de la figura humana en sillas de ruedas.....	25
<b>Ilustración 2.</b> Señalización vertical .....	27
<b>Ilustración 3.</b> Rampa .....	28
<b>Ilustración 4.</b> Rodapié .....	29
<b>Ilustración 5.</b> Dimensiones internas en la vivienda.....	30

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Tipo de discapacidad predominante en la población con discapacidad de Puerto Rico, de abril a junio de 2025. ....	40
<b>Tabla 2.</b> Distribución por edad de las personas con discapacidad en la comunidad de Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025. ....	41
<b>Tabla 3.</b> Frecuencia de visitas al Centro de Salud Puerto Rico por parte de personas con discapacidad, entre abril y junio de 2025. ....	42
<b>Tabla 4.</b> Identidad de género de la población con discapacidad atendida en el Centro de Salud Puerto Rico, en el periodo de abril a junio de 2025. ....	43
<b>Tabla 5.</b> Nivel de satisfacción con la disponibilidad de medicamentos en el Centro de Salud Puerto Rico, según percepción de personas con discapacidad, de abril a junio de 2025. ....	44
<b>Tabla 6.</b> Valoración general de la experiencia de atención preferencial por parte de personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025. ....	45
<b>Tabla 7.</b> Nivel de confianza en el personal de salud por parte de personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, de abril a junio de 2025. ....	46
<b>Tabla 8.</b> Calificación del trato humano brindado por el personal de salud según percepción de personas con discapacidad, en el Centro de Salud Puerto Rico, entre abril y junio de 2025. ....	47
<b>Tabla 9.</b> Percepción de prioridad real en la atención recibida por personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025. ....	48
<b>Tabla 10.</b> Condiciones de accesibilidad física en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025. ....	49
<b>Tabla 11.</b> Adecuación organizativa del servicio de atención preferencial en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025. ....	50
<b>Tabla 12.</b> Nivel de capacitación y actitudes del personal de salud hacia la atención a personas con discapacidad, en el periodo de abril a junio de 2025. ....	51
<b>Tabla 13.</b> Disponibilidad y adecuación de recursos físicos y operativos para la atención preferencial en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025. ....	52

## ÍNDICE DE GRAFICAS

<b>Grafica 1.</b> Tipo de discapacidad predominante en la población con discapacidad de Puerto Rico, de abril a junio de 2025. ....	40
<b>Grafica 2.</b> Distribución por edad de las personas con discapacidad en la comunidad de Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025.....	41
<b>Grafica 3.</b> Frecuencia de visitas al Centro de Salud Puerto Rico por parte de personas con discapacidad, entre abril y junio de 2025. ....	42
<b>Grafica 4.</b> Identidad de género de la población con discapacidad atendida en el Centro de Salud Puerto Rico, en el periodo de abril a junio de 2025. ....	43
<b>Grafica 5.</b> Nivel de satisfacción con la disponibilidad de medicamentos en el Centro de Salud Puerto Rico, según percepción de personas con discapacidad, de abril a junio de 2025. ....	44
<b>Grafica 6.</b> Valoración general de la experiencia de atención preferencial por parte de personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025. ....	45
<b>Grafica 7.</b> Nivel de confianza en el personal de salud por parte de personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, de abril a junio de 2025. ....	46
<b>Grafica 8.</b> Calificación del trato humano brindado por el personal de salud según percepción de personas con discapacidad, en el Centro de Salud Puerto Rico, entre abril y junio de 2025. ....	47
<b>Grafica 9.</b> Percepción de prioridad real en la atención recibida por personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025.....	48
<b>Grafica 10.</b> Condiciones de accesibilidad física en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025. ....	49
<b>Grafica 11.</b> Adecuación organizativa del servicio de atención preferencial en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025. ....	50
<b>Grafica 12.</b> Nivel de capacitación y actitudes del personal de salud hacia la atención a personas con discapacidad, en el periodo de abril a junio de 2025.....	51
<b>Grafica 13.</b> Disponibilidad y adecuación de recursos físicos y operativos para la atención preferencial en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025 .....	52

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1</b> .....	58
<b>Anexo 2</b> .....	61

## INTRODUCCIÓN

La accesibilidad y el trato preferencial a las personas con discapacidad son componentes esenciales para garantizar el derecho a la salud y la inclusión social en cualquier sistema sanitario. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, lo que representa aproximadamente el 15 % de la población mundial; de ellas, un porcentaje significativo enfrenta barreras que limitan su acceso a servicios de salud adecuados. Estas barreras pueden ser de carácter físico (arquitectónico), comunicacional, organizativo o actitudinal, y su persistencia contraviene los principios de equidad y no discriminación consagrados en instrumentos internacionales de derechos humanos (OMS , 2022)

La Ley N° 223 del 2 de marzo de 2012, de Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce expresamente el derecho al trato preferencial y estipula la eliminación de barreras arquitectónicas y comunicacionales en los establecimientos de salud. A pesar de ello, diversos estudios locales señalan brechas notables entre la normativa y su aplicación práctica. Por ejemplo, Pérez & Ramírez (2024), documenta que más del 60 % de los centros de salud de áreas urbanas no cumplen con los estándares mínimos de accesibilidad física, mientras que González (2023) subrayan deficiencias en la formación del personal sanitario para atender de manera empática y competente a este grupo poblacional. Estas evidencias ponen de manifiesto la necesidad de evaluar no solo las estructuras físicas, sino también la percepción de los usuarios acerca del trato recibido (González , 2023).

La relevancia de esta investigación radica en su enfoque centrado en el usuario: comprender sus percepciones permite identificar fortalezas y áreas de mejora en la implementación de la ley y la guía normativa. Además, los hallazgos podrán orientar la formulación de estrategias de capacitación, adecuación física y organizativa, así como políticas públicas que favorezcan una atención más inclusiva. En un contexto donde la equidad en salud es un objetivo prioritario de los organismos de salud regionales, conocer de primera mano las barreras percibidas resulta imprescindible para diseñar intervenciones efectivas y ajustadas al entorno local.

El presente estudio descriptivo se propone indagar la percepción de usuarios con discapacidad sobre la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico para la atención preferencial, durante el

periodo de abril a junio de 2025. Para ello, se toma como referencia la guía “Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud”, instrumento de cumplimiento obligatorio que ofrece definiciones clave, normativa actualizada y recomendaciones para la adaptación de la infraestructura y la capacitación del personal (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023). Al centrar el análisis en la experiencia de los propios usuarios, se busca generar un diagnóstico más ajustado a las barreras reales que enfrentan, así como destacar buenas prácticas ya implementadas en el centro objeto de estudio.

La monografía se estructura en cinco capítulos:

**Capítulo I. Planteamiento del problema:** descripción de la situación de accesibilidad en salud para personas con discapacidad, contextualización normativa y formulación de la pregunta de investigación, junto a los objetivos general y específicos.

**Capítulo II. Marco teórico:** revisión de literatura sobre discapacidad, accesibilidad y atención preferencial, incluyendo definiciones, legislación vigente y estudios previos relevantes.

**Capítulo III. Marco metodológico:** detalle del enfoque descriptivo, población y muestra, instrumentos de recolección de datos y procedimientos de análisis.

**Capítulo IV. Resultados:** presentación y análisis de las percepciones de los usuarios mediante tablas y gráficos, identificando patrones y tendencias significativas.

**Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones:** síntesis de los hallazgos, propuestas de intervención y sugerencias de política pública para mejorar la adecuación del centro de salud y garantizar el derecho a una atención preferencial de calidad para las personas con discapacidad.

## **CAPITULO I: PROBLEMA A INVESTIGAR**

### **1.1. Planteamiento del problema.**

La problemática abordada en la presente investigación se desarrolla en dos momentos fundamentales: en primer lugar, se realiza una descripción detallada de la situación problemática que da origen al estudio y en segundo lugar, se procede a la formulación precisa del problema de investigación, ambos aspectos serán explicados con mayor profundidad a continuación.

#### **1.1.1. Descripción de la situación del problema.**

La discapacidad afecta actualmente a más de 1.300 millones de personas en el mundo, lo que representa aproximadamente el 16 % de la población global. Esta cifra continúa en ascenso debido al envejecimiento poblacional y al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. Lejos de ser únicamente una condición médica, la discapacidad debe entenderse como el resultado de la interacción entre las condiciones de salud de una persona y las barreras físicas, sociales, comunicacionales y actitudinales presentes en el entorno. (OMS , 2022)

Durante emergencias sanitarias como la pandemia por COVID-19, estas desigualdades se agudizaron. Las personas con discapacidad fueron desproporcionadamente afectadas debido a la falta de información accesible, la interrupción de servicios esenciales, y en algunos casos, a la aplicación de protocolos de triaje clínico que las relegaban en el acceso a tratamientos intensivos. Esta situación dejó en evidencia la fragilidad de los sistemas sanitarios frente a la inclusión y puso de manifiesto la necesidad de integrar de manera transversal el enfoque de discapacidad en todas las políticas de salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

En Latinoamérica, los desafíos son similares. A pesar de avances normativos en países como Chile, Colombia o Perú, estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe indican que menos del 30 % de los establecimientos de salud incorporan adaptaciones mínimas, rampas, señalización en braille o baños accesibles, lo cual contrasta con la cobertura teórica de la normativa regional, pero refleja brechas de implementación que inciden directamente en la experiencia de las personas con discapacidad (CEPAL, 2021).

En Bolivia, el Sistema Único de Salud (SUS) garantiza cobertura gratuita a toda la población y la Ley 223 del 2 de marzo de 2012, de Derechos de las Personas con Discapacidad establece el derecho al trato preferencial y la eliminación de barreras arquitectónicas. Sin embargo, hasta diciembre de 2023 solo se habían habilitado 38 centros de rehabilitación especializados para personas con discapacidad, espacios desde donde se brindaron 148,524 atenciones en ese año. Si se compara este número con los aproximadamente 3095 establecimientos de primer nivel de atención registrados a nivel nacional, se observa que apenas un 1,2 % cuentan con servicios específicos de rehabilitación. (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

El autor Pérez & Ramírez (2024) menciona que las personas con discapacidad ponen de manifiesto una realidad diaria marcada por la discriminación generalizada, la falta de transporte y acceso arquitectónico, e incluso incompreensión familiar. Esta situación evidencia una brecha significativa entre las intenciones políticas y el impacto práctico, sugiriendo que Bolivia está aproximadamente 12 años rezagada en la implementación total de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), a pesar de ser un Estado Parte (Pérez & Ramírez , 2024).

En la comunidad de Puerto Rico, la falla más crítica identificada es el desabastecimiento crónico de medicamentos esenciales, el cual afecta a las personas con discapacidad más allá de las barreras físicas, pues impide la continuidad de tratamientos para patologías crónicas y agudas que requieren un abordaje integral. Aunque el SUS cubre los costos, los recortes presupuestarios municipales han reducido la capacidad de adquisición y distribución de fármacos, agudizando la vulnerabilidad de este grupo poblacional (SEDES Pando, 2022).

En este contexto, resulta imperativo conocer la percepción de las personas con discapacidad sobre la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico para brindar atención preferencial. Solo a través de un diagnóstico centrado en la experiencia del usuario será posible detectar con precisión las barreras existentes, desde la infraestructura hasta los procesos organizativos y diseñar intervenciones que garanticen el ejercicio efectivo de sus derechos. Asimismo, el análisis de estas percepciones aportará evidencia valiosa para fortalecer la implementación de la normativa vigente y orientar políticas públicas que promuevan la inclusión y la equidad en salud.

### **1.1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la percepción de las personas con discapacidad sobre la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico en la atención preferencial, periodo de abril a junio de 2025?

## **1.2. Delimitación de la investigación.**

### **1.2.1. Delimitación Temática**

La temática de la presente investigación se relaciona a la percepción de las personas con discapacidad sobre la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico en la atención preferencial.

### **1.2.2. Delimitación Temporal**

La presente investigación tomó como parámetro temporal desde abril a junio de 2025.

### **1.2.3. Delimitación Espacial**

La presente investigación se circunscribe al Centro de Salud Puerto Rico de la localidad de Puerto Rico del Municipio de Puerto Rico, Provincia Manuripi del departamento Pando.

## **1.3. Objeto de estudio**

El objeto de estudio se centra en describir la percepción de personas con discapacidad sobre la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico, identificando la interacción entre barreras físicas, procedimentales y socioculturales, que limitan la atención preferencial.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general.**

Describir la percepción de las personas con discapacidad sobre la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico en la atención preferencial, periodo de abril a junio de 2025.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Establecer las características sociodemográficas, incluyendo tipo de discapacidad, edad, género, frecuencia de visitas y nivel de satisfacción con el abastecimiento de medicamentos.
- Identificar el nivel de percepción general de las personas con discapacidad respecto a la atención preferencial recibida en el Centro de Salud.
- Evaluar la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico para la atención preferencial de personas con discapacidad, considerando las dimensiones de accesibilidad física, organizativa, capacitación del personal y disponibilidad de recursos.

## **1.5. Justificación del tema.**

### **1.5.1. Justificación teórica**

La presente investigación se fundamenta en la necesidad imperante de explorar la percepción de la población con condiciones de discapacidad respecto a la adecuación de los servicios de salud, específicamente en la atención prioritaria.

Teóricamente, el estudio se alinea con el Modelo Social de Discapacidad, el cual postula que las limitaciones no residen inherentemente en el individuo, sino en las barreras, actitudinales, físicas y sistémicas impuestas por la sociedad. Como lo plantea Téllez (2024), desde esta perspectiva, la calidad y pertinencia de la atención preferencial no solo se mide por la existencia de protocolos, sino por la experiencia subjetiva del usuario, un concepto central en la Teoría de la Expectativa Confirmación, donde la satisfacción emana de la congruencia entre las expectativas previas y la realidad percibida del servicio (Téllez , 2024). Se busca, por tanto, identificar si los servicios ofrecidos realmente satisfacen las necesidades y derechos reconocidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que enfatiza la accesibilidad y la no discriminación como pilares fundamentales. La investigación contribuirá a la comprensión de cómo la infraestructura, el trato del personal y los procedimientos operativos impactan directamente en la autonomía y participación de este colectivo, proporcionando un marco empírico vital para futuras intervenciones y políticas públicas que busquen una verdadera inclusión efectiva y equitativa en el acceso a la salud (O.M.S., 2023).

### **1.5.2. Justificación social**

La relevancia social de esta investigación radica en su potencial para mejorar la calidad de vida de un segmento vulnerable de la población. Al indagar en la percepción de la adecuación de los servicios de salud y su atención prioritaria, el estudio aborda una preocupación fundamental para la inclusión y la equidad social. Las personas con discapacidad enfrentan barreras significativas en el acceso a servicios esenciales, lo que puede perpetuar su marginación y limitar el pleno ejercicio de sus derechos, tal como lo señalan organismos internacionales.

Comprender sus experiencias directas y sus percepciones sobre la atención que reciben es crucial, ya que estas informan sobre la efectividad de las políticas y los protocolos existentes. Los hallazgos de este estudio proporcionarán información valiosa para los gestores de salud y los formuladores de políticas, permitiéndoles identificar brechas en el servicio y diseñar intervenciones más específicas y pertinentes. Esto podría traducirse en capacitaciones mejor dirigidas para el personal de salud, ajustes en la infraestructura para garantizar la accesibilidad universal, y la implementación de protocolos de atención preferencial que respondan genuinamente a las necesidades y expectativas de los usuarios. En última instancia, esta investigación busca contribuir a la construcción de un sistema de salud más sensible, inclusivo y humano, donde la atención preferencial sea una realidad efectiva y percibida positivamente por sus beneficiarios, promoviendo así una sociedad más justa y equitativa (Naciones Unidas, 2024).

### **1.5.3. Justificación práctica**

Desde una perspectiva práctica, este estudio es de vital importancia porque aborda una realidad concreta que impacta directamente en la calidad de vida y la garantía de derechos de un segmento vulnerable de la población. Los hallazgos derivados de esta investigación ofrecerán información valiosa y directamente aplicable para la mejora continua de los servicios de salud en el contexto boliviano. Al comprender la percepción de las personas con discapacidad sobre la adecuación de la atención preferencial, se identificarán brechas específicas entre la oferta de servicios y las necesidades reales y sentidas de los usuarios.

Esta información empírica facilitará la toma de decisiones informadas para los gestores del Centro de Salud Puerto Rico y otras instituciones sanitarias. Por ejemplo, los resultados pueden guiar la implementación de ajustes razonables en infraestructura, la capacitación especializada del personal en buen trato y comunicación inclusiva, o la optimización de protocolos de atención para garantizar la accesibilidad universal. Además, proporcionar una voz directa a la población con discapacidad es fundamental para el diseño de políticas públicas más efectivas y pertinentes, alineadas con los principios de la Ley General para Personas con Discapacidad N° 223 que promueve la plena inclusión y el ejercicio de derechos. En última instancia, esta investigación no solo enriquecerá el conocimiento académico, sino que también sentará las bases para intervenciones prácticas que fomenten una atención en salud más humana, eficiente y equitativa, contribuyendo al bienestar y la autonomía de las personas con discapacidad en su comunidad (Ministerio de Salud de Bolivia, 2023).

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL**

### **2.1. Marco Conceptual.**

#### **2.1.1. Percepción**

La percepción es un proceso psicológico y neurofisiológico a través del cual el ser humano interpreta, organiza y asigna significado a los estímulos provenientes del entorno, construyendo así su realidad subjetiva. Desde una perspectiva cognitiva, no solo implica la captación sensorial, sino también la integración de factores como la experiencia previa, los valores culturales, las emociones y las expectativas individuales. En el ámbito de la salud, la percepción de los usuarios respecto a los servicios recibidos se convierte en una variable crítica para evaluar la calidad y la equidad de la atención (Pérez & Ramírez , 2024).

#### **2.1.2. Discapacidad**

La discapacidad es un fenómeno complejo que debe entenderse desde un enfoque biopsicosocial, tal como lo plantea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS. No se limita a una condición médica, sino que resulta de la interacción entre las limitaciones funcionales del individuo y las barreras contextuales que dificultan su participación plena en la sociedad. Existen múltiples tipos de discapacidad: física, sensorial, intelectual, mental y múltiple, cada una con características específicas que condicionan la manera en que la persona se relaciona con su entorno (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

#### **2.1.3. Centro de salud con adecuación**

Un centro de salud con adecuación se refiere a una infraestructura sanitaria que ha sido diseñada o modificada para garantizar la accesibilidad, funcionalidad y seguridad para todos los usuarios, independientemente de sus condiciones físicas, sensoriales o cognitivas. La adecuación implica el cumplimiento de normas técnicas de accesibilidad en sus componentes físicos, como rampas, pasamanos, señalización táctil y visual, baños adaptados, mobiliario ergonómico, así como la implementación de protocolos de atención preferencial y capacitación del personal en trato

inclusivo. Esta transformación no solo debe enfocarse en lo arquitectónico, sino también en la eliminación de barreras actitudinales y comunicacionales que afectan la experiencia del usuario con discapacidad (Ministerio de Salud de Bolivia, 2023). Un centro de salud adecuadamente adaptado actúa como un facilitador del derecho a la salud, al promover entornos libres de discriminación, que respetan la dignidad, autonomía y participación activa de las personas con discapacidad.

## **2.2. Marco Teórico.**

El presente estudio aborda una intersección crítica en el ámbito de la política social y los derechos humanos: la percepción de las personas con discapacidad sobre la adecuación de los servicios de atención preferencial. En un contexto global que avanza hacia sociedades más inclusivas, la provisión de servicios públicos de calidad y la garantía de derechos para grupos vulnerables, como las personas con discapacidad, se ha convertido en un imperativo. Sin embargo, la mera existencia de políticas y servicios no asegura su efectividad si no se considera la experiencia subjetiva de los beneficiarios.

El enfoque en la "percepción de las personas con discapacidad" es fundamental, ya que trasciende una evaluación puramente objetiva o basada en el cumplimiento normativo de los servicios públicos. Esta perspectiva reconoce que, a pesar de las buenas intenciones o la implementación de ciertas medidas, las políticas pueden no traducirse en experiencias de vida positivas si la adecuación percibida es baja. Esto subraya la importancia de una rendición de cuentas que no solo se centre en la entrega del servicio, sino también en la calidad de la experiencia tal como la perciben quienes la reciben (Mendez & Anders, 2024). La percepción, al ser un proceso interno influenciado por factores cognitivos, emocionales y conductuales, implica que la "adecuación" de un servicio no se limita a sus características objetivas (por ejemplo, la presencia de una rampa), sino que se moldea profundamente por la experiencia subjetiva del usuario (por ejemplo, si la rampa estaba bien mantenida, si el personal fue servicial, si se sintió respetado).

Para las personas con discapacidad, que a menudo enfrentan discriminación sistémica y barreras actitudinales, sus respuestas emocionales y conductuales a los encuentros de servicio son altamente sensibles a estos factores. Por lo tanto, un servicio que parece objetivamente adecuado

podría ser percibido como inadecuado debido a una interacción humana deficiente o formas sutiles de exclusión.

### **2.2.1. Comprendiendo la discapacidad: modelos y definiciones**

La comprensión de la discapacidad ha evolucionado significativamente a lo largo de la historia, pasando de un enfoque centrado en el individuo a uno que reconoce la interacción entre la persona y su entorno social (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

#### **2.2.1.1. Modelo médico de la discapacidad.**

Históricamente, este modelo ha visto la discapacidad como un defecto inherente o una aberración dentro del individuo, que requiere intervención médica, curación o rehabilitación para "normalizar" a la persona. A menudo, se centra en lo que a la persona "le falta" y puede fomentar mensajes de lástima, vergüenza o bajas expectativas, con profesionales de la salud y servicios sociales asumiendo el poder exclusivo para "corregir" la condición. Este enfoque histórico ha llevado a la segregación y la institucionalización en lugar de la inclusión (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

#### **2.2.1.2. Modelo social de la discapacidad.**

Este modelo representa un cambio de paradigma, afirmando que la discapacidad no es un problema individual, sino una construcción social. Define la discapacidad como la incapacidad de participar plenamente en la sociedad debido a barreras físicas, actitudinales y sistémicas. La solución, por lo tanto, reside en cambiar la sociedad mediante la eliminación de barreras, el diseño universal y la educación para poner fin a la discriminación. Este modelo defiende la inclusión y los derechos humanos (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

#### **2.2.1.3. Modelo biopsicosocial de la discapacidad**

Este modelo integrado reconoce la discapacidad como un fenómeno complejo que resulta de la interacción entre la condición de salud de un individuo (biológica), sus características personales

(psicológicas) y el contexto social en el que vive (social). Reconoce tanto las deficiencias individuales como los factores ambientales.

La evolución de estos modelos, del médico al social y al biopsicosocial, representa un cambio fundamental en la comprensión de la discapacidad, pasando de un déficit individual a una responsabilidad social. Este cambio es crucial para evaluar la adecuación del servicio, ya que redefine la "adecuación" de "arreglar a la persona" a "eliminar las barreras sociales". La definición de la Ley 223 que enfatiza la "interacción con barreras" es un reflejo de este movimiento legislativo hacia el modelo social (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023). Esto significa que, al evaluar la "adecuación" de la atención preferencial, el marco debe considerar no solo la deficiencia individual, sino también cómo el entorno del servicio (físico, actitudinal, comunicacional) crea o elimina barreras que impiden la participación.

### Cuadro 1.

#### Comparación de modelos de discapacidad

<b>Modelo</b>	<b>Causa de la Discapacidad</b>	<b>Enfoque/Solución Principal</b>	<b>Rol del Individuo</b>	<b>Implicación para Servicios</b>
<b>Médico</b>	Defecto/enfermedad inherente al individuo.	Curación, rehabilitación, normalización.	Paciente, objeto de tratamiento.	Centros especializados, atención segregada.
<b>Social</b>	Barreras sociales y ambientales.	Eliminación de barreras, diseño universal, derechos humanos.	Sujeto de derechos, agente de cambio.	Diseño universal, accesibilidad, inclusión.
<b>Biopsicosocial</b>	Interacción entre condición de salud, factores personales y contexto social.	Adaptación integral, apoyos personalizados.	Persona en interacción con su entorno.	Atención personalizada, flexible, basada en necesidades y derechos.

*Fuente:* Pérez, L., & Ramírez, M. (2024). *Percepción de la accesibilidad en servicios de salud: estudio en La Paz*. Revista Boliviana de Salud Pública.

A pesar de la adopción legal de una perspectiva de modelo, la persistencia de influencias del modelo médico en las actitudes sociales y la implementación de servicios puede generar una desconexión significativa entre las intenciones políticas y la experiencia vivida y la percepción de los servicios. Esto a menudo se manifiesta como barreras actitudinales y un enfoque en "arreglar" a los individuos en lugar de adaptar los entornos (Ministerio de Salud de Bolivia, 2023).

Los prejuicios profundamente arraigados, el estigma y la creencia en el "castigo divino" para la discapacidad, que son remanentes de la influencia del modelo médico, pueden llevar a que la "atención preferencial" sea percibida como caridad o lástima en lugar de un derecho, lo que afecta negativamente la percepción de adecuación.

### **2.2.2. Atención preferencial y adecuación del servicio**

La atención preferencial se refiere a la provisión de prioridad en el servicio a poblaciones vulnerables específicas, incluyendo niños, adolescentes, adultos mayores, mujeres embarazadas y, de manera central para este estudio, personas con discapacidad. En Bolivia, las regulaciones exigen que las instituciones públicas y privadas brinden un trato preferencial, enfatizando criterios como el uso eficiente del tiempo, la capacidad de respuesta institucional, la capacitación del personal, la atención personalizada y especializada, la calidad, la calidez y la erradicación de toda forma de maltrato (Pérez & Ramírez , 2024).

El concepto de adecuación y calidad del servicio se entiende ampliamente como la capacidad de satisfacer las necesidades del usuario de manera efectiva, a menudo con un costo mínimo y dentro de los plazos estipulados, requiriendo consistencia, estandarización y fiabilidad. Los atributos clave que contribuyen a la calidad percibida incluyen la atención brindada, la cortesía, la amabilidad, la oportunidad, el conocimiento del personal, la eficiencia, la eficacia, la corrección y la rapidez. Un servicio se percibe como "bueno" cuando las expectativas del usuario se cumplen de manera oportuna, eficaz y transparente. Por el contrario, un servicio se percibe como "malo" cuando el servidor público no cumple de manera eficiente y efectiva con su trabajo o actúa en beneficio propio (Pérez & Ramírez , 2024).

En el sector de la salud, la calidad se refiere específicamente a la eficacia con la que un proveedor mantiene la salud y brinda tratamiento cuando es necesario. La capacidad del Estado para ofrecer un cierto nivel de calidad a sus usuarios es también un aspecto de la adecuación. Idealmente, la evaluación de la calidad del servicio, especialmente en el sector público, debería ser pública y transparente.

Si bien la "atención preferencial" generalmente implica rapidez y prioridad, la "adecuación" para las personas con discapacidad requiere un enfoque más matizado que priorice la interacción individualizada, respetuosa y libre de barreras, incluso si esto significa dedicar más tiempo que para la población general. Existe una posible contradicción si "preferencial" se interpreta únicamente como "más rápido" sin considerar las necesidades complejas y a menudo intensivas en tiempo que surgen de las diversas discapacidades (Pérez & Ramírez , 2024).

Las directrices para la atención preferencial enfatizan la "prioridad" y el "uso eficiente del tiempo". Sin embargo, las mejores prácticas para tratar a personas con discapacidad resaltan la necesidad de ajustar el ritmo para las limitaciones de movilidad, permitir más tiempo para la comunicación con impedimentos del habla y asegurar entornos tranquilos para personas con autismo. Esto sugiere que, para las personas con discapacidad, "preferencial" podría implicar procesos adaptados que priorizan la comunicación efectiva y el apoyo personalizado, lo que inherentemente podría requerir más tiempo, no solo un servicio más rápido (Téllez , 2024). La verdadera "adecuación" reside en satisfacer estas necesidades específicas, a menudo complejas, lo que puede estar en desacuerdo con una métrica generalizada de velocidad.

La naturaleza intangible de la calidad del servicio significa que la experiencia subjetiva del "trato" por parte del personal se convierte en un factor desproporcionadamente poderoso en la percepción de adecuación, especialmente para las personas con discapacidad que ya pueden enfrentar prejuicios sociales y vulnerabilidades preexistentes. Los documentos regulatorios bolivianos, como el Reglamento Interno Específico de Trato Preferente y la Guía del Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, enfatizan la "atención personalizada y especializada. Trato con calidad y calidez, erradicación de toda forma de maltrato" y la "capacitación y sensibilización del personal" (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

Estas directrices, junto con las barreras socio-culturales, los prejuicios y el paternalismo identificados en Bolivia, indican que un "trato" negativo, insensible o despectivo puede anular de inmediato cualquier mejora en la accesibilidad física o en la eficiencia de los procesos, lo que lleva a una profunda percepción de inadecuación. El elemento humano, por lo tanto, actúa como un filtro principal a través del cual se juzgan todos los demás aspectos del servicio.

### **2.2.3. Marcos teóricos para el análisis de la percepción y calidad del servicio**

Para analizar la percepción de la adecuación de los servicios por parte de las personas con discapacidad, es fundamental recurrir a marcos teóricos que expliquen cómo se forman las evaluaciones de satisfacción y cómo interactúan los individuos con su entorno social y los servicios.

#### **2.2.3.1. Teoría de la disconfirmación de expectativas.**

La Teoría de la Disconfirmación de Expectativas (EDT) es un modelo fundamental en la satisfacción del consumidor que postula que la satisfacción (o insatisfacción) resulta de una comparación entre las expectativas iniciales de un consumidor sobre un producto o servicio y su rendimiento percibido real. La disconfirmación ocurre cuando existe una discrepancia: es positiva si el rendimiento supera las expectativas, negativa si no las cumple, y simple confirmación si coincide con ellas. Esta discrepancia influye directamente en la satisfacción. Las expectativas son variables exógenas que existen antes del consumo, mientras que el rendimiento percibido es la evaluación del consumidor basada en una experiencia reciente. La teoría tiene una amplia aplicabilidad en diversos campos, incluidos los servicios públicos. El "efecto de asimilación" sugiere que las expectativas pueden influir en la percepción del rendimiento mismo (Téllez , 2024).

Para las personas con discapacidad, las experiencias negativas previas con los servicios públicos (debido a la discriminación histórica, la inaccesibilidad o la infraestructura inadecuada) pueden generar expectativas iniciales profundamente bajas. Si los servicios solo cumplen estas bajas expectativas, el resultado podría ser una "simple confirmación" en lugar de una "disconfirmación positiva", lo que limitaría la satisfacción general y podría obstaculizar la percepción de una verdadera adecuación, incluso si se realizan algunas mejoras objetivas.

La persistencia de la discriminación, las barreras y la desventaja sistémica para las personas con discapacidad en Bolivia probablemente ha cultivado expectativas de línea de base muy bajas para los servicios públicos. Si un servicio, a pesar de las mejoras, solo funciona ligeramente mejor que estas bajas expectativas, puede ser una "disconfirmación positiva" en relación con esa línea de base, pero no necesariamente se traducirá en una alta satisfacción absoluta o una percepción de adecuación genuina. Esto significa que para satisfacer verdaderamente y ser percibidos como adecuados, los servicios deben superar significativamente estas expectativas profundamente arraigadas, lo que representa un estándar mucho más alto que para la población general (Ministerio de Salud de Bolivia, 2023).

El "efecto de asimilación" dentro de la EDT, donde las expectativas previas pueden influir en la percepción del rendimiento real, sugiere que las campañas de concienciación pública (mandatadas por el Artículo 8 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - CRPD ) destinadas a mejorar las actitudes sociales hacia la discapacidad podrían aumentar indirectamente las expectativas de las personas con discapacidad sobre la calidad del servicio. Esto, a su vez, podría presionar a los servicios públicos para que mejoren genuinamente y cumplan estas expectativas elevadas. Si estas campañas logran cambiar la percepción pública y personal de la discapacidad de un modelo de déficit a uno basado en derechos e inclusivo, naturalmente podrían elevar las expectativas que las personas con discapacidad tienen sobre los servicios que deben recibir. Expectativas más altas y mejor informadas, si se cumplen o superan con servicios genuinamente mejorados, pueden conducir a una mayor satisfacción y una demanda más fuerte de mejora continua, creando un ciclo de retroalimentación positivo para la mejora de políticas y servicios (Téllez , 2024).

### **2.2.3.2. Modelo SERVQUAL para la evaluación de la calidad del servicio**

**SERVQUAL** es un modelo para evaluar la calidad del servicio. Su nombre proviene de la combinación de las palabras "Service Quality" (calidad del servicio en inglés). Este modelo analiza la diferencia (o brecha) entre lo que los clientes esperan y lo que perciben que reciben, en cinco dimensiones principales:

- **Elementos tangibles**, apariencia física de instalaciones, equipos, personal, etc.

- **Fiabilidad**, capacidad para realizar el servicio de forma precisa y confiable.
- **Capacidad de respuesta**, disposición y rapidez para ayudar a los usuarios.
- **Seguridad**, conocimiento, cortesía y capacidad de transmitir confianza.
- **Empatía**, atención individualizada y comprensión de las necesidades del cliente.

El modelo SERVQUAL es una herramienta muy usada para medir la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios, comparando lo que las personas esperan con lo que realmente reciben. Aunque en los documentos revisados no se mencionan directamente sus cinco dimensiones (como tangibles, fiabilidad, respuesta, seguridad y empatía), se nota que este enfoque se utiliza en servicios dirigidos a personas con discapacidad. En estos casos, el modelo ayuda a identificar las diferencias entre lo que se promete y lo que se ofrece, y sugiere enfocar mejoras en ciertos aspectos específicos del servicio para que la atención sea más efectiva. (Téllez , 2024).

El modelo enfatiza la evaluación de la calidad del servicio desde la perspectiva individual y la identificación de oportunidades de mejora basadas en resultados como la elección, las relaciones, el estilo de vida, la salud, el bienestar, los derechos y la satisfacción.

Las dimensiones de SERVQUAL ofrecen un marco estructurado y completo para desglosar el concepto amplio de "adecuación" en componentes medibles y accionables, particularmente relevantes para las personas con discapacidad, yendo más allá de una noción vaga de "buen servicio". Por ejemplo, los "Elementos tangibles" se relacionarían con la accesibilidad física (rampas, baños accesibles, señalización clara). La "Capacidad de respuesta" se vincularía con la "rapidez" y la "capacidad de respuesta institucional", pero también con el ritmo adaptado para necesidades específicas. La "Empatía" se conectaría directamente con el "trato con calidad y calidez" y la "atención personalizada". Al aplicar estas dimensiones, el análisis puede operacionalizar la evaluación de la adecuación percibida, haciéndola más concreta y medible para futuras investigaciones (Téllez , 2024).

Dada la fuerte importancia del "trato" y la "sensibilización" en los documentos de política bolivianos y las barreras identificadas, las dimensiones de "Empatía" y "Seguridad" de

SERVQUAL son probablemente críticas para las personas con discapacidad en Bolivia, posiblemente superando a los "Elementos tangibles" en la determinación de la adecuación percibida general.

Las directrices políticas y las barreras identificadas (prejuicios, estigma, paternalismo) reconocen implícitamente que los aspectos actitudinales y relacionales son desafíos significativos. Por lo tanto, la dimensión de "Empatía" (atención cuidadosa e individualizada, comprensión) y la de "Seguridad" (competencia, cortesía, fiabilidad del personal) dentro de SERVQUAL probablemente tendrían un peso considerable para las personas con discapacidad al percibir la adecuación del servicio. Un servicio físicamente accesible (Elementos tangibles) aún podría ser percibido como inadecuado si la interacción humana es irrespetuosa o inútil (Téllez , 2024).

### **2.2.3.3. Teoría cognitivo social**

La Teoría Cognitivo Social (SCT) describe cómo las experiencias individuales, las acciones de otros (aprendizaje observacional) y los factores ambientales influyen colectivamente en los comportamientos de salud y el desarrollo individual. Enfatiza una interacción sinérgica entre las características individuales y las características del entorno. Los constructos clave incluyen la autoeficacia (la creencia en la capacidad de uno para controlar y ejecutar un comportamiento), la capacidad conductual (comprensión y habilidad para realizar), las expectativas (resultados del comportamiento), las expectativas (valor asignado a los resultados), el autocontrol y los refuerzos (Ministerio de Salud de Bolivia, 2023). La SCT es relevante para comprender las percepciones de la discapacidad, ya que las actitudes negativas de la sociedad pueden desempoderar a las personas con discapacidad y conducir a su exclusión y aislamiento social.

La SCT sugiere que la percepción de la adecuación del servicio no se trata únicamente de la calidad objetiva del servicio, sino que también está significativamente influenciada por la autoeficacia del individuo y sus expectativas con respecto a su capacidad para acceder y beneficiarse del servicio dentro de un entorno dado. Un historial de experiencias negativas (aprendizaje observacional de la propia vida o de la de otros) puede disminuir la autoeficacia y las expectativas, creando una barrera psicológica para percibir la adecuación, incluso si se realizan mejoras (González , 2023). Si una persona con discapacidad ha encontrado

repetidamente barreras físicas o actitudes discriminatorias, su autoeficacia para navegar los servicios públicos probablemente disminuya. Es posible que desarrollen expectativas negativas sobre los resultados del servicio. Esta experiencia acumulada (aprendizaje observacional) moldea directamente su percepción actual. Incluso si un servicio es objetivamente adecuado, una baja autoeficacia o expectativas negativas pueden llevar a una percepción menos positiva, o incluso a la evitación del servicio.

El marco de la SCT implica que las intervenciones destinadas a mejorar la adecuación del servicio para las personas con discapacidad no solo deben centrarse en cambios físicos y sistémicos (por ejemplo, construir rampas, hacer cumplir políticas), sino también en empoderar a los individuos a través del desarrollo de habilidades, el refuerzo positivo y la presentación de experiencias exitosas para aumentar su autoeficacia y reformar sus expectativas. La SCT identifica el "desarrollo de habilidades", el "aprendizaje observacional" y los "refuerzos" como mecanismos para el cambio de comportamiento. Si el objetivo es mejorar la percepción de adecuación, no basta con implementar cambios físicos o de política (González , 2023).

Las intervenciones también deben: 1) equipar a las personas con discapacidad con las habilidades para interactuar eficazmente con los servicios, 2) promover narrativas y ejemplos positivos de experiencias de servicio exitosas (aprendizaje observacional), y 3) asegurar que las interacciones de servicio proporcionen refuerzo y apoyo positivos. Este enfoque holístico aborda tanto los factores ambientales externos como los factores psicológicos internos que median la percepción.

#### **2.2.3.4. Enfoques sociológicos de la vulnerabilidad y la discapacidad**

El concepto de vulnerabilidad social es multidimensional y abarca diversas categorías de análisis como riesgos, incertidumbre, inseguridad, incapacidad y desventaja. A menudo es distinto de la pobreza, aunque relacionado con ella. La vulnerabilidad afecta a individuos, hogares y comunidades, impactando significativamente sus posibilidades de movilidad ascendente. Las personas con discapacidad son explícitamente identificadas como un grupo vulnerable debido a la miríada de riesgos que enfrentan para mejorar su calidad de vida. El mercado, particularmente el mercado laboral, es un eje transversal que puede influir significativamente en el estado de vulnerabilidad de un individuo. Los hogares con personas

con discapacidad tienden a tener más miembros y enfrentan una mayor incidencia de pobreza en comparación con aquellos sin discapacidad (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

La naturaleza multidimensional de la vulnerabilidad, especialmente para las personas con discapacidad, significa que la precariedad económica, las oportunidades educativas limitadas y la exclusión social no son simplemente problemas separados, sino factores interconectados y que se refuerzan mutuamente, amplificando su vulnerabilidad. Esto impacta directamente su capacidad para acceder, utilizar y, en última instancia, percibir la adecuación de los servicios preferenciales.

La vulnerabilidad se define como un proceso multidimensional que implica riesgos, incertidumbre y desventaja, afectando la movilidad ascendente. Los datos indican que la discapacidad está vinculada a tasas de pobreza más altas y un menor acceso a la educación. Además, las barreras geográficas en las zonas rurales exacerban estas desigualdades. Esto significa que una persona con discapacidad no solo se enfrenta a su deficiencia, sino también a los efectos agravantes de la pobreza (por ejemplo, la incapacidad de pagar el transporte accesible a un servicio distante), la falta de educación (por ejemplo, la dificultad para comprender procedimientos de servicio complejos) y el aislamiento social. Estos factores limitan colectivamente sus "estructuras de oportunidades", dificultando el acceso y el beneficio de los servicios, independientemente de la calidad inherente del servicio. Su percepción de adecuación, por lo tanto, estará profundamente influenciada por este contexto más amplio de vulnerabilidad sistémica.

La perspectiva sociológica sobre la vulnerabilidad sugiere que la "atención preferencial" debe ir más allá de la mera prioridad en las colas para abordar las desigualdades estructurales subyacentes (económicas, sociales, educativas e infraestructurales) que crean y perpetúan la vulnerabilidad de las personas con discapacidad. Sin abordar estos problemas más profundos, el trato preferencial superficial podría no mejorar significativamente la calidad de vida general ni la percepción de la adecuación del servicio. Si la vulnerabilidad se trata fundamentalmente de la falta de activos y las oportunidades limitadas, entonces simplemente ser atendido primero en una cola no resuelve problemas sistémicos más profundos como la pobreza, la falta de

transporte accesible o las barreras de empleo (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

Desde una perspectiva sociológica, la "adecuación" de la atención preferencial debe evaluarse no solo en el encuentro de servicio inmediato, sino en su contribución a la reducción de vulnerabilidades más amplias y a la mejora de las oportunidades de vida. Si el servicio no aborda estas desventajas estructurales subyacentes, la percepción de su "adecuación" seguirá siendo limitada, ya que no mejora fundamentalmente el bienestar general o la posición social del individuo (Téllez , 2024).

#### **2.2.4. Factores socio culturales, económicos y geográficos que influyen en el acceso y la percepción**

La percepción de la adecuación de los servicios para las personas con discapacidad en Bolivia está profundamente influenciada por una compleja red de factores socio-culturales, económicos y geográficos.

##### **2.2.4.1. Barreras actitudinales y prejuicios**

Persisten prejuicios sociales, estigmas y conceptos erróneos profundamente arraigados en Bolivia. Ejemplos incluyen asociar la ceguera con la pobreza, el uso de sillas de ruedas con la dependencia y la discapacidad intelectual con la incapacidad para trabajar o estudiar. En las zonas rurales, la discapacidad a veces se percibe como un "castigo divino". La sobreprotección y el paternalismo por parte de las familias y la sociedad son comunes, lo que limita inadvertidamente la autonomía (González , 2023).

##### **2.2.4.2. Impacto de la pobreza y la exclusión social**

Los hogares con personas con discapacidad en Bolivia están desproporcionadamente afectados por la pobreza, con un 42% viviendo en la pobreza en comparación con el 38% de los hogares sin discapacidad, y se ven más afectados por la pobreza extrema. Esta desventaja económica limita directamente el acceso a servicios esenciales como la educación y las oportunidades de empleo (González , 2023).

##### **2.2.5. Desafíos geográficos y de infraestructura**

### **2.2.5.1. Desafíos urbanos**

Ciudades como La Paz presentan dificultades topográficas inherentes. Los entornos urbanos a menudo tienen numerosos elementos de "violencia inaccesible", incluyendo aceras irregulares, falta de rampas, contaminación acústica que dificulta la orientación y transporte público no adaptado (salvo servicios limitados como el Teleférico y Pumakatari en algunas zonas). Los edificios inaccesibles y los problemas con los perros guía complican aún más la movilidad (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

### **2.2.5.2. Desafíos rurales**

Las zonas rurales enfrentan barreras geográficas, económicas y sociales agravadas que profundizan las desigualdades. Estas incluyen una escasez de centros de salud accesibles a menudo ubicados lejos, falta de personal capacitado, infraestructura escolar insuficiente, oportunidades de empleo formal limitadas (lo que lleva a trabajos informales con bajos ingresos) y una importante brecha digital (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

### **2.2.5.3. Barreras comunicacionales y lingüísticas**

Algunas discapacidades, como la auditiva, son a menudo "invisibles", lo que lleva al aislamiento social debido a las dificultades de comunicación. Las altas tasas de analfabetismo entre las personas sordas se atribuyen a sistemas educativos excluyentes. Existe una falta general de formatos de información accesibles (por ejemplo, Braille, intérpretes de lengua de señas) en espacios y servicios públicos (Ministerio de Salud y Deportes, Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud, 2023).

La confluencia de prejuicios socio-culturales profundamente arraigados, una desventaja económica generalizada y importantes barreras geográficas e infraestructurales crea una compleja red de exclusión sistémica que se refuerza mutuamente. Esto moldea profundamente la realidad vivida y, en consecuencia, la percepción de los servicios para las personas con discapacidad en Bolivia, haciendo imposible analizar la adecuación percibida de forma aislada de estos factores contextuales más amplios. La pobreza limita el acceso a la educación y la

atención médica, que a menudo son física y comunicativamente inaccesibles. Esto crea un círculo vicioso de desventaja. La percepción de la adecuación del servicio, por lo tanto, no se trata solo del servicio en sí, sino de cómo interactúa y potencialmente mitiga (o no logra mitigar) estos problemas sistémicos más amplios.

La naturaleza "invisible" de ciertas discapacidades (por ejemplo, la auditiva) y la tendencia social hacia la sobreprotección pueden llevar a que los proveedores de servicios pasen por alto necesidades específicas y matizadas o a que hagan suposiciones sobre las capacidades de un individuo. Esto perpetúa inadvertidamente las barreras y contribuye a percepciones negativas de adecuación, incluso cuando se intenta brindar atención "preferencial". Las mejores prácticas advierten explícitamente contra la suposición de falta de comprensión o una necesidad automática de ayuda, y enfatizan la comunicación directa (González , 2023).

Si los proveedores de servicios no están adecuadamente capacitados para identificar y responder a discapacidades menos visibles, o si operan bajo sesgos paternalistas (por ejemplo, hablando con un acompañante en lugar de la persona con discapacidad), entonces la "atención preferencial" podría ser mal dirigida, insuficiente o incluso denigrante. Esto crea una barrera sutil pero significativa para la adecuación percibida, ya que las necesidades específicas del individuo no se satisfacen o reconocen verdaderamente (González , 2023).

### **Cuadro 2.**

Tipos y grados de discapacidad según la ley boliviana y la OMS.

<b>Categoría</b>	<b>Detalle</b>	<b>Descripción Breve</b>
<b>Tipos de Discapacidad (Bolivia Ley 223)</b>	Física-motora	Deficiencias anatómicas y neuromúsculo funcionales que limitan el movimiento.
	Visual	Deficiencias anatómicas y/o funcionales que causan ceguera y baja visión.
	Auditiva	Pérdida y/o limitación auditiva en menor o mayor grado.
	Intelectual	Deficiencias del sistema nervioso central que ocasionan limitaciones

		significativas en la inteligencia y conducta adaptativa.
	Múltiple	Generada por múltiples deficiencias (físicas, visuales, auditivas, intelectuales o psíquicas).
<b>Grados de Discapacidad (Bolivia Ley 223)</b>	Muy grave	Alto impacto en actividades diarias, requiere asistencia constante.
	Grave	Disminución importante o imposibilidad de realizar actividades diarias, con cierta independencia en autocuidado.
	Moderada	Disminución importante o imposibilidad de realizar algunas actividades diarias, siendo independiente en autocuidado.
	Leve	Síntomas o secuelas que justifican alguna dificultad, pero compatibles con la práctica de actividades diarias.
<b>Definición General de Discapacidad (Bolivia/OMS alineada)</b>	Toda deficiencia o limitación en una actividad o restricción en la participación; resultado de la interacción de personas con deficiencias con barreras diversas.	Se define como el resultado de la interacción de las personas con deficiencias de función física, psíquica, intelectual y/o sensorial con barreras de diversa índole.

*Fuente: Fuente: Ley N° 223. (2012). Ley general para personas con discapacidad.*

## **2.2.6. Características de la accesibilidad y señalización del establecimiento de salud para personas con discapacidad.**

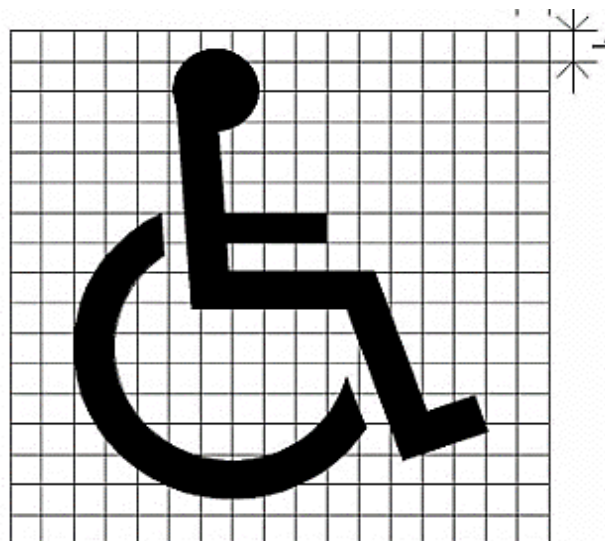
### **2.2.6.1. Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, con discapacidad físico motora.**

El distintivo gráfico internacional que indica accesibilidad para personas usuarias de silla de ruedas adquiere especial relevancia en el entorno de un centro de salud, donde pacientes con movilidad reducida requieren identificar rápidamente áreas y servicios adaptados.

La Norma Boliviana NB 690:2013 establece que este símbolo debe presentarse en blanco sobre fondo azul oscuro (Pantone 294), con contraste de luminancia que garantice su visibilidad en vestíbulos, salas de espera y pasillos de clínicas y hospitales (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

### Ilustración 1.

Vista de perfil de la figura humana en sillas de ruedas



**Fuente:** Pérez, L., & Ramírez, M. (2024). *Percepción de la accesibilidad en servicios de salud: estudio en La Paz*. Revista Boliviana de Salud Pública.

La figura humana en posición dinámica, orientada a la derecha, se enmarca en un área delimitada por marcas esquineras que aseguran proporciones homogéneas sin importar el tamaño final del pictograma. Esta estandarización facilita que los pacientes reconozcan sin ambigüedades la ubicación de rampas, baños accesibles, mostradores de atención preferencial y estaciones de asistencia, aumentando la autonomía y reduciendo ansiedades al transitar en un ambiente sanitario que habitualmente genera estrés (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

Incorporar este símbolo de manera coherente contribuye a reforzar la percepción de un centro de salud inclusivo y profesional. Su aplicación abarca señalética fija en paredes, vinilos sobre puertas y señalización horizontal en pisos, siempre con materiales resistentes a limpiezas frecuentes y a la desinfección constante propia de instalaciones médicas (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

Al situar estos pictogramas en puntos de alta visibilidad, como accesos principales y recepciones, se promueve el acceso igualitario a la atención médica. Además, el uso constante del símbolo permite evaluar cuantitativamente, a través de inventarios visuales, el grado de implementación de políticas de accesibilidad, constituyendo un indicador valioso en estudios de calidad de servicio y satisfacción de pacientes con discapacidad físico motora (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

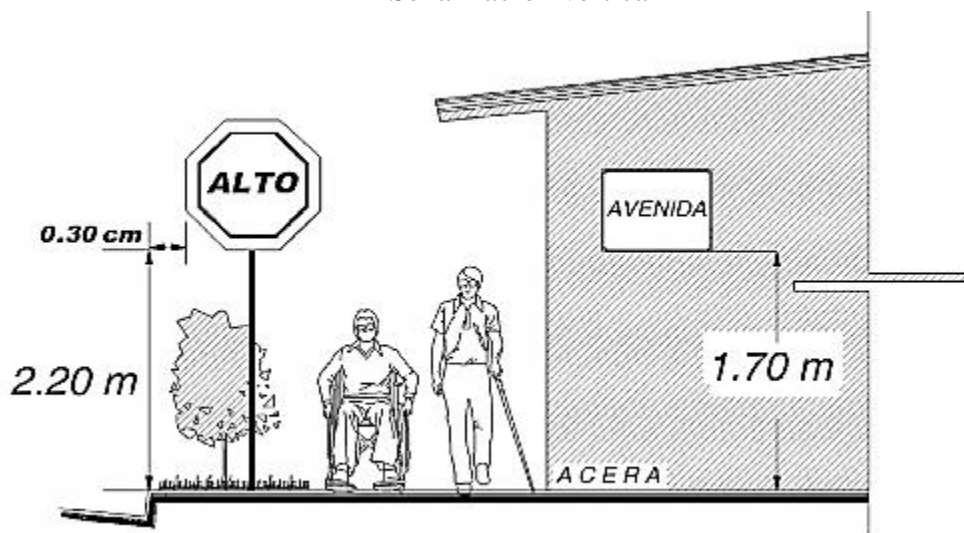
#### **2.2.6.2. Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, visuales, táctiles y audibles.**

En un centro de salud, la señalización accesible no solo orienta, sino que reduce tiempos de llegada a consultas, mejora la gestión de emergencias y minimiza la confusión de pacientes y acompañantes. Según la Norma Boliviana NB 1220001:2013, las señales deben combinar medios visuales, táctiles y auditivos para cubrir discapacidades diversas. Las señalizaciones visuales con tipografía sans-serif de alto contraste y ausencia de reflejos se colocan entre 1,40 m y 1,70 m de altura en pasillos y salas de espera, garantizando legibilidad tanto para personas de pie como en silla de ruedas (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

Las señales táctiles, con relieves y braille en placas de 15 mm de grosor, se sitúan entre 0,70 m y 1,20 m, permitiendo su lectura mediante bastón o tacto directo. En áreas de alarma y evacuación, los emisores sonoros deben superar el ruido ambiental en al menos 15 dB sin exceder 120 dB, emitiendo mensajes claros que faciliten el desalojo seguro de pacientes con discapacidad auditiva parcial o total (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

La clasificación en señales orientadoras, direccionales y funcionales optimiza la circulación interna de pacientes. Las orientadoras, como planos del piso, se ubican en vestíbulos y salas de espera para ofrecer una visión global del centro; las direccionales, mediante flechas y rutas codificadas por colores, guían desde la recepción hasta áreas de diagnóstico y las funcionales, con pictogramas de servicios (baños adaptados, oficinas de admisión, farmacias), facilitan la localización inmediata de recursos esenciales (Ministerio de Obras Públicas, 2019)

**Ilustración 2.**  
Señalización vertical



**Fuente:** Pérez, L., & Ramírez, M. (2024). *Percepción de la accesibilidad en servicios de salud: estudio en La Paz*. Revista Boliviana de Salud Pública.

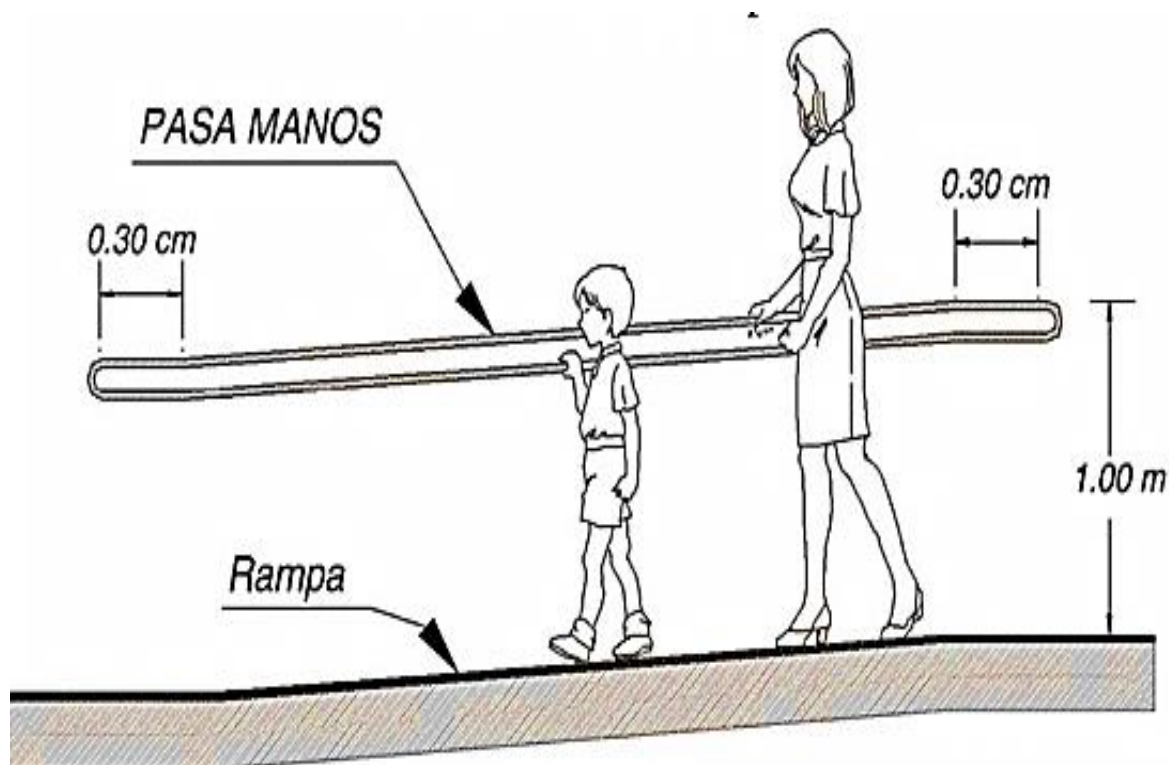
El uso de materiales antimicrobianos y antirreflectantes previene riesgos higiénicos y lumínicos en entornos sanitarios. Evaluar la presencia, calidad y coherencia de esta señalización brinda insumos para investigaciones sobre eficiencia operativa y satisfacción de pacientes con discapacidad en centros de salud (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

### **2.2.6.3. Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, escaleras.**

Aunque el acceso principal de un hospital debe privilegiar rampas y elevadores, las escaleras continúan siendo rutas de evacuación y circulación secundaria. La Norma Boliviana NB 1220002:2013 precisa que, en un centro de salud, las escaleras de uso público deben tener un ancho mínimo de 1,20 m y contrahuellas no superiores a 18 cm, con huellas que cumplan la fórmula  $2a + b = 60$  cm y bordes redondeados con radio de curvatura máximo de 3 cm. La correcta señalización en los peldaños, mediante bandas antideslizantes y franjas de color contrastante en el frontal de cada escalón, reduce el riesgo de tropiezos entre pacientes con baja visión y adultos mayores que acuden a consultas. Los descansos, amplios y nivelados, facilitan la circulación de camillas y dispositivos médicos, con anchura igual al tramo de escalera y profundidad que permita maniobras seguras (Ministerio de Obras Públicas, 2019)

### Ilustración 3.

#### Rampa



*Fuente:* Pérez, L., & Ramírez, M. (2024). *Percepción de la accesibilidad en servicios de salud: estudio en La Paz*. Revista Boliviana de Salud Pública.

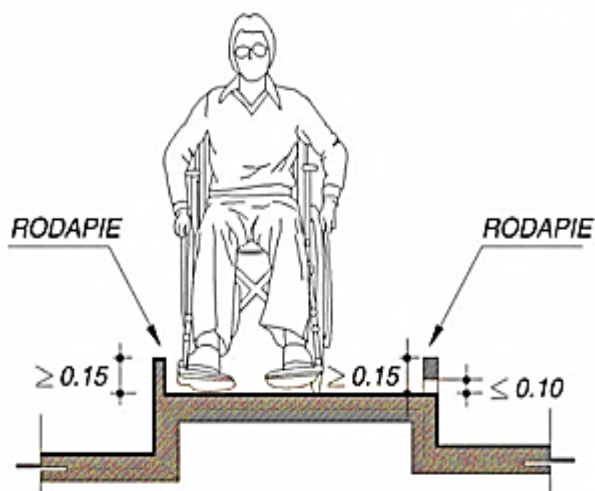
Los pasamanos continuos a ambos lados, según NB 1220003, instalados a 0,90 m y 0,70 m de altura, con prolongaciones horizontales de 30 cm en inicio y fin y sección circular de 35–50 mm, proporcionan apoyo firme para pacientes con fuerza reducida en manos. En áreas críticas como urgencias y quirófanos, estos elementos se complementan con señalización podotáctil al inicio y final de tramos, alertando a personas con discapacidad visual. Incorporar estos requerimientos en la evaluación arquitectónica de un centro de salud permite medir el grado de adecuación normativa y su impacto en la seguridad y autonomía de los usuarios durante todo el recorrido clínico (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

#### 2.2.6.4. Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, rodapiés, pasamanos, barandas y agarraderas

En la circulación interna de un hospital, los equipamientos de apoyo actúan como elementos críticos de seguridad. Conforme a la Norma Boliviana NB 1220003:2013, los rodapiés de contención deben tener una altura mínima de 15 cm y continuidad a lo largo de los desniveles en pasillos de sala de espera y áreas de diagnóstico por imágenes. Estos impiden desplazamientos accidentales de objetos rodantes y ofrecen referencias táctiles en recorridos de pacientes con baja visión (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

#### Ilustración 4.

##### Rodapié



##### Descripción de la figura:

Vista frontal de una persona usuaria de sillas de ruedas que se ubica sobre un piso más elevado con respecto al piso contiguo. En el borde superior del piso se grafican 2 variantes del elemento que se eleva a modo de contención.

**Fuente:** Pérez, L., & Ramírez, M. (2024). *Percepción de la accesibilidad en servicios de salud: estudio en La Paz*. Revista Boliviana de Salud Pública.

Los pasamanos, con sección circular o elíptica de 35–50 mm de diámetro y separación de 50 mm de la pared, se instalan a 85–100 cm de altura en corredores principales, y a 60–75 cm en áreas pediátricas, garantizando su accesibilidad según la estatura y necesidades de apoyo de los pacientes (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

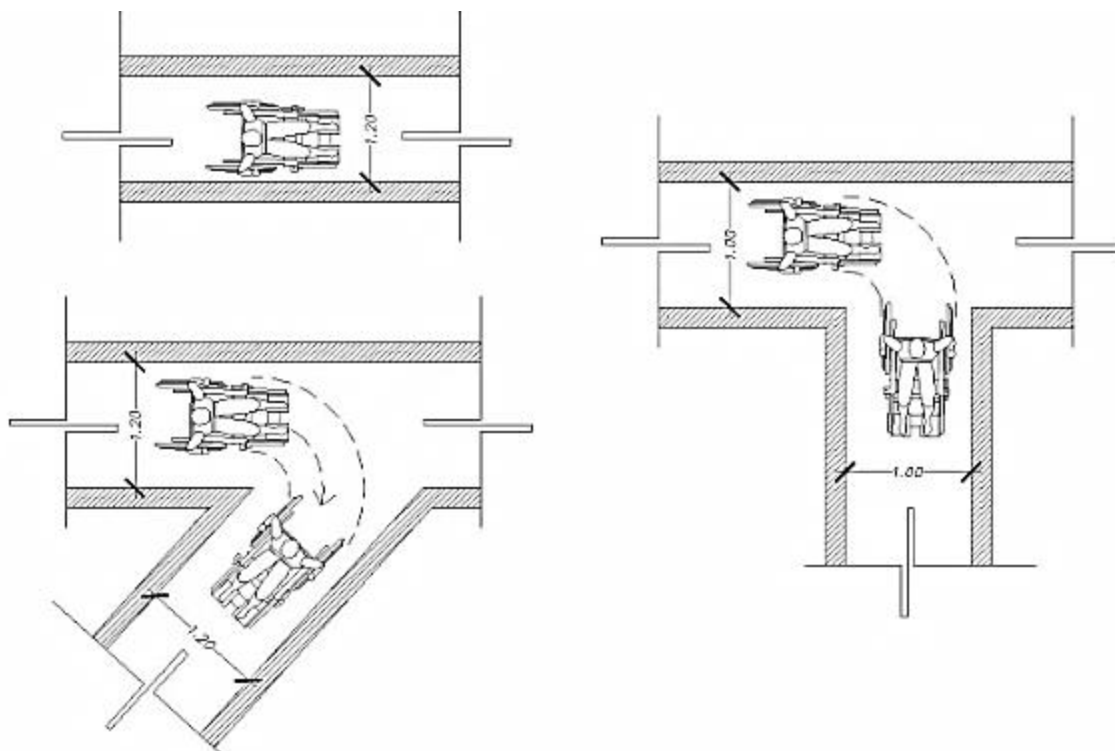
Las barandas perimetrales en rampas de acceso y escaleras exteriores, de 1,00 m de altura, previenen caídas y permiten apoyos seguros durante el traslado de camillas o sillas de ruedas. Las agarraderas en salas de rehabilitación y establecimientos físicos, con diseño anatómico y extremos curvados, facilitan ejercicios de movilidad y fortalecimiento muscular. Emplear materiales resistentes a la limpieza con desinfectantes hospitalarios asegura durabilidad y mantenimiento higiénico (Ministerio de Obras Públicas, 2019). Medir la cobertura y calidad de estos equipamientos en un centro de salud posibilita la creación de indicadores sobre usabilidad,

satisfacción de pacientes con discapacidad y adherencia a protocolos de accesibilidad institucional.

### 2.2.6.5. Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, pasillos y galerías.

#### Ilustración 5.

##### Dimensiones internas en la vivienda



**Fuente:** Pérez, L., & Ramírez, M. (2024). *Percepción de la accesibilidad en servicios de salud: estudio en La Paz*. Revista Boliviana de Salud Pública.

Los pasillos de un centro de salud deben diseñarse para un flujo continuo y seguro de pacientes, personal médico y equipos. La Norma Boliviana NB 1220004:2013 establece un ancho mínimo de 1,20 m en corredores de hospitales, ampliable a 1,80 m en zonas de alto tránsito como accesos a salas de operación o urgencias, lo cual facilita el paso de dos sillas de ruedas simultáneamente y el traslado de camillas (Ministerio de Obras Públicas, 2019). El espacio libre, desde el piso hasta 2,20 m de altura, debe mantenerse sin obstáculos (luminarias colgantes, señalización excesiva o mobiliario), garantizando rutas de evacuación despejadas (Ministerio de Obras Públicas, 2019). El pavimento debe ser firme, antideslizante y sin diferencias de nivel que compliquen el uso de andadores o muletas.

La instalación de señalización conforme a NB 1220001 refuerza la identidad de rutas rápidas hacia emergencias, puntos de vacunación y áreas de hospitalización. Los indicios táctiles en interrupciones de pérgolas o mamparas, combinados con colores contrastantes, alertan a pacientes con discapacidad visual sobre cambios de dirección o cruces peatonales interiores (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

Este enfoque integral de diseño permite construir indicadores de desempeño que analicen correlaciones entre las características de pasillos y galerías y la eficiencia en tiempos de respuesta clínica, así como la percepción de seguridad y autonomía de los usuarios con diferentes tipos de discapacidad (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

#### **2.2.6.6. Accesibilidad de las personas con discapacidad al medio físico, rampas fijas adecuadas y básicas**

El acceso sin barreras a las consultas y áreas de diagnóstico en un centro de salud depende en gran medida de la correcta implementación de rampas. Bajo la Norma Boliviana NB 1220005:2013, las rampas exteriores e interiores de hospitales deben presentar una pendiente longitudinal máxima del 8 % para tramos de hasta 10 m y reducirse al 6 % en recorridos prolongados, con pendiente transversal no mayor al 2 % y ancho libre mínimo de 0,90 m. Los descansos de 1,50 m (nivel adecuado) o 1,20 m (nivel básico) se disponen en puertas de acceso a salas de espera y laboratorios, permitiendo giros seguros de sillas de ruedas. El diseño incluye bordillos de contención y pasamanos según NB 1220003 cuando se salvan desniveles superiores a 25 cm, asegurando un soporte adicional para pacientes con fuerza limitada (Ministerio de Obras Públicas, 2019).

La superficie de aproximación debe permitir inscribir un círculo de 1,50 m de diámetro frente a entradas principales y áreas de urgencia, libre de barrido de puertas o elementos fijos. La selección de materiales antideslizantes y fáciles de limpiar con desinfectantes hospitalarios garantiza la prevención de caídas y el cumplimiento de protocolos de higiene. La iluminación continua, de al menos 100 lux o watts adecuados desagües de aguas pluviales en rampas exteriores mejoran la seguridad durante todo el año. Incorporar estos criterios en evaluaciones de accesibilidad clínica facilita el desarrollo de métricas sobre la experiencia del paciente,

tiempos de acceso y prevalencia de accidentes, promoviendo entornos sanitarios más inclusivos y eficaces. (Ministerio de Obras Públicas, 2019)

### **2.3. Definiciones de discapacidad Ley 223**

La Ley 223 define la discapacidad como "toda deficiencia o limitación en una actividad o algún tipo de restricción en la participación" y, crucialmente, como "el resultado de la interacción de las personas con deficiencias de función física, psíquica, intelectual y/o sensorial con barreras de diversa índole". Esta definición se alinea explícitamente con el modelo social al enfatizar el papel de las barreras

A pesar de la adopción legal de una perspectiva de modelo social (como se ve en la Ley 223), la persistencia de influencias del modelo médico en las actitudes sociales y la implementación de servicios puede generar una desconexión significativa entre las intenciones políticas y la experiencia vivida y la percepción de los servicios. Esto a menudo se manifiesta como barreras actitudinales y un enfoque en "arreglar" a los individuos en lugar de adaptar los entornos (Ministerio de Salud de Bolivia, 2023).

Los prejuicios profundamente arraigados, el estigma y la creencia en el "castigo divino" para la discapacidad, que son remanentes de la influencia del modelo médico, pueden llevar a que la "atención preferencial" sea percibida como caridad o lástima en lugar de un derecho, lo que afecta negativamente la percepción de adecuación.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) también aborda la discapacidad como parte de la existencia humana, desviando la atención de la causa al efecto y abarcando tanto las funciones/estructuras corporales como la participación/actividad.

La legislación boliviana distingue varios tipos de discapacidad: físico-motora, visual, auditiva, intelectual y múltiple. Asimismo, clasifica los grados de discapacidad en muy grave, grave, moderada y leve, basándose en el impacto en las actividades de la vida diaria. La comprensión de estos tipos y grados es fundamental para abordar la diversidad de necesidades dentro de la población con discapacidad y asegurar que la atención preferencial sea verdaderamente adecuada.

### 2.3.1. El contexto boliviano, marco legal, social y económico.

La percepción de la adecuación de los servicios de atención preferencial para personas con discapacidad está intrínsecamente ligada a su complejo marco legal, social y económico.

#### 2.3.1.1. Legislación y políticas públicas sobre discapacidad y atención preferencial.

Bolivia cuenta con un marco legal que busca proteger los derechos de las personas con discapacidad, siendo la **Ley General para Personas con Discapacidad N° 223** un pilar fundamental. Promulgada el 2 de marzo de 2012, esta ley tiene como objetivo garantizar el pleno ejercicio de los derechos y deberes de las personas con discapacidad, asegurando igualdad de condiciones, equiparación de oportunidades y un trato preferencial bajo un sistema de protección integral (Ley N° 223, 2012).

Sus principios fundamentales incluyen la Igualdad en Dignidad, la No Discriminación, la Inclusión, la Accesibilidad, la Equidad de Género, la Igualdad de Oportunidades, la No Violencia y la Asistencia Económica Estatal. La ley detalla derechos clave en diversas esferas, como la protección familiar, la protección estatal, la educación, la salud, el empleo, la identidad, la vivienda, la participación política, la integridad y el derecho a tomar decisiones independientes (Ley N° 223, 2012).

#### Cuadro 3.

Principios clave de la Ley N° 223 relacionados con la atención preferencial y la accesibilidad

<b>Principio (Artículo 4, Ley 223)</b>	<b>Implicación para la Atención Preferencial y Adecuación</b>	<b>Artículo Clave (Ley 223)</b>
Igualdad en Dignidad	Mandato de trato igualitario y digno, reconociendo el valor inherente.	Art. 4 (a)
No Discriminación	Prohibición de exclusión o restricción basada en la discapacidad.	Art. 4 (b)
Inclusión	Garantía de participación plena y efectiva en la sociedad.	Art. 4 (c)
Accesibilidad	Obligación de adaptar servicios y entornos (arquitectónicos, físicos, sociales, económicos, culturales, comunicacionales).	Art. 4 (d), Art. 17, Art. 37

Equidad de Género	Consideración de diferencias de género para equiparar oportunidades.	Art. 4 (e)
Igualdad de Oportunidades	Mismas posibilidades de acceso a derechos y al entorno.	Art. 4 (f)
No Violencia	Protección contra toda forma de maltrato, físico, psicológico o sexual.	Art. 4 (g), Art. 19
Asistencia Económica Estatal	Apoyo financiero para reducir la vulnerabilidad y promover el desarrollo.	Art. 4 (h), Art. 28

**Fuente:** Ley N° 223. (2012). *Ley general para personas con discapacidad.*

Su desarrollo fue una respuesta directa a problemas identificados como la "falta de comunicación y el lenguaje despectivo", con el objetivo de mejorar las habilidades comunicativas y fomentar una atención inclusiva, mejorando así la percepción de la atención.

A pesar de un marco legal robusto y progresivo que se alinea con el modelo social de la discapacidad y que manda explícitamente derechos integrales y trato preferencial, los estudios existentes y la evidencia anecdótica señalan consistentemente brechas significativas en la implementación y una baja satisfacción del usuario. Esto pone de manifiesto una desconexión crítica entre los derechos de jure y las realidades de facto, lo que crea un terreno fértil para estudiar la brecha de percepción.

## CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

### 3.1.Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Medición
<b>Características sociodemográficas</b>	Conjunto de atributos personales y sociales que caracterizan a la población con discapacidad.	Información obtenida a través de preguntas cerradas de la encuesta.	Edad, género, tipo de discapacidad, frecuencia de visitas, satisfacción con disponibilidad de medicamentos.	Edad (años), género (M/F/O), tipo de discapacidad (visual, auditiva, física, intelectual, múltiple), frecuencia (semanal, mensual, ocasional), satisfacción con medicamentos (escala Likert: muy insatisfecho a muy satisfecho).
<b>Percepción general de la atención preferencial</b>	Juicio subjetivo que tiene la persona con discapacidad sobre la calidad y prioridad del servicio recibido.	Valoración expresada por el encuestado mediante preguntas con escalas ordinales.	Reconocimiento de atención preferencial, trato del personal, tiempos de espera, satisfacción general.	Escala Likert (1 a 5): totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo.
<b>Accesibilidad física del centro de salud</b>	Grado en que el entorno físico permite el acceso autónomo a personas con discapacidad.	Verificación directa de las condiciones físicas del centro, contrastada con la percepción de los usuarios.	Rampas, puertas anchas, baños adaptados, señalética visible, disponibilidad de sillas de ruedas.	Observación directa (presente/ausente), valoración del usuario (escala Likert).
<b>Accesibilidad organizativa</b>	Grado en que la estructura y procesos del centro favorecen la atención preferencial.	Identificación de prácticas y flujos internos destinados a la atención prioritaria.	Existencia de turnos preferenciales, tiempo de espera, prioridad en atención.	Guía de observación (sí/no), percepción del usuario (escala).

<b>Capacitación del personal</b>	Nivel de preparación del equipo de salud para brindar atención inclusiva y adaptada.	Evaluación de la percepción del usuario y verificación de la existencia de personal capacitado.	Trato adecuado, uso de lenguaje inclusivo, conocimiento sobre discapacidad.	Escala de percepción (1 a 5), observación del comportamiento del personal.
<b>Disponibilidad de recursos</b>	Existencia y accesibilidad de insumos y servicios necesarios para la atención adecuada.	Comprobación del abastecimiento de medicamentos y ayudas técnicas.	Abastecimiento de medicamentos, presencia de equipos de apoyo, señalética accesible.	Observación directa (sí/no), percepción del usuario (escala de satisfacción).

### 3.1.1. Variable independiente

- Características sociodemográficas (edad, género, tipo de discapacidad, frecuencia de visitas, satisfacción con disponibilidad de medicamentos).
- Accesibilidad física del centro de salud.
- Accesibilidad organizativa.
- Capacitación del personal.
- Disponibilidad de recursos.

### 3.1.2. Variable dependiente

- Percepción general de la atención preferencial.

### 3.2. Enfoque metodológico.

La presente investigación adopta un enfoque metodológico mixto, combinando elementos del enfoque **cuantitativo** y **cualitativo**. El **enfoque cuantitativo** se basa en la recolección y análisis de datos numéricos, con el fin de identificar patrones medibles y generalizables mediante procedimientos estadísticos (Hernandez, Fernandez, & Sampieri, 2014). Por su parte, el

**enfoque cualitativo** se centra en la comprensión profunda de los fenómenos sociales, priorizando la interpretación de significados, experiencias y contextos mediante técnicas como la observación, entrevistas o análisis documental (Hernandez, Fernandez, & Sampieri, 2014). Por lo que se incorpora una **guía de observación** aplicada en el Centro de Salud Puerto Rico, que permitirá complementar la información mediante la verificación directa de aspectos físicos, organizativos y de atención al usuario, favoreciendo una comprensión integral del contexto.

### 3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación es **descriptivo**, ya que su objetivo central es caracterizar la percepción de las personas con discapacidad sobre la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico en cuanto a la atención preferencial. Esta investigación descriptiva permitirá detallar aspectos vinculados a la accesibilidad física y organizativa, el trato recibido, la capacitación del personal y la disponibilidad de recursos, ofreciendo una visión clara de las condiciones reales que enfrenta esta población vulnerable (Hernandez, Fernandez, & Sampieri, 2014).

Además, la investigación se enmarca dentro del tipo **observacional**, ya que no se manipulan variables, sino que se recolectan datos directamente del entorno tal como se presenta (Cusi, 2018). Este enfoque se aplica mediante la utilización de una guía de observación estructurada, la cual será empleada para registrar de forma sistemática diversos aspectos de la infraestructura, señalización, organización interna, tiempos de espera y atención diferenciada en el Centro de Salud.

### 3.4. Método de investigación

El método utilizado será **empírico**, basado en la recolección directa de datos en el campo mediante encuestas estructuradas y observaciones sistemáticas (Cusi, 2018). Este método es apropiado para captar las experiencias reales de los usuarios del servicio, permitiendo así evidenciar las condiciones del centro de salud desde la perspectiva de quienes acceden a él. El uso de este método proporciona sustento objetivo y práctico a los hallazgos obtenidos, y contribuye al análisis de las deficiencias estructurales y organizativas dentro del sistema de salud local.

### 3.5. Población y Muestra

### 3.5.1. Población

La población de estudio está conformada por las personas con discapacidad del área de influencia del Centro de Salud Puerto Rico. De acuerdo con datos proporcionados por el Programa de Discapacidad del SEDES Pando, se registran 24 personas con discapacidad en el área de estudio ya mencionado.

### 3.5.2. Muestra

La muestra estará constituida por 17 personas con discapacidad, seleccionadas mediante un **muestreo no probabilístico por conveniencia**, tomando en cuenta la disponibilidad y accesibilidad de los participantes al momento de la recolección de datos. Esta modalidad de muestreo facilita el contacto con una población de difícil acceso y permite obtener información representativa del fenómeno de estudio en este contexto rural.

## 3.6. Técnicas e Instrumentos

### 3.6.1. Técnicas

Se emplearon dos técnicas principales:

La **encuesta estructurada**, aplicada a las personas con discapacidad, permitió obtener información sobre variables sociodemográficas y su percepción sobre la atención preferencial.

La **observación directa**, mediante una guía de observación previamente diseñada, permitió verificar las condiciones físicas y organizativas del centro de salud, así como actitudes del personal en relación con la atención a personas con discapacidad.

### 3.6.2. Instrumentos.

Se aplicó un **cuestionario estructurado de 9 preguntas**, con ítems cerrados y de escala tipo Likert, dirigido directamente a las personas con discapacidad, enfocado en aspectos de accesibilidad, organización del servicio, trato recibido y disponibilidad de medicamentos.

Se elaboró una **guía de observación**, utilizada por la investigadora durante las visitas al establecimiento de salud. Este instrumento permitió registrar, de forma objetiva, elementos

como la existencia de rampas, señalización, baños adaptados, áreas preferenciales, así como la disposición y comportamiento del personal en la atención a este grupo poblacional.

### **3.7. Variables y medición.**

En la presente investigación, la variable dependiente es la percepción de las personas con discapacidad sobre la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico en la atención preferencial. Esta variable se expresa a través de la valoración subjetiva que los usuarios hacen sobre la atención recibida, considerando aspectos como el trato del personal, el tiempo de espera, la prioridad otorgada en los servicios y el nivel de satisfacción general con la atención. Se busca conocer el grado de conformidad o disconformidad que presentan los usuarios respecto al cumplimiento del principio de atención preferencial, enmarcado en sus derechos como personas con discapacidad.

Por su parte, las variables independientes comprenden características sociodemográficas como la edad, el género, el tipo de discapacidad y la frecuencia de visitas al centro de salud, además de dimensiones objetivas relacionadas con la infraestructura del establecimiento. La medición de estas variables se realizará mediante una encuesta estructurada con escalas de percepción tipo Likert y preguntas cerradas, complementada con una guía de observación directa que permita contrastar la información reportada por los usuarios con las condiciones reales del centro de salud. Esta estrategia metodológica facilitará establecer relaciones entre las condiciones del entorno sanitario y las percepciones de quienes acceden a él en calidad de población con necesidades prioritarias.

## CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1.Resultados

#### 4.1.1. Resultados del objetivo específico 1.

**Tabla 1.**

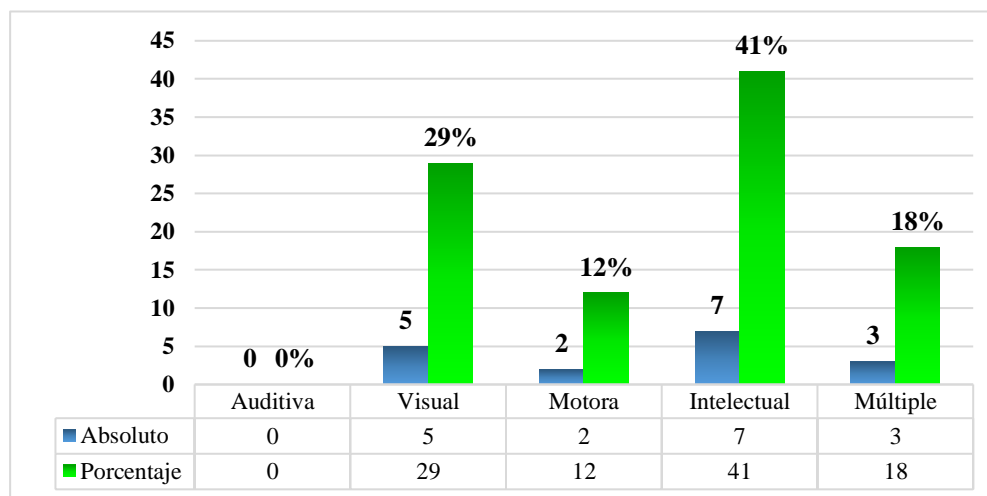
Tipo de discapacidad predominante en la población con discapacidad de Puerto Rico, de abril a junio de 2025.

Variable	Numero	Porcentaje
Auditiva	0	0%
Visual	5	29%
Motora	2	12%
Intelectual	7	41%
Múltiple	3	18%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 1.**

Tipo de discapacidad predominante en la población con discapacidad de Puerto Rico, de abril a junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el tipo de discapacidad predominante es la intelectual con 41%, seguida de la visual con 29%, múltiple con 18% y motora con 12%. La discapacidad intelectual representa la condición más frecuente en la población, lo que orienta la necesidad de adecuaciones específicas en el centro de salud para garantizar una atención accesible y efectiva.

**Tabla 2.**

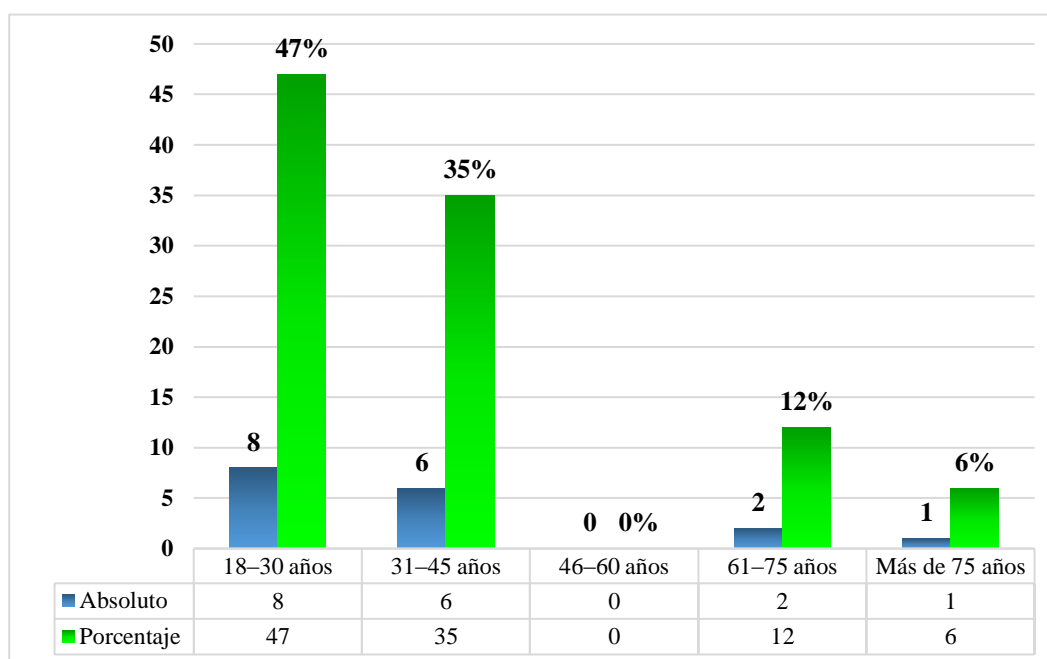
Distribución por edad de las personas con discapacidad en la comunidad de Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025.

Variable	Numero	Porcentaje
18–30 años	8	47%
31–45 años	6	35%
46–60 años	0	0%
61–75 años	2	12%
Más de 75 años	1	6%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Grafica 2.**

Distribución por edad de las personas con discapacidad en la comunidad de Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025.



Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 47% de las personas con discapacidad tienen entre 18 y 30 años, 35% entre 31 y 45 años, 12% entre 61 y 75 años, y 6% más de 75 años. La mayoría de personas con discapacidad pertenecen a grupos etarios jóvenes y adultos medios, lo que demanda servicios de salud adaptados a sus necesidades físicas, cognitivas y sociales.

**Tabla 3.**

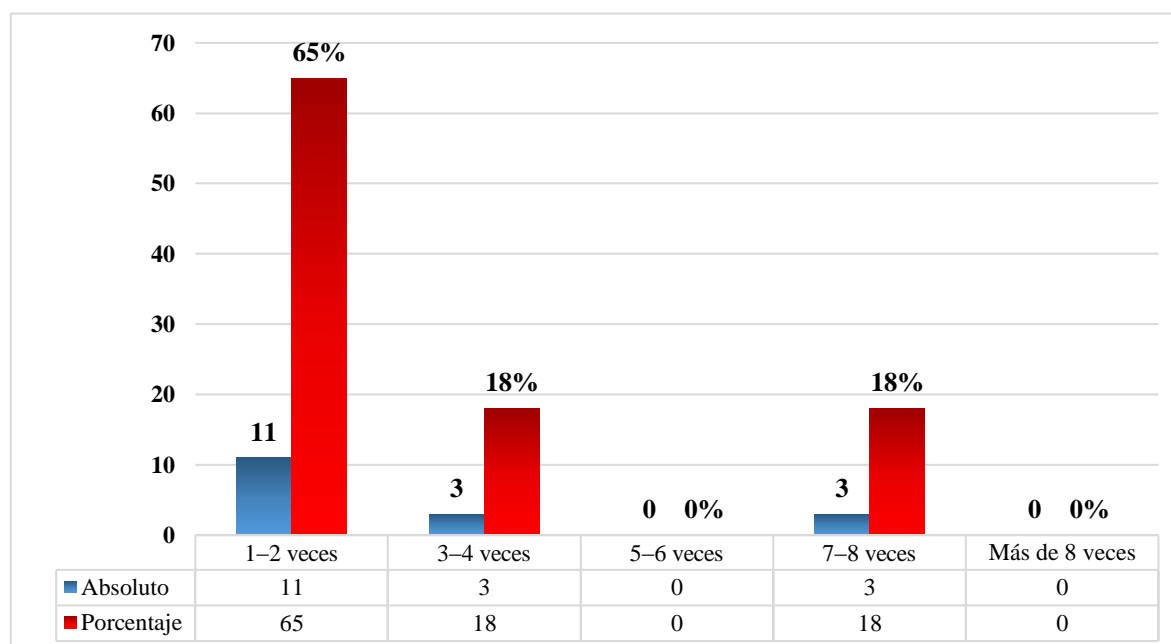
Frecuencia de visitas al Centro de Salud Puerto Rico por parte de personas con discapacidad, entre abril y junio de 2025.

Variable	Numero	Porcentaje
1–2 veces	11	65%
3–4 veces	3	18%
5–6 veces	0	0%
7–8 veces	3	18%
Más de 8 veces	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 3.**

Frecuencia de visitas al Centro de Salud Puerto Rico por parte de personas con discapacidad, entre abril y junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 65% de las personas con discapacidad acudió al centro de salud entre 1 y 2 veces, 18% entre 3 y 4 veces, y 18% entre 7 y 8 veces. La baja frecuencia de visitas al centro sugiere posibles barreras en el acceso, que podrían estar relacionadas con la adecuación del servicio, percepción de calidad o limitaciones en la atención preferencial.

**Tabla 4.**

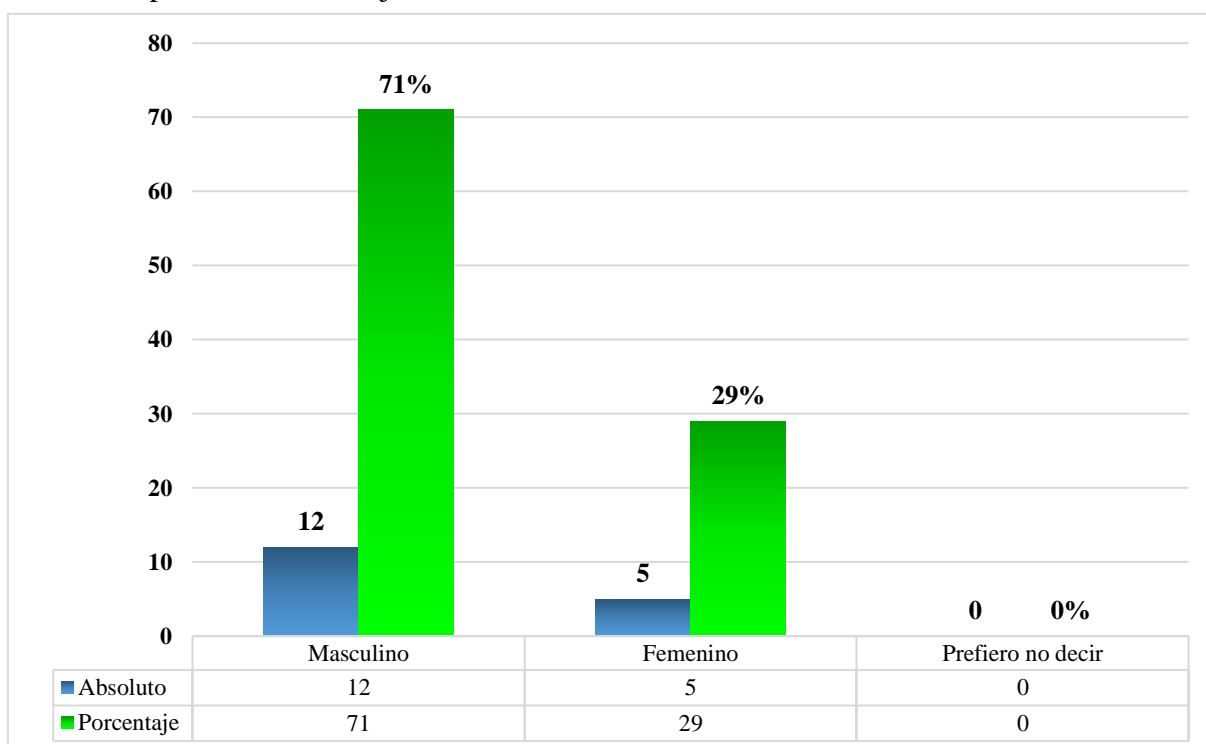
Identidad de género de la población con discapacidad atendida en el Centro de Salud Puerto Rico, en el periodo de abril a junio de 2025.

Variable	Numero	Porcentaje
Masculino	12	71%
Femenino	5	29%
Prefiero no decir	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 4.**

Identidad de género de la población con discapacidad atendida en el Centro de Salud Puerto Rico, en el periodo de abril a junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 71% de las personas con discapacidad atendidas en el centro de salud se identifica con el género masculino y el 29% con el género femenino. Existe un predominio de personas de género masculino entre los usuarios con discapacidad, lo que puede orientar enfoques diferenciados en la atención según género y condición de discapacidad.

**Tabla 5.**

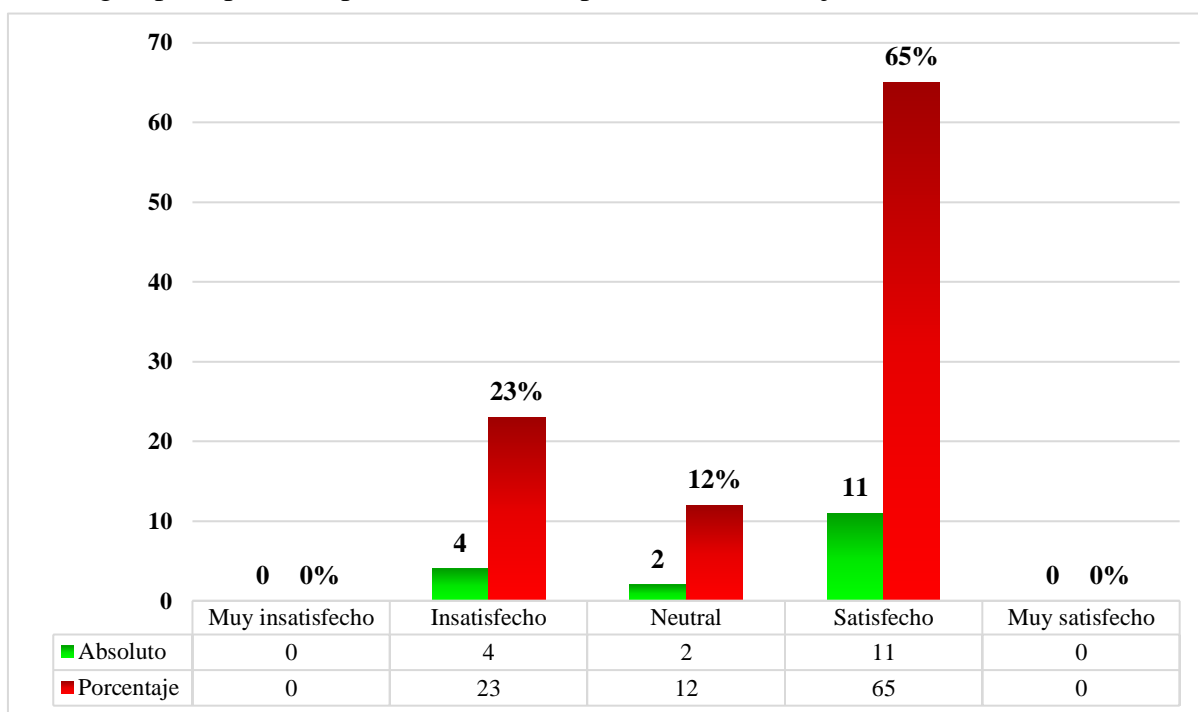
Nivel de satisfacción con la disponibilidad de medicamentos en el Centro de Salud Puerto Rico, según percepción de personas con discapacidad, de abril a junio de 2025.

Variable	Numero	Porcentaje
Muy insatisfecho	0	0%
Insatisfecho	4	23%
Neutral	2	12%
Satisfecho	11	65%
Muy satisfecho	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Grafica 5.**

Nivel de satisfacción con la disponibilidad de medicamentos en el Centro de Salud Puerto Rico, según percepción de personas con discapacidad, de abril a junio de 2025.



Fuente: Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 65% de las personas con discapacidad se encuentra satisfecha con la disponibilidad de medicamentos, 23% insatisfecha y 12% expresa una percepción neutral. La mayoría manifiesta conformidad con el acceso a medicamentos, aunque persisten niveles de insatisfacción que podrían asociarse con desabastecimiento o falta de atención diferenciada en el suministro.

#### 4.1.2. Resultados del objetivo específico 2.

**Tabla 6.**

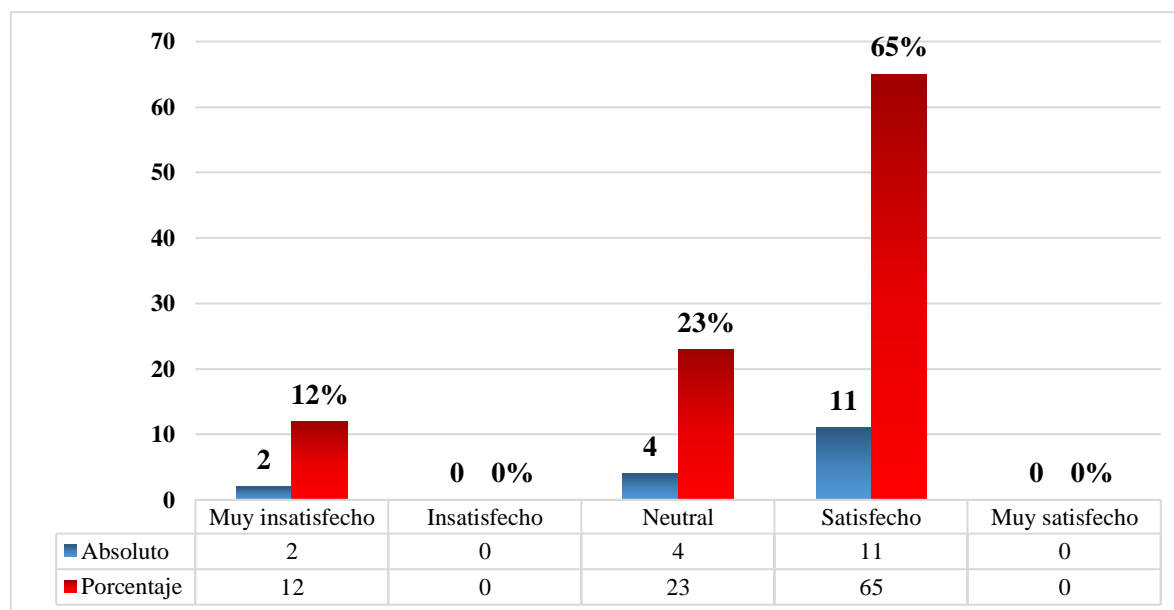
Valoración general de la experiencia de atención preferencial por parte de personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025.

Variable	Numero	Porcentaje
Muy insatisfecho	2	12%
Insatisfecho	0	0%
Neutral	4	23%
Satisfecho	11	65%
Muy satisfecho	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 6.**

Valoración general de la experiencia de atención preferencial por parte de personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 65% de las personas con discapacidad está satisfecha con la atención preferencial, 23% expresa una percepción neutral o indiferente y 12% manifiesta estar muy insatisfecha con su experiencia. Aunque prevalece una percepción positiva, la presencia de insatisfacción e indiferencia indica falencias en la implementación efectiva de la atención preferencial para esta población.

**Tabla 7.**

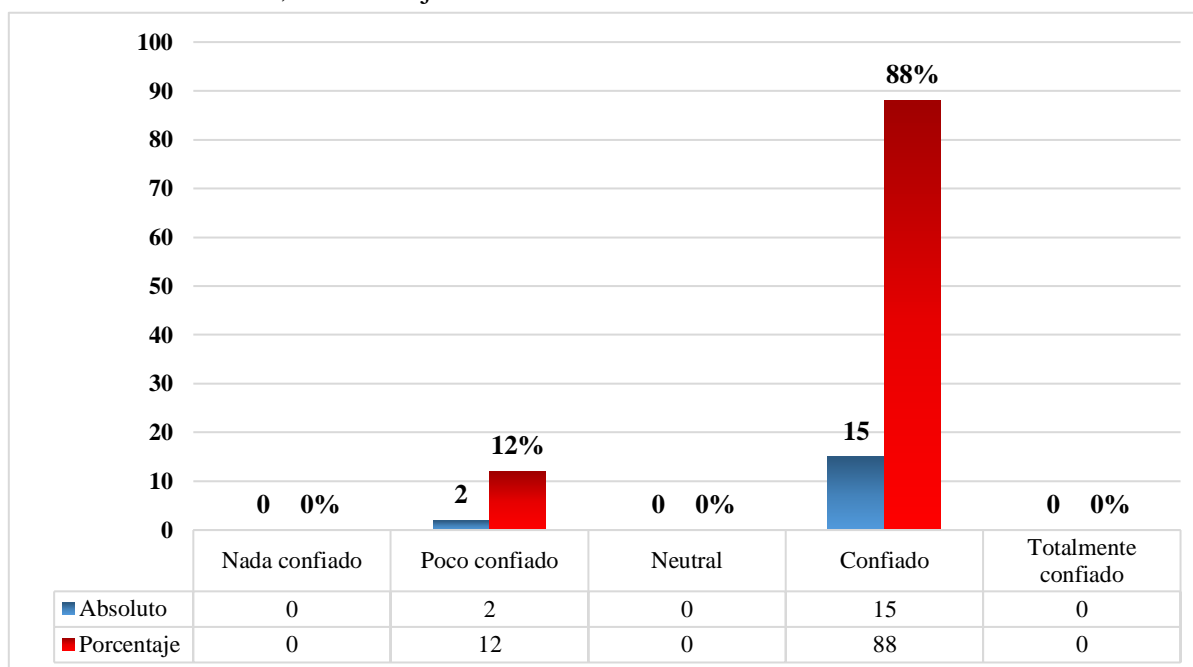
Nivel de confianza en el personal de salud por parte de personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, de abril a junio de 2025.

Variable	Numero	Porcentaje
Nada confiado	0	0%
Poco confiado	2	12%
Neutral	0	0%
Confiado	15	88%
Totalmente confiado	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 7.**

Nivel de confianza en el personal de salud por parte de personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, de abril a junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación.** Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 88% de las personas con discapacidad se sienten confiadas en el personal de salud, mientras que el 12% manifiesta tener poca confianza en su atención. La alta confianza en el personal refleja una percepción positiva de la competencia profesional, aunque aún existen casos que evidencian la necesidad de fortalecer la relación paciente y personal de salud.

**Tabla 8.**

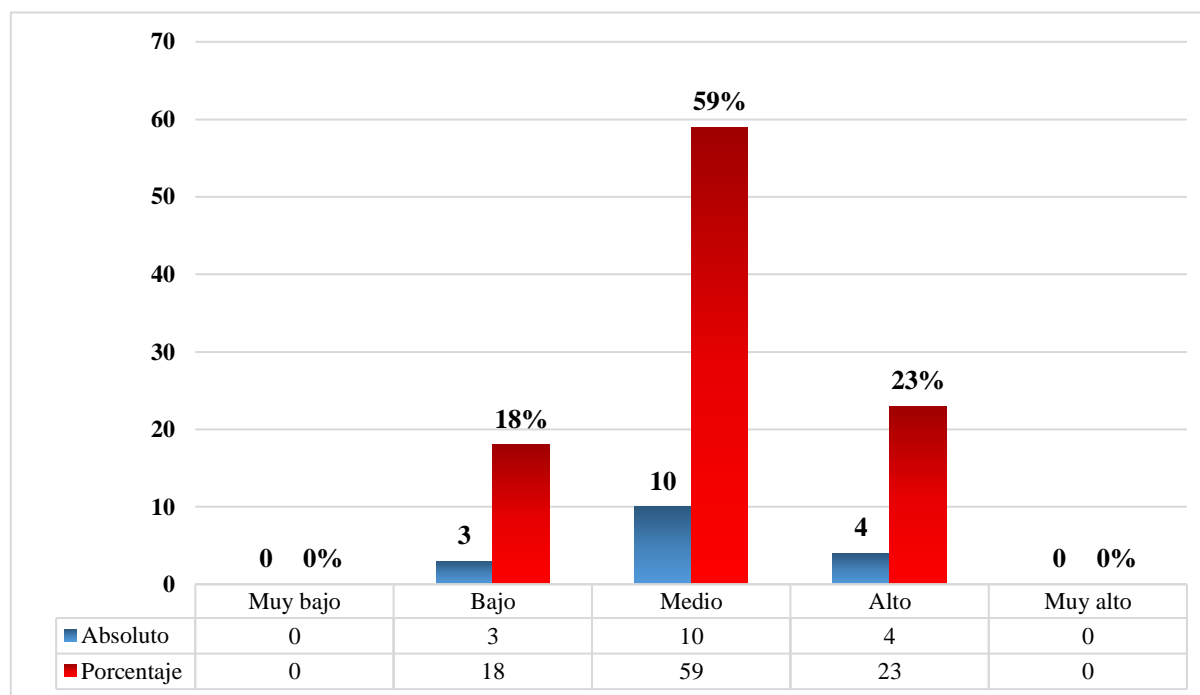
Calificación del trato humano brindado por el personal de salud según percepción de personas con discapacidad, en el Centro de Salud Puerto Rico, entre abril y junio de 2025.

Variable	Numero	Porcentaje
Muy bajo	0	0%
Bajo	3	18%
Medio	10	59%
Alto	4	23%
Muy alto	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 8.**

Calificación del trato humano brindado por el personal de salud según percepción de personas con discapacidad, en el Centro de Salud Puerto Rico, entre abril y junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación.** Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 59% de las personas con discapacidad califica el trato humano del personal de salud en un nivel medio, 23% en un nivel alto y 18% en un nivel bajo; no se registraron valoraciones extremas. La valoración intermedia del trato humano indica una atención aceptable, pero con margen para mejorar la empatía y el enfoque diferenciado hacia personas con discapacidad.

**Tabla 9.**

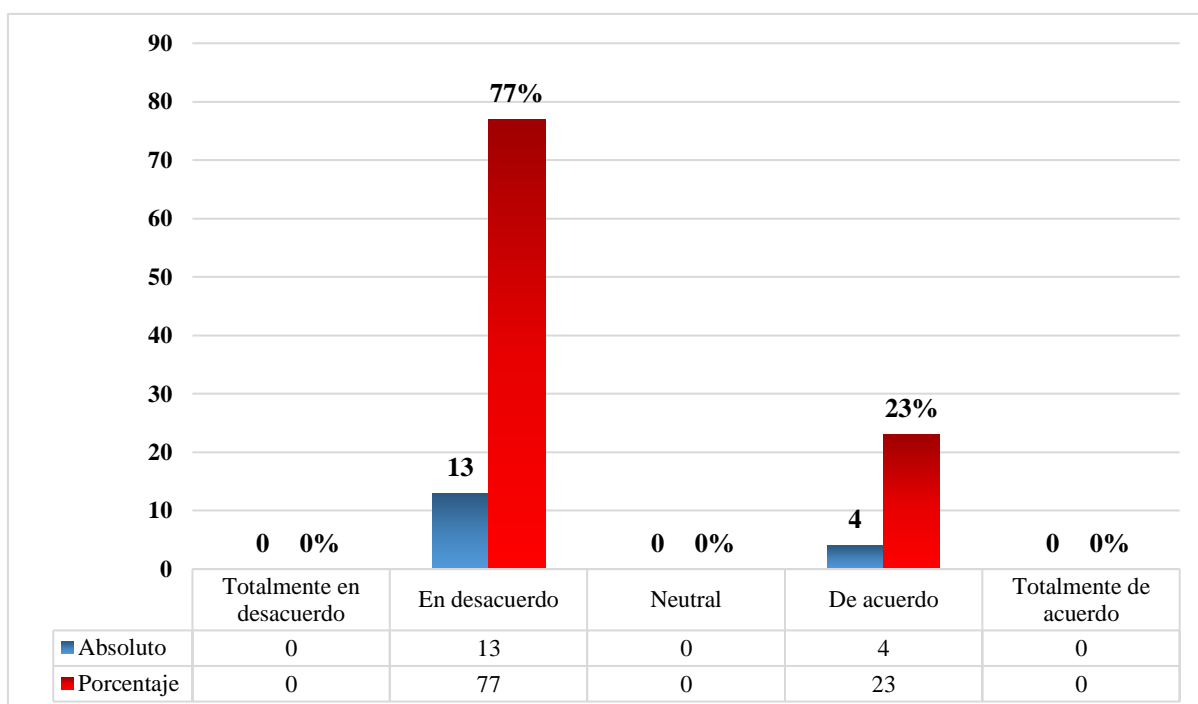
Percepción de prioridad real en la atención recibida por personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025.

Variable	Numero	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0%
En desacuerdo	13	77%
Neutral	0	0%
De acuerdo	4	23%
Totalmente de acuerdo	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 9.**

Percepción de prioridad real en la atención recibida por personas con discapacidad en el Centro de Salud Puerto Rico, durante el periodo de abril a junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 77% de las personas con discapacidad está en desacuerdo con haber recibido atención prioritaria, mientras que el 23% está de acuerdo; no se reportaron percepciones en los extremos. Predomina la percepción de falta de atención preferencial efectiva, lo que evidencia una brecha entre la normativa y su aplicación en la práctica diaria del centro de salud.

### 4.1.3. Resultados del objetivo específico 3.

**Tabla 10.**

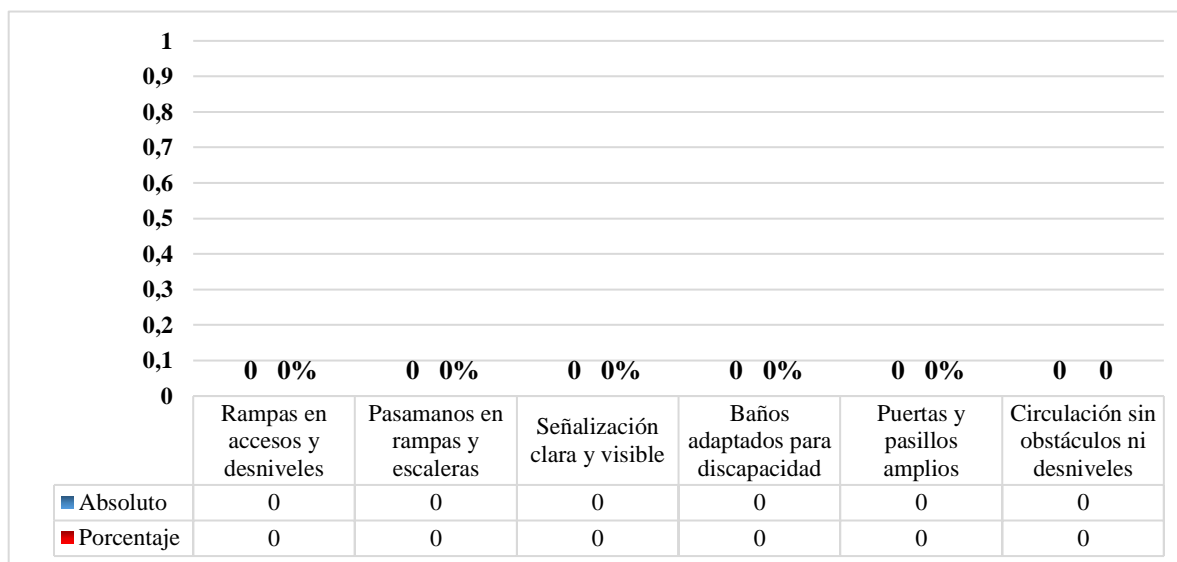
Condiciones de accesibilidad física en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025.

Variable	Si/No	Porcentaje
Rampas en accesos y desniveles	No	0%
Pasamanos en rampas y escaleras	No	0%
Señalización clara y visible	No	0%
Baños adaptados para discapacidad	No	0%
Puertas y pasillos amplios	No	0%
Circulación sin obstáculos ni desniveles	No	0%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 10.**

Condiciones de accesibilidad física en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la guía de observación se pudo evidenciar que el 100% de los espacios evaluados carecen de rampas, pasamanos, señalización visible, baños adaptados, puertas y pasillos amplios, así como de áreas de circulación libres de obstáculos y desniveles. Las deficiencias estructurales en accesibilidad física limitan el acceso equitativo y seguro a los servicios de salud, afectando la percepción de adecuación del centro por parte de las personas con discapacidad.

**Tabla 11.**

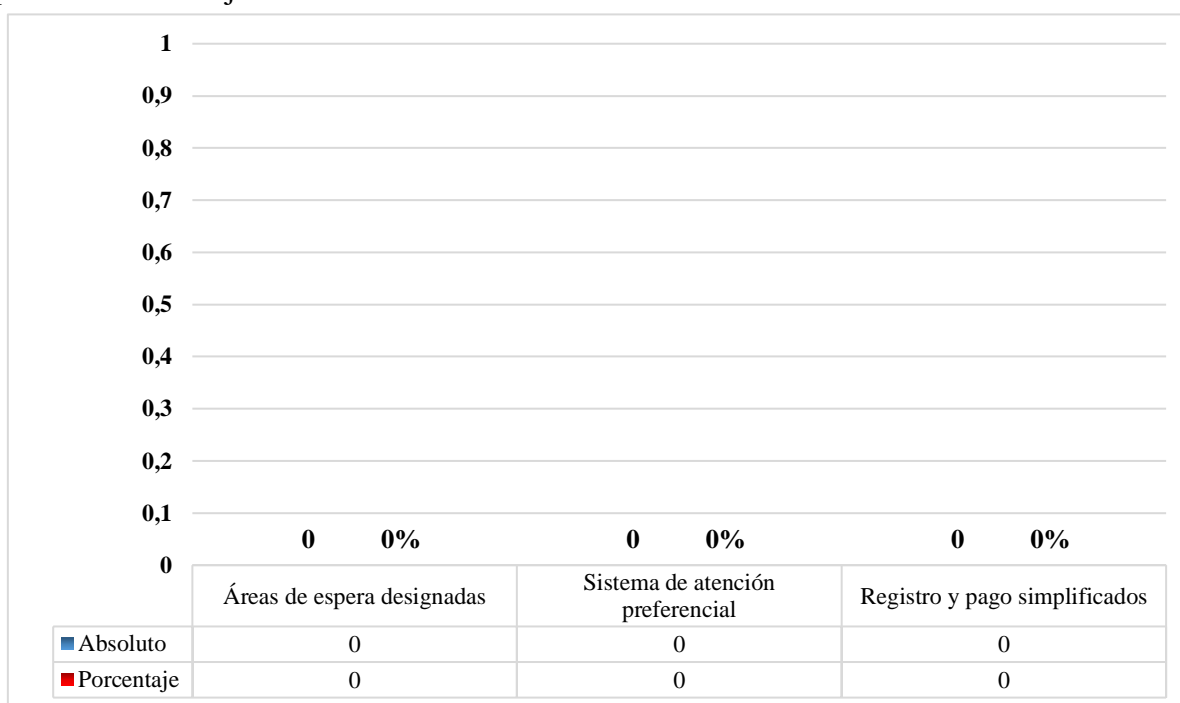
Adecuación organizativa del servicio de atención preferencial en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025.

Variable	Si/No	Porcentaje
Áreas de espera designadas	No	0%
Sistema de atención preferencial	No	0%
Registro y pago simplificados	No	0%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 11.**

Adecuación organizativa del servicio de atención preferencial en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la guía de observación se pudo evidenciar que el 100% de los servicios evaluados no cuentan con áreas de espera designadas, sistema de atención preferencial ni mecanismos simplificados para el registro y pago. Las limitaciones en accesibilidad física y organización del servicio afectan directamente la atención preferencial, evidenciando fallas estructurales y operativas que impactan negativamente en la experiencia de las personas con discapacidad.

**Tabla 12.**

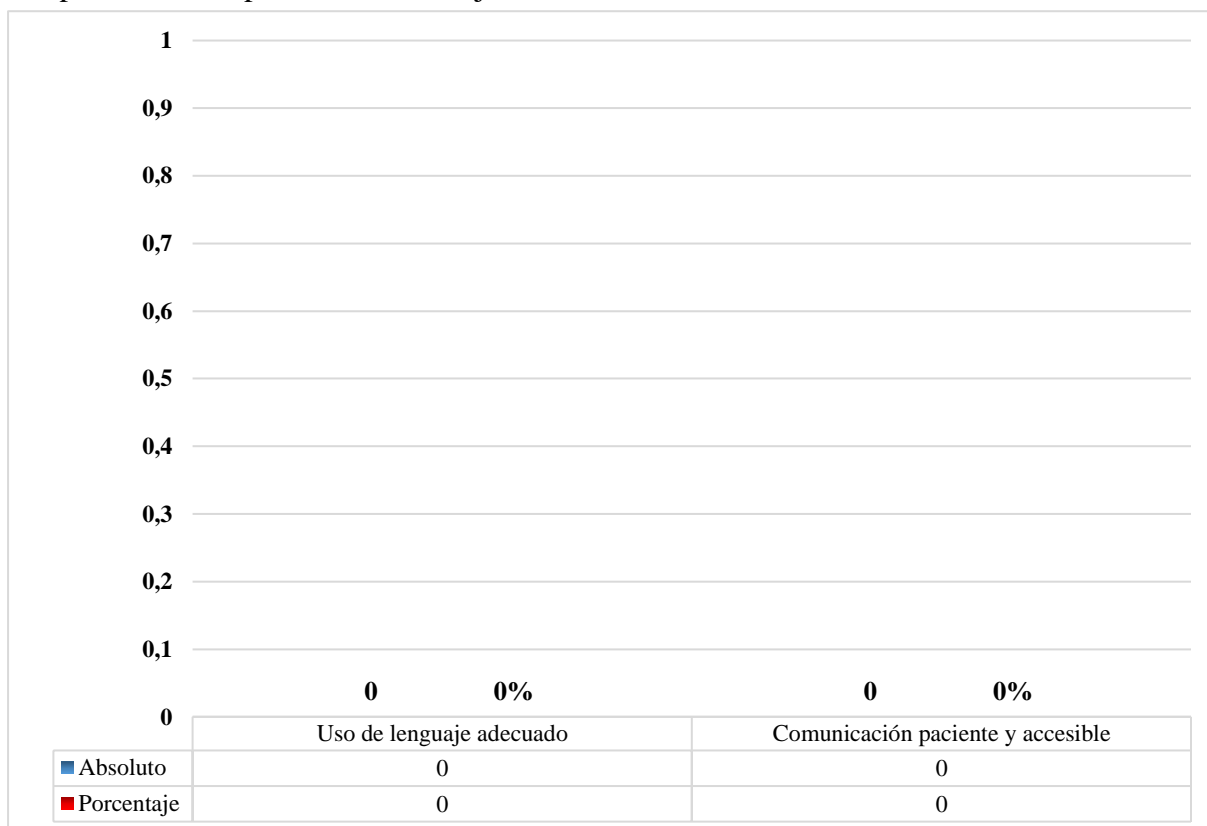
Nivel de capacitación y actitudes del personal de salud hacia la atención a personas con discapacidad, en el periodo de abril a junio de 2025.

Variable	Si/No	Porcentaje
Uso de lenguaje adecuado	No	0%
Comunicación paciente y accesible	No	0%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 12.**

Nivel de capacitación y actitudes del personal de salud hacia la atención a personas con discapacidad, en el periodo de abril a junio de 2025.



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la guía de observación se pudo evidenciar que el 100% del personal evaluado no utiliza un lenguaje adecuado ni mantiene una comunicación accesible y comprensible con las personas con discapacidad. La falta de adecuación física, organizativa y comunicacional compromete la atención preferencial, reflejando una escasa preparación del personal y condiciones institucionales desfavorables para usuarios con discapacidad.

**Tabla 13.**

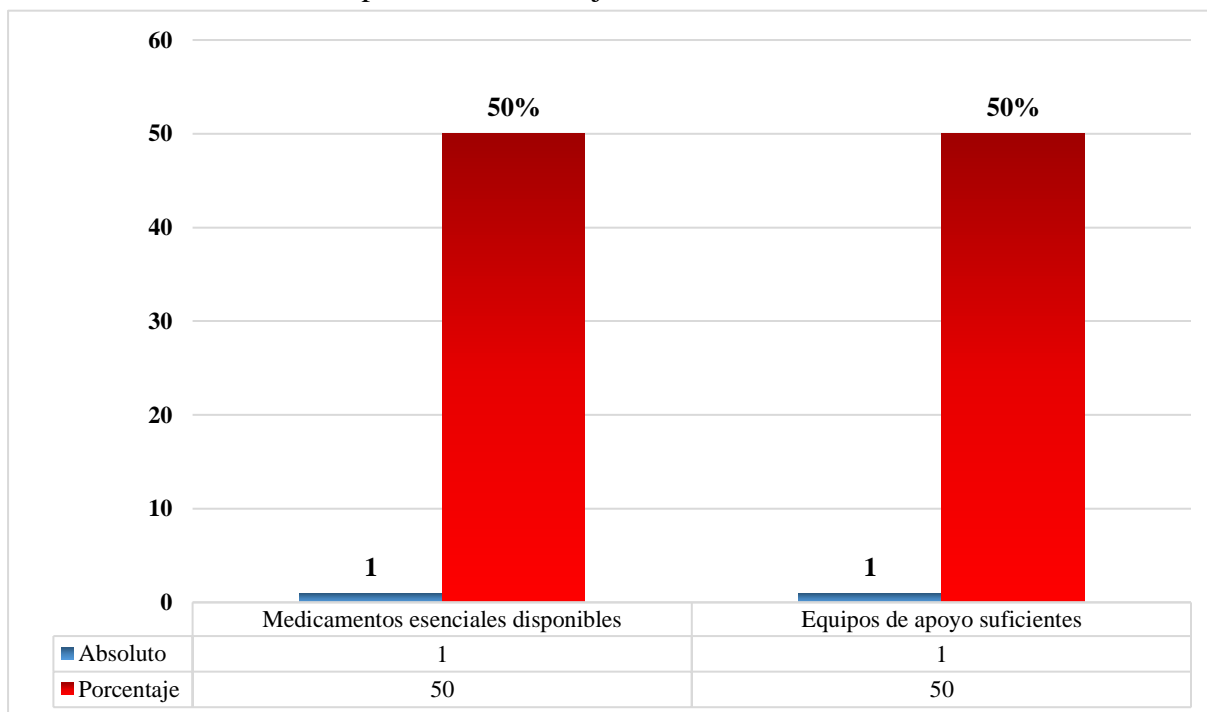
Disponibilidad y adecuación de recursos físicos y operativos para la atención preferencial en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025.

Variable	Si/No	Porcentaje
Medicamentos esenciales disponibles	Si	50%
Equipos de apoyo suficientes	Si	50%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia.

**Grafica 13.**

Disponibilidad y adecuación de recursos físicos y operativos para la atención preferencial en el centro de salud durante el periodo de abril a junio de 2025



*Fuente:* Elaboración propia.

**Interpretación:** Según la guía de observación se pudo evidenciar que los servicios cuentan con medicamentos esenciales disponibles; en relación a la disponibilidad de equipos de apoyo, se limita a la presencia de sillas de ruedas. Pese a la disponibilidad de medicamentos, las deficiencias en infraestructura, organización, comunicación y equipos de apoyo reducen la eficacia de la atención preferencial brindada a personas con discapacidad en el centro de salud.

## CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

- Los resultados obtenidos sobre las características sociodemográficas de las personas con discapacidad en la comunidad de Puerto Rico reflejan una realidad compleja y diversa que debe considerarse al momento de diseñar estrategias de atención preferencial. El tipo de discapacidad más frecuente es la intelectual, con un 41%, seguida por la visual con 29%, la múltiple con 18% y la motora con 12%, lo que evidencia que más de la mitad de los usuarios presenta condiciones que requieren una atención cognitiva y sensorial específica. En cuanto a la edad, el 47% se encuentra entre los 18 y 30 años, y el 35% entre 31 y 45 años, indicando que se trata mayoritariamente de una población joven y adulta en etapa productiva. Además, el 65% manifestó acudir entre 1 y 2 veces al centro de salud durante el periodo de estudio, lo que revela una baja frecuencia de uso, probablemente asociada a barreras en la infraestructura o en la atención. A pesar de ello, el 65% expresó satisfacción con la disponibilidad de medicamentos, mientras que el 23% se mostró insatisfecho. El 71% de los encuestados son masculino, frente al 29% femenino, lo que permite considerar enfoques diferenciados por sexo y tipo de discapacidad. En general, los resultados muestran que, aunque existe un nivel aceptable de satisfacción con los medicamentos, aún persisten obstáculos para el uso constante del servicio. La combinación entre el predominio de la discapacidad intelectual, la juventud de la población y la baja frecuencia de visitas plantea la necesidad de adaptar la atención sanitaria a estas características específicas, tanto en el aspecto físico como organizativo y comunicacional.
- La percepción general de las personas con discapacidad sobre la atención preferencial recibida en el Centro de Salud Puerto Rico revela una dualidad entre la confianza hacia el personal de salud y la falta de una aplicación efectiva del trato prioritario. El 65% de los encuestados manifestó estar satisfecho con la atención preferencial recibida, lo que indica que existe una base positiva en la experiencia de los usuarios. Sin embargo, el 23% se mostró indiferente y el 12% expresó estar muy insatisfecho, lo que refleja una falta de consistencia en la implementación de la atención preferencial. A su vez, el 88% manifestó confiar en el personal de salud, lo cual es un punto fuerte, mientras que el 12%

indicó desconfianza. Por otro lado, el 59% calificó el trato humano en un nivel medio, lo que evidencia una atención aceptable, pero con deficiencias en la empatía y el enfoque diferencial, especialmente importante en la atención a personas con discapacidad. El dato más preocupante corresponde a la percepción sobre la prioridad real en la atención, donde el 77% expresó no haber recibido trato preferencial, frente a un 23% que sí lo percibió. Esta contradicción entre la confianza en el personal y la baja percepción de preferencia real revela que, aunque existen buenas prácticas individuales, el centro carece de un sistema institucionalizado y funcional de atención preferencial. En síntesis, se puede afirmar que, si bien existe una valoración medianamente favorable en aspectos como trato humano y confianza en el personal, se detectan falencias en la operativización del trato preferencial, lo que constituye una barrera estructural que vulnera el derecho a la salud de esta población.

- La evaluación de la adecuación del Centro de Salud Puerto Rico para brindar atención preferencial a personas con discapacidad reveló importantes deficiencias en sus dimensiones físicas, organizativas, comunicacionales y operativas. Según la guía de observación, el 100% de los espacios evaluados carece de rampas, pasamanos, señalización adecuada, baños adaptados, pasillos amplios y áreas de circulación sin obstáculos, lo que demuestra un incumplimiento total de los criterios mínimos de accesibilidad universal. En el ámbito organizativo, también se identificaron serias limitaciones, ya que el 100% de los servicios no cuenta con áreas de espera designadas, sistemas formales de atención preferencial ni procedimientos simplificados para registro y pago. En cuanto a la actitud y capacitación del personal, se observó que el 100% no emplea lenguaje ni comunicación accesible, lo que agrava la exclusión de las personas con discapacidad, especialmente aquellas con discapacidades intelectuales o sensoriales. Respecto a la disponibilidad de recursos, si bien se constató que existen medicamentos esenciales, los equipos de apoyo están limitados exclusivamente a la presencia de sillas de ruedas para una atención inclusiva. En conjunto, estos hallazgos reflejan una ausencia total de adecuación institucional para la atención preferencial, lo que no solo contradice la normativa vigente como la Ley N° 223, sino que también vulnera principios fundamentales de equidad, inclusión y accesibilidad. El estado actual del centro de salud evidencia una brecha profunda entre el marco legal y la realidad operativa, que requiere

ser abordada con urgencia para garantizar que los servicios de salud sean verdaderamente accesibles, dignos y humanizados para todas las personas con discapacidad.

## **5.2. Recomendaciones.**

- Se recomienda implementar estrategias diferenciadas que respondan al perfil sociodemográfico de los usuarios, priorizando la discapacidad intelectual y la juventud predominante. Es fundamental utilizar materiales visuales, lenguaje accesible y pictogramas para mejorar la comunicación. Además, deben impulsarse campañas informativas que promuevan el uso regular de los servicios de salud, así como programas de acompañamiento comunitario. Finalmente, se sugiere monitorear periódicamente la satisfacción con el suministro de medicamentos y garantizar su disponibilidad permanente para esta población.
- Para fortalecer la atención preferencial, se propone establecer protocolos institucionales que aseguren mecanismos visibles como filas diferenciadas, turnos prioritarios y reducción de tiempos de espera. Asimismo, se debe capacitar continuamente al personal en atención inclusiva y comunicación empática. El gobierno municipal debe supervisar el cumplimiento de la Ley N° 223 y fomentar la participación activa de usuarios con discapacidad en la mejora del servicio, a través de encuestas y espacios de consulta que garanticen su voz en la toma de decisiones.
- Es urgente que el centro de salud y las autoridades municipales inviertan en infraestructura accesible mediante la construcción de rampas, señalización visible, baños adaptados y pasillos amplios. También deben habilitarse espacios organizativos adecuados como salas de espera diferenciadas y sistemas simplificados de atención. Se recomienda capacitar al personal en lenguaje inclusivo y trato humanizado. Además, debe ampliarse la dotación de equipos de apoyo como caminadores, muletas, respondiendo a las necesidades reales de la población con discapacidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL. (2021). Pobreza y desigualdades en América Latina: enfoque en discapacidad . *Chile: CEPAL*, 21-39.
- Cusi, E. (2018). *Semillas para la investigación 2*. Pando, Bolivia: Sodespo Pando.
- González , P. (2023). *Barreras arquitectónicas en servicios de salud en Bolivia: un análisis cualitativo*. Bolivia. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz. Recuperado el 26 de abril de 2025
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Sampieri. (2014). *Metodología de la Investigación. sexta ed. LIMUSA , editor. México DF: ; 2014. (Sexta ed.). (McGRAW-HILL, Ed.) Mexico: LIMUSA.*
- Ley N° 223. (2012). *Ley general para personas con discapacidad*. Obtenido de <https://www.minedu.gob.bo/files/publicaciones/veaye/dgee/Ley-223-2012-Personas-con-discapacidad.pdf>
- Mendez, Y., & Anders, P. (2024). Percepción de los servicios de salud pública en Bolivia: Desafíos y barreras para personas con discapacidad. *Ciencia Medica*, 12(5), 45-53.
- Ministerio de Obras Públicas. (2019). En M. d. Públicas, *Accesibilidad de las personas con Discapacidad al medio físico* (págs. 15 - 45).
- Ministerio de Salud de Bolivia. (2023). Ley General para Personas con Discapacidad N° 223. En A. L. Plurinacional, *Guía de buen trato a personas con discapacidad en servicios*.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2021). *Sistema Nacional de Información en Salud Bolivia*. Obtenido de <http://www.sns.gob.bo>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2023). *Buen Trato a las Personas con Discapacidad en los Servicios de Salud*.
- Naciones Unidas. (2024). *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Estados Unidos: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas*.
- O.M.S. (2023). *Informe mundial sobre la discapacidad. Suiza: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*. Estados Unidos.

OMS . (2022). World report on disability. *Geneva: World Health Organization*, 10-20.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Monitoreo de la implementación de la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad en América Latina* . Washington, D.C.: OPS.

Pérez , L., & Ramírez , M. (2024). Percepción de la accesibilidad en servicios de salud: estudio en La Paz. *Revista Boliviana de Salud Pública*, 45–60.

SEDES Pando. (2022). Plan Estratégico Institucional Servicio Departamental de Salud Pando 2021 2025. Cobija Pando.

Téllez , L. (2024). Percepción de la calidad del servicio en entornos de salud: Una revisión sistemática. *México: Editorial Salud Pública*.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### *Encuesta sobre:* **PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD PUERTO RICO**

#### **Objetivo 1: Características sociodemográficas**

##### **1. Tipo de discapacidad**

- ¿Cuál es su principal tipo de discapacidad?
  1. Auditiva
  2. Visual
  3. Motora
  4. Intelectual
  5. Múltiple

##### **2. Rango de edad**

- ¿En qué rango etario se ubica?
  1. 18–30 años
  2. 31–45 años
  3. 46–60 años
  4. 61–75 años
  5. Más de 75 años

##### **3. Frecuencia de visitas**

- Durante abril-junio de 2025, ¿con qué frecuencia acudió al Centro de Salud Puerto Rico?
  1. 1–2 veces
  2. 3–4 veces
  3. 5–6 veces
  4. 7–8 veces
  5. Más de 8 veces

##### **4. Género con el que se identifica**

- ¿Cómo se identifica en términos de género?

1. Masculino
2. Femenino
3. Prefiero no decir

**5. Satisfacción con el abastecimiento de medicamentos**

- En una escala de 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho), ¿cómo califica la disponibilidad de los medicamentos que necesita?
  1. Muy insatisfecho
  2. Insatisfecho
  3. Neutral
  4. Satisfecho
  5. Muy satisfecho

**Objetivo 2: Percepción general de la atención preferencial**

**6. Satisfacción global**

- De 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho), ¿cómo valora su experiencia general en la atención recibida?
  1. Muy insatisfecho
  2. Insatisfecho
  3. Neutral
  4. Satisfecho
  5. Muy satisfecho

**7. Confianza en el personal sanitario**

- En una escala de 1 (nada confiado) a 5 (totalmente confiado), ¿cuánto confía en la competencia del equipo de salud?
  1. Nada confiado
  2. Poco confiado
  3. Neutral
  4. Confiado
  5. Totalmente confiado

**8. Calidad del trato humano**

- ¿Cómo calificaría el nivel de respeto y empatía mostrado por el personal?  
(1=muy bajo, 5=muy alto)

1. Muy bajo
2. Bajo
3. Medio
4. Alto
5. Muy alto

**9. Percepción de prioridad en la atención**

- ¿En qué medida está de acuerdo con la afirmación: “Se me otorgó prioridad real al momento de mi atención”?

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Neutral
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

## Anexo 2

**GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA LA ATENCIÓN PREFERENCIAL A PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD EN EL CENTRO DE SALUD PUERTO RICO**

N°	DIMENSIÓN	CRITERIO OBSERVABLE (INDICADOR)	CUMPLE (Sí/No)	OBSERVACIONES
<b>I. ACCESIBILIDAD FÍSICA</b>				
1.1	Rampas	¿Existen rampas en todas las entradas, salidas y desniveles del centro? ¿Cumplen con pendiente adecuada, ancho suficiente y superficie antideslizante?		
1.2	Pasamanos	¿Hay pasamanos instalados a lo largo de rampas y escaleras (si existen), a alturas apropiadas y en buen estado?		
1.3	Señalización	¿La señalización es clara, visible, de alto contraste y universalmente comprensible (pictogramas)? ¿Incluye elementos táctiles o en Braille en áreas clave?		
1.4	Baños Accesibles	¿Existen baños específicamente diseñados para personas con discapacidad (espacio para silla de ruedas, barras de apoyo, lavamanos accesibles, botón de emergencia)?		
1.5	Puertas y Pasillos	¿Todas las puertas y pasillos son lo suficientemente anchos para acomodar sillas de ruedas y otras ayudas de movilidad?		
1.6	Vías Libres de Obstáculos	¿Los caminos dentro del centro están libres de desorden, superficies irregulares u otros peligros que impidan la movilidad?		
<b>II. ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA</b>				

2.1	Filas/Áreas de Espera Prioritarias	¿Existe una designación clara y una implementación efectiva de filas o áreas de espera prioritarias para personas con discapacidad?		
2.2	Programación de Citas Preferenciales	¿Se observa un sistema funcional para programar citas que priorice a las personas con discapacidad?		
2.3	Procesos Administrativos Agilizados	¿Los procedimientos administrativos (registro, pago) para personas con discapacidad son simplificados y expeditos?		
<b>III. CAPACITACIÓN Y ACTITUDES DEL PERSONAL</b>				
3.1	Comunicación Respetuosa y Empática	¿El personal se dirige directamente a la persona con discapacidad y utiliza un lenguaje apropiado y respetuoso?		
3.2	Paciencia y Adaptabilidad	¿El personal demuestra paciencia y voluntad para adaptar los métodos de comunicación según las necesidades individuales?		
<b>IV. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS</b>				
4.1	Medicamentos Esenciales	¿Existe una disponibilidad consistente de medicamentos esenciales, especialmente aquellos relevantes para condiciones crónicas en personas con discapacidad?		
4.2	Equipo de Apoyo	¿Hay disponibilidad y buen estado funcional de equipo de apoyo (sillas de ruedas, andadores, muletas, mesas de examen accesibles)?		